



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2021**

**LE MIE PRIME ESPERIENZE DI IPNOSI
IN CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA**

Candidato

Federica Giannotti

Relatore

Marco Scaglione

Correlatore

Paula Rodrigues Fernandes

*Apri a la verità che viene il petto;
e sappi che, sì tosto come al feto
l'articular del cerebro è perfetto,*

*lo motor primo a lui si volge lieto
sopra tant'arte di natura, e spira
spirito novo, di virtù repleto,*

*che ciò che trova attivo quivi, tira
in sua sostanza, e fassi un'alma sola,
che vive e sente e sé in sé rigira.*

Dante
Purgatorio Canto XXV vv.67-75
Divina Commedia

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE
2. IPNOSI
3. TECNICHE IPNOTICHE
4. IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE BIVENTRICOLARE AUTOMATICO
5. DISOSTRUZIONE CORONARICA
6. ANGIOPLASTICA CORONARICA
7. ESPERIENZE PERSONALI E CASI CLINICI
8. DISCUSSIONE
9. BIBLIOGRAFIA
10. RINGRAZIAMENTI

1. INTRODUZIONE

Ho scelto di aprire questa tesi con Dante perché è il simbolo dell'uso virtuoso della parola in poesia, parola che nel caso della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi è la chiave che mette in azione un motore che ha ripercussioni materiali tangibili.

Dante chiede di "aprire il cuore alle verità nuove", ed è questo quel che da anni fa chi si occupa seriamente di ipnosi sollecitando l'attenzione di tanta parte della comunità scientifica che è ancora chiusa dentro preconcetti ormai smentiti.

Ho trovato, infine, i versi di Dante attuali nella descrizione della meraviglia che è il cervello umano, organo ancora oggi compreso in piccolissima parte.

Per me è stata una scoperta la conoscenza dello stato di coscienza che caratterizza l'ipnosi, stato in cui il nostro organismo, e in particolare il cervello, riesce ad agire attivamente su se stesso modificando parametri fisiologici non autoregolabili nello stato di veglia.

2. IPNOSI

Nella comunità medica, e non solo, circolano molti preconcetti che limitano l'uso dell'ipnosi nella pratica clinica. Per me è stata una rivelazione la conoscenza di questo particolare stato della coscienza e il suo utilizzo che niente ha a che fare, a dispetto del nome, con il sonno e men che meno con giochi di prestigio, magia o forzature della volontà dell'individuo.

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, dinamico, fisiologico caratterizzato dalla presenza del monoideismo plastico, che si può definire come: "Una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico". Tale stato fa naturalmente parte del vissuto quotidiano di ogni essere umano ed è conosciuto anche come ipnosi spontanea; ne sono esempi lo stato di trans mentre si è alla guida dell'auto, si ascolta la musica, si è coinvolti nella lettura di un libro o in un'altra attività che appassiona e che può anche deformare la percezione del tempo.

Alla base dell'ipnosi in ambito clinico vi è il rapporto medico-paziente.

Credo sia doveroso riportare la definizione di ipnosi data dal Prof. Granone nel suo Trattato di Ipnosi¹: "un modo di essere dell'organismo per l'azione di determinati stimoli dissociativi che lo fanno regredire a livelli di comportamenti parafisiologici " che si differenzia dall'ipnotismo che "è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore".

Si comprende quindi che l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, ossia una condizione fisiologica dell'essere umano e come tale può essere anche autoindotta mediante spontanei monoideismi suggestivi e altre tecniche; mentre l'ipnotismo è quella tecnica che permette di attuare il fenomeno ipnotico in cui importante è l'instaurarsi di uno stretto rapporto interpersonale tra l'ipnotizzatore e il soggetto che si intende ipnotizzare.

L'uso dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nell'attività clinica è utile per ottenere uno stato di rilassamento profondo, maggiore collaborazione dei pazienti in corso di procedure lunghe e complesse, rendere l'esperienza vissuta dal paziente piacevole e rinforzare la fiducia in se stesso, perché il soggetto si sentirà più capace di gestire situazioni stressanti in modo sereno². Il benessere psicofisico (non solo del paziente ma anche dell'equipe che intorno a lui opera), è un obiettivo importante e spesso trascurato, che può essere ottenuto con questa tecnica economica e applicabile praticamente in ogni contesto. Nel mio ambito di lavoro, la realizzazione di una analgesia da parte del paziente (adeguatamente guidato a produrre questa sua abilità), è fondamentale. Possiamo distinguere i diversi tipi di analgesia in:

- hypnotic focused analgesia (HFA) assimilabile a una anestesia locale
- hypnotic general anaesthesia (HGA) paragonabile ad una anestesia generale

Il modo migliore per ottenere analgesia è suggerire la realizzazione di un'immagine mentale: freddo (es. mettere la parte interessata nella neve), dimorfismo (es. immaginare di staccare la parte del corpo interessata e riporla in un luogo sicuro distante dal resto del corpo), anestesia che porti alla realizzazione dell'HFA; sostanzialmente si realizza un blocco anestetico della zona interessata con suggestione di inattenzione al campo operatorio e dissociazione dalla sede dell'intervento chirurgico.

Studi di neurofisiologia classica e di imaging con risonanza magnetica funzionale (fMRI) hanno fornito prove scientifiche incontrovertibili. È acclarato che esiste una inibizione sia della risposta di vasocostrizione (dolore non trigeminale) che di quella in vasodilatazione (dolore trigeminale) che dimostra che esiste un blocco della trasmissione dello stimolo algico. Negli studi di fMRI le aree sensitive primarie attivate in corso di stimolazione dolorosa in condizioni basali, sono risultate non attivate in ipnosi somministrando analogo stimolo algico³.

Questi dati dimostrano l'esistenza dell'ipnosi e dell'analgesia ipnotica e che gli stimoli dolorosi vengono bloccati ad un livello del sistema nervoso seguendo la teoria del "gate control"⁴⁻⁵: i processi cognitivi selettivi trasmessi dalle fibre discendenti andrebbero a modulare le proprietà del midollo spinale. Questo "cancello" che modula lo stimolo doloroso può essere aperto o chiuso attraverso stimoli fisici, emozionali, culturali e comportamentali⁶.

Se in letteratura sono presenti da tempo dimostrazioni dell'utilità dell'ipnosi in varie procedure interventistiche⁷⁻⁸ sia in adulti che in bambini⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹², negli ultimi anni sono stati pubblicati studi di applicazione efficace di tale tecnica in cardiologia interventistica, in particolare nell'ambito dell'elettrofisiologia ed elettrostimolazione¹³⁻¹⁴⁻¹⁵.

3. TECNICHE IPNOTICHE

L'ipnosi può determinare uno stato modificato di coscienza associato a rilassamento muscolare. Il workflow ipnotico può essere diviso nei seguenti passi:

1- Verifica e conferma dell'indicazione. Va tenuto conto di alcune situazioni in cui l'ipnosi non è indicata:

- in persone con determinate patologie psichiatriche/neurologiche: es. schizofrenia, epilessia, psicosi endogene;
- per la rimozione dei sintomi quando si ignora la loro causa;
- in ogni situazione ove lo stato emozionale del paziente non sia stato determinato;
- senza un obiettivo definito ma solo per soddisfare l'ego del soggetto o dell'operatore;
- per eliminare determinate sensazioni fisiologiche, come ad esempio la fatica, perché tale effetto può portare il soggetto ad andare oltre le sue capacità fisiche; - in casi di ipotonia;
- obiezioni religiose;
- mancanza di recettività da parte del soggetto.

Va infine usata con cautela e solo da personale esperto con i bambini.

2- Accoglienza del paziente e creazione di un rapporto. In questa fase si identifica il bisogno e si definisce l'obiettivo, così da stabilire un contratto terapeutico in linea con l'obiettivo.

3- Utilizzo della comunicazione ipnotica per abbassare la critica e aumentare la fiducia del paziente attraverso lo "yes set":

- Motivare un ordine o indicazione ne facilita l'accettazione; descrivere quello che c'è, anche se evidente, costituisce un modo semplice e colloquiale per stabilire un rapporto di fiducia con il paziente.

- Focalizzare l'attenzione del paziente così da poter "restringere il campo" della sua attenzione per percepire sensazioni già presenti ma ignorate fino a quel momento, lasciando in secondo piano ciò che lo circonda e altre sensazioni meno importanti per il raggiungimento dell'obiettivo concordato.
 - Ricalco delle sensazioni del soggetto utilizzando i suoi sensi (focalizzando la sua attenzione su quello che può percepire in modo inequivocabile e incontestabile).
- 4- Guidare il paziente suggerendo dei cambiamenti possibili attraverso le immagini (esperienze possibili, immagini metaforiche), portandolo alla realizzazione di un monoideismo.
 - 5- Validazione dello stato ipnotico: ratifica e verifica del monoideismo; rendere evidente il cambiamento avvenuto in modo inconfutabile (serve all'ipnotista ma anche al paziente che diventa consapevole del cambiamento); gratificare il paziente.
 - 6- Sfida: una volta ratificata la realizzazione del monoideismo suggerito si può invitare il paziente a fare l'opposto di quando fornito come suggestione iniziale (es. se si è data la suggestione di palpebre pesanti e occhi piacevolmente chiusi si può chiedere al paziente di aprire gli occhi; se in ipnosi non lo farà).
È importante scegliere sempre con cura le parole utilizzate affinché il paziente senta di vivere una esperienza positiva e piacevole.
 - 7- Rinforzo e consolidamento costituiscono il corpo dell'ipnosi: il momento in cui vengono espresse le suggestioni mirate a guidare il paziente verso l'obiettivo da raggiungere, invitandolo ad approfondire le sensazioni raggiunte.
 - 8- Ancoraggio: è il modo nel quale il paziente può ritornare autonomamente in stato di ipnosi ogni volta che lo desidera. Frequentemente si utilizza un gesto simbolico per attivare volontariamente questa connessione tra corpo e mente, spiegando la modalità in cui avverrà. Fornire la possibilità di auto indursi nello stato ipnotico (self

hypnosis), permette al paziente di attingere alle sue risorse in autonomia e stimola l'autostima.

- 9- Riorientamento del paziente, ovvero, verifica della presenza “qui ed ora “(uscita dallo stato ipnotico).
- 10- Verifica dell'autoipnosi: questo fornisce potenza al paziente e lo rende autonomo (si può approfittare di questo momento per “prescrivere” dei compiti o dare delle suggestioni postipnotiche utili al paziente).
- 11- Racconto o intervista fra medico e paziente: permette alla persona di esprimersi condividendo la sua esperienza e costituisce un momento importante anche per l'ipnotizzatore dandogli l'opportunità di capire meglio la persona che ha davanti e correggere eventuali situazioni di disagio presenti al termine della seduta (esempio: dolore dovuto ad un posizionamento prolungato).

4. IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE BIVENTRICOLARE AUTOMATICO

Nel Caso 1 il paziente è stato sottoposto a impianto di defibrillatore biventricolare (ICD CRT) che trova indicazione nei pazienti con scompenso cardiaco in terapia medica ottimizzata, severa riduzione della funzione sistolica, dissincronia ventricolare. Lo scopo è prevenire la morte improvvisa o le sincopi da tachiaritmia ventricolare e migliorare la qualità di vita, ridurre ospedalizzazioni per scompenso cardiaco.

L'intervento viene effettuato in anestesia locale (Lidocaina 2%) e dura di solito 90-180 minuti, ma in base a vari fattori, in particolare all'anatomia molto variabile del seno coronarico, può prolungarsi molto.

Viene praticata una incisione di 4-6 cm in genere sotto la clavicola sinistra e preparato uno spazio (tasca) sotto la pelle per l'alloggiamento del dispositivo. Si procede poi all'isolamento della vena cefalica e/o alla puntura della vena succlavia intra o extratoracica (ascellare) per inserimento degli elettrocateri sotto controllo radiologico. Si somministra mezzo di contrasto prima per studiare l'anatomia del seno coronarico e individuare il vaso target.

Con assistenza di personale tecnico si procede alla misurazione di vari parametri elettrici e una volta terminato e collegati gli elettrocateri alla cassa dell'ICD CRT si colloca il device nella tasca, che viene chiusa con punti di sutura. Il paziente normalmente assiste da sveglia alla procedura.

5. DISOSTRUZIONE CORONARICA

L'ostruzione coronarica cronica (CTO) è una occlusione di un segmento coronarico con flusso TIMI 0 che perdura da almeno 3 mesi. È una condizione abbastanza frequente (15-20% dei pazienti sottoposti a coronarografia). Il trattamento di tali lesioni è molto complesso e gravato da un incremento del tasso di complicanze rispetto alle

angioplastiche semplici. I pazienti vengono ben selezionati e si procede a una disostruzione al fine di migliorare i sintomi in pazienti con angina o dispnea, ridurre entità di ischemia riscontrata a test di imaging non invasivi, migliorare i sintomi in pazienti con scompenso e ridotta funzione ventricolare sinistra con dimostrazione di vitalità dei segmenti miocardici da rivascolarizzare, migliorare la prognosi in pazienti con coronaropatia che in caso di progressione può causare ischemia globale irreversibile¹⁶. Sono procedure solitamente programmate in cui si utilizzano spesso accessi femorali anche bilaterali (anestesia locale con lidocaina 2%), vi è un maggior utilizzo di mezzo di contrasto e di radiazioni, utilizzo di materiale dedicato quale microcateteri, rotablator, cateteri per imaging intravascolare, ...

Il paziente viene pertanto preparato ad affrontare una procedura lunga (anche molte ore) e complessa che affronterà solitamente senza sedazione.

6. ANGIOPLASTICA PRIMARIA

L'angioplastica coronarica consiste in una dilatazione con palloncino di un restringimento coronarico su base aterotrombotica. Nel caso dell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, l'intervento di angioplastica che si dice in tal caso primaria, eseguito precocemente ha rivoluzionato la prognosi di questa grave condizione clinica.

Solitamente il paziente arriva dal territorio direttamente in sala di emodinamica. La procedura viene eseguita in anestesia locale (Lidocaina 2%) previa percutanea tramite accesso arterioso radiale o femorale.

7. ESPERIENZA PERSONALI E CASI CLINICI

- **ESPERIENZE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA. UN NUOVO APPROCCIO**

Uno dei più grandi insegnamenti del corso di Ipnosi del CIICS, che ha cambiato la quotidianità del mio lavoro, è stata la comunicazione ipnotica: un modo, più cosciente e strutturato, di tornare a fare il medico che entra davvero in rapporto col malato. Mi sono resa conto di come la tempistica sempre più stringente del lavoro, la burocrazia sovrastante, i pensieri personali, troppo spesso ci allontanano da quello che è l'unico vero protagonista, in ambulatorio, in sala operatoria o in corsia, del nostro agire, ovvero il paziente.

Prima di tentare con l'ipnosi ho attuato sistematicamente un approccio basato sulla comunicazione ipnotica con i pazienti che dovevano essere sottoposti a intervento in sala di elettrofisiologia. Veramente in poco tempo (minuti) si può conquistare la fiducia della maggior parte delle persone che, questa è stata la mia sensazione ed esperienza, non aspetta altro che qualcuno gli parli per potersi affidare.

Presentarsi al paziente e farlo con il sorriso, essere attivi nel rapporto con lui e osservare quello che ci comunica anche con il linguaggio non verbale; dare messaggi positivi anche di fronte a situazioni gravi; instaurare un contatto fisico laddove possibile e gradito; utilizzare canali comunicativi adeguati; utilizzare truismi e metafore; motivare quel che si sta facendo sono solo alcune delle strategie che permettono di mettere a proprio agio il paziente. Mi sono resa conto che questo approccio cambia anche l'atteggiamento dell'equipe che ruota intorno al malato instaurando un circuito virtuoso.

Vedere il sorriso sulla faccia del paziente e sentirlo ringraziare più volte per come si è sentito accolto e curato nella sua globalità è una delle più grandi soddisfazioni che ci offre il nostro lavoro.

- CASO CLINICO 1

Il primo caso riguarda un uomo di 61 anni con cardiomiopatia ipocinetico dilatativa. Il paziente, in giovane età, aveva praticato sport a livello agonistico (basket). Una volta abbandonato lo sport ha assistito ad un costante aumento ponderale fino a raggiungere un'obesità severa: al momento dell'ultimo ricovero il suo peso era 180 Kg (BMI 49,6 kg/m²).

Nella sua anamnesi remota si annovera nefrite in età adolescenziale, sindrome delle apnee notturne, molteplici fattori di rischio cardiovascolare oltre all'obesità, ovvero diabete mellito in trattamento insulinico, ipertensione arteriosa e dislipidemia mista.

La sua storia cardiologica è iniziata nel 2017 quando è stato ricoverato con iniziale scompenso cardiaco con riscontro di lieve dilatazione del ventricolo sinistro e iniziale disfunzione sistolica (FE VS 48%); in tale occasione all'ECG Holter è stata riscontrata una frequente extrasistolia ventricolare isolata, in coppie e triplete con una lieve disfunzione sistolica del ventricolo sinistro. È stata allora eseguita una coronarografia che ha escluso la presenza di significativa coronaropatia e impostata terapia medica con successivo benessere e recupero della funzione sistolica del ventricolo sn.

A Gennaio del 2021 il paziente è stato ricoverato presso la Cardiologia di Faenza con un quadro di scompenso cardiaco congestizio. In tale occasione è stata riscontrata una cardiopatia dilatativa con severa riduzione della funzione sistolica del ventricolo sinistro (con FE 25%). All'elettrocardiogramma era presente ritmo sinusale con blocco di branca sinistro. Al monitoraggio elettrocardiografico sono state documentate frequenti extrasistoli ventricolari isolate in bi e trigeminismo, nonché flutter atriale cardiovertito farmacologicamente.

Una volta ottenuto un ripristino del compenso mediante terapia medica è stato proposto al paziente di procedere con nuovo studio coronarografico, ma lui ha rifiutato e ha deciso

di soprassedere a qualsiasi esame invasivo. È stato pertanto dimesso con programma di follow up clinico presso l'ambulatorio dello scompenso cardiaco.

A distanza di tre mesi dal ricovero l'ecocardiogramma ha mostrato la persistenza di una severa disfunzione ventricolare nonostante l'ottimale terapia medica. Il paziente con il tempo e dopo molti colloqui con i medici ha accettato di sottoporsi a coronarografia a Luglio 2021. L'esame ha confermato l'assenza di coronaropatia. Ancora una volta il paziente ha deciso di non procedere all'intervento che gli era stato proposto di impianto di defibrillatore con stimolazione bi ventricolare (ICD CRT).

Al successivo follow up ambulatoriale è stato riproposto l'impianto di ICD CRT cercando di rendere edotto il paziente dei benefici per la sua qualità di vita e per la riduzione della morte improvvisa da tachiaritmie ventricolari, seppur in presenza di un rischio operatorio non trascurabile (grande obeso, anticoagulazione, diabetico). Alla fine il paziente ha accettato ed è stato ricoverato per eseguire l'intervento presso un centro spoke ed è giunto alla nostra attenzione la mattina stessa dell'operazione.

Seppur apparentemente calmo durante il colloquio con me il paziente ha esplicitato, con molta consapevolezza del proprio sentire, i timori in merito all'impianto di defibrillatore biventricolare.

Ho avuto la sensazione che cercasse un sostegno che gli desse la forza di affrontare l'impianto. Impianto che, peraltro, si presentava complesso vista la corporatura che faceva prevedere un difficile approccio nel reperire in vasi.

Ho proposto allora al signore una tecnica di rilassamento con la quale avrebbe affrontato questo momento, ma anche altri in avvenire, nel migliore dei modi, anzi conquistando uno stato di benessere e tranquillità che lo avrebbero accompagnato anche successivamente. Il paziente ha accettato e a quel punto, una volta portato in sala e monitorato, l'ho invitato a focalizzare l'attenzione sul respiro, nel frattempo ho anche

osservato alcuni segni come il flutter palpebrale, la deglutizione e ho iniziato a ricalcare le sue sensazioni come il cambiamento della respirazione. Una volta ottenuto uno stato di profondo rilassamento, ho ratificato lo stato di ipnosi sollevando e lasciando dolcemente i polsi del paziente che risultavano del tutto abbandonati. Ho approfondito lo stato d'ipnosi suggerendo immobilità, insensibilità, profondo benessere e rilassatezza. La prima parte dell'impianto, ovvero l'inserimento dell'elettrocattetero da stimolazione/defibrillazione del ventricolo destro e dell'elettrocattetero da stimolazione dell'atrio destro, è stata rapida grazie al reperimento di vena cefalica di buon calibro. Ben più ostica è stata la puntura della vena succlavia tentata sia con puntura intratoracica che della vena ascellare. Durante i molteplici tentativi operati sia da me che da un collega, il paziente si è mantenuto assolutamente immobile, perfettamente collaborante e tranquillo pur avvertendo ad un certo punto dolore in sede di puntura per cui è stato somministrato Fentanil (totale 1 fiala). Visto lo spessore del tessuto sottocutaneo è stato risolutivo per il reperimento della vena ascellare l'utilizzo di un'ago da pericardiocentesi.

Durante tutto l'intervento ho rinforzato lo stato ipnotico del paziente ricordando le suggestioni utilizzate inizialmente. Al termine dell'intervento ho detto al paziente che non avrebbe sentito alcuna sensazione spiacevole in tutta la zona sottoclaveare/spalla sinistra e poi ho gli dato un ancoraggio facendogli unire pollice e indice della mano destra. Al ritorno al consueto stato di coscienza il paziente ha riferito di esser stupito per la brevità dell'intervento (che invece era durato circa 4 ore proprio per i problemi sopra riportati, evidente riconoscimento dello stato di ipnosi) e di sentirsi bene.

La cosa più bella è stata vederlo con il sorriso mentre ringraziava tutta l'equipe.

- CASO CLINICO 2

Il secondo caso riguarda un paziente di 56 anni con vari fattori di rischio cardiovascolare (diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità) che doveva essere sottoposto a coronarografia e disostruzione coronarica.

Il paziente ha esordito con le problematiche cardiologiche in età relativamente giovane, ovvero nel 2017 a 52 anni, con un infarto miocardico trattato con angioplastica coronarica e impianto di stent medicato su arteria interventricolare anteriore e coronaria destra con residua stenosi critica di arteria circonflessa distale. Dopo neanche un anno è stato nuovamente ricoverato per angina da sforzo con dimostrazione coronarografica di restenosi di arteria interventricolare anteriore sottoposta ad angioplastica. Ha goduto di buona salute fino a Maggio 2021 quando è ricomparsa angina da sforzo con riscontro di ostruzione di arteria interventricolare anteriore con sviluppo di circoli collaterali. Il caso è stato discusso all'heart team ed è stato deciso di tentare la rivascolarizzazione percutanea mediante disostruzione coronarica.

Visto che le procedure di disostruzione coronarica sono solitamente complesse e richiedono tempistiche lunghe ed essendo il paziente particolarmente teso e preoccupato, mi è stato chiesto dai colleghi emodinamisti (che erano a conoscenza dell'applicazione dell'ipnosi in sala di elettrofisiologia) di valutare se possibile trattarlo in ipnosi. Dal colloquio con il paziente mi è sembrato molto ben predisposto e anzi contento di avere la possibilità anche di un approccio non farmacologico per ottenere almeno un rilassamento e un calo della tensione. In questo caso ho deciso di procedere alla induzione con tecnica della fissazione di un dito posto davanti al paziente che poi ho avvicinato gradualmente ricalcando e suggerendo il fastidio agli occhi e la pesantezza palpebrale fino a che il paziente non ha chiuso gli occhi. Ho poi chiesto al paziente di

concentrarsi sul suo respiro e di pensare a un luogo sicuro in cui si poteva sentire protetto in pieno stato di benessere. Ho ratificato sollevando e lasciando i polsi del paziente.

Ho seguito il paziente per tutta la procedura, lui si è mantenuto ad occhi chiusi, collaborante e rilassato e al termine ha riferito uno stato di benessere e tranquillità che non si aspettava. Intanto la disostruzione coronarica è stata eseguita efficacemente e senza problematiche particolari.

- CASO CLINICO 3

L'ultimo caso riguarda un paziente di 47 anni, senza precedenti cardiovascolari noti, giunto in sala di emodinamica per un infarto miocardico acuto. Tale condizione è uno degli eventi più stressanti per il paziente cardiologico: solitamente la persona colpita si trova in ambito extraospedaliero nel pieno svolgimento di una vita normale, improvvisamente è colpita da un dolore forte, spesso da senso di morte imminente e in pochi minuti si trova catapultato in una sala operatoria. È facile quindi immaginare la paura e lo smarrimento con cui il soggetto giunge in ospedale.

Il paziente in questione, di origini tunisine, aveva anche una parziale barriera linguistica che ostacolava ancor più la comprensione di ciò che gli stava capitando. Io come medico di guardia, in attesa dell'arrivo dell'emodinamista, ho prestato le prime cure al malato, il quale era terrorizzato, preda di un tremore scuotente e con lo sguardo perso. Mi sono resa conto che attorno a lui si muovevano vari operatori sanitari che procedevano a depilazione, monitoraggio elettrocardiografico, misurazione della pressione, somministrazione di farmaci, richiesta di informazioni per compilare le cartelle infermieristiche e mediche, ma nessuno gli spiegava cosa stava succedendo o si occupava del suo stato d'animo. Mi è venuto spontaneo avvicinarmi con un contatto

fisico semplicemente accarezzandogli il viso e dicendogli che eravamo lì per aiutarlo e che tutto sarebbe andato bene. Immediatamente ha smesso di tremare. A quel punto ho cercato di farlo focalizzare sul respiro, utilizzando poche e semplici parole. Quando è stato portato in sala mi sembrava più rilassato. Non ho dato suggestioni di anestesia perché il paziente è entrato in sala urgentemente ma ho continuato a parlargli e lui ha affrontato la procedura mantenendo uno stato di rilassatezza profonda.

8. DISCUSSIONE

L'ipnosi, anche nella mia iniziale e limitata esperienza, si è confermata essere una tecnica attuabile, efficace, economica e con effetti positivi diffusi su operatori e pazienti. La conoscenza della comunicazione ipnotica cambia totalmente l'approccio dei sanitari al paziente riportando la cura a una visione olistica.

Le evidenze scientifiche reperibili in letteratura dimostrano l'esistenza dell'ipnosi come stato mentale modificato; attestano l'efficacia del suo utilizzo sul piano clinico in varie discipline; mostrano le modificazioni neurofisiologiche che si attuano in corso di ipnosi e alcuni dei meccanismi che regolano analgesia e anestesia ipnotica.

Queste evidenze devono essere sicuramente indagate con studi ancora più ampi. Spero vivamente che intanto servano ad abbattere la diffidenza che ancora si riscontra in ambito medico a proposito di tale argomento, visto tuttora da qualcuno come poco scientifico o addirittura esoterico.

Nel mio ambito di lavoro mi adopererò per far conoscere l'ipnosi e le sue innumerevoli applicazioni in Cardiologia.

9.BIBLIOGRAFIA

1. Franco Granone, Trattato di Ipnosi, UTET 1989
2. D. Moss, E. Willmarth, Hypnosis, anesthesia, pain management, and preparation for medical procedures. *Ann Palliat Med* 2019 Sep;8(4):498-503
3. E. Casiglia, F. Finatti, V. Tikhonoff, et al. Mechanisms of hypnotic analgesia explained by functional magnetic resonance (fMRI). *Int J Exp hypn.* 2020;68 (1): 1-15.:
4. B. D. Kiernan, J. R Dane, L. H. Phillips, et al. Hypnotic Analgesia Reduces R-III Nociceptive Reflex: Further Evidence Concerning the Multifactorial Nature of Hypnotic Analgesia. *Pain*, 1995, 60, 39-47.
5. G. Sandrini, I. Milanov, S. Malaguti et al. Effects of Hypnosis on Diffuse Noxious Inhibitory Controls. *Physiology&Behaviour*, 2000, 69, 295-300.
6. E. Facco Hypnosis and anesthesia: back to the future. *Minerva Anestesiol.* 2016;82:1343-1356
7. T. Adachi, H. Fujino, A. Nakae, et al. A Meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological intervention, *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 62 (1) (2014) 1-28.
8. A.H.K. Wobst, Hypnosis and surgery: past, present and future. *Anesth. Analg.* 104 (5) (2007) 1199-1208.
9. LD Butler, BK Symons, SL Henderson, et al. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 2005;115: e77–e85.

10. T Sefiani, M Uscaï, JL Sany, et al. Laparoscopy under local anaesthesia and hypnoanaesthesia about 35 cholecystectomies and 15 inguinal hernia repair. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 2004;23:1093–101
- 11.4- GH Montgomery, D David, G Winkel, et al. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesth. Analg.* 2002;94:1639–45.
12. R Powell, NW Scott, A Manyande, et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 5.
13. U. Barbero, F. Ferraris, M. Muro, et al. Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias. *J. Cardiovasc. Med.* 2018, 19:18
14. M. Scaglione, A. Battaglia. P, Di Donna et al. Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. *Int. J. Cardiol. Heart Vasc.* 2019;24:100405. 28-
15. M. Scaglione, M. Peyracchia, A. Battaglia et al. Subcutaneous implantable cardioverterdefibrillator implantation assisted by hypnotic communication in a patient with Brugada Syndrome. *Heart Rhythm Case Reports* 2019 26; 6(4): 198-201 .
16. Sianos G, Werner GS, Galassi AR, et al.: EuroCTO Club. Recanalisation of chronic total coronary occlusions: 2012 consensus from the EuroCTO Club. *EuroIntervention* 2012, 8:139-45

10.RINGRAZIAMENTI

Ringrazio tutte le docenti e i docenti del Corso di formazione in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica, che con grande passione e dedizione diffondono il loro sapere aprendo le menti dei discenti e rimanendo sempre pronti ad accogliere riflessioni e stimoli che nascono dagli incontri a cui ho avuto la fortuna di partecipare.

Un ringraziamento speciale a Marco, Paula e Luca che nel corso delle esercitazioni ci hanno accolto, guidato e dato fiducia.