

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2016

OLTRE IL GIARDINO... LA VITA È UNO STATO MENTALE.

L'IPNOSI CLINICA IN UN CENTRO DI CARDIOLOGIA PEDIATRICA

Candidato

Sabrina Montis

Relatore

Nunzia Giordano

**Oltre il giardino...
la vita è uno stato mentale.**

L'Ipnosi Clinica in un centro di Cardiologia Pediatrica*

SC di **Cardiologia Pediatrica**, Ospedale "San Michele" - Azienda Ospedaliera "G. Brotzu", Cagliari.
Direttore: **Roberto Tumbarello**

*“Si intende per ipnotismo
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”*

Franco Granone

Indice

1. Introduzione	1
1.1 Le Cardiopatie Congenite	1
1.2 La Cardiologia Pediatrica dell’Ospedale “San Michele”, Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”, Cagliari	3
2. L’Ipnosi Clinica in Cardiologia Pediatrica	11
2.1 L’Ipnosi	11
2.2 L’Ipnosi nel reparto: la Storia	16
3. Il Progetto IPNOCARDIOPED	19
3.1 Il Servizio di Ipnosi Clinica	19
3.2 L’Ipnosi Clinica nelle Procedure Diagnostiche per le Cardiopatie Congenite	22
3.2.1 Risultati preliminari	28
<i>Bibliografia</i>	40

1. Introduzione

1.1 Le Cardiopatie Congenite

La ricerca e la teoria hanno ampiamente dimostrato che la malattia e l'ospedalizzazione possono influenzare negativamente lo sviluppo delle capacità cognitive, fisiche, emozionali e sociali.

La malattia e il ricovero ospedaliero possono essere vissuti come una minaccia incontrollabile alla propria integrità e la causa della perdita della propria autonomia mettendo a dura prova l'equilibrio psico-fisico dei pazienti e generando disturbi nella sfera comportamentale ed emotiva (ansia, aggressività, tristezza, ecc.).

La malattia, dunque, costituisce un momento difficile, un evento stressante caratterizzato da una sofferenza sia fisica, sia psichica che sconvolge la propria esistenza [1-3].

Le cardiopatie congenite sono anomalie strutturali del cuore e dei grossi vasi che hanno o possono determinare un'alterazione funzionale. Sono i difetti congeniti di più frequente riscontro in epoca neonatale e rappresentano la principale causa di morte nel neonato. Possono essere semplici o complesse: si va dalle forme che permettono una vita normale ad altre incompatibili con la vita stessa.

La diagnosi può essere fatta già durante la gravidanza con un ecocardiogramma fetale a partire dalla 13^a-14^a settimana di gestazione.

Il trattamento, a seconda del tipo di malformazione, può essere medico, chirurgico o interventistico (cateterismo cardiaco) e i risultati sono assai favorevoli dal momento che attualmente sopravvivono e raggiungono l'età adulta quasi l'85% dei pazienti. Da questo punto di vista la cardiocirurgia moderna ha contribuito in modo determinante ad incrementare la sopravvivenza e la vita media dei cardiopatici congeniti pediatrici creando una nuova categoria di pazienti, i cardiopatici congeniti adulti, con caratteristiche cliniche estremamente peculiari, che rappresenta attualmente una percentuale importante e consistente nell'ambito epidemiologico di queste malformazioni. Questo è il motivo per cui

gli attuali centri di “cardiologia pediatrica” potrebbero essere rinominati “centri per la diagnosi e la cura delle cardiopatie congenite”.

Le cardiopatie congenite hanno in media in tutto il mondo un’incidenza tra l’8 ed il 10 per mille dei nati vivi, con picchi più elevati in alcune aree geografiche isolate. Una di queste zone è la Sardegna dove la percentuale di nati con malformazioni cardiache oscilla dall’11.2 al 14.0 per 1000 nati vivi con una notevole eterogeneità in base al territorio ASL di competenza (il valore massimo registrato è il 33.3 per 1000 della ASL di Nuoro - dati forniti dall’Osservatorio Epidemiologico dell’Assessorato della Sanità in base all’analisi dei flussi SDO nel triennio 2009-2011). La causa più probabile è da ricercarsi nell’isolamento geografico che agisce come “moltiplicatore genetico” e la genetica ha sicuramente un ruolo di primo piano, non ancora completamente definito, nell’origine di queste patologie [4-5].

Il campo in cui ci muoviamo è ovviamente molto delicato. Sappiamo, infatti, che il cuore è riconosciuto per tradizione come l’organo principale, non solo in senso fisiologico ma anche metaforico. È il simbolo della vita dell’uomo e molti detti gli riconoscono un ruolo come sede degli affetti, delle emozioni e dei desideri. Poiché è conoscenza comune che se il cuore smette di funzionare la vita termina, tutte le comunicazioni mediche che riguardano le patologie cardiache generano più ansia e preoccupazione rispetto alla comunicazione di altre malattie.

Sulla base di questa premessa è chiaro che l’impatto psicologico della diagnosi di una cardiopatia congenita ha un effetto negativo importante sulla dimensione psichica del paziente di cui non si può non tenere conto. Se infatti facciamo nostro il presupposto che il paziente non è semplicemente un organo malato, ma una persona da aiutare in senso globale, diventa assolutamente necessario chiedersi non solo cosa siano le cardiopatie congenite, ma anche cosa rappresentano, dal punto di vista simbolico, nella mente di un genitore o di un bambino o di un paziente adulto, altrimenti il rischio è quello di concentrarsi sull’organo malato che deve essere curato, senza tener conto che quell’organo fa

parte di un sistema più ampio e complesso che è per l'appunto “la persona”, “l'essere umano” [6-8].

1.2 La Cardiologia Pediatrica dell'Ospedale “San Michele”, Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”, Cagliari.

«Cardiologia Pediatrica», Ospedale “San Michele”, Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”, se è questo il reparto che cercate non potete sbagliare: all'ingresso, vicino alla scala A, c'è un albero blu che vi indica la strada, seguite il percorso segnato dagli alberi e arriverete a destinazione.

Qui troverete una vetrata colorata:

«Cardiologia Pediatrica, Responsabile dott. Roberto Tumbarello»

attraversatela ed entrerete in un vero bosco incantato, “Su Boscu Incantadu” in omaggio alla tradizione fiabesca isolana, con sagome in legno di alberi azzurri, panchine a forma di nuvola, pareti colorate, fate e folletti, tanti giochi, un acquario e un grande teatrino per le marionette.

Tutto questo non costituisce un semplice elemento decorativo con il quale si è voluto abbellire il reparto, ma fa parte di un processo più ampio. L'obiettivo è quello di creare un'atmosfera incantata nella quale i pazienti (piccoli e grandi) e i loro familiari possano esprimere, “drammatizzare” e superare le angosce legate alla cardiopatia di cui soffrono, alle continue visite e alla degenza in ospedale.

Il nostro centro si propone così come un esempio di “ospedale-non ospedale”, una definizione solo apparentemente paradossale, nella quale è invece contenuto il significato più vero del progetto che coniuga una componente medico-scientifica di altissimo livello con una non meno importante componente ludico-artistica: un guscio di colori, musica e teatro che racchiude la tecnologia più innovativa.

La nostra mission è di considerare il paziente nella sua globalità tenendo conto non solo della sua patologia ma anche della sua personalità, delle sue emozioni e delle sue esigenze.

Molti pensano ancora che per far funzionare un ospedale serva solo la tecnologia, invece la tecnologia da sola non basta. Bisogna recuperare quella dimensione umana di cui per troppo tempo ci si è dimenticati e che dovrebbe essere presente in ogni reparto. Pensare all'efficacia e all'efficienza delle procedure mediche, dunque, non è sufficiente, occorre far sì che l'ambiente possa svolgere un ruolo attivo nella terapia contenendo le ansie e favorendo un umore il più sereno possibile. Per questo abbiamo ritenuto necessario realizzare ambienti caldi e accoglienti (colorati e allegri e non grigi e tristi), aprire l'ospedale al mondo esterno e formare il personale perché sia in grado di rapportarsi adeguatamente. Non solo, facciamo ricorso anche a terapie non convenzionali come la "pet therapy", la cura che si serve della presenza in ospedale degli animali il cui affetto e la cui vicinanza sono ritenuti fondamentali per il benessere psicofisico dei pazienti. Per questo abbiamo arricchito il bosco incantato anche con un acquario. Il suo utilizzo, infatti, è indicato nelle sale d'attesa degli ambienti medici, poiché i pesci, con le loro forme e colori, sono molto rilassanti e hanno il beneficio di ridurre l'ansia e lo stress di chi li guarda. Un obiettivo molto importante se pensiamo allo stato emotivo dei pazienti e dei familiari durante l'attesa del controllo cardiologico.

Sulla base di questi presupposti, lo schema operativo del nostro centro prevede l'integrazione di competenze sia mediche, sia psicologiche e di capacità relazionali e di strategie comunicative: un'equipe composta da medici, psicologi, infermieri.

In un contesto dove si interagisce con pazienti in età pediatrica e adulta e con dei genitori è infatti molto importante il loro rapporto con le figure sanitarie di riferimento ed il tipo di assistenza che hanno ricevuto e ricevono. Non c'è un modo migliore per aiutarli. Modi diversi devono essere adattati alle persone con le quali si interagisce.

Il nostro modello si basa sulla realizzazione di uno schema operativo caratterizzato da tre concetti chiave: Counseling, Holding e Consenso Informato.

A. Il counseling è il colloquio tra l'equipe cardiologica e i genitori (o il paziente adulto) in seguito ad una diagnosi patologica (pre-natale o post-natale). È un momento fondamentale perché determina il modo in cui i genitori, o il paziente adulto, assumeranno e investiranno la malattia. Infatti, più che la gravità della cardiopatia è il modo in cui viene recepita emotivamente che determina la conseguente reazione psicologica.

Il counseling è un momento molto delicato in cui entrano in gioco diversi fattori che coinvolgono sia il medico che effettua la comunicazione, sia chi la ascolta. Il suo scopo è quello di dare spiegazioni dettagliate sulla cardiopatia riscontrata, sulla sua storia naturale e la qualità di vita associata, sulle terapie necessarie e sui possibili risultati. Nessuno mette in dubbio la necessità di trasmettere una diagnosi precisa, ma il medico deve essere particolarmente accorto nella scelta dei modi e dei tempi più opportuni perché questa comunicazione possa essere almeno in parte supportata senza devastare. Anche a distanza di tempo, infatti, si ricorda perfettamente, con estrema lucidità e sofferenza, la persona che ha parlato, l'ambiente in cui il colloquio è avvenuto, le parole sentite, il modo in cui queste sono state pronunciate e come l'incontro si è concluso. Da questo punto di vista, non esiste, in assoluto, un modo migliore per comunicare la diagnosi. Modi diversi devono essere sempre adattati alle persone con le quali si comunica dopo che si è fatto un attento esame delle caratteristiche personologiche, dello stato emotivo, della storia, del momento, ecc., tenuto conto che ogni malato rappresenta un caso a sé e persone diverse, poste di fronte ad uno stesso evento, reagiscono con modalità profondamente differenti.

Alcuni piccoli accorgimenti sono di grande importanza per creare le premesse e facilitare questo delicato colloquio:

Chi comunica la diagnosi: nel nostro centro la comunicazione è fatta sempre dal cardiologo che ha effettuato la diagnosi che, in nessun caso, delega il compito a qualcun altro.

Dove si comunica la diagnosi (l'Ambiente): poiché le capacità di comprensione possono variare in relazione alle modalità e al contesto in cui vengono date le spiegazioni, viene scelta una stanza tranquilla, silenziosa ed accogliente, diversa

da quella dove si è svolto l'esame ecocardiografico. Si richiede la presenza di entrambi i genitori e si cerca di mettere la coppia a proprio agio facendo sedere i due coniugi vicino (se si tratta di un paziente adulto si può far assistere al colloquio il coniuge o chi lo accompagna). Si cerca di evitare qualsiasi tipo di interruzione, distrazione o disturbo (come telefonate o via vai di persone nella stanza).

Per quanto comunicare (il Tempo): non viene stabilita alcuna limitazione temporale poiché nessun ascolto, accoglienza o empatia sono possibili in presenza di un limite.

Come comunicare: il cardiologo parla lentamente guardando in faccia le persone alle quali si rivolge, utilizza un linguaggio semplice, chiaro e conciso senza termini tecnici o terminologia medica complessa. Molti, infatti, non sono in grado di capire le spiegazioni che vengono fornite loro non solo perché non hanno strumenti adeguati, ma anche perché l'angoscia generata dalla malattia li sovrasta al punto da non permettere la comprensione di ciò che viene detto chiedendo maggiori dettagli e spiegazioni. Vengono fatte delle brevi pause per dare il tempo di elaborare e metabolizzare le informazioni e riflettere. Il paziente viene coinvolto nella discussione, creando un dialogo e non un monologo, formulando delle domande per verificare cosa abbia capito del problema fino a quel momento. Il linguaggio non è l'unico veicolo che si utilizza nella comunicazione: si fa ricorso anche a rappresentazioni grafiche e filmati. Spesso, infatti, è difficile comprendere la diagnosi perché non avendo competenze mediche, anatomiche e strutturali del cuore non si riesce a seguire il discorso del medico. In questo caso il problema viene superato disegnando schematicamente il cuore e spiegando la sede e le caratteristiche della malformazione, nonché le correzioni (interventistiche o chirurgiche) necessarie. Il ricorso ai filmati rende ancora più chiaro quest'ultimo aspetto.

Poiché in un momento come questo di grande shock si riesce ad assorbire solo una quantità limitata di informazioni è necessario rendersi disponibili, nei giorni e nelle settimane successive, con un supporto paziente e ripetuto per ulteriori

spiegazioni. I pazienti, dunque, vengono invitati a scrivere le domande e i dubbi che verranno loro in mente per poterli chiarire nelle visite successive.

Cosa comunicare: La validità e l'efficacia del counseling sono basate sulla precisione e sulla sicurezza della diagnosi a cui il medico perviene attraverso un itinerario clinico fatto di esplorazione, intervento e attesa. Questo significa non allarmare anzitempo ed inutilmente per pericoli o rischi che allo stato delle attuali conoscenze non sono prevedibili. Occorre informare sulla diagnosi, le prospettive terapeutiche, la necessità di accertamenti diagnostici, le prospettive prognostiche, i rischi connessi a determinate terapie o procedure e la qualità di vita prospettabile. Deve essere presentato un quadro veritiero della situazione senza illudere, scoraggiare o spaventare, spiegando ciò che avviene nella maggiore percentuale dei casi, senza nascondere le possibilità migliori e peggiori. Questo non vuol dire essere brutalmente sinceri, ma comunicare la diagnosi con onestà, senza allarmismi, in quantità assimilabili, gradualmente, tenendo conto della capacità soggettiva di ciascuno di recepire le informazioni e di poter reggere l'impatto emotivo.

Il bambino, a seconda dell'età e della situazione, è coinvolto direttamente nel counseling. Il fine è quello di fargli comprendere la sua condizione senza spaventarlo o intimidirlo, attraverso spiegazioni adeguate alla sua capacità di comprensione. Infatti, i bambini sanno e se non sanno immaginano, per cui qualora questa consapevolezza non sia accompagnata da spiegazioni adeguate lascerà spazio solo a personali fantasie e ad un senso di abbandono con grandi difficoltà a capire che cosa accade e perché. Come i genitori e i pazienti adulti anche i bambini hanno bisogno di un sostegno emotivo per aiutarli ad esprimere i diversi stati d'animo che, se non espressi o peggio ancora inascoltati, potrebbero interferire con il globale successo della cura. L'obiettivo, quindi, è quello di aiutarli ad accettare la propria malattia per poterla assimilare e trasformare in una vera esperienza attraverso la quale, comunque, continuare a crescere.

Nel caso di un counseling prenatale occorre tener conto della possibilità di interrompere la gravidanza. Questa è un'opzione legale e chi effettua il counseling deve avere la capacità di discuterla qualunque sia il proprio

convincimento e presentarla in maniera obiettiva; si tratta di una decisione estremamente difficile che merita il supporto incondizionato del medico qualunque sia la sua opinione sulla decisione presa. Il personale e privato punto di vista di chi effettua il colloquio è irrilevante e non può influenzare la decisione della coppia. Anche nel caso in cui i futuri genitori chiedano al medico cosa farebbe nella loro situazione deve essere risposto che non può essere presa una decisione al loro posto poiché non si tratta di una scelta terapeutica ma esclusivamente “personale”. Le coppie provengono da differenti realtà socio-culturali e il medico deve essere in grado di fornire loro gli elementi tecnici che permettano di prendere in autonomia, a seconda dei propri principi etici, religiosi e culturali, la decisione ritenuta più giusta per se stessi.

Il counseling in quanto “comunicazione” non si limita solo alla diagnosi o alla spiegazione delle procedure interventistiche o chirurgiche. La nostra équipe, infatti, ha una formazione specifica che prevede la cura delle capacità comunicative relazionali di tutti i suoi componenti a prescindere dal ruolo ricoperto. La forte componente partecipativa e collaborativa integrata rendono possibile un perfetto work flow comunicativo: tutti i componenti parlano, agiscono e si comportano in maniera assolutamente sovrapponibile. Le informazioni vengono trasmesse con la stessa modalità in modo che il paziente non venga destabilizzato da un’informazione frammentata e modellata sul ruolo di chi la fornisce [9-11].

Poiché al counseling può seguire una reazione di ribellione e possono manifestarsi ostilità e rifiuto sia verso la diagnosi, sia verso le figure che l’hanno formulata, per noi diventa complementare alla comunicazione diagnostica il colloquio di supporto psicologico il cui fine è quello di fornire un holding al paziente e ai familiari per supportarli, contenerli ed aiutarli ad affrontare questo difficile momento, la cardiopatia e le difficoltà conseguenti. Il termine «HOLDING», per l’appunto, nel linguaggio psicoanalitico indica il sostenere e il contenere le tensioni e le angosce. L’immagine più significativa dell’holding è quella di una madre che tiene in braccio il suo bambino. Vivendo una sensazione di protezione e di supporto da parte della figura materna il bambino ha la

possibilità di affrontare “la realtà esterna” con più sicurezza e in modo meno traumatico. L’holding, quindi, è indispensabile per offrire l’opportunità di scaricare le proprie tensioni, per capire come viene visto il problema, a cosa lo si attribuisce e le fantasie elaborate. La possibilità di poter esprimere le difficoltà, l’aggressività e il senso di colpa farà sentire sicuramente più sicuri, capaci e meno depressi.

L’holding si realizza attraverso la figura dello psicologo/psicoterapeuta. Il suo ruolo di mediazione tra medico e paziente fa sì che nei confronti del paziente offra il proprio supporto per aiutarlo a gestire le difficoltà legate alla cardiopatia, ad affrontare le diverse procedure e quindi tutto l’iter diagnostico/terapeutico. Nei confronti del medico, si confronta con lui, fornendogli indicazioni sullo stato emotivo del paziente e coadiuvandolo nel management del caso. Un lavoro molto articolato perché in un reparto di cardiologia pediatrica come il nostro richiede la capacità di gestire contemporaneamente pazienti molto diversi tra loro e quindi con problematiche peculiari e particolarmente complesse: coppia genitoriale in attesa di un figlio cardiopatico, coppia genitoriale in attesa di un figlio dove la futura mamma è cardiopatica, nucleo familiare con un figlio cardiopatico in età neonatale, nucleo familiare con un figlio cardiopatico in età evolutiva, paziente cardiopatico adulto, paziente cardiopatico anziano [12-14].

C. Questi primi due aspetti, una comunicazione efficace ed un adeguato contenimento psicologico del paziente, sono i presupposti fondamentali per l’acquisizione del consenso informato: l’autorizzazione che il paziente concede al medico per far sì che vengano effettuate sulla propria persona delle procedure diagnostico-terapeutiche. Il consenso informato deve essere considerato come un momento estremamente importante della vita professionale, deve essere frutto di una scelta consapevole e tale consapevolezza può derivare solo da una corretta informazione che il paziente riceve riguardo il suo stato di salute e le possibilità terapeutiche esistenti. L’acquisizione del consenso quindi non deve essere una metodica burocratica, ma l’espressione piena della capacità del medico di parlare, spiegare e informare. L’adeguatezza della comunicazione della diagnosi è il presupposto fondamentale per la validità del consenso, per cui

un'informazione carente rende di fatto non valido il consenso anche se “firmato” [15-19].

Dare cattive notizie è contemporaneamente un'arte e una scienza. Da questo punto di vista l'applicazione del nostro schema operativo si è rivelata estremamente funzionale. I risultati ottenuti nel nostro lavoro (pubblicati su diverse riviste scientifiche recensite dall'index medicus e presentati a diversi congressi nazionali ed internazionali di cardiologia, cardiologia pediatrica e psicologia) ci permettono di osservare che realizzando una comunicazione efficace ed un adeguato contenimento della coppia genitoriale e del bambino, del paziente adulto e dei familiari, in un momento tanto drammatico, si avranno delle ripercussioni positive sulla possibilità di affrontare la malattia e l'iter terapeutico con minore ansietà e maggiore speranza di risoluzione.

Tutto questo diventa indispensabile per evitare che si realizzi quello che si potrebbe definire un «ambiente sfavorevole» che può condizionare negativamente le potenzialità di crescita e di maturazione del bambino ed il benessere del paziente adulto, più che la gravità della patologia cardiaca. In questo modo è possibile favorire lo sviluppo di una persona che potrà anche essere cronicamente malata, ma psicologicamente sana [20-24].



cardiologia
Pediatrica



CARDIOLOGIA PEDIATRICA

RESP. DOTT. Roberto Zumbarello

















2. L'Ipnosi Clinica in Cardiologia Pediatrica

Tutti gli aspetti riportati nell'introduzione fanno comprendere la profondità dell'ambizioso progetto creato nel nostro centro. Un programma in continua evoluzione sulla base delle esigenze che nascono ogni giorno alle quali le diverse figure dell'equipe, operando in stretta collaborazione, fanno fronte quotidianamente.

Una tappa fondamentale di questo percorso è stata la decisione di inserire l'«Ipnosi» tra le metodiche del reparto allo scopo di migliorare ulteriormente la qualità del nostro servizio ai pazienti e ai loro familiari.

2.1 L'Ipnosi

La parola «ipnosi» ha ancora oggi un'aura di mistero.

Per molte persone è un argomento affascinante, che incuriosisce, un fenomeno che sollecita animate discussioni e speculazioni, un termine che suscita reazioni diverse sia positive, sia negative. C'è chi ritiene che sia una messa in scena, chi qualcosa di pericoloso, chi una procedura applicabile in mille settori, utile per curare molte cose.

Nonostante questa premessa quello che è certo è che l'ipnosi è una disciplina, forse non sempre capita, che ha una sua dignità ed entità. Uno strumento serio che se utilizzato nelle mani di un professionista altrettanto serio può essere utile in diversi campi applicativi, dalla medicina allo sport, garantendo un aiuto efficace per il paziente.

L'ipnosi è una tecnica conosciuta fin dai tempi più antichi sotto denominazioni differenti. La sua storia non è semplice ed è caratterizzata da un susseguirsi di momenti storici diversi nei quali personalità importanti con le loro ricerche, le loro modalità esecutive e i loro risultati hanno contribuito al suo sviluppo.

L'interpretazione mistica degli antichi sacerdoti egizi, greci e romani considerava lo stato ipnotico un modo per avvicinarsi alla divinità. Verso la fine del 700 Franz Mesmer (medico tedesco) propose, con il suo magnetismo animale, una teoria basata sull'esistenza di un fluido proprio del magnetizzatore che aveva

degli effetti sulla guarigione del paziente attraverso il rapporto magnetista-paziente. Mesmer evidenziò come il soggetto magnetizzato tenda a trascurare tutto ciò che lo circonda ad eccezione di quello che fa e dice il magnetizzatore.

Ai primi dell'800 gli studi dell'abate Faria contribuirono ad abbandonare l'idea del "fluido" e a sottolineare come la realizzazione della modificazione dello stato di coscienza non dipendesse tanto dalle caratteristiche del magnetizzatore quanto del magnetizzato.

Il termine "ipnosi" fu usato per la prima volta nel 1843 da un oculista inglese, James Braid, che lo utilizzò per definire lo stato particolare che si realizzava nei pazienti dopo averli invitati a concentrare lo sguardo e a fissare l'attenzione su un punto preciso (ad esempio un punto luminoso). Questi pazienti cadevano in una sorta di sonno che Braid definì per l'appunto ipnosi dal greco hypnos: sonno.

Verso la fine dell'800 il focus del discorso fu centrato sul concetto di suggestione grazie al contributo di molti famosi psichiatri e neurologi della scuola di Nancy (come Ambrosie Liébeault, che considerava la condizione ipnotica uno stato di sonno indotto per suggestione facendo concentrare il paziente sull'idea di sonno, o Hippolyte Bernheim, che sosteneva che la suggestione, perno essenziale dell'ipnosi, potesse ottenere dei risultati anche nello stato di vigilanza) e della Salpêtrière (come Jean-Martin Charcot, che considerava la condizione ipnotica come una nevrosi sperimentale analoga all'isteria).

Una spiegazione diversa dei fenomeni ipnotici venne data da Sigmund Freud e la sua psicoanalisi. Partendo dalla definizione di transfert inteso come il trasferimento inconscio ad un'altra persona di sentimenti e attitudini associati con figure significative dell'infanzia, Freud interpretava il rapporto ipnotico come un rapporto di transfert.

Una svolta importante avvenne nei primi anni del 900 con la "nuova ipnosi" di Milton Erickson (psichiatra e psicoterapeuta americano). Erickson, infatti, non propose delle teorie ma liberò la psicoterapia dagli schemi fissi che i terapeuti tendevano a seguire trascurando le esigenze e la personalità dei pazienti. In sostanza inaugurò una "induzione naturalistica" della trance ipnotica, un'induzione cioè senza procedure formalizzate e ritualistiche.

Erickson considerò l'ipnosi uno stato naturale dell'individuo sostenendo l'esistenza di una "trance comune quotidiana". Da questo punto di vista le suggestioni ipnotiche non sono altro che un modo ipnotico di comunicare, sono delle tecniche di comunicazione che facilitano l'applicazione e l'utilizzazione delle associazioni, dei potenziali e dei meccanismi mentali naturali e spontanei del paziente. L'esclusivo potere dell'ipnotista viene definitivamente meno e viene meno anche l'esclusiva abilità del soggetto nel rispondere alle suggestioni dell'ipnotista. Ciò che riveste la massima importanza è la natura interattiva e interpersonale dell'ipnosi, cioè il rapporto che si crea fra ipnotista e soggetto, durante il quale si sviluppa la fenomenologia ipnotica.

Diversamente da quanto sostenuto da Freud, per Erickson l'inconscio non è solo un patrimonio interiore di conflitti rimossi ma è ricco di potenzialità e di risorse utili per la guarigione del paziente e l'ipnosi è proprio una possibilità di comunicare e di entrare in contatto con l'inconscio del paziente.

Nel 1960 il professor Franco Granone, neurologo all'Ospedale Civile di Vercelli, il pioniere dell'ipnosi in Italia e fondatore del Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale di Torino (CIICS), nel suo "Trattato di Ipnosi" [UTET, 1989] la definì come una condizione psico-fisica che implica un particolare stato di coscienza durante il quale si realizza un legame speciale con l'ipnotista, mettendolo in grado di influire sulle condizioni psichiche, somatiche, viscerali, neurologiche e comportamentali del paziente.

Secondo Granone l'ipnosi è uno stato di coscienza modificato (non alterato), fisiologico, e quindi normale e non "patologico" come riteneva Charcot.

In quanto stato modificato di coscienza, l'ipnosi è un processo dinamico e non statico. Non è uno stato stabile, ben definito, ma un processo dinamico lungo un continuum ampio e mutevole dello stato di coscienza.

L'ipnosi è uno stato in cui la mente può entrare in alcune situazioni e che non presenta nessuna delle proprietà magiche o paranormali attribuitele nel tempo. Non è magia, non è dovuta a particolari poteri o fluidi, non è siero della verità, non è succubanza della volontà, non è suggestione in termini di accettazione

acritica dell'idea dell'altro. È un modo di essere dell'organismo e l'ipnotismo è la tecnica che permette di attuare questa condizione.

L'ipnosi non è sonno, infatti rispetto a questo sono differenti sia le tracce elettroencefalografiche, sia i riflessi neurologici e la persona ha un sensorio perfettamente vigile per cui può fare tutto quello che potrebbe nello stato di coscienza usuale. Non c'è perdita di coscienza benché lo stato di coscienza sia modificato.

L'ipnosi non si esaurisce nell'induzione: occorre distinguere l'induzione del fenomeno (la tecnica che permette di attuare la condizione) ed il fenomeno stesso. Il fenomeno è caratterizzato dal monoideismo plastico, aspetto indispensabile perché ci sia ipnosi: l'idea suggerita dalla parola suscita sensazioni, azioni, ecc. La parola è uno stimolo che crea in risposta un'immagine. L'immagine creata è così potente da sembrare reale, è plastica, capace di creare effetti sia sul piano fisico che psichico. Alla base dell'ipnotismo vi è dunque la riduzione della critica e la focalizzazione delle energie mentali in un sola immagine che diviene così potente da creare effetti plastici.

Quindi per ipnosi possiamo intendere l'insieme dei cambiamenti che avvengono nel soggetto in seguito all'induzione. Cambiamenti di tipo fisico e psichico e oggettivamente rilevabili (posizione, postura, espressione del volto, ecc.). L'effetto fisico ottenuto viene poi ratificato cioè portato a livello cosciente del soggetto ipnotizzato.

I cambiamenti nel pensiero, nelle azioni e nelle sensazioni sono esperiti come automatici, non come conseguenti al pensiero e alla riflessione. Avvengono purché in linea con i propri valori e le proprie credenze.

In ipnosi il soggetto sperimenta un grande senso di benessere a livello mentale, con sensazione di tranquillità, di controllo emotivo, di serenità e un certo grado di distacco dalla realtà che si realizza pur mantenendo controllo e sicurezza, dirottando tutte le risorse mentali all'interno di se stessi. Il soggetto fa così esperienza di cambiamenti nella percezione del sé e del sé nel mondo.

Lo stato ipnotico non si realizza grazie all'abilità dell'ipnotista ma del soggetto, quello che conta non è tanto o solo la tecnica ma lo stabilire un buon rapporto e

guadagnare la fiducia del soggetto stesso. Questo stato si basa e non può prescindere dal rapporto terapeuta paziente (Rapport). Il rapporto (basato sulla fiducia) contribuisce a realizzare lo stato e lo stato a sua volta potenzia il rapporto.

Se dunque l'ipnosi è il risultato dell'interazione fra un soggetto e un operatore la possibilità di realizzarla dipende dalla forza di tale interazione: il paziente ha le abilità e l'operatore lo guida.

A differenza di ciò che falsamente a volte si crede, l'ipnosi lascia ampio spazio al paziente che agisce da protagonista decidendo come e quando e in che modo accettare l'intervento esterno dell'ipnologo. Il comportamento non è limitato alla ricettività e alla responsività passiva ma è caratterizzato da una posizione attiva di interesse, scoperta, indagine, partecipazione ai cambiamenti prodotti dall'ipnosi, grazie ai quali si riesce a sviluppare abilità e fenomeni non possibili in condizioni normali.

Per aiutare il paziente a realizzare la sua immagine occorre dare delle suggestioni (suggerimenti). Le suggestioni (principale strumento dell'ipnologo) sono una speciale modalità di comunicare informazioni ad un'altra persona in modo accettabile per lei. La riuscita dell'ipnosi dipende dalla capacità di strutturare e trasmettere comunicazioni ipnotiche appropriate e significative per il destinatario.

Nell'induzione occorre dunque osservare, permettere e incorporare tutto ciò che il soggetto porta per facilitare la modificazione dello stato di coscienza. Perché questo accada è necessario un linguaggio specifico, un'induzione ritagliata su misura, unica e peculiare, in modo da conformarsi alle capacità, alle caratteristiche e alle necessità del soggetto. Se lui si sente compreso, accettato e trova una rispondenza tra la sua esperienza e quello che dice l'ipnotista può sviluppare efficacemente le proprie risorse personali che possono poi essere utilizzate per raggiungere gli obiettivi terapeutici.

L'ipnosi è stata utilizzata con successo nel trattamento di tanti disturbi e condizioni cliniche (controllo del dolore, ansia, disturbo post traumatico da stress, depressione, fobie, sindrome del colon irritabile, ecc.). Nel campo medico

il suo principale utilizzo è di essere abbinata alle metodiche tradizionali per potenziare e completare e non come uno strumento che debba o possa sostituire completamente le normali procedure o i consueti farmaci.

Il punto di partenza dell'approccio ipnotico in definitiva è che le persone possiedano risorse maggiori di quelle che pensano di avere. Queste capacità sono nascoste ma possono essere recuperate e utilizzate per risolvere sintomi e problemi. Come sottolinea Granone, occorre basare la propria tecnica sulla particolare personalità del soggetto, sui suoi bisogni e sui suoi desideri, valendosi anche delle risposte e del suo atteggiamento all'istante dell'induzione, senza mai opporvisi. L'arte dell'ipnosi sta nell'intervenire al momento opportuno, con la suggestione adatta al soggetto e alla circostanza, tenendo conto del temperamento e della cultura dell'ipnotizzando, del suo grado di resistenza e di suggestionabilità e della sua progressiva passività e quiescenza agli ordini [25-38].

2.2 L'Ipnosi nel reparto: la Storia

Nel 2013 il dott. Danilo Sirigu, gastroenterologo e radiologo presso il reparto di Radiologia del nostro stesso ospedale, ha avviato la sperimentazione di un protocollo diagnostico terapeutico che prevedeva l'integrazione della diagnostica per immagini (specialmente l'ecografia) con l'ipnosi clinica. L'applicazione di tale sperimentazione era rivolta al trattamento della sindrome dell'intestino irritabile, alla gestione dei pazienti claustrofobici sottoposti a risonanza magnetica e al controllo analgesico durante attività e procedure interventistiche. Tale protocollo ha suscitato l'interesse della nostra equipe per l'ipnosi tanto che il dott. Roberto Tumbarello, primario del nostro centro, decise di chiedere al dott. Sirigu una collaborazione per "approfondire" meglio questa tecnica così affascinante.

Presupposto che, come già sottolineato in più punti, il nostro compito non è solo quello di curare la malattia ma di prenderci cura del malato, il nostro obiettivo era di capire quanto l'utilizzo dell'ipnosi potesse aiutarci a migliorare la compliance ed il vissuto dell'esperienza dei pazienti con la propria cardiopatia

durante la vita quotidiana, ma anche durante le procedure diagnostiche, migliorando l'efficacia comunicativa, riducendo il dolore e l'ansia ed il ricorso alla terapia farmacologica nell'ottica di una maggiore umanizzazione delle cure e di una razionalizzazione degli interventi.

Il nostro primo passo è stata la partecipazione ad un corso intensivo di ipnosi organizzato da un docente dell'Istituto Franco Granone nel giugno del 2015.

Al rientro da questa prima esperienza, decisamente positiva, abbiamo elaborato la prima versione di un protocollo di ricerca relativo all'applicazione dell'ipnosi nelle procedure diagnostiche invasive e semi invasive per le cardiopatie congenite. Tale protocollo è stato approvato dalla nostra Direzione Sanitaria (luglio 2015).

Una volta individuato il primo paziente (una ragazza di 29 anni da noi denominata "Caso 0") abbiamo avviato uno studio preliminare per verificare l'applicabilità dell'ipnosi nell'ecocardiografia transesofagea. Questo esame è una procedura diagnostica semi invasiva che prevede l'inserimento di una sonda ecografica nell'esofago per meglio visualizzare le strutture cardiache, ottenere informazioni sulla contrattilità del cuore, sulla morfologia delle sue valvole e sul flusso del sangue nelle sue cavità. Di per sé non è doloroso, ma il passaggio della sonda attraverso il cavo orale genera molto fastidio per via della sensazione di soffocamento e degli inevitabili conati. Normalmente, per far sì che possa essere tollerato, si ricorre ad una sedazione per via endovenosa associata ad un anestetico locale per il cavo orale.

Dopo alcune sedute di ipnosi in preparazione all'esame il nostro "Caso 0" ha potuto effettuarlo senza ricorrere all'utilizzo di alcun farmaco e in uno stato di completo benessere (settembre 2015).

Questo primo (ottimo risultato) ci ha spinto ad andare avanti nella nostra ricerca e a richiedere l'inserimento della prestazione "Ipnoterapia" (identificata nel servizio sanitario nazionale con il codice 94.32) tra quelle erogabili dal nostro reparto (dicembre 2015).

Non solo, il nostro percorso di ricerca e formazione è continuato sia partecipando al “Corso Base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica” dell’Istituto Franco Granone (iniziato a febbraio 2016), sia presentando al Comitato Etico la proposta del nostro studio sull’utilizzo dell’ipnosi clinica nelle procedure diagnostiche per le cardiopatie congenite (marzo 2016).

Dopo due mesi il progetto è stato discusso dalla commissione che ha espresso un parere positivo, ma ci ha invitato a potenziare la parte statistica e metodologica per renderlo ancora più valido da un punto di vista scientifico (maggio 2016).

Seguendo il loro suggerimento, abbiamo deciso di avviare uno studio pilota con la raccolta dei dati dei pazienti sottoposti ad ecocardiografia transesofagea, al termine del quale, una volta esaminato un numero di casi adeguato e consistente, chiederemo allo stesso comitato etico l’autorizzazione per uno studio retrospettivo.

Nel frattempo la nostra Direzione, visti i primi risultati raggiunti, ha continuato a sostenerci nella ricerca spronandoci a continuare nel nostro lavoro. Per questo abbiamo deciso di chiedere la creazione di un “Servizio di Ipnosi Clinica” per i pazienti cardiopatici e per i loro familiari. Tale richiesta è stata accolta e approvata dalla nostra Direzione Sanitaria (giugno 2016). Contestualmente è stata inserita la prestazione “Colloquio Clinico Psicologico” (identificata dal servizio sanitario nazionale con il codice 94.09) tra quelle erogabili presso il nostro centro (luglio 2016).

Non solo, la nostra stessa Direzione ci ha donato una “chaise longue”, fino ad oggi collocata nello studio della Direzione Amministrativa, allo scopo di rendere ancora più confortevoli le sedute dei pazienti che afferiscono al nostro servizio.

L’importanza del nostro progetto probabilmente non sta tanto nella originalità dell’idea della ricerca, quanto nella realizzazione di un lungo percorso che ha consentito di portare all’istituzionalizzazione dell’ipnosi all’interno di un reparto ospedaliero. La possibilità di rendere ufficiale in un contesto pubblico una metodica ancora troppo di “nicchia” costituisce infatti una grandissima opportunità ed una validissima occasione di esperienza.

3. Il Progetto IPNOCARDIOPED

3.1 Il Servizio di Ipnosi Clinica

L'istituzione di un "Servizio di Ipnosi Clinica" è stato avviato a luglio 2016 e si propone di creare una modalità aggiuntiva di supporto psicologico, rispetto a quella già esistente, per tutti i pazienti con cardiopatia congenita e i loro familiari.

Non si pone come obiettivo quello di effettuare dei percorsi psicoterapeutici in senso stretto, in quanto le disponibilità umane, spaziali e temporali del reparto non lo consentono. Il ritmo del lavoro e la tipologia della patologia trattata, infatti, richiedono un continuo servizio di "pronto intervento" che comporta la necessità di dover delegare i trattamenti psicoterapeutici ai servizi nel territorio. Ogni giorno, infatti, è indispensabile potersi spostare con rapidità (fisica e mentale) per affrontare le problematiche che si presentano: nuove diagnosi, variazioni (in termini di aggravamento) diagnostiche, ricoveri ordinari e d'urgenza, supporto dei pazienti ricoverati sia nel nostro ospedale che extraregione (per la necessità di procedure cardiocirurgiche), trasferimenti presso centri di III livello (con cardiocirurgia delle cardiopatie congenite) ordinari ma anche d'urgenza. E tutto questo va fatto tenendo conto che, come già sottolineato, occorre gestire contemporaneamente pazienti molto diversi tra loro e quindi con problematiche peculiari e particolarmente complesse: coppia genitoriale in attesa di un figlio cardiopatico, coppia genitoriale in attesa di un figlio dove la futura mamma è cardiopatica, nucleo familiare con un figlio cardiopatico in età neonatale, nucleo familiare con un figlio cardiopatico in età evolutiva, paziente cardiopatico adulto, paziente cardiopatico anziano.

Al momento l'organizzazione del servizio è ancora in una fase iniziale nella quale si sta valutando di caso in caso la possibilità di proporre al paziente, o ai suoi familiari, alcune sedute di ipnosi per aiutarli ad affrontare la situazione cardiologica contingente. Le richieste continuano ad aumentare di giorno in giorno e questo riscontro conferma l'importanza di un servizio di questo tipo in un contesto clinico peculiare come quello del nostro centro.

Non solo, abbiamo pensato di far partire al più presto un servizio specifico per le coppie in attesa di un figlio cardiopatico o con un bambino cardiopatico nei primi mesi di vita.

Questa fase è infatti molto delicata e di importanza fondamentale. Durante la gravidanza, in particolare all'inizio del secondo trimestre, nella coppia genitoriale inizia un processo di costruzione inconscia dell'immagine fisica e psichica del proprio bambino. I genitori cioè si trovano in presenza di un figlio che immaginano e su questa immagine proiettano i sogni, i desideri, le speranze e le ambizioni. Nel caso in cui, durante la gravidanza stessa o dopo la nascita, venga formulata la diagnosi di una patologia, la coppia genitoriale sperimenta la rottura di questa immagine idealizzata ed entra in quella che viene definita una «situazione di crisi», nella quale deve elaborare il lutto per la perdita di un figlio normale e la ferita narcisistica per aver generato un figlio imperfetto, prima che il bambino malato possa essere completamente accettato.

La diagnosi di una cardiopatia congenita, in particolare, costituisce un'esperienza drammatica. Avere un figlio cardiopatico, infatti, significa affrontare un percorso di vita difficile nel quale, almeno inizialmente, sono coinvolti soprattutto i genitori che devono farsi carico di tutte le cure di cui il piccolo ha bisogno e dello stress emotivo e della sofferenza che tutto ciò comporta.

Dal momento della diagnosi per loro inizia un periodo di disagio e di sofferenza (di cui non si possono prevedere la durata e gli esiti) che comporta una serie di difficoltà a livello psicologico, sia di tipo emotivo (come confusione, disorientamento e ansia), sia di tipo relazionale (come il disagio a parlare della malattia del proprio figlio). Spesso i genitori si sentono impotenti, provano sentimenti di rabbia e tentano di incolpare qualcuno o qualche cosa o di ricercare una causa il più delle volte introvabile. A volte vivono, senza ragione, un senso di colpa per aver creato una situazione di cui, ovviamente, non sono responsabili. Quello che è certo è che per loro si prospetta un futuro comunque diverso da quello che fino a quel momento avevano immaginato e desiderato.

In questo contesto è molto importante il rapporto dei genitori con le figure mediche di riferimento e il tipo di assistenza e supporto che hanno ricevuto e

ricevono. Non c'è un modo migliore per aiutarli, modi diversi devono essere sempre adattati alle persone con le quali si comunica, dopo che si è fatto un attento esame delle loro caratteristiche personologiche, del loro stato emotivo e della loro storia. Sono sicuramente indispensabili grande professionalità, attenzione, disponibilità e sensibilità.

Da questo punto di vista le nostre ricerche hanno dimostrato che l'impatto emotivo del management di una severa cardiopatia congenita (sia in epoca prenatale che post natale) sembra essere maggiore sulle madri rispetto ai padri.

Le madri vivono un disagio psicologico caratterizzato dal pensiero ricorrente della diagnosi, con difficoltà a distogliere i propri pensieri dal problema, e da uno stato di tensione permanente. Il loro stato emotivo si riflette anche sul ruolo di genitore, che percepiscono con insicurezza e ansia rispetto ai loro compagni, ma anche sull'immagine del proprio bambino, che vivono come un bambino difficile rispetto alle altre madri.

Senza dubbio avere un figlio cardiopatico condiziona fortemente la loro vita, pertanto hanno bisogno di un supporto adeguato, medico e psicologico, per affrontare serenamente la malattia del proprio bambino e, soprattutto, accettare "un figlio imperfetto".

In questo contesto il ruolo dello psicologo, ricorrendo anche a delle sedute di ipnosi, può offrire ai genitori la possibilità di un confronto per non rimanere isolati e sommersi dal peso delle forti emozioni legate alle condizioni dei figli affinché siano in grado di accettare il bambino con la sua patologia e di prendersi cura di lui. Lo stare in contatto con tali emozioni senza giudicare o esprimere valutazioni può aiutare a prendere coscienza del fatto che la propria angoscia, rabbia e disperazione sono sentimenti legittimi, accettati, riconosciuti e che quindi si può essere in grado di tollerarli senza venirne travolti.

Nell'ambito di questi incontri, se la sofferenza dei genitori non può essere eliminata, può senz'altro essere condivisa [39-43].

3.2 L'Ipnosi Clinica nelle Procedure Diagnostiche per le Cardiopatie Congenite

INTRODUZIONE

Nel nostro centro vengono eseguiti esami strumentali (come l'eco transesofageo) che costituiscono un importante aspetto della diagnostica delle cardiopatie congenite ma, essendo poco tollerati, comportano ansia, paura e notevoli disagi in un numero piuttosto elevato di pazienti, per cui per la loro esecuzione è necessario ricorrere all'utilizzo di farmaci per la sedazione.

Solitamente si ricorre ad una sedazione per via endovenosa con narcotici e sedativi per la gestione del dolore e dell'ansia. Questi farmaci però possono indurre depressione cardiovascolare, ipossia, apnea, perdita di coscienza e, seppur raramente, eventi più gravi, anche in dosi solitamente ben tollerate.

Per migliorare la compliance del paziente durante l'esecuzione dell'esame si può ricorrere all'utilizzo di una procedura psicoterapeutica come l'ipnosi clinica, metodica già utilizzata in diverse procedure interventistiche e identificata nel sistema sanitario nazionale con il codice 94.32.

Diversi studi, infatti, hanno messo in evidenza che l'utilizzo dell'ipnosi nelle procedure interventistiche cardiache ha permesso di ridurre l'attività simpatica cardiaca e l'ischemia miocardica durante angioplastica transluminale percutanea e di migliorare il profilo di variabilità della frequenza cardiaca. In sostanza si possono ottenere: la riduzione o abolizione delle alterazioni emotive (ansia, angoscia, attacchi di panico, crisi isteriche, ecc.); la riduzione o abolizione dei riflessi di difesa; la riduzione o scomparsa del dolore; la riduzione del dosaggio o abolizione di farmaci (anestetici locali, benzodiazepine); una migliore collaborazione da parte del paziente; una traccia mnemonica positiva della stessa procedura interventistica [44-64].

Tale procedura ha inoltre il vantaggio di non comportare alcun rischio per il paziente trattandosi di uno stato modificato, fisiologico e dinamico della coscienza che si basa sulla relazione terapeuta-paziente (Rapport), in sostanza è una condizione naturale della mente che tutti possono sperimentare. In ipnosi non si dorme e non si perde il controllo. Senza la collaborazione del paziente non può

funzionare ed è indispensabile la motivazione a farlo. Durante la seduta pertanto non può accadere nulla se non c'è la volontà del paziente stesso. In ipnosi si sperimenta un senso di benessere con sensazione di tranquillità, di controllo emotivo, di serenità e un certo grado di distacco dalla realtà che si realizza pur mantenendo controllo e sicurezza, dirottando tutte le risorse mentali all'interno di se stessi. Alla base di questo processo c'è la realizzazione del monoideismo plastico: un'immagine creata grazie ai suggerimenti dati dall'ipnologo (suggerimenti), così potente da sembrare reale, plastica, e capace di creare effetti sia sul piano fisico, che psichico.

TIPOLOGIA DELLO STUDIO

Studio pilota, esplicativo, unicentrico: applicazione iniziale, su piccola scala, di un protocollo di studio, il cui obiettivo è fondamentalemente acquisire conoscenze scientifiche, al fine di verificare se il progetto sia adeguato, stabilirne la fattibilità o ricavare informazioni che permettano di determinare la grandezza del campione dello studio definitivo.

OBIETTIVI

Lo scopo del nostro progetto è di utilizzare l'ipnosi clinica nei pazienti con cardiopatia congenita che devono effettuare un'ecocardiografia transesofagea (ETE) per migliorare la compliance durante l'esecuzione dell'esame ed il vissuto emotivo del paziente prima, durante e dopo, facilitandone l'esecuzione e riducendo la tempistica ed il ricorso ai farmaci sedativi.

METODI

I pazienti seguiti presso il centro di cardiologia pediatrica dell'Ospedale "San Michele", Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" (adulti o adolescenti dai 14 anni) che devono essere sottoposti ad eco transesofageo vengono prima valutati in un colloquio clinico psicologico preliminare per rilevare eventuali controindicazioni all'ipnosi (malattie psichiatriche in atto o pregresse) e successivamente assegnati in modo randomizzato ai tre gruppi:

GRUPPO A: ETE IN IPNOSI CON SEDUTE DI PREPARAZIONE (max 4 sedute)

GRUPPO B: ETE IN IPNOSI (senza sedute di preparazione)

GRUPPO C: ETE IN SEDAIONE (per eseguire l'esame secondo la metodica usuale: Lidocaina spray + anestetico/sedativo endovena).

Qualora un paziente assegnato al gruppo A non possa effettuare le sedute di preparazione, per impegni lavorativi o distanza dal nostro centro, è assegnato al gruppo B.

Qualora un paziente assegnato al gruppo A o B rifiuti l'ipnosi è automaticamente assegnato al gruppo C. A questo gruppo afferiscono anche i pazienti per i quali sono state valutate al colloquio clinico psicologico preliminare controindicazioni per l'ipnosi.

Un anestesista è sempre presente per procedere alla somministrazione dei farmaci sedativi che dovessero essere necessari [Inizialmente la metodologia della ricerca prevedeva la somministrazione di un anestetico locale spray per il cavo orale (Lidocaina) anche nei pazienti del gruppo ipnosi, come indicato in altri protocolli presenti in letteratura; in seguito ad un episodio di attacco di panico in una paziente del gruppo B, provocato dalla sensazione di apnea dovuta all'effetto della Lidocaina, si è deciso di non ricorrere più al suo utilizzo se non nella metodica usuale applicata nel gruppo di controllo. Su dieci pazienti del gruppo ipnosi studiati, cinque hanno effettuato l'esame senza Lidocaina].

I pazienti sottoposti all'esame in ipnosi ascoltano tramite delle cuffie della musica di sottofondo appositamente scelta per favorire lo stato di rilassamento e facilitare il momento induttivo. Sono evitate musiche evocanti emozioni non controllate dal terapeuta o che possono attivare meccanismi di difesa e di rifiuto. La musica, infatti, è in grado di modificare la condizione fisica, emozionale, intellettuale e spirituale delle persone [65].

Vengono registrati e analizzati i parametri vitali, quali frequenza, pressione, saturazione (tramite scheda di memoria del monitor) e il dosaggio dei farmaci anestetici eventualmente utilizzati.

Tutti i pazienti compilano la scala di autovalutazione *State-Trait Anxiety Inventory* (S.T.A.I. forma Y) di Spielberger prima e dopo l'esame. In questo test il soggetto valuta su una scala da 1 a 4 (con 1 = per nulla e 4 = moltissimo) quanto diverse affermazioni si addicono al proprio comportamento. La STAI è

composta da un totale di 40 domande, 20 riguardano l'ansia di stato (Y1) e 20 l'ansia di tratto (Y2).

L'ansia di stato indica quanto la persona si percepisca in ansia “*proprio in quel momento*” ed esprime una sensazione soggettiva di tensione e preoccupazione, comportamenti relazionali di evitamento (o avvicinamento eccessivo e prematuro) e un aumento dell'attività del sistema nervoso autonomo (incremento della frequenza cardiaca, della risposta galvanica, etc.) relativa ad una situazione stimolo, quindi transitoria e di intensità variabile. L'ansia di tratto si riferisce a come il soggetto si senta abitualmente, ad una condizione più duratura e stabile della personalità che caratterizza l'individuo in modo continuativo, indipendentemente da una situazione particolare [66].

Al termine dell'esame i pazienti devono rispondere alle domande di un'intervista strutturata appositamente creata:

1 RICORDO DELL'ESAME

Domanda: Cosa ricorda dell'esame?

Risposte chiuse: Niente - Poco - Abbastanza - Tutto

2 BENESSERE DURANTE L'ESAME

Domanda: Come descriverebbe il suo stato di benessere durante l'esame?

Risposte chiuse: Molto agitato - Agitato - Tranquillo - Molto tranquillo

3 DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE

Domanda: Durante l'esame ha avuto difficoltà respiratorie?

Risposte chiuse: Per niente - Poco - Abbastanza - Molto

4 DOLORE

Domanda: Durante l'esame ha avuto dolore?

Risposte chiuse: Per niente - Poco - Abbastanza - Molto

5 FASTIDIO

Domanda: Durante l'esame ha avuto fastidio?

Risposte chiuse: Per niente - Poco - Abbastanza - Molto

6 NAUSEA

Domanda: Durante l'esame ha avuto nausea?

Risposte chiuse: Per niente - Poco - Abbastanza - Molto

7 CONATI

Domanda: Durante l'esame ha avuto conati?

Risposte chiuse: Per niente - Poco - Abbastanza - Molto

8a ALTRI SINTOMI

Domanda: Durante l'esame ha avuto altri sintomi diversi da quelli elencati prima?

Risposta chiusa: Sì - No

8b ALTRI SINTOMI

Domanda: Se sì quali?

Risposta aperta

9 BENESSERE DOPO L'ESAME

Domanda: Come descriverebbe il suo stato di benessere dopo l'esame?

Risposte chiuse: Molto agitato - Agitato - Tranquillo - Molto tranquillo

Infatti, non essendo presente in letteratura un questionario o una scala di sintomi adatta alle esigenze dello studio per valutare il vissuto del paziente ed il suo ricordo dell'ETE (uno degli obiettivi della ricerca infatti è di dimostrare che il vissuto ed il ricordo dell'esame sono qualitativamente migliori nei pazienti sottoposti ad ETE in Ipnosi) abbiamo creato un'intervista strutturata (quindi stesse domande poste nella stessa sequenza per tutti i pazienti) con 9 domande chiuse (la domanda 8 in base alla risposta prevede una sotto domanda con risposta aperta).

Nella tabella seguente sono riassunti i parametri registrati e analizzati:

PRE-ESAME	ANSIA DI STATO
	ANSIA DI TRATTO
	FREQUENZA CARDIACA BASALE
	SATURAZIONE (VALORI < 96)
	PRESSIONE ARTERIOSA BASALE
DURANTE ETE	FREQUENZA CARDIACA
	SATURAZIONE (VALORI < 96)
	PRESSIONE ARTERIOSA
	SEDAZIONE (SI/NO)
	DOSAGGIO FARMACO ANALGESICO/SEDATIVO
	ASPIRAZIONE DI SECREZIONI (SI/NO)
POST-ESAME	ANSIA DI STATO
	RISPOSTE ALL'INTERVISTA STRUTTURATA

ANALISI STATISTICA E NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE

L'obiettivo dello studio è di trattare almeno 30 pazienti (10 per ogni sottogruppo). Il numero ridotto è dovuto al numero di pazienti di età superiore a 14 anni da sottoporre a ETE in un centro di cardiologia pediatrica con il bacino di

utenza della Sardegna. Una volta raggiunto il numero prefissato sarà inoltrata richiesta al comitato etico per effettuare uno studio retrospettivo dei dati registrati.

Per l'analisi statistica viene utilizzato il software statistico Spss.

STRUMENTAZIONE

La strumentazione (ecografo, monitor, etc.) utilizzata è quella a disposizione del reparto di Cardiologia Pediatrica dell'ospedale "San Michele" dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu". L'uso delle apparecchiature, legato alla ricerca, non comporta alcun costo aggiuntivo per l'Azienda.

CONSENSO INFORMATO

Il modulo del consenso informato comprende, oltre alla descrizione della procedura diagnostica e della stessa in ipnosi, anche l'autorizzazione alla raccolta dei dati relativi ai parametri vitali, alle risposte al test STAI e all'intervista strutturata a scopo unicamente scientifico. Viene precisato che tale raccolta avviene in maniera strettamente confidenziale e anonima, senza alcuna possibilità di identificazione del paziente da parte di terze persone se non dal personale preposto all'analisi.

ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa è la stessa che i pazienti hanno per l'esecuzione delle altre procedure in ospedale, ed è quindi gestita dall'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu".

RISERVATEZZA DEI DATI

In ottemperanza alle disposizioni legislative vigenti relative alla tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali (art 13 del DL 196/2003 e Delibera Garante del 24 luglio 2008) i risultati relativi allo studio saranno oggetto di pubblicazione scientifica fermo restando l'anonimato dei soggetti partecipanti. I dati raccolti sono di proprietà degli sperimentatori e saranno trattati in maniera anonima.

3.2.1 Risultati preliminari

I risultati ottenuti finora sono provvisori in quanto non è stato ancora raggiunto il numero di pazienti prefissato. In particolare, il numero esiguo di pazienti del gruppo A non consente di valutare adeguatamente l'influenza del fattore "sedute di preparazione di ipnosi preliminari". Il nostro reparto infatti è il centro di riferimento regionale per le cardiopatie congenite, per cui i pazienti provengono da tutte le parti dell'isola, ma purtroppo non sempre le distanze e le caratteristiche della viabilità consentono un facile raggiungimento dello stesso.

In tutti i casi l'andamento di questi primi risultati appare di per sé già interessante e meritevole di riflessioni positive sull'utilizzo dell'ipnosi in questo campo.

CAMPIONE

I pazienti arruolati finora sono **18**: **12** maschi, **6** femmine, range di età **22-75** (età media **42** anni). Il diploma di scuola media superiore o la laurea sono i titoli di studio posseduti da tutto il campione.

Nel gruppo ipnosi A sono stati arruolati **3** pazienti: **2** maschi, **1** femmina. Range di età **22-68** (età media **39** anni).

Nel gruppo ipnosi B sono stati arruolati **7** pazienti: **2** maschi, **5** femmine. Range di età **25-59** (età media **38** anni).

Nel gruppo di controllo sono stati arruolati **8** pazienti maschi. Range di età **22-75** (età media **48** anni).

Per tutti i pazienti l'eco transesofageo era necessario per completare il quadro diagnostico cardiologico e/o per definire il conseguente follow up.

Su **10** pazienti assegnati al gruppo ipnosi solo **3** hanno rifiutato, ma in realtà hanno rifiutato anche l'esecuzione del transesofageo. Un paziente era un ragazzo di **27** anni che ha continuato il follow up con normali controlli cardiologici. Le altre due erano pazienti di sesso femminile (età **51** e **49** anni) che avevano effettuato in precedenza sedute di ipnosi presso altri centri e non erano soddisfatte dei risultati. Una delle pazienti era affetta da forte sintomatologia ansiosa ed è stata sottoposta direttamente alla chiusura percutanea del difetto cardiaco in anestesia generale, l'altra ha mostrato sintomi di paranoia e idee di

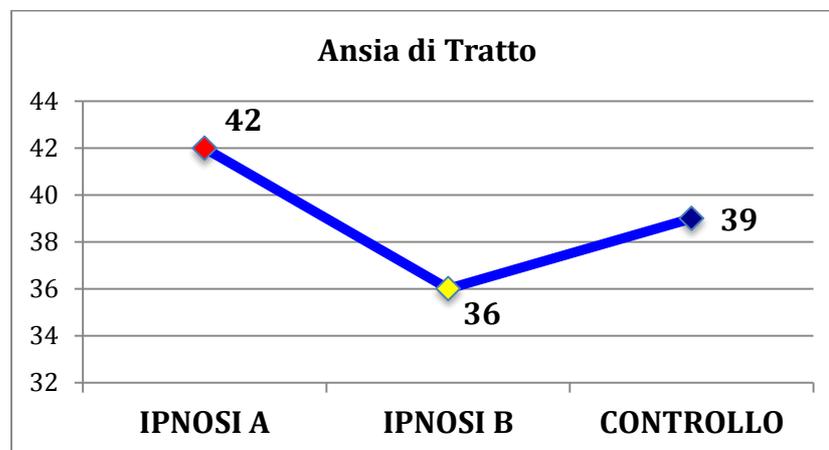
riferimento e ha rifiutato anche la procedura di chiusura percutanea perché convinta da uno specialista di poter risolvere il suo problema con gli ultrasuoni.

RISULTATI

1. Per quanto concerne lo stato d'**ansia** dei pazienti (valutato attraverso lo STAI-Y):

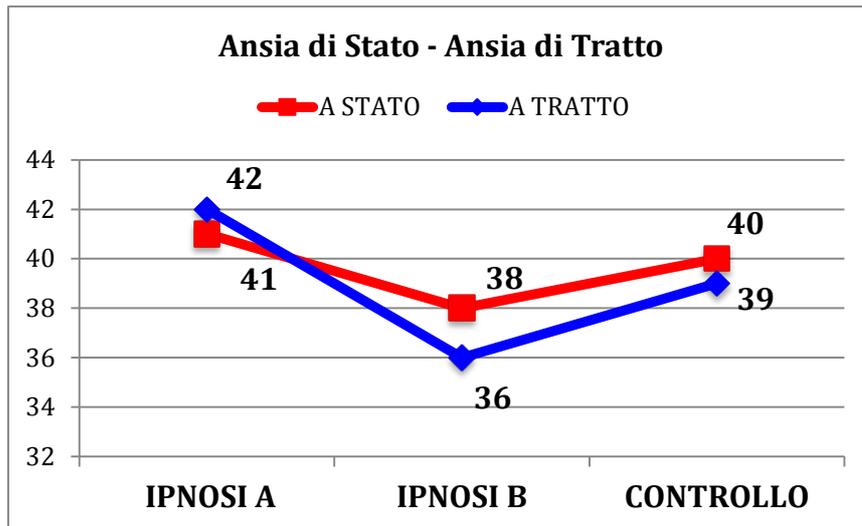
ANSIA DI TRATTO

L'analisi dell'ansia di tratto (i livelli d'ansia nella vita quotidiana) mostra che tra i tre gruppi non ci sono differenze significative. I tre gruppi sono dunque omogenei e quindi confrontabili su questo aspetto.



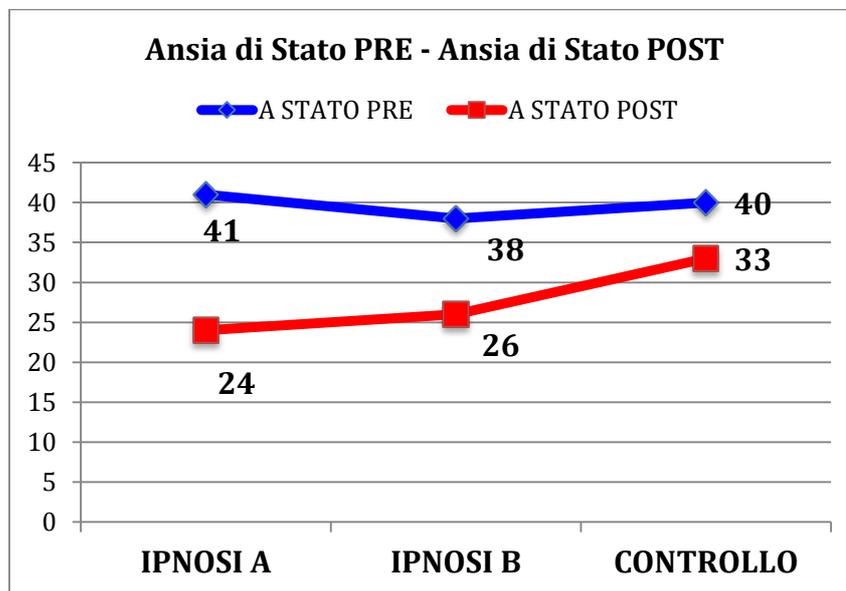
ANSIA DI STATO PRE ESAME - ANSIA DI TRATTO

Il confronto tra l'ansia di stato (prima dell'esame) e di tratto all'interno dei singoli gruppi e dell'ansia di stato (prima dell'esame) tra i tre gruppi mostra che tra i tre gruppi non ci sono differenze significative. Pertanto, pur tenendo presente l'esiguità numerica dei pazienti nel gruppo A, sembrerebbe che le sedute di ipnosi di preparazione, non determinino una riduzione significativa dell'ansia prima dell'eco transesofageo.



ANSIA DI STATO PRE E POST ESAME

Il confronto tra l'ansia di stato prima e dopo l'esame all'interno dei singoli gruppi e dell'ansia di stato dopo l'esame tra i tre gruppi mette in evidenza che dopo l'esame tutti i pazienti sono meno in ansia rispetto all'inizio ($p < .05$), ma i pazienti dei gruppi A e B sono molto più tranquilli rispetto al gruppo di controllo ($p < .05$).

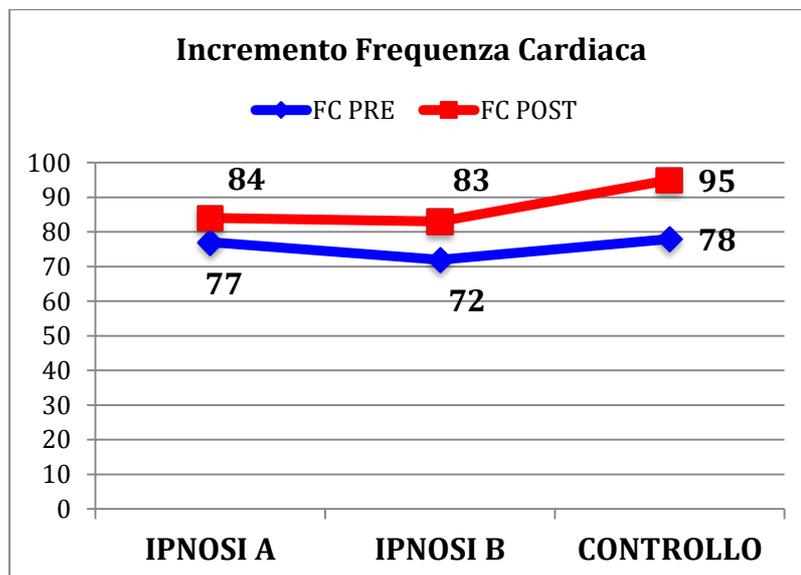


2. Per quanto concerne l'analisi dei **parametri vitali** dei pazienti:

FREQUENZA CARDIACA

Il confronto della frequenza cardiaca tra i tre gruppi prima dell'esame non mostra differenze significative. I tre gruppi sono dunque omogenei e quindi confrontabili su questo aspetto.

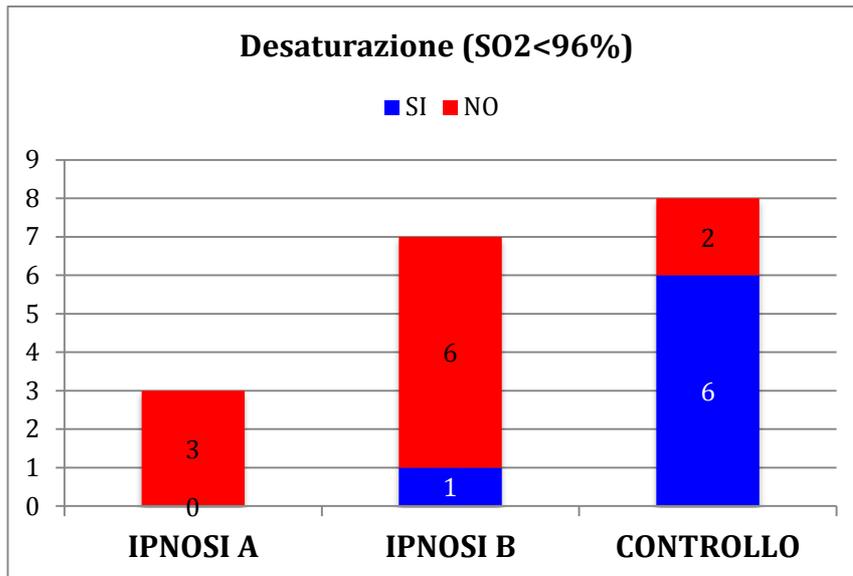
Durante l'esame in tutti e tre i gruppi c'è un incremento della frequenza cardiaca, ma questo è decisamente inferiore nei pazienti del gruppo ipnosi (+12%) rispetto al gruppo di controllo (+22%) ($p<.05$).



SATURAZIONE

Prima dell'esame nei pazienti di tutti e tre i gruppi non ci sono significativi episodi di desaturazione ($SO_2<96\%$): 1 episodio nel gruppo ipnosi B e 2 nel gruppo di controllo. I tre gruppi sono dunque omogenei e quindi confrontabili su questo aspetto.

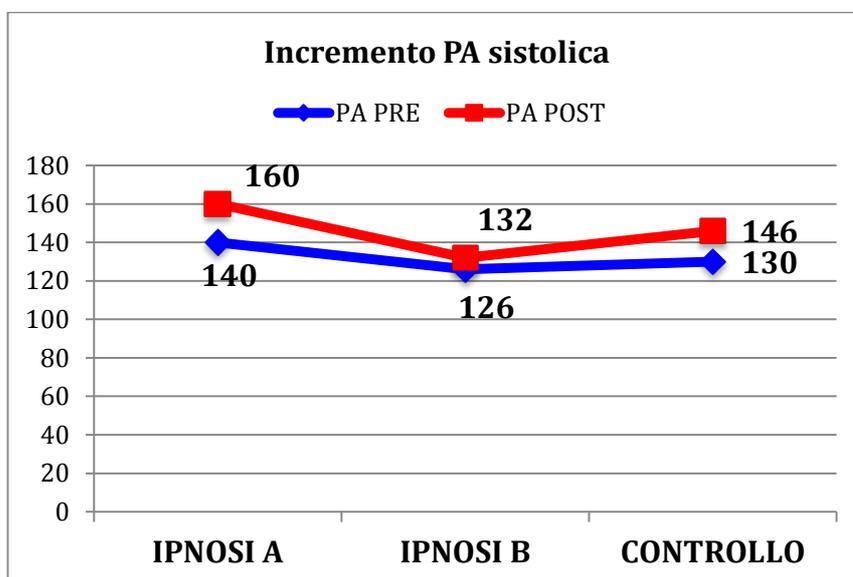
Durante l'esame nel gruppo A e B gli episodi di desaturazione sono praticamente assenti al contrario del gruppo di controllo dove ne risultano diversi in quasi tutti i pazienti ($p<.01$).

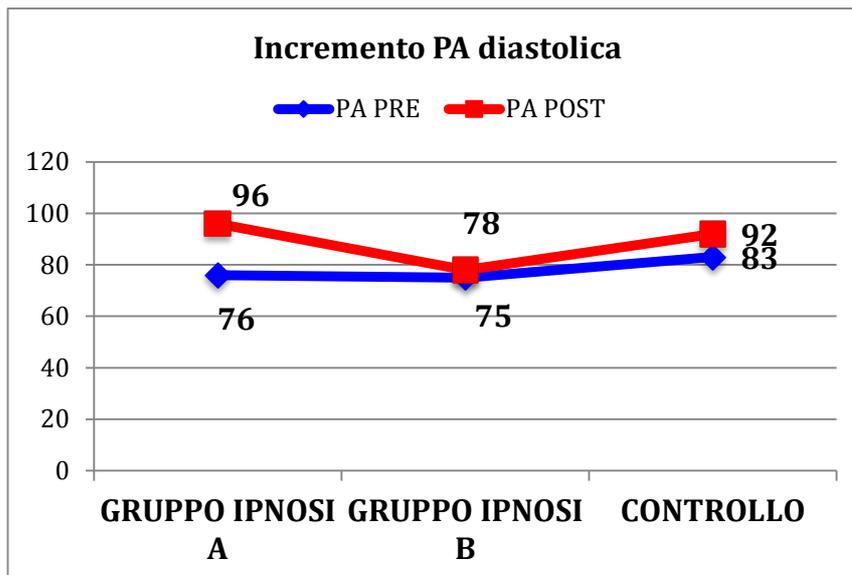


PRESSIONE ARTERIOSA

Il confronto della pressione arteriosa tra i tre gruppi prima dell'esame non mette in evidenza differenze significative. I tre gruppi sono dunque omogenei e quindi confrontabili su questo aspetto.

Durante l'esame in tutti e tre i gruppi c'è un incremento della pressione arteriosa, ma non in maniera statisticamente significativa.





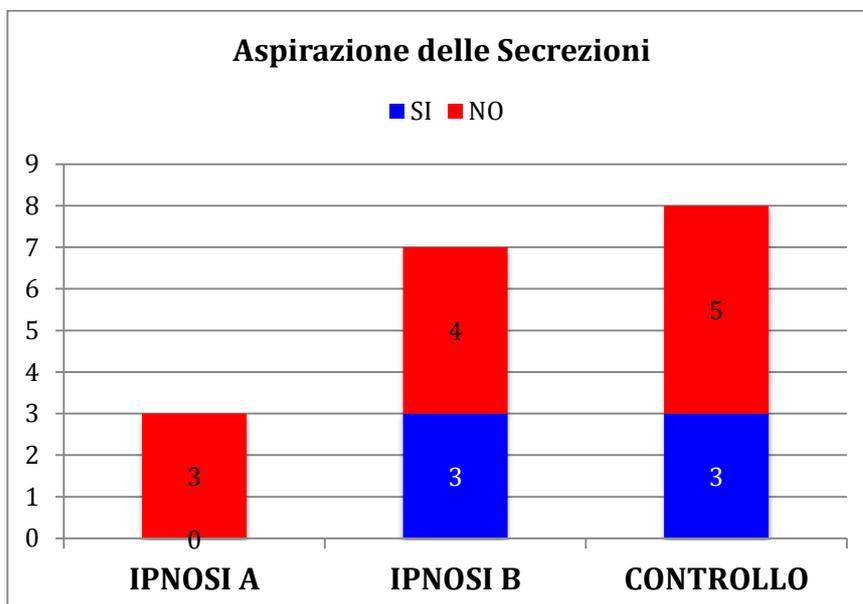
SEDAZIONE

Quasi tutti i pazienti del gruppo A e B hanno effettuato l'ETE senza ricorrere a **farmaci sedativi**. Solo 1 paziente del gruppo B ha avuto bisogno di un dosaggio minimo (2 mg), tale somministrazione è stata necessaria prima dell'inizio dell'esame a causa di un attacco di panico provocato dalla sensazione di apnea dovuta all'effetto della Lidocaina spray. Come già sottolineato, dopo questo episodio abbiamo deciso di non ricorrere più al suo utilizzo se non nella metodica usuale (Lidocaina spray + sedazione endovenosa) del gruppo di controllo.

Il dosaggio medio di farmaci sedativo/analgesici utilizzato nel gruppo di controllo è stato di 4 mg.

ASPIRAZIONE SECREZIONI

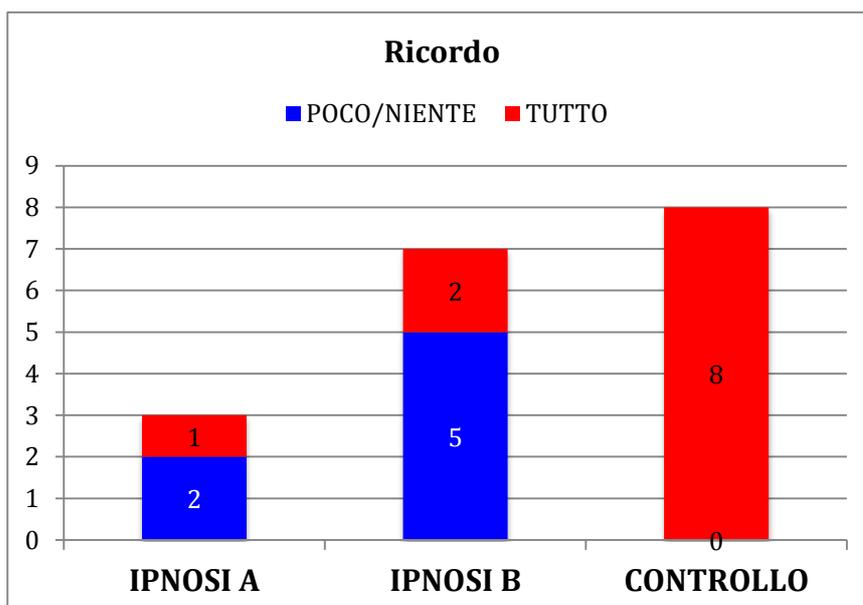
Non emerge alcuna differenza statisticamente significativa tra i tre gruppi relativamente alla necessità di ricorrere all'aspirazione delle secrezioni.



3. Per quanto concerne l'analisi delle risposte all'intervista strutturata:

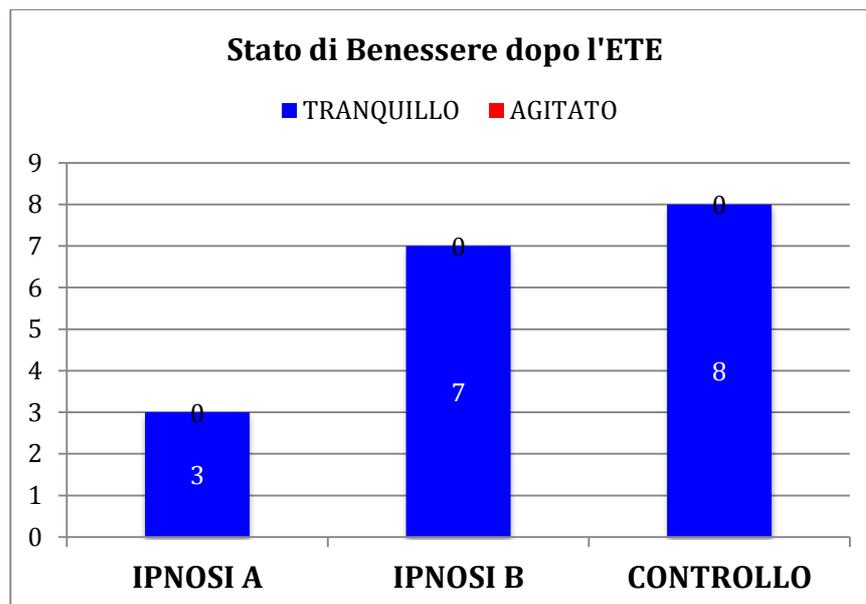
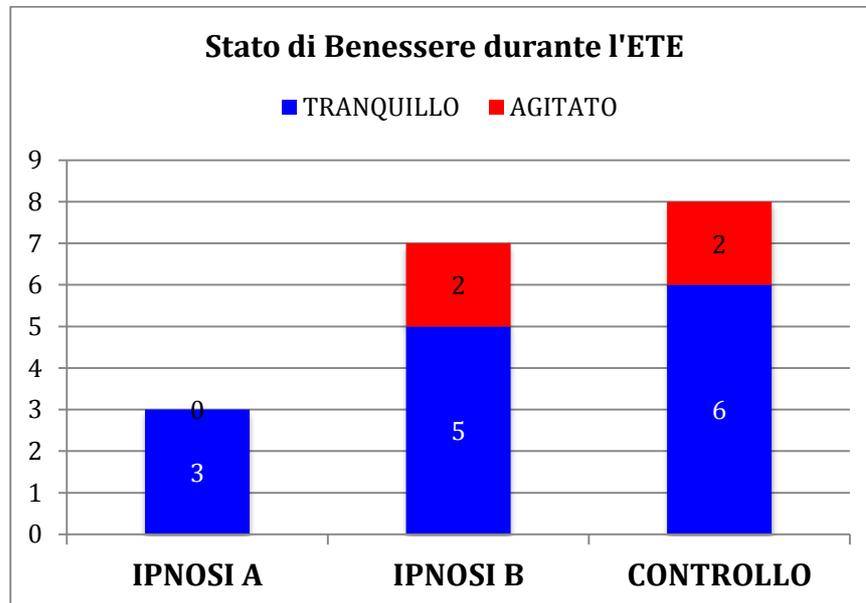
RICORDO

I pazienti del gruppo A e B ricordano poco o niente dell'ETE, mentre quelli del gruppo di controllo ricordano tutto ($p < .05$).



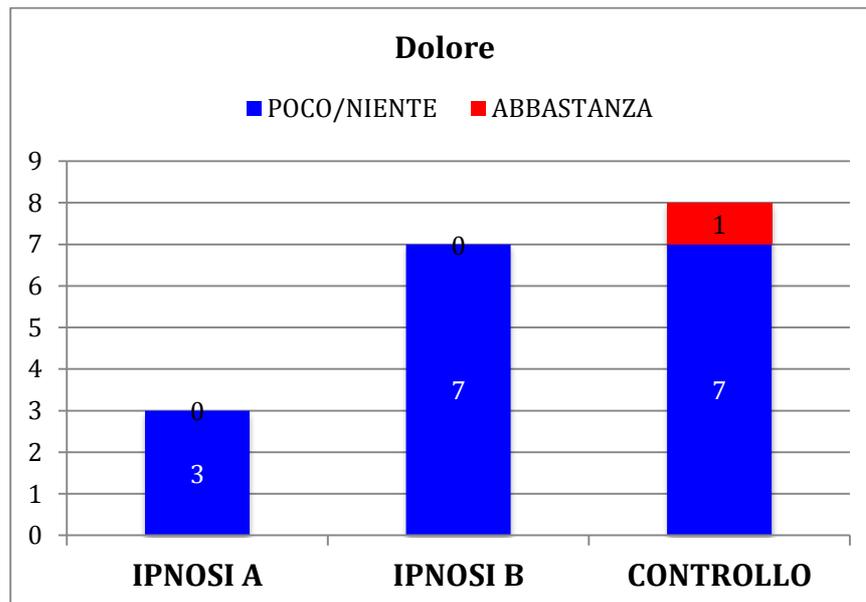
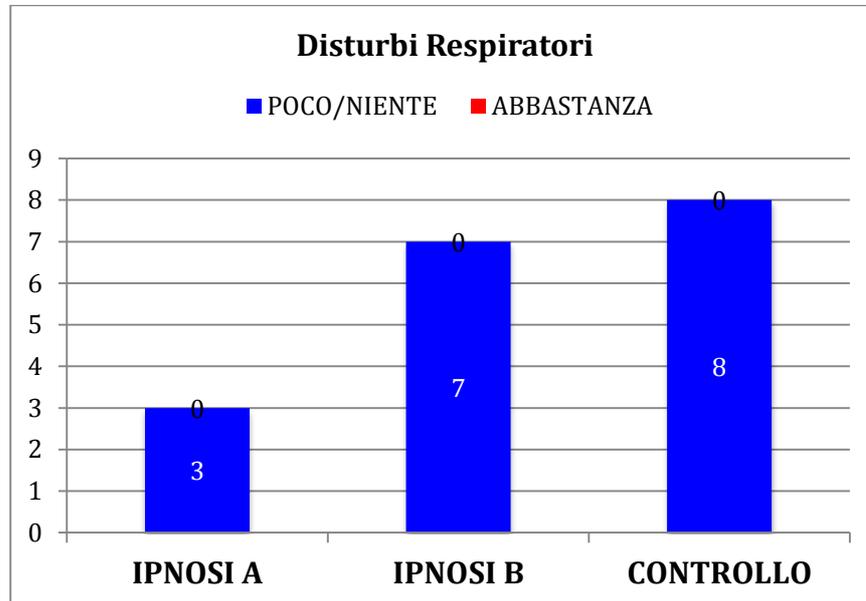
STATO DI BENESSERE

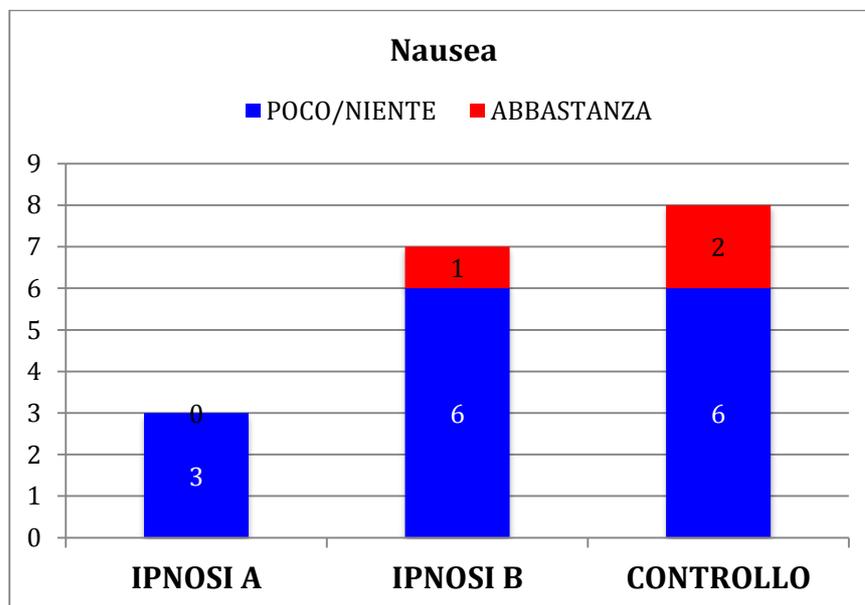
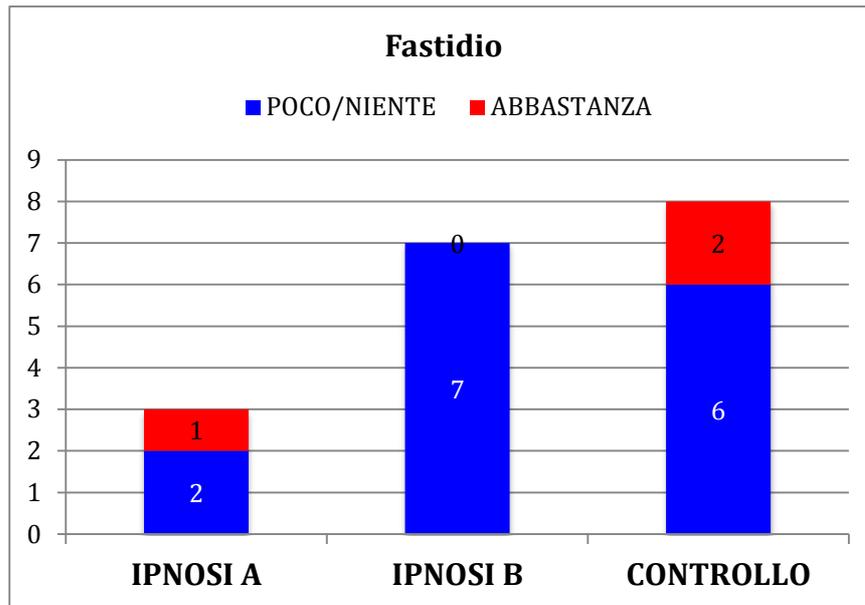
I tre gruppi non differiscono tra loro nel descrivere il loro stato di benessere durante e dopo l'ETE, definito nella maggior parte dei casi come "tranquillo".

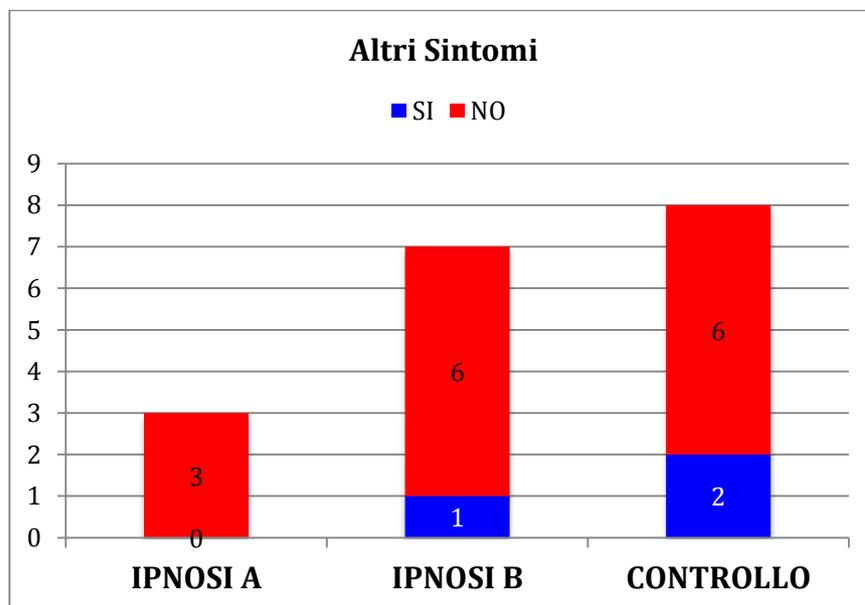
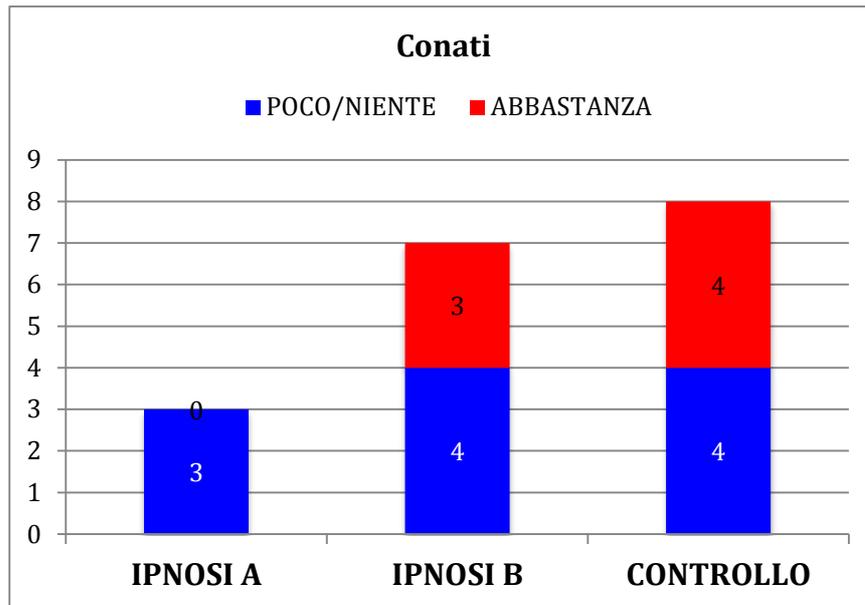


SINTOMI

I pazienti dei tre gruppi non riferiscono difficoltà respiratorie, dolore o fastidio, nausea, conati o altri sintomi durante l'ETE.







CONCLUSIONI

I risultati preliminari ottenuti nel nostro lavoro, per quanto riferiti ad un campione ancora non completo da un punto di vista numerico, ci danno comunque la possibilità di fare diverse riflessioni positive sull'utilizzo dell'ipnosi nell'esecuzione di un eco transesofageo.

Innanzitutto l'ipnosi ha permesso di evitare completamente il ricorso ai farmaci sedativo/analgesici e questo già di per sé è un risultato importantissimo che comporta numerosi vantaggi sia per il paziente, sia per l'equipe sanitaria. Il paziente infatti non corre nessuno dei rischi associati a tali farmaci e una volta terminato l'esame può lasciare immediatamente l'ospedale senza alcun problema

e senza alcuna limitazione (dopo la normale sedazione il paziente rimane almeno due ore sotto osservazione, non può bere e mangiare, non può muoversi autonomamente e tantomeno eseguire compiti che richiedano una certa concentrazione e attenzione, come ad esempio guidare, per almeno 5/6 ore).

Non solo, per quanto sembrerebbe che le sedute di preparazione preliminari di ipnosi non consentano una riduzione dell'ansia pre esame, possiamo affermare che l'ipnosi di per sé migliora notevolmente lo stato d'ansia dei pazienti nel post esame. Se infatti tutti i pazienti, come è logico aspettarsi, per quanto riguarda la componente ansiosa, stanno meglio dopo l'esame rispetto al suo inizio, questo è vero soprattutto per i pazienti che hanno effettuato l'esame sotto ipnosi.

Questo aspetto è confermato dal fatto che l'ipnosi ha un effetto positivo, sovrapponibile ai farmaci sedativo/analgesici, sia nel ridurre le sensazioni fastidiose (difficoltà respiratorie, dolore, fastidio, nausea, conati), sia nel creare uno stato di benessere e tranquillità durante e dopo l'esame. Ma mentre i pazienti del gruppo di controllo, nonostante i farmaci, ricordano comunque tutto ciò che è accaduto durante l'eco transesofageo, i pazienti del gruppo ipnosi ricordano poco o niente e questa influenza positiva sulla traccia mnemonica è sicuramente determinante nel far sì che nel post esame stiano decisamente meglio dal punto di vista ansiogeno.

Inoltre l'effetto dell'ipnosi durante l'ETE si sovrappone all'effetto dei farmaci sedativo/analgesici anche nel controllare l'incremento della pressione arteriosa e ottiene addirittura un controllo maggiore rispetto a questi sull'incremento della frequenza cardiaca e sulla comparsa di episodi di desaturazione e quindi di difficoltà respiratorie. Questi effetti chiariscono ancora meglio il migliore stato di benessere del paziente rispetto al gruppo di controllo.

In definitiva, seppur nei limiti dovuti al ristretto numero di pazienti del nostro campione, possiamo affermare che nella nostra esperienza l'esecuzione di un eco transesofageo sotto ipnosi migliora la compliance ed il vissuto emotivo del paziente, anche in termini di "ricordo" dell'esperienza vissuta, rendendo più sicura e tranquilla l'esecuzione dell'esame e le fasi successive allo stesso.

Bibliografia

1. Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2002.
2. Kanisza S, Dosso B. *La paura del lupo cattivo*. Roma: Meltemi; 1998.
3. Sourkes BM. *Il tempo tra le braccia*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1999.
4. Atzei A, Montis S, Neroni P, Palmas MA, Antonelli A, Tumbarello R. Epidemiologia delle cardiopatie congenite: la realtà di un'isola. *G Ital Cardiol* 2013; 14 (suppl. 1 al n. 5): e174.
5. Bassareo PP, Antonelli A, Neroni P, Urru M, Pisano MR, Montis S, Mercurio G, Tumbarello R. Incidenza delle cardiopatie congenite in Sardegna. *G Ital Cardiol* 2009; 6 (suppl 2): s24-25.
6. Alderson P. Social aspects of congenital heart disease. In: Anderson RH, Baker EJ, Macartney FJ, Rigby ML, Shinebourne E, Tynan M. *Paediatric cardiology*, 2th ed. Toronto: Churchill Livingstone; 2002, pp. 1947-1949.
7. Garson SL. Psychological aspect of heart disease in childhood. In: Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR. *The science and practice of pediatric cardiology*. Philadelphia: Lea e Febiger; 1990, pp. 2929-2937.
8. Glaser D. Psychological aspect of congenital heart disease. In: Anderson RH, Baker EJ, Macartney FJ, Rigby ML, Shinebourne E, Tynan M. *Paediatric cardiology*, 2th ed. Toronto: Churchill Livingstone; 2002, pp. 1933-1946.
9. Creagan ET. How to break bad news and not devastate the patient. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 1015-1017.
10. Kessler S. Psychological aspects of genetic counseling: analysis of a transcript. *American Journal of Medical Genetics* 1981; 8: 137-153.
11. Lindsey DA, Huggon IC. Counseling following a diagnosis of congenital heart disease. *Prenat Diagn* 2004; 24: 1136-1142.
12. Baldini L. *Psicologia Pediatrica*. Padova: Piccin; 2009.
13. Filippazzi G. *Un ospedale a misura di bambino*. Milano: Franco Angeli; 1997.
14. Martinez J. *Il bambino cardiopatico*. Roma: Borla; 1984.

15. Brazell NE. The significance and application of informed consent. *Aorn J* 1997; 65: 377-386.
16. Katz J. Reflections on informed consent: 40 years after its birth. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 466-474.
17. Kent J. Shared understandings for informed consent: the relevance of psychological research on the provision of information. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1517-1523.
18. Vohra HA, Ledsham J, Vohra H, Patel RL. Issues concerning consent in patients undergoing cardiac surgery - the need for patient-directed improvements: a UK perspective. *Cardiovascular Surgery* 2003; 11: 64-69.
19. Zuppiroli A, Bobbio M, Geraci E, Cartelloni M, Spinanti S, Vergassola R, Violini R. Modalità di informazione ed acquisizione del consenso informato. Indagine della commissione etica dell'ANMCO. *Ital heart J* 2002; suppl vol 3: 45-57.
20. Montis S, Secchi G, Mura S, Atzeni C, Portas E, Congiu M, Pisanu S, Tumbarello R. Psychological issues in the diagnosis of fetal cardiac disease. *Minerva Psichiatrica* 2007; 48 (4): 373-378.
21. Montis S, Atzeni C, Portas E, Congiu M, Pisanu S, Tumbarello R. The usefulness of holding in the management of congenital heart disease. *Pediatr Med Chir* 2008; 30 (5): 244-248.
22. Montis S, Bassareo PP, Follese C, Neroni P, Tavera MC, Tumbarello R. Counseling and informed consent: the experience in a pediatric cardiology unit. *Pediatr Med Chir* 2010; 32 (5): 206-210.
23. Montis S, Tumbarello R. Parental stress in congenital heart disease. *Minerva Psichiatrica* 2011; 52 (2): 81-87.
24. Montis S, Tumbarello R. *I colori del cuore. Storie d'amore per la vita*. Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale; 2012. (ristampa) Cagliari: Aipsa Edizioni; 2013.
25. Bandler R, Grinder J. *Ipnosi e trasformazione*. Roma: Astrolabio; 1983.
26. Bandler R, Grinder J. *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*. Roma: Astrolabio; 1984.

27. Casiglia E. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. Padova: Cleup; 2015.
28. Del Castello E, Casilli C. *L'induzione ipnotica*. Milano: Franco Angeli; 2007.
29. Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI. *Tecniche di suggestione ipnotica*. Roma: Astrolabio; 1979.
30. Erickson MH, Rossi EL. *Ipnoterapia*. Roma: Astrolabio; 1982.
31. Erickson MH. *La mia voce ti accompagnerà*. Roma: Astrolabio; 1983.
32. Gordon D. *Metafore terapeutiche*. Roma: Astrolabio; 1992.
33. Granone F. *Trattato di Ipnosi*. Torino: Utet; 1989.
34. Loriedo C, Del Castello E, *Tecniche dirette e indirette in ipnosi e psicoterapia*, Milano: Franco Angeli; 1995.
35. Merati L, Ercolani R. *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*. Milano: Edra; 2015.
36. Regaldo G. *Manuale di ipnosi medica rapida*. Giuseppe Regaldo Editore, E-Book; 2014.
37. Scilanga CN. *L'ipnosi in medicina e psicoterapia*. Padova: Piccin, 2010.
38. Yapko M. *Lavorare con l'ipnosi*. Milano: Franco Angeli; 2011.
39. Montis S, Secchi G, Mura S, Atzeni C, Portas E, Congiu M, Pisanu S, Tumbarello R. Psychological issues in the diagnosis of fetal cardiac disease. *Minerva Psichiatrica* 2007; 48 (4): 373-378.
40. Montis S, Atzeni C, Portas E, Congiu M, Pisanu S, Tumbarello R. The usefulness of holding in the management of congenital heart disease. *Pediatr Med Chir* 2008; 30 (5): 244-248.
41. Montis S, Bassareo PP, Follese C, Neroni P, Tavera MC, Tumbarello R. Counseling and informed consent: the experience in a pediatric cardiology unit. *Pediatr Med Chir* 2010; 32 (5): 206-210.
42. Montis S, Tumbarello R. Parental stress in congenital heart disease. *Minerva Psichiatrica* 2011; 52 (2): 81-87.
43. Montis S, Tumbarello R. *I colori del cuore. Storie d'amore per la vita*. Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale; 2012. (ristampa) Cagliari: Aipsa Edizioni; 2013.

44. Accardi MC, Milling LS. The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *J Behav Med* 2009; 32: 328–339.
45. Adinolfi B, Gava N. Controlled outcome studies of child clinical hypnosis. *Acta Biomed* 2013; 84: 94-97.
46. Bagline R, Sesana M, Capuano C, Gneccchi-Ruscione T, Ugo L, Danzi G. Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *Am J Cardiol* 2004; 93: 1035-1038.
47. Butler LD et al. Hypnosis Reduces Distress and Duration of an Invasive Medical Procedure for Children. *Pediatrics* 2005; 115: e77- e85.
48. Calipel SV, Md, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Pediatric Anesthesia* 2005; 15: 275–281.
49. Conlong P, Rees W. The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation. *Postgrad Med J* 1999; 75: 223–236.
50. Corman I (et al). Hypnosis to facilitate trans-esophageal echocardiography tolerance: the I-SLEPT study. *Arch Cardiovasc Dis* 2016; 109 (3) :171-7.
51. De Benedittis G, Cigada M, Bianchi A. Autonomic changes during hypnosis: A heart rate variability power spectrum analysis as a marker of sympathico-vagal balance. *Int J Clin Exp Hyp* 1994; 42: 140–152.
52. Dogan Y (et al). The effect of sedation during transoesophageal echocardiography on heart rate variability: a comparison of hypnotic sedation with medical sedation. *Kardiol Pol* 2016; 74 (6): 591-597.
53. Eren G (et al). Hypnosis for sedation in transesophageal echocardiography: a comparison with midazolam. *Ann Saudi Med* 2015; January-February: 58-63.
54. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997; 73: 361–367.

55. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacologic analgesia for invasive medical procedures: a randomized trial. *Lancet* 2000; 355: 1486–1490.
56. Lang EV, Berbaum K, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 2006; 126: 155–164.
57. Lima AS et al. Applicability of Hypnosis in Transesophageal Echocardiography. *Rev bras ecocardiogr imagem cardiovasc* 2011; 24(3): 25-30.
58. Lioffi C, White P, Hatira P. Randomized Clinical Trial of Local Anesthetic Versus a Combination of Local Anesthetic With Self-Hypnosis in the Management of Pediatric Procedure-Related Pain. *Health Psychology* 2006; 25(3): 307–315.
59. Lucas-Polomeni MM. Hypnosis: a new anesthetic technique! *Pediatric Anesthesia* 2004; 14: 975–976.
60. Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovberg DH. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesth Analg* 2002; 94: 1639–1645.
61. Rogovik AL, Goldman RD. Hypnosis for treatment of pain in children. *Canadian Family Physician* 2007; 53: 823-825.
62. Schnur JB, Kafer I, Marcus C, Montgomery GH. Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemp Hypn* 2008; 25 (3-4): 114–128.
63. Stein P, Domitrovich PP, Hui N, Rautaharju P, Gottdiener J. Sometimes higher heart rate variability is not better heart rate variability: Results of graphical and nonlinear analyses. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2005; 16: 1–6.
64. Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV. Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children (Review). *Evid-Based Child Health* 2011; 6: 71–134.
65. Sacks O. *Musicofilia*. Milano: Adelphi; 2010.

66. Spielberg CD. S.T.A.I. *Inventario per l'Ansia di Stato e di Tratto*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1989.