

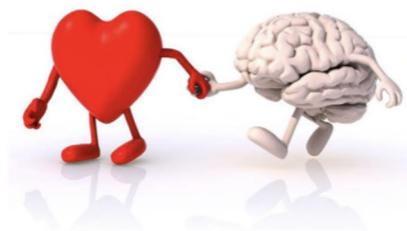


ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2021

Un nuovo compagno di viaggio di nome ICD

L'utilizzo dell'ipnosi per facilitare l'accettazione del defibrillatore automatico da parte dei pazienti cardiopatici



Candidato: dr. Maurizio Mellana

Relatore: dr.ssa Donatella Croce

Indice

1. ICD: aspetti epidemiologici, emodinamici, simbolici, psicologici e psicopatologici	p. 2
2. ICD e Qualità di Vita	p. 4
3. L'intervento psicologico in UTIC e in Reparto di Cardiologia ASL AT	p. 9
4. Disegno del percorso del paziente	p. 10
5. Ipnosi e ICD	p. 13
6. Conclusioni	p. 17
7. Bibliografia	p. 19
Allegato 1	p. 22

1. ICD: aspetti epidemiologici, emodinamici, simbolici, psicologici e psicopatologici

1.1 Aspetti epidemiologici ed emodinamici

Nelle patologie cardiache la morte improvvisa ha una elevata incidenza, che è stata stimata tra lo 0.36 e l'1.28 per mille abitanti all'anno nei paesi industrializzati. Si calcola che negli Stati Uniti si verifichino circa 350.000-450.000 morti improvvise all'anno. In Italia le stime si aggirano intorno ai 50.000 casi. Non tutte le morti improvvise sono dovute ad arresto cardiaco, ma sicuramente la fibrillazione ventricolare (FV) è responsabile del 75-80% di tali casi. I farmaci antiaritmici si sono dimostrati inefficaci (con la sola eccezione dei B-bloccanti) nel ridurre la morte improvvisa; pertanto **sono stati sviluppati sempre più i defibrillatori impiantabili automatici (ICD)**, che hanno dimostrato in tutti gli studi randomizzati di poter ridurre la morte aritmica e in alcuni casi anche la mortalità totale. Le indicazioni all'impianto degli ICD sono progressivamente aumentate, parallelamente all'individuazione delle categorie di pazienti a rischio, alla riduzione delle dimensioni degli apparecchi e al sempre maggior numero di funzioni da essi svolte.

Il defibrillatore automatico è in grado di analizzare ogni battito cardiaco e, quando sono soddisfatti i criteri (programmabili), classificare un episodio come tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare. In base alla frequenza cardiaca e alla tollerabilità emodinamica di ogni episodio di tachicardia ventricolare, si possono programmare essenzialmente due tipi di intervento: sulle frequenze più lente e meglio tollerate, si può intervenire con una stimolazione "overdrive", ovvero con una serie di impulsi (fino ad un massimo di 15) con una frequenza lievemente superiore a quella della tachicardia spontanea, che possono "catturare" e interrompere l'aritmia senza che il paziente avverta disturbo (al di fuori dell'eventuale cardiopalmo legato alla tachicardia stessa). Per le aritmie con frequenza molto elevata, mal tollerate emodinamicamente, o per le fibrillazioni ventricolari, l'apparecchio viene programmato per erogare uno shock di defibrillazione endocavitaria fino ad un massimo di circa 40 J. La scarica può essere avvertita dal paziente in modo molto fastidioso e viene descritta come una "scossa", un "pugno", un "calcio", talvolta associato ad una vampata di calore; altre volte la scarica viene erogata quando il paziente ha già perso conoscenza e non viene avvertita: in questi ultimi casi è la perdita di coscienza stessa che può avere conseguenze traumatiche sia dal punto di vista fisico che psicologico (Bocchiardo et. al., 2004).

1.1 Aspetti simbolici, psicologici e psicopatologici

Il cuore malato è vissuto nella maggioranza dei casi come *perdita* perché il cuore non è solo e sempre vissuto come ciò che realmente è a livello biologico -"solo una pompa"- ma bensì anche, e a volte soprattutto, come una realtà che è stata antropomorfizzata, diventando, nell'immaginario individuale e collettivo, la sede delle emozioni e degli affetti personali e custode di quella parte di identità che più ci caratterizza, rendendoci unici e non fungibili. Nell'approfondire la dimensione psicologica delle persone ricoverate in cardiologia si delineano due prospettive fondamentali: l'esordio acuto e la patologia cronica. In un caso l'evento cardiaco giunge ad interrompere, apparentemente senza preavviso, il continuum

dell'esistenza: l'individuo sperimenta nel giro di poche ore dolore, paura, impotenza, angoscia, lasciando i propri luoghi di vita per il Pronto Soccorso, la sala operatoria ed il reparto di terapia intensiva (UTIC). Si genera nell'esperienza di vita una frattura che richiede molte risorse per essere sanata. Nell'altro caso, che può seguire anche l'evento acuto, la patologia diventa esplicitamente una compagna di vita. Grazie ai progressi delle terapie mediche e chirurgiche aumenta il numero di persone che si trovano a vivere in una condizione in cui la morte è sì rimandata, ma è altresì preclusa una guarigione intesa come *restituito ad integrum*. Sentimenti depressivi, ansia, impotenza, il confronto quotidiano con il riconoscimento dei propri limiti, sono i temi che spesso accompagnano i pazienti cardiopatici.

I processi di elaborazione passano dunque da un lato attraverso la metabolizzazione dell'evento traumatico, cui occorre trovare un senso nel contesto di vita, dall'altro attraverso il *riposizionamento del sé* (Romano, 1999) che comprende in essa lo status della malattia. Numerosi studi scientifici forniscono riscontri epidemiologici e clinici relativi alla relazione fra malattie cardiovascolari e le condizioni psicopatologiche -soprattutto **ansia e depressione**- e di come tali condizioni psicopatologiche possano influenzare la prognosi nei soggetti cardiopatici. In particolare, la **sintomatologia depressiva tra i pazienti post IMA** è descritta in letteratura con un tasso che varia tra il 20% e il 45% e i pazienti che sviluppano una depressione nel periodo successivo all'infarto hanno un più elevato rischio di recidiva ed una prognosi peggiore rispetto ai pazienti non depressi. La sintomatologia depressiva nei pazienti cardiologici risulta spesso associata a quella ansiosa ed entrambe influiscono in modo significativo sulle condizioni psicofisiche **peggiorando la qualità della vita del paziente**, inducendo comportamenti e stili di vita non salutari (modesta aderenza terapeutica, scarso controllo dei fattori comportamentali di rischio) o esitare in forme di franca psicopatologia (es: Depressione maggiore, PTSD, Disturbo d'ansia). Inoltre, numerosi studi hanno dato sempre più corpo all'ipotesi di un legame tra cardiopatia ischemica e un **pattern di personalità definito D (Distressed)**, caratterizzato dalla marcata tendenza a sperimentare emozioni negative insieme ad una inibizione sociale, con difficoltà a manifestare le emozioni. In sintesi, nei pazienti cardiopatici la condizione psichica ha un ruolo fondamentale nella percezione del benessere e della qualità della vita, ma incide anche rispetto al decorso della malattia, indipendentemente dagli altri fattori di rischio.

Per queste ragioni la Regione Piemonte ha inserito il percorso del paziente tra i **PDTA in Psicologia clinica** (AA.VV., 2012) e ha previsto un intervento strutturato dello psicologo all'interno delle strutture ospedaliere di Cardiologia il quale, in una prospettiva bio-psico-sociale, può collaborare con le Equipe medico-infermieristiche nella valutazione e presa in carico multidisciplinare di pazienti e care-givers. Le principali aree messe a fuoco nel percorso psicologico con il paziente e i familiari riguardano i vissuti e le reazioni alla malattia, le emozioni e i comportamenti a rischio. Nello specifico, l'intervento dello psicologo assume come vertice di osservazione e di intervento quello della soggettività del paziente e della sua **"realtà psichica"** e su questi si basa per analizzare e intervenire anche sul piano del rapporto interpersonale che il paziente instaura con il suo sistema familiare e con quello del suo sistema di cura.

2. ICD e Qualità di Vita

Anche quando il paziente con ICD non arriva a sperimentare uno shock elettrico, la fibrillazione ventricolare, esattamente al pari di molte altre patologie croniche, pone comunque sempre il paziente nella condizione di dover gestire sintomi e limitazioni funzionali e di implementare nuove strategie di adattamento. Mentre però l'efficacia dell'ICD è ormai ampiamente documentata sul piano della riduzione della mortalità, la relazione tra l'impianto e la Qualità di Vita dei pazienti lascia ancora molti interrogativi aperti su molteplici piani. Le conclusioni a cui giungono gli studi in letteratura, infatti, sono strettamente legate all'impianto metodologico della ricerca e soprattutto alla misurabilità del concetto di QdV, rilevato solitamente con questionari autosomministrati difficilmente confrontabili tra loro quali il Mental Health Inventory (CIDS), il Quality of Life Index (AVID) e l'SF-36. Comprensibilmente, i pazienti descrivono l'esperienza dello shock come fattore determinante che influenza negativamente la loro QdV. Anche se studi come il CIDS (Connolly, 2000) descrivono addirittura un "effetto dose-risposta" tra shock e QdV (individuando addirittura un numero di shock uguale o superiore a cinque il cut-off predittivo di sintomi psicopatologici clinicamente significativi), è esperienza clinica comune e dato di letteratura constatare il fatto che anche quando i pazienti non sperimentano uno shock elettrico, per una parte di loro non risulta né immediato né semplice adattarsi all'ICD, sebbene i comportamenti da evitare, in genere, non siano molti.

2.1 ICD e comportamenti da evitare

Avere un defibrillatore sottocutaneo non impedisce di svolgere la maggior parte delle attività quotidiane, anche se ciascun caso deve, ovviamente, essere sempre valutato da un cardiologo. Generalmente (Lunati, 2011) con un ICD, è ritenuto adeguato:

- **viaggiare:** durante il viaggio, bisogna solo portare la tessera di identificazione paziente;
- **guidare:** i portatori di qualunque tipo di defibrillatore sono sottoposti più frequentemente alle visite periodiche per il rinnovo della patente;
- **fare sport:** in genere, un defibrillatore sottocutaneo è compatibile con uno stile di vita attivo e si possono tranquillamente riprendere gran parte delle attività sportive anche se è meglio evitare sport di contatto come rugby o alcune arti marziali, poiché una caduta o un colpo diretto al torace potrebbero danneggiare il dispositivo (alcune persone svolgono attività sportive di contatto con una protezione adeguata);
- **utilizzare apparecchiature elettriche:** si possono usare con sicurezza i dispositivi elettrici più comuni, quali: forni a microonde, coperte elettriche, dispositivi di alimentazione, lettori MP3 e sistemi di accensione per automobili, purché siano in buone condizioni di funzionamento;

- **lavorare:** in genere, un defibrillatore sottocutaneo non dovrebbe limitare la capacità di lavorare; solo alcune attrezzature che generano importanti interferenze elettromagnetiche devono essere tenuti a una distanza minima dal dispositivo (ad esempio motoseghe, trapani con cavi, seghe elettriche, motorini di avviamento e alternatori, attrezzature per saldatura ad arco);
- **avere una normale attività sessuale**

2.2 ICD e Qualità della Vita e comportamenti evitanti

Nonostante il fatto che i comportamenti da evitare siano dunque relativamente poco numerosi, la stessa convivenza forzata con il dispositivo può spesso generare comportamenti disfunzionali, vissuti di angoscia, impotenza e isolamento. Molti studi convengono nel documentare che proprio la percezione del controllo sulla patologia è fortemente correlata con la QdV e con un buon adattamento (Qintar *et al.*, 2015) e per questa ragione alcuni pazienti cercano, ad esempio, di aumentare la sensazione di controllo sviluppando comportamenti di evitamento, al fine di limitare la probabilità di scatenare un evento avverso. Alcuni studi (Thomas, *et al.*, 2006) riportano ad esempio che la paura di esercizio fisico è riportata dal 63% dei pazienti con ICD con meno di 40 anni ed è generalmente ben documentato l'elevato rischio che i pazienti con ICD hanno di mettere in atto comportamenti di evitamento non funzionali, ovvero non derivati da esplicite raccomandazioni mediche. Per questi pazienti la cura della patologia cardiaca con ICD comporta dunque lo strutturarsi di una condizione di limitazione permanente, che richiede al paziente la capacità di affrontare una serie di compiti di adattamento affinché possano realizzarsi i presupposti per un effettivo miglioramento della Qualità di Vita.

2.3 L'adattamento post impianto ICD

Uno dei temi centrali affrontati in letteratura quando si tratta il tema di ICD è lo studio e la valutazione di come continua la vita dei pazienti dopo l'impianto: dopo un periodo di aggiustamento fisico e psicologico, subentra normalmente l'accettazione della necessità della permanenza del dispositivo. Rappresentando l'impianto dell'ICD un trattamento protettivo dal rischio di morte improvvisa, gran parte dei pazienti che ne sono portatori tende comunque ad avere un atteggiamento positivo nei confronti del dispositivo; da alcuni studi che confrontano ottimismo, incertezza ed ansia nei pazienti impiantati per prevenzione primaria e in pazienti impiantati per prevenzione secondaria, ad esempio, è emerso che prima dell'impianto entrambi i gruppi di pazienti presentano una modesta incertezza, normale ansia e una visione ottimistica della terapia. Uno stato d'ansia è considerato infatti normale subito dopo l'impianto, ma nel primo anno dovrebbe gradualmente ridursi fino a restare poi pressoché stabile. Un buon fattore predittivo di un corretto adattamento a lungo termine alla nuova situazione col dispositivo è l'adattamento precoce dopo l'impianto, in quanto i livelli di incertezza e di adattamento appaiono abbastanza stabili nel tempo dopo il primo anno e se nel

primo anno non si ricevono scariche, generalmente è più facile che l'ansia si riduca per rimanere poi stabile. Se nel primo anno invece il paziente riceve delle scariche, è più alta la possibilità di sviluppare sintomi psicopatologici che perdureranno nel tempo. Saito e coll. (2012) hanno individuato tre fasi principali che spesso si susseguono nella modificazione di vita del paziente successivamente all'intervento in caso di buon adattamento: A) in un primo momento il paziente si ritrova smarrito e sconcertato, B) con il tempo il paziente riesce solitamente a far fronte alla realtà e al fatto di dover passare la propria vita con l'ICD, fino ad arrivare a C) acquisire la capacità di convivere pacificamente con il dispositivo. In un certo numero di pazienti, dopo l'accettazione si sviluppa l'idea che la vita sia persino ottimizzata con l'ICD, in quanto è visto come una risorsa e non come un impedimento; si raggiunge questo livello solo quando il paziente riesce a non pensare più al fatto di avere l'ICD e ricomincia la sua vita regolare, pur nel rispetto delle restrizioni prescritte. Numerose ricerche hanno dimostrato che sottoporsi al trattamento implica, per una parte dei pazienti, lo sviluppo di numerose preoccupazioni riguardanti aspetti relativi alle conseguenze dell'impianto del dispositivo sulla propria vita, determinando vissuti di apprensione rispetto all'attività sessuale, di limitazioni nelle attività quotidiane (es. guidare la macchina, lavorare) e più in generale di percezione di perdita della propria autonomia. Per quanto riguarda questi ultimi, dall'esperienza clinica accumulata lavorando con questi pazienti, ho personalmente potuto osservare che per alcuni di loro il nuovo livello di autonomia sembra essere tarato non tanto sulla base di prove progressivamente superate, ma piuttosto sull'evitamento delle stesse. In questo senso, sembra configurarsi per questi pazienti un quadro in cui **l'ansia anticipatoria** gioca un ruolo fondamentale nel ristrutturare lo spazio di vita e ridefinire negativamente i confini del non possibile e del non consentito. A tutto ciò consegue una riduzione della qualità di vita fino ad arrivare, nei casi più estremi, a veri e propri problemi psicopatologici.

La confidenza con la quale i pazienti, successivamente all'impianto ICD, sperimentano progressivamente il nuovo grado di autonomia, emerge come un importante fattore associato alla QdV, analogamente a quanto sostenuto in alcune ricerche (Marc et. al., p. 2010).

I pazienti, come descritto, affermano spesso che alcune attività sono evitate in quanto comportano sintomi quale l'aumento del battito cardiaco, ritenuto un prodromo dell'attivazione dell'ICD e così sono evitati alcuni luoghi, nei quali, essere soggetti ad uno shock è ritenuto socialmente imbarazzante o pericoloso. **È pertanto molto importante riuscire ad individuare i pazienti che necessitano di sostegno per specifiche difficoltà nell'adattamento al dispositivo e ciò al fine di proporre, tempestivamente e preventivamente, ulteriori misure terapeutiche per favorire il processo di adattamento.**

2.4 Interventi a sostegno dell'aderenza terapeutica e della QdV

Gli studi che in letteratura documentano l'efficacia di interventi che favoriscono l'adattamento all'ICD non sono numerosi. Tra gli interventi più documentati sul piano delle evidenze

scientifiche a supporto, possiamo citare (Sears et al., 2004b) il ruolo dell'informazione e degli interventi psicoeducazionali e i gruppi di auto mutuo aiuto (con la presenza di un conduttore e la presenza di testimoni qualificati in veste di esperti).

Per quanto riguarda il primo fattore **-le informazioni possedute relative all'ICD-** la letteratura evidenzia innanzitutto che i pazienti insoddisfatti sul piano delle informazioni riportano in media un peggiore adattamento all'ICD. Sebbene la maggior parte dei pazienti riferisca in realtà un'adeguata soddisfazione rispetto alle informazioni ricevute sul dispositivo, una minoranza esprime un bisogno informativo insoddisfatto e a questa insoddisfazione è associato un aumento di ansia e depressione, soprattutto nei pazienti particolarmente preoccupati di ricevere uno shock. Se la comunicazione professionista-paziente non è efficace e il paziente non viene adeguatamente e correttamente informato rispetto al funzionamento e alle norme da seguire relativamente al proprio ICD, si possono dunque generare dubbi e incertezze che non aumentano la probabilità di un buon adattamento al dispositivo. Tra le informazioni richieste con più frequenza tra i pazienti ICD in prevenzione primaria ritroviamo le seguenti:

- *Motivazioni cliniche per ricevere l'impianto ICD ("Devo proprio?")*
- *Come funziona un ICD*
- *Cosa fare in caso di shock*
- *Quanto spesso sostituire la batteria*
- *Cosa posso/non posso fare dal punto di vista fisico con un ICD: movimento del braccio dove si trova l'impianto, sport, lavoro e vita sessuale, restrizioni nella guida, viaggi e vacanze*
- *Come funziona il monitoraggio da remoto*
- *Guarigione delle ferite e rimozione dei punti di sutura post-impianto*

Prevedibilmente, i pazienti con indicazione di ICD in prevenzione secondaria, i sopravvissuti ad arresto cardiaco e coloro che hanno sperimentato uno o più shock hanno bisogni informativi e psicologici specifici. La paura dello shock è d'altronde implicata anche come predittore non soltanto della depressione persistente in pazienti ICD, ma anche della mortalità di pazienti che non avevano ricevuto precedenti shock. In particolare le donne, i pazienti con un'indicazione di prevenzione secondaria e i pazienti che avevano sperimentato un improvviso arresto cardiaco, richiedono spesso una consultazione psicologica post-dimissione che spesso non è disponibile come parte della pratica clinica standard. Tra i bisogni informativi più frequenti di questo sotto gruppo di pazienti, possiamo annoverare i seguenti:

- *Come prevenire e gestire eventuali, futuri shock*
- *Come gestire le ansie anticipatorie*
- *Come proteggere i propri cari, fisicamente e psicologicamente, dall'esperienza dello shock*
- *Disattivazione dell'ICD verso la fine della vita*

I pazienti che esperiscono un arresto cardiaco improvviso richiedono invece, spesso, di poter fruire di una consultazione psicologica dopo la dimissione per sé stessi e per le loro famiglie, soprattutto se i familiari avevano assistito a manovre di rianimazione o se avevano dovuto praticarle in prima persona. Questi pazienti, inoltre, manifestano spesso anche il bisogno di ricevere le stesse informazioni più volte (ridondanza) piuttosto che una sola e ciò a causa di possibili difficoltà cognitive riconducibili a deficit neuropsicologici o ad aspetti post traumatici. In generale, però, ai pazienti ICD sembra mancare soprattutto la possibilità di parlare con i professionisti sanitari, di ricevere un feedback costante attraverso il monitoraggio da remoto, di avere una conversazione privata con un membro dello staff (solitamente dopo 2-3 settimane dopo l'impianto) e di poter parlare con lo staff sanitario rispetto a come si sono sentiti durante i momenti di acuzie (ricovero e/o episodi di shock). Queste necessità di prossimità emotiva sembra che si stiano acuendo dal momento che in passato la relazione cardiologo-paziente tradizionale prevedeva solo visite in presenza mentre il modello futuro sarà un modello misto, con un monitoraggio in presenza e uno a distanza, con la trasmissione dati dell'ICD in remoto, dal domicilio del paziente all'ospedale. Nonostante i suoi evidenti vantaggi in termini di efficienza dell'intervento dovuti alla diagnosi precoce di problemi clinici o tecnici e ai costi complessivi, l'impatto di questa nuova modalità di gestione clinica sulla qualità della vita dei pazienti è però ancora in corso di studio perché la riduzione delle interazioni tra pazienti e professionisti cardiologi può verosimilmente costituire un ulteriore rischio potenziale per un buon adattamento post-impianto per una serie di ragioni. Tra queste possiamo annoverare *in primis* le opportunità mancate per i pazienti ICD e per i loro familiari di fare domande ai professionisti sanitari mentre, per i professionisti sanitari, il rischio di fare più difficoltà a individuare i pazienti vulnerabili che avrebbero quanto più bisogno di un aiuto tempestivo per facilitare un buon adattamento al nuovo dispositivo impiantato.

Tra gli ulteriori interventi a sostegno dell'aderenza terapeutica e della promozione della QdV dei pazienti ICD appaiono ancora poco diffuse anche **le proposte di attività di gruppo per pazienti e familiari**. Questi interventi psicoeducazionali possono connotarsi come semplicemente informativi, oppure finalizzati a promuovere vere e proprie modificazioni dei comportamenti e degli stili di vita dei pazienti (ad es. alimentazione, attività fisica, gestione della terapia farmacologica o delle emergenze). Per queste ragioni i gruppi, accanto agli interventi sul piano individuale, possono rappresentare un utile strumento che si inserisce all'interno dell'ampia gamma di interventi a supporto dei pazienti ICD e dei loro familiari.

Tuttavia, sia la letteratura sia l'esperienza clinica dimostrano che se anche i bisogni informativi fossero pienamente corrisposti, attraverso comunicazioni medico-paziente efficaci e/o interventi psicoeducazionali, ciò non sarebbe comunque sufficiente a garantire a tutti i pazienti le condizioni per un buon adattamento all'ICD. Per questa ragione il presente lavoro descrive la proposta di un percorso di valutazione e di presa in carico con l'ipnosi dei pazienti ICD che manifestino segni o sintomi di malessere in relazione all'adattamento al dispositivo.

3. L'intervento psicologico in UTIC e in Reparto di Cardiologia

Il ricovero in UTIC è caratterizzato da elevata instabilità sia sul piano clinico e, di conseguenza, sono frequenti in alcuni pazienti e familiari angoscia, confusione, ansia e ritiro. In questa fase del percorso la fondamentale funzione psicologica di ascolto e di sostegno emotivo può essere innanzitutto svolta con efficacia dal team (medico cardiologo, infermiere e personale di assistenza) e solo in seconda battuta dallo psicologo, nella misura in cui il team evidenzia degli elementi di criticità (es: forte ansia, sintomi post-traumatici) o se sia il paziente/famigliare a richiedere esplicitamente un colloquio con lo psicologo.

La degenza del reparto di Cardiologia è invece il contesto di cura e assistenza che più si presta agli interventi di Livello 2 previsti dal PDTA Regionale in Psicologia, in quanto la patologia è più stabilizzata e il paziente e i suoi familiari possono avvicinarsi potenzialmente ad una prima fase centrata sull'elaborazione dell'esperienza del ricovero e di quella della malattia. Per necessità di ordine clinico, i colloqui con i pazienti possono essere effettuati al letto del paziente ma preferibilmente, quando c'è indicazione medica per la mobilitazione, auspicabile poter effettuare i colloqui in uno studio della Cardiologia che garantisca maggior riservatezza e tranquillità.

- ✓ **Pazienti ricoverati:** lo psicologo in UTIC/Reparto raccoglie ed eventualmente discute collegialmente le eventuali segnalazioni di intervento psicologico da parte dell'Equipe.
- ✓ **Pazienti dimessi dal reparto:** il paziente e i care-givers una volta a domicilio possono richiedere autonomamente un appuntamento con lo psicologo. A questo proposito è redatta dallo psicologo un'apposita informativa scritta da consegnare al paziente in fase di dimissione (modalità di contatto e di presa in carico). In alcuni casi conosciuti in fase di ricovero, l'appuntamento con lo psicologo può essere fissato in fase di dimissione nella lettera di dimissione. L'intervento può consistere nella programmazione di un colloquio di follow-up post dimissioni, una consultazione psicologica (3/5 colloqui con restituzione) laddove questa non sia già avvenuta in occasione del ricovero e **proseguire con eventuali, ulteriori, interventi (ipnosi, EMDR, Mindfulness)**. La presa in carico psicologica ambulatoriale garantisce la continuità degli interventi clinici attivati in regime di acuzie nel contesto ospedaliero. Non tutti gli interventi di Livello 2 e 3 previsti dai PDTA devono e possono essere realizzati nella fase di degenza in quanto il momento dell'acuzie è spesso caratterizzato da shock, confusione e angoscia. Inoltre, alcuni fattori di rischio agiscono sull'equilibrio emotivo della persona in modo differente a seconda del momento del ciclo di vita dell'individuo e del suo sistema familiare. Per queste ragioni, solo in un secondo momento, più frequentemente a dimissioni avvenute, l'intervento psicologico può essere utilizzato potenzialmente da alcune persone come strumento per integrare nel proprio Sé anche l'esperienza della malattia (acuta o cronica, come nel caso, ad esempio, dei pazienti con ICD).

Da qui la proposta di inserire, tra le proposte di intervento psicologico, anche quella di uno specifico percorso di ipnosi per i pazienti ICD che ne manifestino la necessità e, naturalmente, la volontà.

4. Disegno del percorso del paziente

La Divisione di Cardiologia di Asti è la prima al mondo ad aver strutturato una modalità operativa che prevede l'utilizzo dell'ipnosi come coadiuvante alla terapia analgesica nelle procedure di cardiologia interventistica che vengono effettuate presso i laboratori di elettrofisiologia e di emodinamica. I cardiologi dell'Ospedale "Cardinal Massaia" di Asti utilizzano con successo l'ipnosi da alcuni anni e hanno presentato recentemente i risultati del più grande studio osservazionale sul ruolo della comunicazione ipnotica nei pazienti sottoposti alla procedura di ablazione cardiaca (Scaglione, 2019). Secondo lo studio, l'ipnosi ha avuto successo nel 97% dei casi, la procedura di cardiologia interventistica è risultata indolore nel 78% dei casi, l'ansia della procedura si riduce dell'83% e il paziente riceve l'impressione che l'intervento duri meno (del 30% rispetto alla durata effettiva) migliorando così il suo vissuto. Nello specifico, con la comunicazione ipnotica tutti i pazienti effettuano la procedura con una dose minore di farmaci analgesici, cosa necessaria nel 56% di coloro che non sono ipnotizzati.

In questo contesto, i pazienti idonei a partecipare al percorso di seguito descritto, sono pazienti che potrebbero essere stati già sottoposti ad ipnosi, con impianto ICD in prevenzione primaria o secondaria, maggiorenni, sufficientemente competenti nell'utilizzo della lingua italiana, scritta (per la compilazione del questionario) ed orale (per la eventuale presa in carico psicologico clinica), senza una storia di grave malattia mentale o di tendenza marcata per la dissociazione (ad esempio schizofrenia).

◆ a. Selezione e invio

I pazienti a rischio di sviluppare uno scarso adattamento all'ICD vengono selezionati e inviati allo psicologo dallo specialista cardiologo sulla base di segni e/o sintomi rilevati nel corso delle visite mediche e/o sulla base dello scoring positivo al questionario ICDC (ICD Concern Questionnaire, Frizelle et.al., 2006) compilato da tutti i futuri pazienti ICD in fase di pre-ricovero (vedi Allegato 1).

◆ b. Valutazione

La valutazione di eleggibilità per il percorso viene effettuata dallo psicologo utilizzando il colloquio clinico e la somministrazione di una breve intervista semi strutturata, la "ICD and Avoidance Survey". La valutazione si prefigge di iniziare a **creare un rapporto** con il paziente e approfondire in particolare:

- se e come le abitudini di vita dei pazienti siano cambiate da quando sono stati sottoposti ad impianto di ICD
- **quali siano i canali sensoriali prioritari** per il paziente e quale sia il suo immaginario per iniziare a **raccogliere elementi utili per utilizzare il luogo sicuro, per costruire in un secondo momento un efficace monoideismo plastico e degli script individualizzati** per l'eventuale trattamento in ipnosi.

◆ **c. Intervento**

L'intervento si articola in un percorso di 4/5 sedute:

1. Conoscenza reciproca, analisi dell'ICDC e della ICD and Avoidance Survey (Rapport)
2. Contratto per le sedute di ipnosi, luogo sicuro e focus di lavoro per il corpo dell'ipnosi (cfr. soprattutto **punto 6** della "ICD and Avoidance Survey").
3. Sedute ipnosi con terapeuta
4. Seduta di ipnosi con terapeuta e consegna per sedute di autoipnosi (almeno 3)
5. Discussione delle sedute di autoipnosi, rivalutazione ed eventuale chiusura

"ICD and Avoidance Survey"

Sesso: M F **Portatore di ICD da** ___ mesi/anni

1. Ha mai avuto una scarica dell'ICD (shock)? SI NO Se ha risposto sì, circa quante volte? _____

2. Quanto spiacevole è stata la peggior scarica che ha mai avuto da 1 (per niente) a 5 (peggior esperienza possibile)?

3. Da quando Le è stato impiantato l'ICD, tende a non frequentare certi luoghi? SI NO
Se ha risposto no, passare al punto 4. Se ha risposto sì:

⌚ Che luogo/i evita maggiormente? _____

⌚ Da quanto tempo tende a non frequentare questo/i luogo/_____

⌚ Ha iniziato ad evitare tale/i luogo/i in seguito al verificarsi di una scarica? SI NO

⌚ Inizialmente quanto evitava questo/i luogo/i da 1 (per niente) a 5 (completamente)?

⌚ Attualmente quanto evita questo/i luogo/i da 1 (per niente) a 5 (completamente)?

4. Da quando Le è stato impiantato l'ICD, tende a non utilizzare certi oggetti? SI NO
Se ha risposto no, passare al punto 5. Se ha risposto sì:

5. Ipnosi e ICD

L'**ipnosi**, secondo la definizione di Granone, è *"...un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali di un soggetto, e che viene indotto dal rapporto con un ipnotista; ma che può anche essere autoindotto mediante monoideismi più o meno suggestivi imperanti nella mente del soggetto stesso..."* (Granone, 1989). In questo senso, per **ipnotismo** si intende 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 questi e l'ipnotizzatore e per **monoideismo plastico** il fatto che un unico pensiero, un'unica idea del paziente in condizioni di trance si possa tradurre in modificazioni psicofisiologiche (cognitive, emotive, affettive e somato-viscerali). **Per questa ragione L'ipnosi appare un promettente strumento da proporre a quei pazienti i quali manifestino o una rappresentazione cognitiva distorta o un vissuto emotivo o un'esperienza somato viscerale disfunzionale e negativa dopo l'impianto dell'ICD.**

5.1 Principi di funzionamento dell'ipnosi a sostegno di un miglior adattamento all'ICD

Granone afferma, citando Kruger, che *"...le parole operano sul l'udito interiore come linguaggio interiore perché le strutture subcorticali non differenziano una vivida esperienza immaginaria dalla reale. Il condizionamento verbale e quindi capace di servire dal punto di partenza per ottenere altri condizionamenti psicofisiologici. La risposta fisiologica quindi non si ottiene tanto per il significato della parola in sé ma come risultato dell'immagine che evoca; l'importanza della semantica per l'ipnosi poggia dunque nel fatto che le parole stabiliscono riflessi associati che attivano automaticamente risposte ideo motori e ideo sensoriali..."* (p. 393). **Per questo motivo, durante la trance ipnotica quanto viene immaginato si trasforma facilmente in realtà soggettiva, somatoviscerale obiettiva, con conseguenti deformazioni percettive.** L'immagine dell'evento temuto (es. Shock, fobia o rappresentazione mentale disfunzionale) viene presentato opportunamente al paziente durante la tranquillità psicosomatica della trance, suggerendogli che come egli è tranquillo in quel determinato momento in cui immagina una situazione stressante, così lo sarà anche quando questa gli si presenterà occasionalmente (e ciò avverrà con maggiore facilità se egli contemporaneamente compirà un determinato gesto, come ad esempio quello di avvicinare il pollice e l'indice della mano sinistra) in quanto, un paziente allenato e condizionato, durante l'esecuzione di quel gesto ricade in una condizione di ipnosi vigile, che gli permette di superare la crisi.

L'ipnosi proposta al paziente ICD si può anche assimilare all'ipnosi come **terapia di sostegno all'Io**, in due direzioni possibili:

- **progressiva:** focalizzata su specifiche ansie legate al futuro. Da preferire nel caso in cui il paziente ICD manifesti delle ansie anticipatorie marcate. In questo caso, il terapeuta avrà cura di non lavorare sui possibili eventi negativi (es. Shock non ancora avvenuti) ma bensì sul benessere del paziente e sulle sue risorse.

- **regressiva:** focalizzata su eventi che in passato hanno determinato una difficoltà di adattamento all'ICD. In questi casi il terapeuta avrà cura di proporre un'induzione che sia il più possibile familiare per il paziente, un approfondimento compatibile con le sue capacità cognitive/affettive, garantirgli la possibilità di recuperare sempre il luogo sicuro vicino temporalmente all'evento negativo e alternare ricordi negativi a ricordi positivi (metafora della discesa della Scala con scalini alternati positivo/negativo).

Questa ipnosi di sostegno si differenzia dunque da quella suggestiva diretta perché le varie tecniche di suggestione vengono adoperate non tanto per risolvere immediatamente un sintomo morboso, quanto piuttosto per arrivare a un maggior controllo degli impulsi istintivi e di adattamento. Inoltre, per praticare un'ipnosi terapia di sostegno può essere sufficiente una leggera trance, mentre per il ricondizionamento e la desensibilizzazione occorre normalmente una trance profonda con amnesia post ipnotica (p. 380).

La tecnica di ipnosi così descritta, prevede i seguenti passi:

1. Contratto

2. Pre Talk (Yes set e rilassamento)

3. Induzione (ricalco, suggestioni, monoideismo plastico, verificare la piacevolezza dell'esperienza)

4. Approfondimento (in questo caso sufficiente una trance leggera)

5. Introduzione dello Script (vedi paragrafo 5.4)

6. Ancoraggio (funzionale alle sedute di autoipnosi)

7. De induzione

8. Coda e commento dell'esperienza

In entrambi i casi, l'ipnosi può rappresentare un valido strumento per sostenere i pazienti ICD a patto che questi possiedano i seguenti requisiti:

- a. Complianti nei confronti dell'ipnosi e non eccessivamente refrattari (33% circa della popolazione generale). Auspicabile la somministrazione, se possibile, del test di Spiegel sulla ipnotizzabilità del paziente.
- b. Con elevati punteggi all'ICDC (≥ 30) per fobie, paure, ansia, disturbi legati alla rappresentazione dell'impianto e alla sua integrazione nel sé (ingombrante, antiestetico, estraneo, nemico)
- c. Non gravemente traumatizzati e/o con marcate tendenze dissociative (es. pz Psicotici) o BPD.
- d. Disponibili ad intraprendere un percorso di aiuto in generale e un percorso con l'ipnosi in particolare

Dopo un adeguato training iniziale di ipnosi di sostegno, poi, si potrà proporre al paziente che ha mostrato una buona aderenza e una adeguata capacità di entrare in trance, di proseguire a casa praticando delle sedute di autoipnosi.

5.2 L'autoipnosi

Per autoipnosi si intende “...**un'ipnosi che il paziente si induce da solo, mediante progressivi esercizi di rilasciamento o elaborando suggestioni post ipnotica dategli precedentemente da un operatore, in quest'ultimo caso si tratta principalmente di una suggestione post ipnotica conseguente a un precedente trattamento etero ipnotico...**” (Granone, p.76). Secondo il metodo di Granone, l'autoipnosi va iniziata con la guida di uno specialista in sedute mono o bisettimanale di 30/50 minuti e con esercizi di 15/30 minuti ogni giorno praticare da soli. Il metodo auto didattico è considerato da Granone come incapace di produrre anche trance profonda sebbene sia risaputo che nell'autoipnosi rimane sempre una certa vigilanza dell'Io, un certo grado di autocoscienza per cui il soggetto, senza alcun aiuto esterno, può sempre integrare una situazione di dissociazione e recuperare l'unità dell'Io.

I procedimenti per lo sviluppo dell'autoipnosi devono essere praticati per 15 minuti al giorno come attività indipendente fino a quando le suggestioni neutre non evocano rapidamente le risposte condizionate in modo che mentre le attività coscienti diminuiscono per l'approfondirsi della trance, lo stimolo condizionato evoca per via riflessa la risposta prestabilita. Solo allora l'autoipnosi così raggiunta potrà essere applicata con qualche successo per scopi specifici (Sparks, citato in Granone, pagina 158).

5.3 Ipotesi Script: ipnosi progressiva con il terapeuta (adattato da Granone, op.cit)

La seduta avverrà naturalmente dopo aver stabilito un adeguato rapport con il paziente, con opportuni ricalchi, truismi (es: “...*il suo braccio sx è più pesante del dx...*”) e Yes set, alternati a suggestioni (efficace la tecnica 4-3-2-1: 4 truismi e 1 suggestione, 3 truismi e 2 suggestioni, etc...). In particolare, prima di affrontare altri script, si avrà l'accortezza di poter sempre, contare sulla possibilità che il paziente possa utilizzare il proprio luogo sicuro precedentemente esplorato e condiviso con il terapeuta e **solo dopo essersi assicurato del fatto che il paziente possa accedere facilmente al suo luogo sicuro**, il terapeuta può procedere verso l'esplorazione di eventi futuri che sono fonte di disagio per il paziente.

“...cerchi di porsi in un atteggiamento non giudicante, come se non dovesse aspettarsi nulla, in modo che finalmente i suoi nervi, i suoi muscoli, i suoi organi e i meccanismi della sua mente che così spesso sono costretti a porsi in stato di ansiosa attesa di dover fare qualcosa, di dover subire qualcosa, di non poter far qualcosa, possano realizzare questa esperienza opposta: non aspettarsi nulla. In tal modo il braccio destro si farà sentire man mano sempre più pesante (o leggero), inerte, abbandonato, immobile: tutta la sua attenzione è lì, passivamente concentrata.”

Così adesso lei è calmo, abbandonato, rilassato. Osservi il suo respiro regolare, ritmico, tranquillo...noti l'aria che entra dalle narici fresca ed esce più calda...così, benissimo, molto bene... il suo cuore batte bene, la sua circolazione è regolare, tranquilla, la sua fronte e il suo volto sono freschi, sono calde le sue membra che giacciono inerti in uno stato di completo rilassamento. Ora io conterò da 10 a 1 e le sue palpebre di faranno sempre più pesanti...così, molto bene...9, 8, 7...sempre più pesanti...5,4,3,2,1...molto bene e ora lei si concede di provare questa esperienza piacevole...Ora con il pollice e l'indice della mano sinistra avvicinati tra loro che si toccano può evocare il suo luogo sicuro e stare piacevolmente lì, in questo stato di completo rilassamento. Quando se la sentirà, potremo procedere, cominciando a visualizzare la scena che meno di tutte le suscita ansia. La scena è come se la vedesse in un film (o a distanza, o in bianco e nero, o con un personaggio che non è lei) ... può ora visualizzare **quell'evento di cui abbiamo parlato e che lei teme circa l'ICD** (cfr. lavoro effettuato con il paziente nella fase di valutazione con il ICDC e intervista). Ma lei è tranquillo. E lo immagina senza più alcun timore perché il pollice e l'indice della mano sinistra sono uniti insieme con respiro lento e profondo mantengono questo stato di quiete. Per farmi capire che lo sta vivendo alzi lentamente l'indice della mano destra rimanendo con l'indice alzato finché vivrà in silenzio tutto quello che un tempo la turbava. Anzi, io per qualche minuto non parlerò perché nemmeno la mia voce la disturbi e lei possa, con tutta tranquillità, vivere questa **nuova esperienza**: così positiva e costruttiva per la sua persona, tanto più quanto più intensamente la vivrà associando queste immagini a questo stato di quiete. Io adesso riprenderò a parlare fra due minuti, durante i quali lei vivrà la scena con l'indice alzato (un minuto di silenzio). Bene questo esercizio che ha fatto con me lei lo potrà ripetere tutte le sere prima di addormentarsi. Comincerà a respirare lento e lungo e avvicinare il pollice e l'indice della mano sinistra sino a quando si toccheranno. Quindi, quando si sentirà ben calmo e rilassato, penserà alle scene che la infastidiscono e la turbano ma con tutta tranquillità. Adesso io conterò lentamente sino a 10 e, quando arriverò 10, uscirà da questo stato di quiete sentendosi bene, rilassato e soprattutto avendo acquisito fiducia in sé stesso nelle sue possibilità e nel suo avvenire. Perché tutto quello che io le ho detto condizionerà il suo comportamento nel senso da lei voluto e in quello del suo normale equilibrio nervoso. 1, 2,3: lei è calmo, rilassato, tranquillo. 4, 5,6...questo rilassamento la raggiungerà ogni volta che lei avvicinerà tra loro il pollice e l'indice della mano sinistra. 7, 8,9, 10: sveglia... Un bel respiro lungo e fondo, a bocca aperta e occhi bene aperti...".

Bene. Come è andata?

6. Conclusioni

Nella mia esperienza lavorativa ho incontrato per la prima volta i defibrillatori automatici impiantabili (ICD) nel 1995, proprio all'ospedale di Asti. In quei tempi, come psicologi della neonata struttura di Psicologia clinica e della salute, diretta dall'allora Direttore del Servizio dr.ssa Cuniberti, realizzammo una ricerca intervento in collaborazione con il responsabile dell'Emodinamica, il cardiologo Mario Bocchiardo. La ricerca nacque in quanto, sia noi come psicologi sia i cardiologi, ci eravamo resi conto che, per alcuni pazienti, l'ICD comportava degli importanti effetti sul piano psicologico, con conseguenti ricadute negative sul piano della qualità di vita. Infatti, pur essendo uno straordinario strumento salva vita alcuni pazienti che ricevevano per la prima volta l'ICD erano portate ad auto imporsi molti limiti, con gravi nella vita quotidiana, in modo non giustificato dalla oggettiva dimensione di rischio, spesso per il rischio che l'apparecchio si potesse attivare: ritiro dalla vita sociale, ricreativa, lavorativa, sessuale; altri pazienti, invece, circoscrivevano sempre più la loro vita ad attività essenziali per il rischio che l'ICD potesse nuovamente attivarsi, dopo aver sperimentato la sua attivazione con uno shock, con o senza perdita di coscienza. In entrambi i casi, ciò che accomunava queste persone era una garanzia di vita assicurata grazie all'ICD ma anche una significativa compromissione della loro qualità di vita: non solo i citati comportamenti di evitamento, ma anche ansia generalizzata, fobie specifiche, umore depresso, quando non anche veri e propri PTSD. Da quella bella collaborazione nacque quindi una ricerca intervento e un articolo che, pur potendo contare sui piccoli numeri di una ricerca fondamentalmente qualitativa e basata su interviste in profondità a poche decine di pazienti, ci permise di affrontare meglio il problema e dimettere a fuoco interventi di sostegno ai pazienti più specifici e mirati (Mellana et. al. 2004). Con il mio recente ritorno all'ospedale di Asti, a Gennaio 2020, e il concomitante, fortunato, incontro del dr. Marco Scaglione -il quale, come Direttore della SC Cardiologia e docente CIICS, aveva nel frattempo avviato un fecondo lavoro di applicazione dell'ipnosi nella cardiologia interventistica- ho messo a fuoco le potenzialità di un percorso che, avvalendosi dell'ipnosi, potesse fornire strumenti ulteriori di aiuto per i pazienti ICD. Il corso di formazione, in particolare, mi ha consentito di approfondire alcuni concetti e alcune competenze base, in particolare i seguenti costrutti a sostegno del lavoro con il paziente ICD:

a. Il concetto di **trance** -più o meno profonda, ma comunque sempre intesa come “parziale dissociazione psichica dell'Io”- come un “**acceleratore**” e “**concentratore**” di **cambiamento**

b. La possibilità che l'ipnosi possa influire sulle tre principali aree di potenziale disadattamento del paziente ICD che sono state descritte nel presente lavoro:

- **psichica**: sviluppo di ansia, fobie, comportamenti di evitamento, l'immagine dell'ingombro e delle cicatrici relative dell'apparecchio proprio corpo
- **somatica**: alterazione della reattività cardiaca, del ritmo, della frequenza e della pressione arteriosa
- **viscerale**: la propriocezione disfunzionale dell'ICD inserito nel muscolo (peso, ingombro, fastidio)

c. Il prezioso costrutto di **monoideismo plastico** di Granone il quale, al di là di ingenue banalizzazioni spesso presenti quando si parla di ipnosi, consente davvero, in potenza, un utilizzo creativo di potenzialità inconsce del paziente ICD, secondo la **sua volontà** di autocurarsi in un determinato modo su un piano psichico, somatico e/o viscerale, sfruttando le capacità intrinseche che si suscitano durante lo stato di coscienza destabilizzato, tale da permettere l'insorgenza di "fenomeni ideoplastici e monoideismi ricchi di contenuto emozionale, auto o eteroindotto, regressivi e dissociativi, in diverso grado a seconda della profondità della trance.

Il percorso descritto nel presente lavoro ha voluto dunque immaginare un utilizzo dell'ipnosi a sostegno delle difficoltà psicologiche che possono in alcuni casi insorgere nei pazienti (e, a volte, nei loro familiari/care giver) a seguito dell'impianto di un pur straordinario strumento salvavita quale è l'ICD. I miei ringraziamenti -e con essi i pensieri e gli auguri- finali vanno ai pazienti ICD futuri e a quelli che ho incontrato in passato che mi hanno consentito di capire meglio cosa significhi vivere con un dispositivo siffatto e di come sia possibile utilizzare la mente per migliorare la qualità di vita e contrastare la psicopatologia. In particolare un pensiero grato lo porgo al primo paziente ICD che ho conosciuto, **Rocco L.** che, dopo un lavoro di psicoterapia ha ripreso a coltivare il suo orto, accettando che l'ennesimo shock lo potesse cogliere all'improvviso e a **Gabriele B.**, paziente ICD ancora in trattamento il quale -con i suoi 34 anni, una dissecazione aortica e l'impianto ICD- nella vita e nelle sedute di psicoterapia nel corso del 2021 ha affrontato con grande coraggio la paura che un'infezione da COVID potesse peggiorare le sue condizioni cardiache e oggi lavora, prende i mezzi pubblici, ama, vive.

Con loro, e con tutti i pazienti conosciuti in passato, non ho potuto utilizzare l'ipnosi semplicemente perché non la conoscevo. Ora, dal 2022 in avanti, ho in animo di poterla utilizzare come ulteriore strumento terapeutico da inserire secondo necessità nei percorsi di psicoterapia e in particolare con i futuri pazienti ICD che, grazie al presente percorso in collaborazione con la Cardiologia ASL AT, arriveranno nelle future consultazioni.

7. Bibliografia

AA.VV., *PDTA in Cardiologia, Regione Piemonte*, 2012

Allan R., Fisher J., *Heart and Mind: the practice of Cardiac Psychology*, APA, 2011

Bocchiardo M. et.al., *Qualità di vita e ICD*, Rivista italiana di Psicologia della salute, Franco Angeli ed., Milano 2004

Casiglia E., Tikhonoff V., Giordano N. *Measured outcomes with hypnosis as an experimental tool in a cardiovascular physiology laboratory.*, Int. J. Clin. Exp.Hypn., 2012;60(2):241–261

Lunati M, Santini M, Buongiorni MG, et al. *Linee guida AIAC all'impianto di pacemaker, dispositivi per la resincronizzazione cardiaca, defibrillatori automatici e loop recorder.* 2011;14(1)

Carroll SL, Arthur HM. *A comparative study of uncertainty, optimism and anxiety in patients receiving their first implantable defibrillator for primary or secondary prevention of sudden cardiac death.* Int J Nurs Stud 2010 Jul;47(7):836-845

Connolly et. al., *CIDS*, Circulation, 2000

Crossmann A, Schulz SM, Kuhlkamp V, Ritter O, Neuser H, Schumacher B, et al. *A randomized controlled trial of secondary prevention of anxiety and distress in a German sample of patients with an implantable cardioverter defibrillator.* Psychosom Med 2010 Jun;72(5):434-441.

Facco E. *Hypnosis and anesthesia: back to the future*, Minerva Anesthesiol, 2016;82(12):1343–1356

Flemme I, Edvardsson N, Hinic H, Jinhage BM, Dalman M, Fridlund B. *Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator.* Heart Lung 2005 Nov-Dec;34(6):386-392

Flemme I, Johansson I, Stromberg A. *Living with life-saving technology – coping strategies in implantable cardioverter defibrillators recipients.* J Clin Nurs 2012 Feb;21(3-4):311-321

Frizelle et.al., *ICDC*, British Journal of Health Psychology, 11: 2006

Granone F., *Trattato di Ipnosi*, Ed. CIICS, Torino, 1989 (IV ed.)

Linder J, Hidayatallah N, Stoleran M, McDonald TV, Marion R, Walsh C, et al., *Perceptions of an implantable cardioverter-defibrillator: A qualitative study of families with a history of sudden life-threatening cardiac events and recommendations to improve care.*, J Biol Med 2013;29(1-2):3-14

Luyster FS, Hughes JW, Waechter D, Josephson R. *Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverterdefibrillator.* Psychosom Med 2006 Sep-Oct;68(5):794-800

Marc W. Deyell M, Stanley Tung M, Andrew Ignaszewski M, FRCPC. *The implantable cardioverter- defibrillator: From Mirowski to its current use.* British Medical Journal 2010;52(5):248-253

Mellana M., Aluffi M., Bocchiardo M., Sivestri M.L, *Qualità di vita e ICD,* Rivista italiana di Psicologia della salute, Franco Angeli ed., Milano 2004

Mantovan R, Raviene A, Delise P, Stritoni P. *Patente di guida e defibrillatore impiantabile: dalla parte del cardiologo, del giurista... o del paziente?* Giornale Italiano di Aritmologia e Cardiostimolazione 2002;5(2):85-88.

Mauro AM. *Long-term follow-up study of uncertainty and psychosocial adjustment among implantable cardioverter defibrillator recipients.* Int J Nurs Stud 2010Sep;47(9):1080-1088.

Morken IM, Bru E, Norekval TM, Larsen AI, Idsoe T, Karlsen B. *Perceived support from health care professionals, shock anxiety and post-traumatic stress in implantable cardioverter defibrillator recipients.* J Clin Nurs 2014 Feb;23(3-4):450-460

Palacios-Cena D, Losa-Iglesias ME, Alvarez-Lopez C, Cachon-Perez M, Reyes RA, Salvadores-Fuentes P, et al. *Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter defibrillators: qualitative systematic review.* J Adv Nurs 2011 Dec;67(12):2537-2550

Proclemer A, Santomauro M, Bongiorno M., *Registro Italiano Pacemaker e Defibrillatori.* Giornale Italiano di Aritmologia e Cardiostimolazione 2014 13;3-4(638):650

Qintar M, George JJ, Panko M, Bea S, Broer KA, St John J, et al. *A prospective study of anxiety in ICD patients with a pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for patients with moderate to severe anxiety.* J Interv Card Electrophysiol 2015 Jun;43(1):65-75

Romano D., *Rischio, controllo e partecipazione nella psicologia dell salute,* Rivista di Psicologia della salute, Franco Angeli, 1/1999

Saito N, Taru C, Miyawaki I. *Illness experience: living with arrhythmia and implantable cardioverter defibrillator.* Kobe J Med Sci 2012 Oct 18;58(3):E72-81

Scaglione M.et. al., *Subcutaneous implantable cardioverter-defibrillator implantation assisted by hypnotic communication in a patient with Brugada syndrome,* 2214-0271, Case Rep. 2019 Dec 26;6(4):198-201

Sears P, et al, *Quality of Life and Psychological functioning and ICD,* Heart, 2002

Spindler H, Johansen JB, Andersen K, Mortensen P, Pedersen SS. *Gender differences in anxiety and concerns about the cardioverter defibrillator.* Pacing Clin Electrophysiol 2009 May;32(5):614-621

Starrenburg A, Pedersen S, van den Broek K, Kraaier K, Scholten M, Van der Palen J. *Gender differences in psychological distress and quality of life in patients with an ICD 1- year postimplant.* Pacing Clin Electrophysiol 2014 Jul;37(7):843-852

Steinke EE, Gill-Hopple K, Valdez D, Wooster M. *Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator.* Heart Lung 2005 Sep-Oct;34(5):299- 308.

Thomas SA, Friedmann E, Kao C, Inguito P, Metcalf M et al. *Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillator.* American of Journal of Critical Care 2006;15(4):389-398

Thylen I, Dekker RL, Jaarsma T, Stromberg A, Moser DK. *Characteristics associated with anxiety, depressive symptoms, and quality-of-life in a large cohort of implantable cardioverter defibrillator recipients.* J Psychosom Res 2014 Aug;77(2):122-127

Van den Broek KC, Nyklicek I, Denollet J. *Anxiety predicts poor perceived health in patients with an implantable defibrillator.* Psychosomatics 2009 Sep-Oct;50(5):483-492.

Williams AM, Young J, Nikoletti S, McRae S. *Getting on with life: accepting the permanency of an implantable cardioverter defibrillator.* Int J Nurs Pract 2007, Jun;13(3):166-172

Wilson MH, Engelke MK, Sears SF, Swanson M, Neil JA. *Disease-specific quality of life-patient acceptance: racial and gender differences in patients with implantable cardioverter defibrillators.* J Cardiovasc Nurs 2013 May-Jun;28(3):285-293.

Allegato 1

ICD Patient Concerns Questionnaire (ICDC)

Questionario che ha lo scopo di mettere in evidenza e valutare il grado di preoccupazione che si manifesta nei pazienti impiantati, tramite 20 domande su scala Likert. Gli item sono valutati in base a una scala Likert da 0 (per nulla) a 3 (molto), con una gamma di punteggio totale da 0 a 32 e un punteggio più alto che indica più preoccupazioni relative al dispositivo.

ICDC	0	1	2	3	4
1 Sono preoccupato/a che il mio ICD possa scaricare improvvisamente? Sono preoccupato/a che il mio ICD non funzioni quando necessario? Saprei cosa fare se il mio ICD dovesse scaricare?					
2 Quando svolgo attività fisica, sono preoccupato/a che certi esercizi possano provocare una scarica?					
3 Sono preoccupato/a che alcune attività/hobby possano provocare una scarica?					
4 Sono preoccupato/a del fatto che le condizioni del mio cuore peggiorerebbero se l'ICD dovesse scaricare? Quanto penso al fatto di avere l'ICD? Quanto tempo passo a pensare al fatto che potrei ricevere una scarica?					
5 Sono preoccupato/a che la batteria si possa scaricare? Sono preoccupato/a del fatto che lavorare tanto mi possa provocare una scarica? Sono preoccupato/a che durante un rapporto sessuale possa ricevere una scarica? Mi preoccupa il fatto di non avere avvertimenti prima di una scarica?					
6 Sono preoccupato/a del dolore associato a una scarica? Sono preoccupato/a di diventare un peso per il mio partner/la mia famiglia? Sono preoccupato/a del fatto che non possa prevenire una scarica? Quanto tempo passo a pensare al futuro con l'ICD?					
7 Sono preoccupato/a di eventuali problemi legati all'ICD (es. batteria scarica)?					
8 Sono preoccupato/a dello stress associato a una scarica? Sono preoccupato/a del fatto di non essere in grado di lavorare o avere hobby a causa dell'ICD? Sono preoccupato/a che un esercizio troppo faticoso possa provocare una scarica?					

TOT. _____