

ISTITUTO FRANCO GRANONE  
C.I.I.C.S.

ISTITUTO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE  
Fondatore Prof. Franco Granone

L'IPNOSI COME ALTERNATIVA ALLA SEDAZIONE  
FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CANDIDATO A  
CHIRURGIA OFTALMICA IN DAY HOSPITAL

CANDIDATO  
Dott.sa Rachele Marci



RELATORE  
Dott. Rocco Iannini



# INDICE

- SOMMARIO.....	pag. 1
- IPNOSI.....	pag. 2
- TECNICHE DELL'INDUZIONE IPNOTICA.....	pag. 4
- DESCRIZIONE DELLA METODICA CHIRURGICA E DEL PROTOCOLLO ADOTTATO.....	pag. 5
- MATERIALI E METODI.....	pag. 8
- RISULTATI.....	pag. 9
- CONCLUSIONI.....	pag. 11
- BIBLIOGRAFIA.....	pag. 12

## SOMMARIO

Questo lavoro è stato condotto su alcuni pazienti candidati ad intervento di chirurgia oftalmica (cat + IOL). Questi interventi sono molto rapidi e richiedono uno scambio veloce del paziente sul letto operatorio affinché la seduta intera, composta da 15-18 interventi, possa essere espletata nel tempo previsto. In questa realtà è praticamente impossibile disporre di un tempo sufficiente a condurre l'ipnosi in modo completo, senza una adeguata preparazione e perciò ho preferito adottare una tecnica di approccio ed induzione ipnotica veloce da istaurare, al fine di captare l'attenzione dell'operando per mantenerlo fermo e tranquillo durante l'intervento chirurgico, con ridotto o addirittura evitato uso di sedativi e, contemporaneamente, donargli un vissuto operatorio migliore.

## SUMMARY

This study was carried out on some patients who were candidates for ophthalmic surgery (Cat+IOL).

These kind of interventions are very fast and need a quick patient exchange on the surgery bed so that the entire session, composed by 15-18 interventions, is finished in the expected time.

In this reality it's impossible to have enough time to do the ipnosis in a complete way, without an appropriate preparation. So I preferred to use an inductive ipnotic approach, fast to apply, to catch the patient attention and keep him still and quiet during the surgical intervention, reducing or even avoiding the use of sedative drugs. In the same time, it gives to him a better surgical experience.

# IPNOSI

“ L’ipnosi è una comunicazione con l’inconscio” Meggle-Erickson

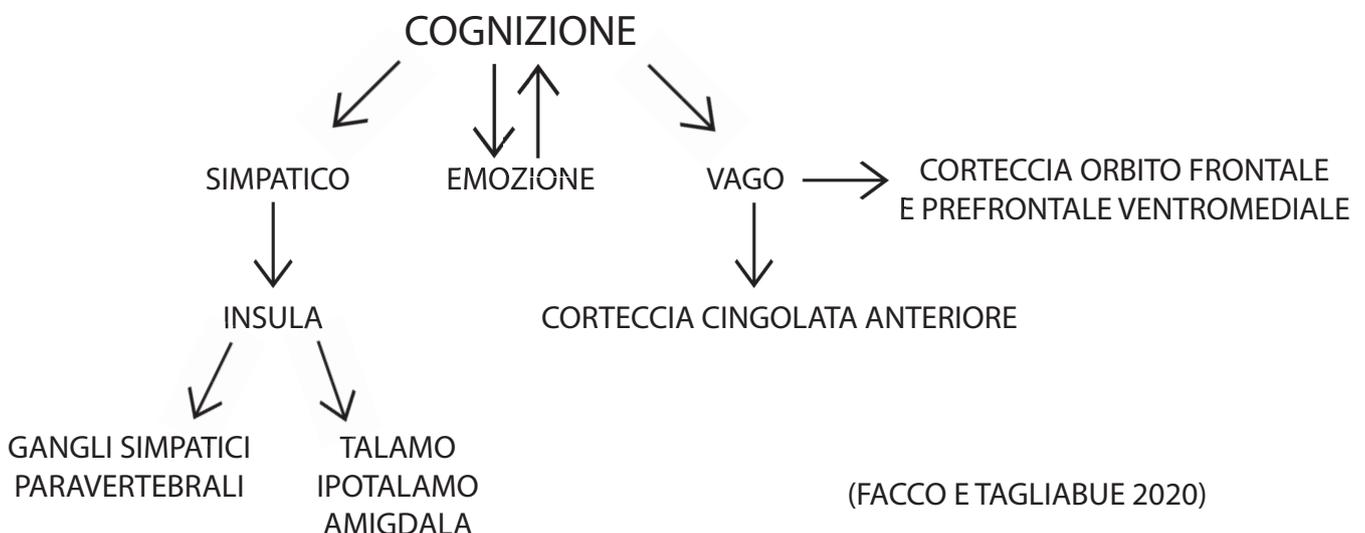
L’ipnosi è uno stato fisiologico della coscienza, come sono la veglia o il sonno, ma modificato, amplificato e potenziato, in cui una sola idea (monoideismo plastico), riverbera sul piano psicosomatico ed è in grado di produrre modifiche emozionali, muscolari ,nervose ,viscerali ed endocrine.

Si può definire una tecnica di comunicazione consapevole, un modo di parlare che insieme ad un opportuno atteggiamento permette di attirare l’attenzione dell’altro, instaurando empatia.

E’ oramai noto che l’uso del linguaggio ipnotico favorisce l’attivazione dei sistemi d’integrazione neurale e perciò la sincronizzazione del SNA. Il sistema d’integrazione si avvale di reti neurali che dialogano fra di loro per mezzo di neuromediatori e gestiscono la fisiologia di tutti i sistemi dell’organismo; un esempio si ha con la sincronizzazione cardiaca in cui il cuore in coerenza produce ossitocina che è legata allo stato cognitivo, alla capacità di adattamento e a complessi sistemi come quello della tolleranza o il sistema PNEI.

Il linguaggio ipnotico può essere usata anche senza che si metta in atto una modifica dello stato di coscienza. Si tratta di usare in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente umana.

L’ipnosi e l’applicazione dei suoi modelli sul paziente sono in grado di influire sui meccanismi di cognizione-emozione mediati dai sistemi orto e parasimpatico che sono alla base dell’unità mente-corpo.



E' importante sottolineare che proprio la corteccia cingolata anteriore si attiva in ipnosi regolando attenzione, motivazioni, processi cognitivi, affettività, gestione dei conflitti tra stimoli incongruenti e controllo motorio; tutto ciò è legato tra l'altro alla percezione e alla elaborazione del dolore.

Così facendo migliorano i sistemi della resilienza, autoefficacia, autostima... facendo emergere risorse latenti che ogni individuo possiede e che l'ansia, la paura e il dolore possono reprimere.

# TECNICHE DELL'INDUZIONE IPNOTICA

Esistono tecniche dirette e indirette. Le prime prevedono l'uso dei comandi espliciti e si rivolgono alle persone direttamente e con istruzioni precise.

Le tecniche indirette sono state ampiamente usate e sperimentate da M. Erickson:

- Con comunicazione indiretta (mi domando se tu possa....)
- Con comandi nascosti (voglio che tu mi dica ciò che mi vuoi dire....), cioè introdotti nel mezzo di frasi in modo da sfuggire al controllo
- Truismi: a) sensazioni (brezza fresca) b) tempo (presto o tardi)
- Non sapere
- Non fare
- Frasi aperte
- Coprire tutte le possibilità di risposta
- Orientamento al positivo
- Associazioni
- Opposti
- Negativo

Tutto ciò permette di attingere alle esperienze inconsce, lasciando al paziente una grande libertà inconsapevole di scegliere il tipo di risposta, liberando la sua creatività e rendendolo partecipe del processo ipnotico.

Poiché la maggior parte della comunicazione avviene a livello non verbale, è possibile che ciò coinvolga maggiormente l'emisfero cerebrale destro attivato da elementi comunicativi come il carisma (comunicazione emozionale), la mimica, la prossemica, la cinetica, la paralinguistica e la prosodia.

Le procedure comportamentali linguistiche che danno diretto accesso all'emisfero destro sono:

- Il linguaggio figurato
- Le rime
- Le metafore
- I giochi di parole
- La spontaneità del rapporto

## DESCRIZIONE DELLA METODICA CHIRURGICA E DEL PROTOCOLLO ADOTTATO

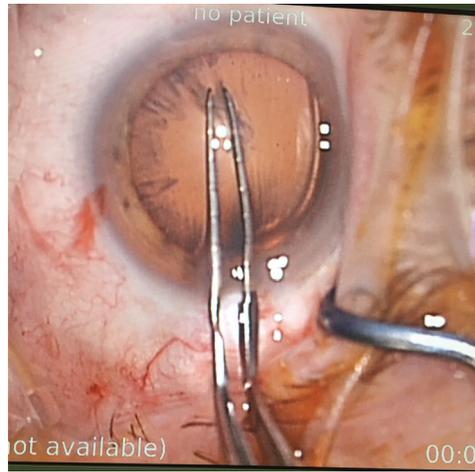
Come già precedentemente evidenziato, l'intervento di FACO+IOL per cataratta nucleare è, in mani esperte, molto veloce. Il paziente giunge nel blocco operatorio già con midriasi indotta in reparto e viene preparato con incannulazione di una vena periferica, disinfezione dell'occhio da operare con iodopovidone e inoculazione di anestetico topico in gocce; poi viene accompagnato sul lettino operatorio per l'esecuzione dell'intervento. Viene effettuata nuova disinfezione della cute e del fornice con oftosteril monouso tre minuti prima dell'intervento; contemporaneamente viene inoculato collirio anti-ammiccamento anche nell'occhio sano, quindi viene posizionato il telo chirurgico e, ripetuta la disinfezione, inizia l'intervento.



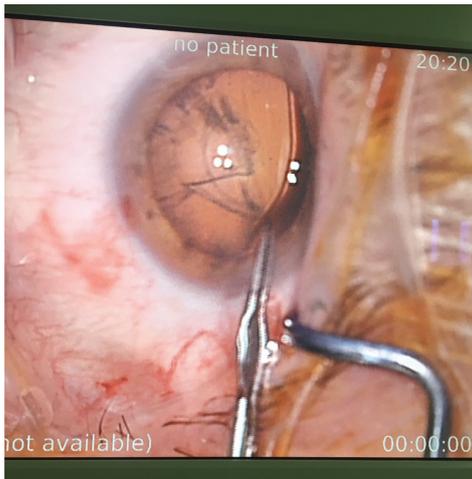
Viene effettuato un tunnel corneale laterale di pochi mm e iniettato Mydrane, se serve completare la dilatazione pupillare; viene iniettato viscoelastico e praticata una incisione di servizio con un precalibrato, capsuloressi circolare continua con cistotomo e pinza, idrodissezione, facoemulsione del nucleo ed aspirazione delle masse corticali, impianto di IOL nel sacco, aspirazione del viscoelastico, antibiotico ed idrosutura, poi medicazione.



1. Incisione con precalibrato



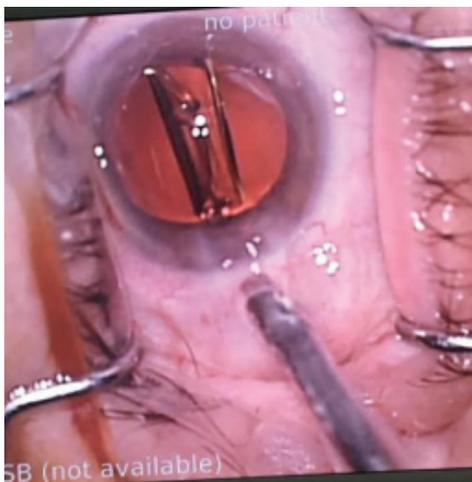
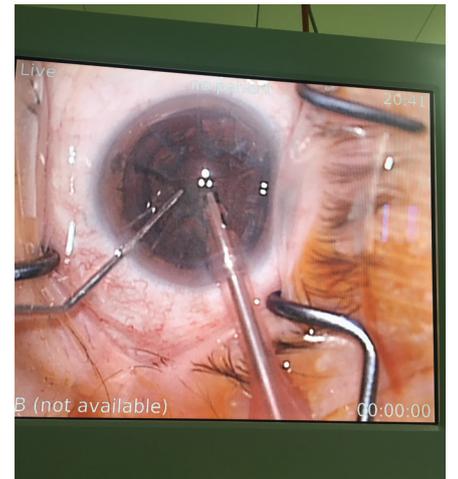
2. Capsuloressi con cistotomo e pinza



3. Idrodissezione



4. Facoemulsione



6. Inserimento lente



7. Idrosutura

Tutto ciò richiede un tempo operatorio di circa 15 minuti durante i quali il paziente non deve muoversi. Si comprende come sia davvero difficile, senza una preparazione specifica praticare una ipnosi completa.

Ho cercato di sviluppare una modalità di approccio al paziente mediante comunicazione ipnotica sin dal suo arrivo nel blocco operatorio, così che, stabilito un primo contatto, mi fosse possibile continuare il dialogo durante l'avvicendamento delle fasi che precedono e culminano nell'operazione chirurgica.

Il paziente è stato accolto con sguardo diretto e saluto seguito dal nome, quindi presentandomi in qualità di anestesista, ho assicurato la mia presenza continua e, mentre procedevo al pre-talking, compilavo la check-list ponendo attenzione al sito dell'intervento e spiegavo "Le potrò somministrare un farmaco rilassante attraverso il venflon che l'infermiera ha posizionato in vena e voglio ricordarle che le gocce che vengono ripetutamente poste sia nell'occhio da operare che nell'altro, oltre ad essere disinfettanti e lubrificanti, sono dei potenti anestetici, per questo i suoi occhi, durante l'operazione, potranno al massimo percepire un po' di fastidio" ( non veniva mai pronunciata alcuna negazione, né la parola dolore). Io sarò sempre vicina e, se le fa piacere, posso aiutarla a rilassarsi in un modo piacevole tanto che spesso si può addirittura evitare l'uso del sedativo ev.

In genere il paziente si è subito affidato accettando volentieri di farsi guidare e una volta fatto accomodare sul lettino operatorio ed identificati i suoi principali canali comunicativi, ho così proceduto:

- INDICAZIONE MOTIVATA: prendi una posizione molto comoda sul lettino perché così sarà più semplice per te ascoltare la mia voce e le sensazioni del tuo corpo..ok, bene..
- DESCRIZIONE: ..e mentre sei sdraiato, puoi portare l'attenzione sul tuo respiro...(attraverso la descrizione oggettiva si restituisce al paziente l'immagine accurata della sua posizione, l'operatore si accosta alla realtà del paziente e la descrive facendo in modo di rappresentare tale realtà attraverso le proprie parole ).. e renderti conto che l'aria entrando gonfia e distende il torace e nell'espiazione il torace si abbassa e la temperatura dell'aria che esce è diversa da quella che entra.
- RICALCHI: si afferma e ripete ciò che il paziente mostra.
- SUGGERIMENTO CON TRUISMI: ..potresti accorgerti di come via via il ritmo del tuo respiro sta cambiando e che ogni volta che espiri le tue spalle si abbassano di più, due, 10 volte di più.. e puoi immaginare di avere, proprio tra torace e addome, un palloncino che si gonfia ogni volta che inspiri e si sgonfia ogni volta che espiri e il suo colore , che è il tuo preferito, si schiarisce e diventa pallido quando gonfi il palloncino e torna bello intenso quando lasci uscire l'aria e lo osservi danzare mentre spifferando si sgonfia...
- RATIFICA:..e ora che il ritmo del tuo respiro è regolare e tranquillo, puoi renderti conto di quanto anche tu sei rilassato e ti verrà facile rimanere così, fermo ed immobile fissando la luce sopra i tuoi occhi esattamente come quando ti scattano una foto, che così sarà nitida e perfetta..
- ANCORAGGIO e DEINDUZIONE: al termine dell'intervento, durante la medicazione.

## MATERIALI E METODI

Al fine di verificare come l'uso di una tecnica ipnotica possa influire sull'iter operatorio e sul suo vissuto, sono stati arruolati nove pazienti dalle liste dei candidati a FACO+IOL, cinque femmine e quattro maschi con un'età media di 72 anni.

Tre sono stati trattati con approccio classico, senza adottare tecniche di ipnosi, quindi raccolta delle generalità, compilazione della check-list e sedazione con midazolam 2/4mg; sei sono stati accolti con approccio caratterizzato da linguaggio ipnotico seguendo lo schema descritto.

Ad uno dei sei pazienti è stato somministrato 1 mg di midazolam; nessun sedativo è stato somministrato agli altri cinque pazienti.

Tutti i pazienti all'arrivo nel blocco operatorio sono stati invitati a descrivere il loro livello di ansia secondo la scala di ZUNG ( 0-20 punti= molto basso; 21-40= basso; 41- 60= moderato; 61-80= elevato) e, prima della dimissione, hanno risposto ad un breve questionario di gradimento.

## RISULTATI

Dai questionari si è desunto che tutti i pazienti arrivati in sala operatoria manifestavano un livello d'ansia di circa 29-32 punti della scala usata.

I parametri monitorizzati nei primi tre pazienti hanno rilevato PA e FC che si mantenevano piuttosto elevati alla misurazione basale, mentre la saturazione di ossigeno era inizialmente intorno al 97%. Questi pazienti hanno avuto difficoltà a rimanere fermi durante l'intervento e hanno richiesto dosi aggiuntive di anestetico locale.

Nei sei pazienti trattati con l'ausilio delle tecniche di sedazione ipnotica, PA e FC erano rispettivamente circa 135/75 mmhg e 70/85 batt/min; entrambi i parametri erano stabili durante tutta la durata dell'intervento e la saturazione di ossigeno era in media 98%. I pazienti sono rimasti immobili durante la procedura e non hanno richiesto dosi aggiuntive di anestetico topico. Per tutti e sei l'esperienza è stata migliore di come la avevano immaginata.

Pz	Tempo	PA	FC	Sat O2	farmaco
Maschio aa66 ODX	0 5' F int	147/85 125/70 115/80	90 80 75	97 96 97	NO
Maschio aa66 OSX	0 5' F int	138/72 120/70 110/75	80 78 76	98 97 98	NO
Maschio aa85 OSX	0 5 F int	109/54 121/60 135/62	62 64 63	98 98 100	Midazolam 3 mg
Maschio aa77 OSX	0 5' F int	176/78 146/67 168/80	71 68 70	99 99 98	Midazolam 4 mg
Femm aa67 ODX	0 5' F int	175/90 160/75 140/70	70 63 65	99 99 99	Midazolam 3 mg
Femm aa69 OSX	0 5' F int	146/95 150/85 140/70	80 87 80	100 100 100	NO
Femm aa69 ODX	0 5' F int	133/67 142/78 129/70	58 58 61	97 100 100	NO
Femm aa79 OSX	0 5' F int	130/60 120/54 90/45	70 67 61	98 97 96	Com ipn + midazolam 1 mg
Femm aa68 ODX	0 5' F int	115/66 123/66 120/65	71 68 65	94 100 100	NO

*Tabella monitoraggio parametri vitali*

## CONCLUSIONI

L'uso delle tecniche di sedazione ipnotica mirato a rendere più gradevole un visito operatorio, riducendo l'uso di farmaci, è valido e può essere attuato anche in situazioni in cui il tempo disponibile è scarso ed il confort per il paziente è molto ridotto.

## BIBLIOGRAFIA

- Franco Granone. Trattato di ipnosi, (vol1-2) UTET 1989
- Tullio De Mauro. Guida all'uso delle parole, Editori riuniti 1980 ( ultima ed 2003
- Axel Munthe, "La storia di San Michele" Garzanti, Milano 2004
- Erikson M. Rossi E Rossi "Tecniche di suggestione ipnotica" Astrolabio Roma 1979
- Padrini Franco "Il linguaggio segreto del corpo" De Vecchi, Milano 1996
- Cuttica L. "L'avventura di comunicare" Xenia, Milano 1996