

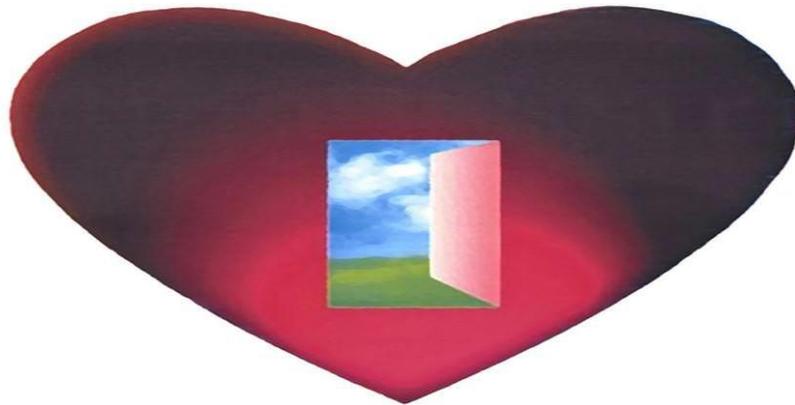
ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

Direttore : Dott. A.M. Lapenta



CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2021

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLE PROCEDURE DI EMODINAMICA

PRESSO IL LABORATORIO DI RAVENNA

Candidato

Laura Fabbri

Relatore

D.ssa Milena Muro

Sommario

OBIETTIVO	3
L'IPNOSI	4
IL CAMPO DI APPLICAZIONE.....	6
LO SCENARIO	9
IL PROGETTO	10
METODI	12
PREPARAZIONE.....	12
LA TECNICA DELL'IPNOSI	15
LA VALUTAZIONE.....	16
I RISULTATI	17
ESPERIENZE	18
CONCLUSIONI	22
RINGRAZIAMENTI	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo lavoro è stato di verificare l'applicabilità della comunicazione ipnotica nella gestione dei pazienti che afferiscono nel nostro Laboratorio di Emodinamica per eseguire delle procedure diagnostiche ed interventistiche.

Oggigiorno il malato è posto al centro dell'organizzazione sanitaria poiché dal modello biomedico, centrato sulla malattia, ci si è spostati al modello psicosociale centrato sulle persone. Di fatto è l'interazione tra i sanitari e i malati che costituisce il nuovo modello cui si ispirano le varie figure sanitarie. In ambito infermieristico ci si è sempre di più rivolti all'approfondimento delle tecniche di comunicazione. La partecipazione della persona, in base alle sue capacità alla gestione del proprio percorso terapeutico, è l'obiettivo che l'operatore deve perseguire. Ciò presuppone necessariamente il possesso di conoscenze che facilitino la comunicazione col malato. Queste conoscenze sono di natura medica, tecnica, psicologica e scientifica. La loro padronanza aumenta la qualità della relazione e della comunicazione col malato. La mancata efficacia della comunicazione tra sanitario e paziente può compromettere tutto il percorso assistenziale e farlo fallire. (1)

Molti studi hanno mostrato che la comunicazione ipnotica è efficace nella gestione del dolore e dell'ansietà in campo medico (2-5). In particolare la possibilità di far mantenere nel tempo una posizione corretta al paziente risulta molto utile nell'ambito delle procedure di Emodinamica. Inoltre le aspettative dei pazienti che devono eseguire le indagini diagnostiche, come la coronarografia o interventistiche, come l'angioplastica coronarica, sono di solito caratterizzate da una forte componente ansiosa. Ciò è legato all'incertezza della diagnosi per un certo gruppo di pazienti oppure della risoluzione dei propri sintomi (pazienti con infarto miocardico acuto). I pazienti che devono eseguire procedure in emergenza temono per la propria vita oltre ad essere spesso in condizioni di dolore e ansia che non consentono loro di comprendere cosa sta succedendo. La necessità di affrontare la patologia nel minor tempo possibile rende anche difficile la comunicazione e ha l'effetto di amplificare l'ansia e l'irrequietezza. In questo contesto l'utilizzo della comunicazione ipnotica sembra molto promettente.

L'IPNOSI



L'ipnosi viene definita come una modificazione dello stato di coscienza fisiologico in grado di modificare la percezione del dolore e di indurre rilassamento con conseguente riduzione della risposta d'ansia in vari scenari (1).

Questo stato di coscienza si instaura grazie a la relazione di fiducia tra due soggetti che permette la realizzazione di monoideismi plastici, determinando modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, mantenendo sempre un'accettazione critica di ciò che accade. Il primo obiettivo della comunicazione ipnotica è quello di sviluppare una relazione di fiducia utilizzando le tecniche specifiche. Il primo passo è l'accoglienza che è basata sul riconoscimento dell'altrui diversità e specificità. Importante è chiamare l'altro col nome proprio, riconoscendogli l'unicità pur mantenendo un'educata interazione in terza persona. Poi l'attenzione va rivolta all'atteggiamento, al linguaggio del corpo che rivela l'attitudine più o meno aperta del soggetto. Dall'osservazione dell'atteggiamento deriva la scelta di ricalcare le parole e i gesti che più si adattano ad avviare un canale comunicativo col soggetto. Con ciò si può andare incontro al soggetto riproducendo i suoi schemi comunicativi e aiutandolo a creare un clima di fiducia e confidenza. L'empatia così prodotta potrà in seguito, attraverso una riduzione del livello di critica, guidare la relazione terapeutica di aiuto. Perché questa relazione sia efficace bisogna che l'operatore abbia ben chiari i bisogni e i desideri del paziente così come il paziente riconosca gli obiettivi della comunicazione. Questa va quindi

sempre motivata. A questa fase di pre induzione segue l'induzione vera e propria. Essa è caratterizzata dalla modificazione della coscienza ordinaria e dalla realizzazione di monoideismi plastici. La relazione e il monoideismo plastico costituiscono i due elementi essenziali dell'ipnosi. La capacità della mente di creare immagini in grado di modificare lo stato psicofisico del soggetto. La possibilità di indurre nel paziente la produzione di immagini da lui liberamente scelte è in grado di spostare la sua attenzione dalla realtà potenzialmente ansiogena o dolorosa. La fase di dissociazione transitoria con modificazioni della percezione corporea, dello spazio-tempo, emotiva, costituisce il corpo dell'induzione ipnotica. La fase successiva della de induzione con un progressivo ristabilimento delle condizioni di coscienza ordinaria è preceduta dal cosiddetto ancoraggio che conferisce al paziente la possibilità di rivivere l'esperienza in futuro. In pratica si gettano le basi per l'autoipnosi dotando così il soggetto di un proprio potere che lo rende capace di adattarsi meglio alle situazioni

IL CAMPO DI APPLICAZIONE

Le procedure di Emodinamica diagnostica e interventistica costituiscono una parte significativa dell'attività di ogni Unità Operativa di Cardiologia in Italia e nel mondo. La cardiopatia ischemica rimane tutt'ora la principale causa di mortalità nel mondo occidentale. Le malattie valvolari costituiscono una rilevante parte delle patologie dell'anziano che, con l'aumento della durata della vita, si manifestano sempre più spesso e devono essere trattate.

La coronarografia diagnostica e l'angioplastica coronarica sono procedure che richiedono la collaborazione del paziente che deve rimanere immobile durante la loro esecuzione per il rischio di dislocare i cateteri e danneggiare le arterie o il cuore stesso.

La sala di Emodinamica, in cui vengono eseguite le procedure, è dotata di un lettino radiotrasparente (abbastanza stretto e molto poco comodo) montato su un piantone e manovrabile dal tecnico di radiologia. L'apparecchio radiologico che consente la visualizzazione del cuore e dei vasi è di solito fissato al soffitto su guide che ne consentono i movimenti ed è manovrato solitamente dal tecnico di radiologia. La sala contiene tutte le strumentazioni necessarie per garantire la gestione delle urgenze e delle emergenze, un ventilatore meccanico, il carrello delle emergenze con defibrillatore, il contropulsatore aortico e tutte le strumentazioni per completare gli esami diagnostici e le procedure interventistiche, contenute in appositi armadi. Il personale che esegue la procedura nella nostra realtà è composto solitamente dal medico emodinamista, da un infermiere lavato sterilmente col medico, da un secondo infermiere disponibile in sala e dal tecnico di radiologia. L'ambiente è abbastanza grande ma senza luce naturale e mantenuto a

temperatura abbastanza bassa per compensare il riscaldamento dovuto all'apparecchio radiologico quando in funzione e per la conservazione di tutto il materiale.

Attualmente le procedure vengono eseguite prevalentemente da accesso radiale. Dopo una anestesia locale, l'arteria viene punta con tecnica di Seldinger e viene inserito un introduttore di solito di dimensioni contenute (6 French, circa 2 mm). Successivamente viene inserito un filo guida su cui scorre un catetere delle stesse dimensioni dell'introduttore. Durante queste manovre solitamente il paziente non è sedato (vengono somministrate, se necessario, poche gocce di Valium prima di portare in sala il paziente se la procedura è elettiva, nulla in caso di urgenza/emergenza). L'esame poi prosegue con l'iniezione del mezzo di contrasto all'interno delle coronarie (scambiando i cateteri per accedere prima ad una poi all'altra arteria). In queste fasi il paziente conscio e collaborante di solito non riferisce particolari sensazioni sgradevoli. Tuttavia, a volte l'accesso vascolare (durante o dopo la puntura arteriosa o l'inserzione dell'introduttore) può causare dolore e ulteriore risposta d'ansia del paziente. Se la procedura prosegue diventando interventistica, viene introdotto un nuovo catetere (guida), solitamente delle stesse dimensioni dei cateteri diagnostici. Attraverso il posizionamento di fili guida, molto sottili all'interno del vaso stenotico, viene poi introdotto il catetere dilatatore, provvisto di un palloncino all'estremità distale. Il palloncino viene insufflato con una miscela di mezzo di contrasto e fisiologica e dilata l'arteria. La dilatazione delle coronarie richiede l'interruzione temporanea del flusso del sangue al miocardio e spesso provoca dolore anginoso. Il paziente elettivo proviene dal reparto di degenza, dalla terapia intensiva o dal day hospital annesso al laboratorio di Emodinamica (per i pazienti provenienti dagli ospedali spoke) e viene preparato prima della procedura con tricotomia e posizionamento preferibilmente di un doppio accesso venoso.

Viene informato sulle modalità e finalità della procedura e firma il consenso. È possibile quindi instaurare un iniziale rapporto di comunicazione ipnotica con il soggetto.

Lo scenario cambia quando il paziente accede in emergenza. Le procedure di angioplastica primaria (il trattamento dell'infarto miocardico acuto) devono essere eseguite nel minor tempo possibile ("il tempo è muscolo") per ridurre le conseguenze dell'ischemia prolungata sul muscolo cardiaco. Il paziente accede direttamente in sala dall'ambulanza attraverso il trasporto primario del 118 o dal Pronto Soccorso. Solitamente è molto sofferente e non c'è tempo sufficiente per evitare l'utilizzo di farmaci sedativi o ridurre quello degli antidolorifici.

Le procedure di impianto percutaneo di valvole cardiache sono per lo più elettive e spesso eseguite in sedazione (analgo sedazione) a causa del potenziale dolore provocato dalle dimensioni degli introduttori e dei cateteri che contengono le protesi (da 14 a 18 French cioè fino a 6 mm circa). L'accesso è sempre femorale. La necessità di mantenere un'assoluta immobilità nel momento dell'impianto per evitare lo spostamento della protesi è tutt'ora la ragione principale per il mantenimento di una sedazione abbastanza profonda. Tuttavia numerosi centri che eseguono le procedure cosiddette "fast track" per poter dimettere il paziente già il giorno successivo, utilizzano una gestione con la sola anestesia locale e uso limitato di antidolorifici e sedativi.

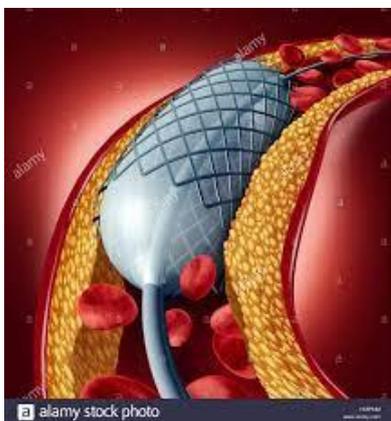
LO SCENARIO

Nel 2020 in Italia sono state eseguite complessivamente 250.410 coronarografie diagnostiche (in calo per la pandemia COVID 19 rispetto al 2019 quando erano state 307.628), 133.499 angioplastiche coronariche (vs 160.018 nel 2019) e 7.592 impianti percutanei di valvola aortica (TAVI, vs 8255 nel 2019) (Fonte: www.gise.it).

Il problema è rilevante e la possibilità di ridurre l'utilizzo di farmaci e di misure di sedazione più avanzate, ma soprattutto di migliorare il vissuto delle procedure da parte dei pazienti, ci ha indotto a considerare l'ipnosi e la comunicazione ipnotiche come mezzo per consentire l'esecuzione delle procedure garantendo una miglior compliance da parte del paziente.

In letteratura sono già numerose le esperienze di gruppi, prevalentemente Italiani, che hanno utilizzato l'ipnosi in contesti di questo tipo con risultati incoraggianti (3-8).

La constatazione che la comunicazione ipnotica si può integrare facilmente nel protocollo di esecuzione delle procedure di Emodinamica senza incidere sul tempo di esecuzione delle stesse (anzi potenzialmente in grado di ridurlo) ci ha ulteriormente incoraggiato nel programmare questa esperienza nei pazienti sottoposti a indagini emodinamiche diagnostiche e interventistiche.



IL PROGETTO

Nell'ambito della revisione dei protocolli di esecuzione delle indagini di emodinamica diagnostica e interventistica, abbiamo previsto di integrare la procedura con una sezione dedicata alla comunicazione ipnotica quale tecnica di rilassamento/preparazione all'esame e di controllo dello stato d'ansia e percezione del dolore nel corso dello stesso.

In accordo con il coordinatore infermieristico e con il responsabile della Struttura Semplice di Emodinamica, abbiamo eseguito una revisione della letteratura disponibile sull'applicazione delle tecniche di comunicazione ipnotica in ambito cardiologico.

In questo particolare contesto l'ipnosi è stata impiegata prevalentemente in Italia, sia in ambito di procedure di emodinamica che in elettrofisiologia.

Le esperienze più rilevanti sono disponibili nelle ricerche di Danzi e collaboratori per le angioplastiche (12) e di Scaglione per le ablazioni di fibrillazione atriale (unitamente a quelle di Barbero e Gaita) e dell'impianto di ICD sottocutaneo (3,8,9,11).

Nella ricerca del gruppo bresciano (Danzi e collaboratori) l'attenzione è stata focalizzata maggiormente sulla misurazione di parametri oggettivi in grado di dimostrare la superiorità dell'approccio ipnotico rispetto a quello tradizionale in termini di riduzione dell'incidenza e della gravità dell'ischemia miocardica in corso di PTCA. L'approccio che ci è sembrato maggiormente in sintonia con il nostro scopo è quello suggerito da Scaglione e collaboratori che ha avuto come scopo principale quello di acquisire la percezione dell'ansia, della durata procedurale, del dolore percepito oltre all'effettivo utilizzo di farmaci sedativi/antidolorifici in corso di ipnosi.

Abbiamo quindi riletto le procedure protocollate e inserite nel manuale di accreditamento del Dipartimento Cardiovascolare della ASL delle Romagna elaborate con lavoro congiunto infermieristico e medico e ci siamo confrontati con il Responsabile della S.S. di Emodinamica di Ravenna per elaborarne una riedizione aggiornata contenente le indicazioni all'utilizzo delle tecniche di comunicazione ipnotica in questo contesto.

Abbiamo discusso anche con referenti dell'anestesia e rianimazione la possibile integrazione tra queste tecniche e la tradizionale analgesia fornita dalla loro collaborazione (fortunatamente assai sporadica nella nostra precedente esperienza, fatta eccezione per le procedure di TAVI).

Per meglio contestualizzare nella nostra realtà le tecniche di comunicazione ipnotica e razionalizzare sia il loro contenuto, che la tempistica della loro applicazione, abbiamo iniziato un periodo preliminare di utilizzo in soggetti degenti presso la nostra struttura in attesa di eseguire una procedura diagnostica (coronarografia/cateterismo cardiaco) o interventistica (PTCA).

È stata informata tutta l'equipe che doveva essere disponibile all'utilizzo dell'ipnosi e collaborativi e pertanto sono stati istruiti nei rudimenti della tecnica in modo da facilitarne l'utilizzo in sala o quantomeno a non ostacolarne il buon esito.



METODI

PREPARAZIONE

La tecnica impiegata è stata quella di una conversazione preparatoria in Reparto per verificare la eventuale presenza di disturbi psichici o comportamentali che potessero costituire una controindicazione all'ipnosi e una successiva iniziale comunicazione ipnotica preliminare per verificare la ricettività del soggetto. E' stato poi richiesto il consenso all'utilizzo aggiuntivo dell'ipnosi durante la procedura e tale consenso testimoniato è stato riportato in cartella clinica elettronica dall'infermiere di reparto testimone e dal medico emodinamista. La tecnica utilizzata è stata descritta in un report dall'infermiere per poter essere confrontata con le successive ed essere poi standardizzata nel documento finale da includere nella descrizione della procedura.

Una volta ottenuto il consenso e verificata la ricettività del paziente alla comunicazione ipnotica, ci si è preparati al passo successivo.

Il paziente è accompagnato in sala dall'infermiere competente proseguendo la comunicazione ipnotica, l'accoglienza in sala con i colleghi e il medico opportunamente informati li rende pronti a collaborare per la prosecuzione dell'ipnosi in corso di procedura.

La tecnica procedurale è rimasta quella standard a seconda del tipo di patologia e di accesso scelto in base alle caratteristiche clinico/anatomiche del paziente.

Nel nostro laboratorio più dell'80% delle procedure di emodinamica (in misura anche superiore se consideriamo solo le diagnostiche) vengono eseguite con approccio percutaneo radiale previa anestesia locale con pochissimi cc di Lidocaina al 2%. Successivamente l'utilizzo di farmaci sedativi o antidolorifici come il Fentanyl o il Midazolam dipende dalla risposta d'ansia e dalla suscettibilità al dolore del singolo paziente. Generalmente pazienti in

forte stato di tensione emotiva, paura o convinzioni errate rispetto alla possibilità di percepire dolore in corso della procedura, finiscono per indurre uno spasmo della muscolatura liscia dell'arteria radiale che provoca a sua volta difficoltà al transito dei cateteri anche di piccole dimensioni e conseguentemente dolore al braccio. Il dolore a sua volta induce un aggravamento dello stato d'ansia e di tensione in una spirale negativa che talora può causare l'abbandono dell'accesso in favore di quello femorale. Si tende a scoraggiare questo accesso (a meno di impedimenti anatomici che non consentano un accesso dall'arto superiore o da considerazioni clinico-procedurali come ad esempio in caso di procedure di disostruzioni coronariche di occlusioni croniche) perché la percentuale di complicanze vascolari potenzialmente più gravi è nettamente superiore rispetto all'approccio radiale.

Nella nostra realtà è inoltre consolidata la modalità di esecuzione di procedure diagnostiche e interventistiche in modalità Day Hospital. Dopo l'esecuzione di indagini preliminari (esami ematici, radiografia del torace e ultimamente tampone COVID 19) e di un colloquio preliminare col medico emodinamista, il paziente viene ricoverato alle ore 7:30 il mattino stesso dell'indagine e dimesso in giornata dopo l'ottenimento dell'emostasi ottimale del sito di accesso in assenza di qualsivoglia complicanza.

La necessità di cambiare l'accesso da radiale a femorale, in corso anche di semplici procedure diagnostiche, come nel caso di coronarografie in candidati a sostituzioni valvolari, è spesso la causa della conversione del ricovero da DH a ordinario con tutto il peso delle conseguenze organizzative in Reparto (data la carenza cronica di posti letto ordinari negli ultimi anni).

Nel corso della procedura dopo aver ottenuto un accesso efficace e non complicato, è necessario tranquillizzare il paziente descrivendo le eventuali sensazioni derivanti dalle manovre dei cateteri a livello del braccio o della spalla e dall'iniezione di mezzo di contrasto.

Talora quest'ultima può provocare, oltre alla nota sensazione di calore, peraltro molto fugace, una sensazione di dolore toracico quando l'iniezione è intra coronarica. L'utilizzo della comunicazione ipnotica in corso della procedura contribuisce a minimizzare queste sensazioni e cancellarne l'effetto negativo (soprattutto quando possono causare bruschi movimenti da parte del paziente). Gli esami diagnostici hanno solitamente una durata molto limitata con una media di circa 15-20 minuti per la parte puramente operativa di 30-40 minuti per l'intera procedura da ingresso a uscita di sala.

Tuttavia alcuni esami diagnostici più complessi e le procedure interventistiche come la valvuloplastica aortica (da noi spesso eseguita con un doppio accesso radiale) e l'angioplastica coronarica spesso eseguita immediatamente dopo la parte diagnostica, richiedono una permanenza in sala nettamente superiore e, in casi particolarmente complessi, come le disostruzioni coronariche croniche, anche di alcune ore.

Questi sono i casi in cui l'ipnosi può favorire un vissuto molto migliore da parte del paziente e garantire lo svolgimento della procedura in condizioni ottimali di concentrazione da parte degli operatori riducendo lo stress per entrambi. In questi casi è necessario un continuo rinforzo della comunicazione ipnotica per consentire di portare a termine più facilmente gli interventi.



LA TECNICA DELL'IPNOSI

Il flusso di lavoro ipnotico può essere suddiviso nei seguenti passaggi:

- A. Verifica della conferma dell'indicazione; spiegazione del metodo di cura, riduzione dell'ansia inappropriata e definizione dell'obiettivo (trading)
- B. Focalizzare l'attenzione del paziente sulle proprie esperienze fisiche per dissociarlo dalla procedura e permettergli l'attuazione di monoideismi plastici
- C. Suggestioni
- D. Verifica e convalida dello stato ipnotico e del raggiungimento dei monoideismi suggeriti
- E. Rinforzo e consolidamento delle abilità ipnotiche dimostrate dal paziente
- F. Suggestimenti postipnotici (autoipnosi)
- G. Discussione (confronto infermiere-paziente)

Dopo l'accoglimento del paziente in sala e il posizionamento sul lettino operatorio, si effettua il monitoraggio con posizionamento degli elettrodi per ECG, delle piastre adesive per defibrillazione, se necessario, ed eventuale monitoraggio per contropulsazione aortica.

Lo stato ipnotico viene indotto dall'operatore prima di applicare il telo sterile al paziente sul letto chirurgico. L'operatore utilizza, a sua discrezione, la tecnica di focalizzazione interna (focalizzando l'attenzione del paziente su una percezione interiore come la respirazione) o la tecnica di focalizzazione esterna (concentrando l'attenzione del paziente verso un punto di interesse esterno visibile) come scritto dal passaggio B del flusso di lavoro ipnotico. Il passaggio C consiste nel dare suggerimenti al paziente con l'obiettivo di abbassare il suo pensiero critico, guidandolo ad uno stato di coscienza modificato (fisiologico) con

rilassamento muscolare e respiro regolare, guidando la sua mente verso la realizzazione di un vissuto in un luogo o uno stato piacevole. A questo punto un'analgia focalizzata può essere indotta per mezzo di suggerimenti metaforici e lo stato ipnotico validato per mezzo di una puntura acuta in diversi punti del corpo (passaggio D). Il paziente riposa in questo stato caratterizzato da un cambiamento nella consapevolezza esterna degli stimoli e del suo orientamento spazio-temporale. Dall' esterno chi osserva vede il paziente che sembra addormentato ma dall'interno la sua mente è vigile, sveglia e in controllo. Durante la procedura l'operatore rinforza e consolida questo stato interagendo verbalmente con il paziente (passaggio E). Quando ci si avvicina alla fine della procedura, prima di riorientare il paziente, l'operatore dà suggerimenti post-ipnotici al fine di trattare il dolore postprocedurale e / o l'ulteriore capacità di autoipnosi (passaggio del flusso di lavoro F). Al termine della procedura, con il paziente ancora sul letto, lo stesso operatore che guida l'ipnosi, guida l'uscita dallo stato ipnotico, per far tornare il paziente in contatto con il momento presente (riorientamento).

In questa fase si ricontatta il paziente con la realtà verificando che ciò avvenga senza strascichi.

LA VALUTAZIONE

Al termine delle procedure abbiamo previsto di valutare l'effetto della comunicazione ipnotica in corso della procedura, presso il letto di degenza se il paziente è ricoverato o presso i letti di DH all'interno del laboratorio di Emodinamica.

Per evitare parzialità di interpretazione o interferenze l'infermiere intervistatore è stato un collega diverso non coinvolto direttamente nell'induzione e mantenimento dello stato ipnotico in corso di procedura.

Sono stati valutati nell'intervista la percezione dell'ansia con un punteggio da 0 a 10, quella del dolore secondo la scala NRS sempre con punteggio da 0 a 10, la percezione soggettiva della durata della procedura (in minuti). Si è poi tenuto traccia del numero e del dosaggio dei farmaci analgesici/sedativi eventualmente utilizzati.

IRISULTATI

I questionari presentati ai pazienti sono stati i seguenti.

Valutazione dell'ansia

Prima della procedura:

Valutazione dell'ansia e preoccupazione prima dell'esecuzione della procedura, su una scala di valutazione da 1 a 10, dove 0 è assenza di ansia e 10 è un livello di ansia elevatissimo.

Valutazione del dolore e disagio prima della procedura sempre su una scala da 0 a 10, dove 0 è assenza di dolore e disagio e 10 un dolore insopportabile

Dopo la procedura:

Valutazione dell'ansia e preoccupazione provata durante l'esecuzione della procedura, su una scala da 0 a 10, dove 0 è assenza di ansia e preoccupazione e 10 un livello di ansia elevatissimo.

Valutazione del dolore e disagio provati durante la procedura, dove 0 è assenza di dolore e 10 un dolore insopportabile.

E' stato poi chiesto di valutare la durata della procedura

Nella nostra esperienza preliminare abbiamo osservato in tre pazienti trattati con tecnica ipnotica una netta riduzione della percezione d'ansia e della durata della procedura (da 6 iniziale a 1 per l'ansia e un punteggio di 0/1 per il dolore). Tutti hanno riferito un vissuto rilassante durante la procedura.

Pazienti	STATO DI ANSIA E PREOCCUPAZIONE			GRADO DI DOLORE			
	Pre Proc.	Proced.	Confronto	Pre proc.	Proced.	Confronto	
1	7	2	-50%	4	0	-40%	Grande beneficio
2	4	1	-30%	3	1	-20%	Moderato beneficio
3	6	0	-60%	4	0	-40%	Grande beneficio

ESPERIENZE

Avendo frequentato il corso presso l'Istituto F.Granone CIICS in 4 infermieri, una caposala ed un medico elettrofisiologo, l'ambiente in cui stiamo sperimentando ciò che abbiamo appreso è davvero favorevole. Naturalmente i risultati ottenuti non sono sempre proporzionali al nostro impegno e/o alle nostre capacità.

Nella mia seppur limitata esperienza, spesso mi è capitato di ottenere ottimi risultati quando meno me lo sarei aspettato. E' esattamente ciò che voglio portare all'attenzione perché è stato fonte di grande soddisfazione e di insperata gioia, tanto da volerla condividere.

In una giornata in cui il mio turno di lavoro era in sala di Emodinamica, dopo aver sperimentato un insuccesso nella sala di Elettrofisiologia il giorno precedente, mi chiedevo se avrei nuovamente fallito il tentativo di ipnosi. In quel giorno la lista dei pazienti prevedeva un tentativo di disostruzione di una occlusione coronarica cronica (CTO), procedura solitamente lunga e non sempre coronata da successo.

IL paziente di 75 anni, diabetico con pregresso infarto miocardico sottoposto anni prima a angioplastica primaria e ad ablazione di fibrillazione atriale con sistema CARTO. Era già stato

trattato con PCI per ristenosi intra-stent complicata da fibrillazione ventricolare. Tornava per storia di ischemia inducibile e ridotta frazione di eiezione del ventricolo sinistro (FE=40%) per ricanalizzare un'ostruzione coronarica cronica.

La mia intenzione sarebbe stata di non avventurarmi in un caso simile con un tentativo di ipnosi. Invece, mentre lo accompagnavo in sala con il letto, il paziente mi ha fissato negli occhi e mi ha detto: "Io voglio stare bene, ho bisogno di stare bene". E' stato come se mi avesse letto nel pensiero, avesse visto la mia delusione e mi avesse spronato ad uscirne per aiutarlo. Cogliendo la sua frase gli ho chiesto per quale motivo avesse *bisogno* di stare bene. Lui mi ha parlato della sua nipotina Sofia e di come volesse godersela appieno. Così ho iniziato a descrivergli il corso sull'ipnosi che stavo frequentando al CIICS, il metodo appreso per aiutarlo a vivere questa ennesima esperienza in modo diverso e più piacevole sfruttando le sue stesse capacità. Chiamandolo per nome l'ho invitato a passare dal suo letto al lettino operatorio ed una volta seduto su quest'ultimo, gli ho appoggiato le mani sul tronco e sulla nuca e pian piano l'ho accompagnato giù, giù, giù ... fino a farlo sdraiare supino. Già attraverso questo contatto ho notato che il paziente aveva assunto un'espressione più rilassata della fronte che prima era aggrottata. Avvicinandomi al suo viso ho ricalcato il fatto che la sua espressione fosse già più distesa e di come, dal momento che era stato in grado di rilassare la fronte, sarebbe riuscito a rilassare ogni parte del suo corpo, partendo dalle palpebre. Lasciar chiudere le palpebre e concentrare la sua attenzione sul respiro, ecco ciò che doveva fare. Concentrare la sua attenzione sull'aria fresca che entrava dalle narici facendo sollevare il torace e su quella più calda che usciva dal naso, facendo sì che ogni parte del suo corpo appoggiasse sempre meglio sul lettino. E mentre poneva l'attenzione sul proprio respiro poteva anche sentire noi infermieri che posizionavamo gli elettrodi sul suo corpo e la voce del medico che si stava preparando ad entrare in sala, ma questo non doveva

distrarre la sua attenzione sul respiro per ottenere un rilassamento muscolare che avrebbe permesso il passaggio dei cateteri in modo ottimale attraverso le sue arterie. Questo perché maggiore è il rilassamento della muscolatura, maggiore è la dilatazione dei vasi e si riduce la probabilità che si spasmizzino al passaggio del catetere. Tutti i rumori di sottofondo li avrebbe ancora uditi ma doveva concentrarsi sulla mia voce che l'avrebbe guidato per tutta la durata della procedura. Ad ogni mia affermazione chiedevo un suo cenno del capo in modo da constatare se mi stesse seguendo e se approvasse ciò che dicevo. Gli dissi che poteva notare come ogni volta che l'aria usciva le sue spalle erano in grado di abbassarsi sempre di più e di come questa sensazione aumentasse ad ogni atto respiratorio. Mano a mano che le spalle si rilassavano abbassandosi poteva sentire ridursi la tensione anche altrove. Prima al braccio destro, immaginandolo come se fosse di ferro, sempre più pesante, più pesante e che sul lettino ci fosse una calamita che lo attirava sempre più giù e che questa attrazione fosse talmente forte e la sensazione di abbandono talmente potente da non consentirgli di muoverlo anche se avesse voluto. Poteva provare e in effetti tentò di farlo senza riuscirci. Sorpresa io stessa gli dissi che era stato bravissimo e così come era riuscito a rilassare il braccio e a bloccarlo sul lettino, nello stesso modo poteva riuscire a lasciare vagare la sua mente e raggiungere una situazione di benessere, in un luogo che solo lui poteva riuscire a raggiungere con gli occhi della mente e in cui avrebbe potuto anche portare la sua nipotina Sofia e fare con lei tutto ciò che progettavano di fare assieme. Lì in quel luogo niente e nessuno avrebbero potuto disturbarli. Avrebbe potuto ascoltarne i suoni, sentirne i profumi e vederne i colori. Lì poteva rimanere fino a quando ne avrebbe avuto bisogno. Mi accorsi del cambiamento repentino quando vidi le sue palpebre vibrare i bulbi oculari spostarsi a destra e sinistra come se stesse inseguendo con lo sguardo qualcosa. Riuscì a rimanere in questo stato fino a quando la procedura volgeva al termine. Allora gli rivolsi

ancora la parola dicendogli che era ora di riorientarsi e tornare con me in sala, ma che prima di farlo gli avrei insegnato un gesto, unire il pollice e l'indice della mano sinistra, per poter tornare in quel suo luogo e rivivere ciò che aveva vissuto in precedenza. Gli chiesi di mostrarmi cosa gli avevo insegnato e, avendo già rimosso il telino sterile, potei notare come avesse già unito le due dita. Questo gesto, gli dissi, avrebbe potuto ripeterlo ogni volta avesse sentito il bisogno di tornare in quel luogo. Ora era venuto il momento di tornare da me e di aprire gli occhi per riorientarsi nel qui e ora. Non li aprì subito (facendomi preoccupare) ma dopo quasi un (interminabile) minuto, lentamente e, memore degli insegnamenti di Milena, gli dissi subito che se avesse voluto avrebbe potuto utilizzare il gesto insegnatogli per tornare subito nel suo luogo sicuro e subito li richiuse. Bravissimo! Mentre noi terminavamo di rimuovere il monitoraggio e applicare il sistema di emostasi lui avrebbe potuto tranquillamente rimanere nel suo luogo sicuro dove niente e nessuno avrebbe potuto disturbarlo. Finite tutte le manovre gli chiesi nuovamente di tornare tra di noi e di riaprire gli occhi e questa volta lo fece subito. Gli chiesi impaziente come fosse andata e lui mi raccontò di essere andato a fare compere con la nipotina e che mentre erano insieme a scegliere vestiti e scarpe, tutta la sua famiglia si era unita a loro e insieme avevano trascorso una giornata intera di gioia e spensieratezza come da anni non riusciva a fare. Mi chiese quanto tempo era durata la procedura e quando glielo dissi rimase molto stupito perché era convinto di essere stato via un giorno intero. A queste parole accennai a commuovermi ma resistetti per non rovinare il suo momento "magico". Così gli chiesi come aveva vissuto questa angioplastica. Mi rispose di non averla fatta questa volta! Grazie a me era riuscito a trascorrere un'intera giornata con Sofia. D'ora in avanti avrebbe utilizzato questo metodo per affrontare tutti i momenti di sconforto che la sua precaria condizione di salute gli avrebbe fatto vivere. Se non è magia questa allora non so come definirla.

CONCLUSIONI

Il progetto è in via di realizzazione ma le premesse sembrano positive. La comunicazione ipnotica è un'interessante opportunità nell'esecuzione delle nostre procedure. Sono convinta che non sarà utile solo ai pazienti ma anche e soprattutto alla nostra realizzazione in campo professionale e soprattutto umano.



RINGRAZIAMENTI

Il ringraziamento più grande è per mio marito che per l'ennesima volta mi ha supportato e sopportato anche per questo nuovo obiettivo. Alla mia caposala e ad una ex collega che mi hanno permesso di conoscere questa opportunità ed hanno reso possibile il realizzarsi di un progetto che porterà l'ipnosi nel nostro centro di Emodinamica. Ai colleghi che partecipano con me a questo corso e con cui sono certa coinvolgeremo anche tutto il resto del gruppo. Amici e parenti si sono resi disponibili a fare da sperimentatori anche durante gli incontri presso il centro ASIECI recentemente costituitosi a Ravenna. Doveroso un grazie a tutti i docenti dell'istituto F.Granone CIICS per la disponibilità e l'alto grado di preparazione ed esperienza ma in particolar modo a Milena per l'infinita pazienza avuta nei miei confronti e quanta ancora dovrà sfoderarne per arginare i miei alti e bassi.

La parola d'ordine è continuare!

BIBLIOGRAFIA

1. Granone F. (1989). Trattato di ipnosi
2. Adachi T., Fujino H, Nakac A, Mashimo T., Sasaki J. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a 62(1): 1-28
3. Barbero U, Ferraris F, Muro M, Budano C, Anselmino M, Gaita F. Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2018 Jan;19(1):18-21..
4. Akgul A, Guner B, Çırak M, Çelik D, Hergünel O, Bedirhan S. The Beneficial Effect of Hypnosis in Elective Cardiac Surgery: A Preliminary Study. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2016 Oct;64(7):581-588.
5. Garcia R, Bouleti C, Li A, Frasca D, ElHarrouchi S, Marechal J, Roumegou P, Corbi P, Christiaens L, Le Gal F, Degand B. Hypnosis Versus Placebo During Atrial Flutter Ablation: The PAINLESS Study: A Randomized Controlled Trial. *JACC Clin Electrophysiol*. 2020 Nov;6(12):1551-1560.
6. Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N, Andreatta E, Reagaldo G, Tosello MT et al. Measured outcomes with hypnosis as an experimental tool in a cardiovascular physiology laboratory. In *J Clin Hypn*. 2012;60(2): 241-61
7. Rouseaux F, Faymonville ME, Nyssen AS, Dardenne N, Ledoux D, Massion P, Vanhauwendhuse A. Can hypnosis and virtual reality reduce anxiety, pain and fatigue among patients who undergo cardiac surgery: a randomized controlled trial. *Trials* (2020);21;330
8. Scaglione M, Battaglia A, Di Donna P, Peyracchia M, Bolzan B et al. Hypnotic communication for procedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. *Int J C Heart and Vasc*. 2019; 24:2-6
9. Noergaard MW, Hakonsen SJ, Bjerrum M, Pedersen P. The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nursing*. 2019;28: 4207-24

10. Scaglione M, Battaglia A, Lamanna A, Cerrato N, Di Donna P et al. Adjunctive hypnotic communication for analgo sedation in subcutaneous implantable cardioverter defibrillator Implantation. A prospective single center experience. *Int J C Heart and Vasc.* 2021;35:1-8
11. Scaglione M, Peyracchia M, Battaglia A, Di Donna P, Cerrato N et al. Subcutaneous implantable cardioverter-defibrillator implantation assisted by hypnotic communication in a patient with Brugada syndrome. *Heart and Rhythm.* 2020; 12: 197-200
12. Baglini R, Sesana M, Capunao C, Gnechi-Ruscione T, Limbruno U, Danzi GB. Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *Am J Cardiol.* 2004;93(8):1035-8

