



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2021

**La Comunicazione ipnotica nella gestione di
ansia, dolore e stress in terapia intensiva**

Candidato

Dott.ssa Ludovica Nocilli

Relatore

Dott. Rocco Iannini

Correlatore

Dott.ssa Cristina Modesti

INDICE

Capitolo 1. Introduzione.....	pag 2
1.1 Analgo-sedazione e gestione del delirium.....	pag 2
1.2 Umanizzazione delle cure in terapia intensiva.....	pag 9
Capitolo 2. Ipnosi e monoideismo plastico.....	pag 12
Capitolo 3. Implicazioni pratiche	
3.1 Obiettivo.....	pag 19
3.2 Materiali e metodi.....	pag 20
3.3 Dati raccolti.....	pag 20
3.4 Casi clinici.....	pag 22
3.5 Conclusioni.....	pag 30
 BIBLIOGRAFIA.....	 pag 32

INTRODUZIONE

1.1 Analgesedazione e prevenzione del delirium.

Dolore ansia ed agitazione sono frequenti nel paziente critico, spesso scatenate da cause multifattoriali: ipossiemia, ipoglicemia, astinenza da farmaci o alcool, frequenti ed improvvise stimolazioni, procedure invasive, deprivazione del sonno, posizione supina obbligata, continua presenza di rumori e di luce ambientale e soprattutto l'impossibilità di comunicare con il personale e i familiari. (1)

La sedazione e l'analgesia giocano un importante ruolo nella gestione del malato critico nell'ottica del raggiungimento del massimo comfort per il paziente.

Un ottimale analgesedazione permette sia la riduzione dell'ansia e sia dell'agitazione che dell'incidenza di complicanze quali il delirium permettendo un rapido svezzamento dalla ventilazione meccanica e una pronta dimissione da ICU e dall'ospedale.

Ciò permette di limitare le complicanze psicoaffettive e cognitive alla dimissione che a distanza di anni.

Nelle Unità di terapia Intensiva ad ogni turno medico ed infermieristico viene controllato il livello di sedazione opportuno e compatibile con le cure necessarie, l'invasività della procedura attraverso l'uso di scale validate:

- Scala ICDSC
- Scala RASS
- Scale NRS/BPS per dolore
- Stima delle ore di sonno e ore di agitazione
- Utilizzo di mezzi di contenzione
- Registrazione degli eventi avversi legati alla terapia sedativa.

Un' adeguata gestione del dolore e della sedazione, avviene personalizzandone il livello desiderato e monitorizzandone l'efficacia con lo scopo di ottenere:

- Ansiolisi
- Riduzione dello stress
- Facilitazione nell'effettuazione di procedure/manovre
- Riduzione del consumo di ossigeno
- Sincronia con il ventilatore e weaning precoce
- Stabilità emodinamica
- Comfort del paziente

- Sonno naturale.

Per trattare il dolore i farmaci di scelta sono gli oppioidi (fentanil, morfina, remifentanil, sufentanil) per via endovenosa mentre gli analgesici non oppioidi possono essere utilizzati in associazione allo scopo di diminuirne il dosaggio e gli effetti collaterali a questi.

I farmaci utilizzati per la sedazione sono il propofol, la dexmedetomidina in infusione continua, la ketamina, la clonidina ovviamente evitando l'uso delle benzodiazepine che sono un fattore di rischio per lo sviluppo di delirium.

Evitare l'Oversedation e Undersedation.

Il principale rischio della prima è l'insorgenza di depressione respiratoria, ipotensione arteriosa, bradicardia, PRIS (sindrome da infusione di propofol), prolungamento dei tempi di ventilazione meccanica e permanenza in ICU, aumento dei costi, difficile valutazione dei deficit del SNC, immobilità, aumentato di rischio di trombosi venosa profonda (TVP).

Invece i rischi di una sedazione inadeguata sono un'ansia incoercibile, un'interferenza negativa durante le procedure medico-infermieristiche, l'iperattività adrenergica, possibili autolesioni, estubazione accidentale. (2)

Un' analgo-sedazione non adeguata può indurre lo sviluppo di delirium, una disfunzione cerebrale acuta come il delirium caratterizzata da rapida insorgenza, fluttuazione dello stato di coscienza, alterazione del pensiero (disorientamento, pensiero incoerente, allucinazioni), condizione questa che peggiora soprattutto durante le ore notturne.

Pur avendo un'incidenza che arriva fino all'80%, il delirium può passare inosservato in più del 65% dei casi a causa della bassa incidenza del delirium cosiddetto iperattivo rispetto alle forme ipoattive o miste. (11).

Il delirio è associata al prolungamento della durata della ventilazione meccanica e della degenza con incremento del rischio di mortalità e dei costi intraospedalieri.

Questa condizione sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di decadimento cognitivo anche alla dimissione dall'ospedale e per diversi anni. (3)

La genesi è multifattoriale e riconosce cause legate al paziente, alla patologia, al contesto e al tipo di assistenza erogato.

Molte di queste cause sono modificabili e la loro rimozione può ridurre l'incidenza.

Clinicamente si distinguono 3 sottotipi di delirium:

- Iperattivo (agitazione, nervosismo, instabilità emotiva) più riconoscibile ma meno frequente: RASS +1/+4; CAM -ICU positiva
- Ipoattivo (apatia, scarso eloquio, letargia) che è la forma più comune ma meno facilmente riconoscibile con prognosi peggiore: RASS 0/-3; CAM-ICU positiva
- Misto (combinazione di delirium iperattivo e ipoattivo)

Figura cause delirium in ICU.

La diagnosi del delirio è clinica e si formula con l'utilizzo di adeguate scale di valutazione come la CAM-ICU (Confusion, Assessment Method for ICU), utile è anche il monitoraggio dello stato di analgo-sedazione almeno una volta al giorno nei casi sospetti o diagnosticati.

La prevenzione del delirium prevede il trattamento delle cause organiche e metaboliche predisponenti:

- Sepsi
- ipoperfusione cerebrale
- ipo/iperglicemia
- Febbre
- alterazioni elettrolitiche
- encefalopatia epatica
- acidosi/alcalosi
- sindrome da astinenza

Importante è anche l'approccio non farmacologico su cui noi stiamo lavorando nel nostro progetto di umanizzazione delle cure che prevede:

- sedazione leggera
- mobilitazione precoce del paziente
- svolgimento costante di attività cognitive e stimolanti per il paziente
- tempestiva rimozione dei device e delle contenzioni fisiche
- adeguata gestione del dolore e sedazione
- evitare deprivazione sensoriale (uso di occhiali da vista, apparecchi acustici, igiene delle orecchie)
- facilitazione del ciclo sonno-veglia (attenuazione delle luci, riduzione delle stimolazioni notturne, controllo del rumore)

- riorientamento spazio-temporale (presenza dei familiari, terapia occupazionale)
- ottimizzare il comfort ambientale
- evitare le benzodiazepine in infusione continua per periodi prolungati

Nel caso in cui il paziente sia agitato (RASS+2/+4) e metta a rischio la propria sicurezza e degli astanti può essere indicato passare a un trattamento farmacologico.

I farmaci indicati per il trattamento del delirium sono gli antipsicotici.

Essi agiscono sulle vie dopaminergiche (dopaminolitici), si distinguono in antipsicotici tipici (aloperidolo, promazina, clorpromazina) che sono maggiormente selettivi sui recettori D2 con maggiori effetti extrapiramidali e atipici (clotiapina, olanzapina, quietapina, risperidone) meno selettivi sui recettori D2.

In casi selezionati si utilizzano anche lorazepam (nel delirio alcolico e sindromi astinenziali da stupefacenti), alfa2 agonisti centrali come clonidina e dexmedetomidina come adiuvanti e alcover utile negli etilisti in fase astinenziale.

Gli effetti collaterali degli antipsicotici sono la sindrome neurolettica maligna, la sindrome del QT lungo e disturbi extrapiramidali.

Negli ultimi anni l'indirizzo prevalente che sta emergendo dalla letteratura internazionale indica l'opportunità di identificare come obiettivo una sedazione molto più superficiale rispetto al passato, in quanto la terapia sedativa ha numerosi potenziali effetti negativi sull'emodinamica, sul processo di svezzamento respiratorio e sulla durata della degenza in terapia intensiva. (9,10).

C'è anche da considerare un problema di ordine economico, determinato dall'alto costo dei farmaci comunemente usati nella sedazione di questi pazienti.

Diversi studi hanno dimostrato che l'utilizzo di un protocollo di sedazione all'interno della terapia intensiva riduce i giorni di ventilazione meccanica, la durata della degenza e i costi. (9,10).

I protocolli prevedono l'utilizzo di scale validate per la valutazione da parte del personale medico/infermieristico, della presenza del dolore, del livello di sedazione e del delirium.

L'alleggerimento del piano sedativo si associa ad una migliore efficacia terapeutica: la sospensione giornaliera della somministrazione di sedativi riduce la durata della ventilazione meccanica e le complicanze in terapia intensiva ma espone all'aumento del rischio di rimozione dei presidi invasivi e la preoccupazione per il possibile aumento dello stress e del disagio per il paziente.

Il mantenimento di un adeguato livello di analgo-sedazione è subordinato ad un'attenta valutazione medico-infermieristica, all'impiego di adeguate scale di valutazione e al rilievo routinario di numerosi parametri clinici.

Durante la pratica clinica va valutato il livello di sedo-analgesia raggiunto tramite SCALE Validate. (2,3)

1. Scala ICDS per delirium
2. Scala RASS per sedazione
3. Scala NRS/PBS per dolore
4. Stima delle ore di sonno e ore di agitazione
5. Utilizzo dei mezzi di contenzione
6. Registrazione degli eventi avversi legati alla terapia sedativa.

Punteggio	Definizione	Descrizione	
+ 4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per se stesso o per lo staff	
+ 3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi	
+ 2	Agitato	Frequenti movimenti afinalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica	
+ 1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi	
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico	
- 1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi	} Stimolo verbale
- 2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi	
- 3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)	
- 4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica	} Stimolo tattile-dolorifico
- 5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa	

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)



Misura comportamentale del dolore nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

BPS per pazienti intubati

1	2	3	4
Espressione facciale			
			
rilassato	fronte aggrottata	occhi chiusi	digrignante
Movimenti degli arti superiori			
			
immobili	piegati	contratti	retratti
Se indeciso: controlla il tono muscolare mobilizzando passivamente l'arto superiore			
Adattamento alla ventilazione meccanica			
			
adattato	tossisce	asincrono	non ventilabile

BPS-NI per pazienti non intubati

1	2	3	4
Espressione facciale			
			
rilassato	fronte aggrottata	occhi chiusi	digrignante
Movimenti degli arti superiori			
			
immobili	piegati	contratti	retratti
Se indeciso: controlla il tono muscolare mobilizzando passivamente l'arto superiore			
Vocalizzazione			
			

A + **B** + **C** = VALORE TOTALE BPS o BPS-NI da 3 (assente) a 12 (massima), misura le manifestazioni comportamentali del dolore.

1.2 Umanizzazione delle cure in terapia intensiva

L'esperienza del ricovero in Ospedale viene descritta come un evento psicologicamente traumatizzante, caratterizzato da disagi fisici e psichici che si aggiungono alla sofferenza derivante dallo specifico stato morboso che ha motivato il ricovero.

I fattori che sono più spesso implicati sono:

1. La separazione brutale dall'ambiente familiare
2. Le cattive condizioni di accoglienza e di alloggio
3. L'isolamento
4. La spersonalizzazione dei rapporti umani.

Da qui nasce il concetto dell'Umanizzazione delle cure, che parte dall'idea di considerare il malato in genere e il malato critico in particolare come persona, nella sua totalità, l'esigenza quindi di valutare e porre attenzione ai bisogni organici, ma anche a quelli psicologici e relazionali.

Il processo di umanizzazione delle cure deve interessare la totalità della fase di assistenza e perciò riguardare ogni momento del ricovero del paziente.

Quindi porre attenzione all'umanizzazione e comunicazione tra gli operatori sanitari, accoglienza del malato e dei familiari, umanizzazione dell'informazione, umanizzazione del percorso di fine vita, follow up del paziente dimesso.

Da qui nasce l'approccio tramite BUNDLE modificato ABCDEF (*Awakening and Breathing Coordination, Delirium monitoring and Exercise/Early mobility*) applicato a tutti i pazienti ricoverati in terapia intensiva con lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza con un percorso realizzato a singoli step diversi ma complementari con , lo scopo di dare centralità al paziente nella sua dimensione umana.

ABCDEF BUNDLE MODIFICATO

A: ASSESS AND MANAGE PAIN (MISURA E CONTROLLA IL DOLORE)

B: BEST SEDATION (RICERCA LA MIGLIORE SEDAZIONE)

C: COMFORT DEL PAZIENTE E COMUNICAZIONE

D: DELIRIUM (RICONOSCI, PREVIENI E TRATTA IL DELIRIUM)

E: EARLY MOBILITY (MOBILIZZAZIONE PRECOCE)

F: FAMILY CENTERED-CARE (ATTENZIONE E CURA DEI FAMILIARI)

Dolore ansia ed agitazione sono eventi frequenti in Terapia intensiva, spesso scatenati da cause multifattoriali:

1. Ipossemia
2. Ipoglicemia
3. Astinenza da farmaci o alcool
4. Frequenti e improvvise stimolazioni
5. Procedure invasive
6. Deprivazione del sonno
7. Posizione supina obbligata
8. Rumori e luce
9. Impossibilità di comunicare con il personale e i familiari.

La sedazione e l'analgesia giocano un ruolo fondamentale nella gestione del malato critico ai fini del massimo comfort del paziente e di un migliore *outcome* grazie alla riduzione dell'incidenza di complicanze come il delirium, infezioni, e in termini di ridotta durata di ventilazione meccanica, tempo di degenza in ICU e in ospedale e anche a distanza di anni di minore incidenza di disturbi psicoaffettivi e cognitivi alla dimissione.

E' importante ricordare che dolore, agitazione, delirio e privazione del sonno sono fattori che interagiscono fra di loro e tendono a innescare circoli viziosi responsabili delle complicanze descritte.

La moderna assistenza in area critica ha, come fine ultimo, proprio quello di interrompere questi circoli viziosi: sono stati proposti dalla letteratura diversi approcci, tutti basati su alcuni presupposti fondamentali:

1. Il benessere psichico del paziente non può essere disgiunto da quello fisico e quindi è una proprietà gestionale che deve vedere coinvolto nelle scelte il paziente stesso (*patient centered care*).
2. Bisogna porre attenzione anche al benessere psicoaffettivo dei familiari, in una sorta di alleanza terapeutica che li veda parte attiva nell'intero processo assistenziale (*family centered care*)
3. Qualsiasi progetto che miri a migliorare le cure non può prescindere dal coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte nel progetto di cura (medici, infermieri, fisioterapisti) che attraverso l'integrazione delle competenze e lo scambio delle informazioni, siano in grado di offrire un trattamento multi-professionale integrato (*team work*)
4. E' necessaria una "evoluzione culturale" che permetta, passo dopo passo, di raggiungere gli obiettivi prefissati adattando il percorso non solo alle caratteristiche del paziente ma anche alle diverse realtà lavorative e al contesto socio-culturale, senza la pretesa del tutto e subito, ma consolidando nel tempo i traguardi raggiunti. (1,4,5).

2.1 Ipnosi e monoideismo plastico.

Il termine ipnosi è stato coniato da James Braid, deriva da un grande equivoco iniziale cioè che l'ipnosi fosse sonno, perché le prime forme di ipnosi studiate descritte erano praticamente sempre ad occhi chiusi (nella mitologia greca Ipnos, il sonno, figlio del buio e della notte e coniugandosi con la morte genera sogni).

Che l'ipnosi non sia sonno lo dimostra il fatto che i tracciati elettrencefalografici dei pazienti in ipnosi sono diversi da quelli registrati durante il sonno e dalla constatazione che una persona in ipnosi ha un sensorio vigile e può rispondere alle domande, vedere, muoversi e rispondere a un comando.

Quindi l'ipnosi non è sonno, non è magia e nemmeno parapsicologia.

Non è siero della verità, in quanto il paziente riferisce solo quello che vuole riferire, non è neanche succubanza della volontà, infatti non è possibile far commettere al paziente atti non conformi alla propria morale e al proprio Super-Io.

L'ipnosi non è trucco, nè gioco di prestigio.

L'ipnosi non è suggestione, se per suggestione intendiamo l'accettazione acritica dell'idea di un altro.

Il concetto di ipnosi si avvicina di più al concetto di persuasione (accettazione critica dell'idea di un altro), anche se durante il rapporto paziente terapeuta si riduce il potere della critica per aumento della fiducia.

L'ipnosi è uno stato di coscienza fisiologico, uno stato in cui noi entriamo inavvertitamente innumerevoli volte nella nostra vita, nella nostra giornata quando guidiamo la macchina in maniera automatica, quando siamo sopra pensiero, quando siamo distratti (concentrati su altro), quando seguiamo un film, uno spettacolo e non ci accorgiamo ad esempio che piove, che siamo punti con uno spillo.

Lo stato di coscienza ipnotica è lo stesso fenomeno che si verifica nello yoga, nell'esaltazione mistica e nel training autogeno.(6,pag110,112).

L'ipnosi è stata fraintesa per almeno due secoli a causa della sua incompatibilità con una visione positivista e il razionalismo post-illuminista che rifiutano lo sconosciuto.

L'ipnosi è l'esatto opposto della nozione di perdita del libero arbitrio e del controllo ma è caratterizzata da un'attenzione focalizzata, assorbimento, dissociazione e immaginazione plastica (7).

L'attenzione focalizzata è caratterizzata da una concentrazione su oggetti esterni o fenomeni interni (il respiro o l'aria che entra nelle narici, un'immagine mentale, un punto sul muro o il soffitto sopra il soggetto...)

L'assorbimento è definito come un'attenzione totale, totalmente coinvolta nelle percezioni sensoriali e impermeabile ad eventi distrattori.

Perciò la dissociazione può essere una diretta conseguenza dell'attenzione focalizzata e dell'assorbimento.

L'assorbimento e la focalizzazione permettono la realizzazione del monoideismo plastico: esso può essere definito come un'idea che produce una ricca fenomenologia fisica e psichica vissuta come reale con modificazioni sensoriali e neurovegetative. La falsa impressione della perdita del libero arbitrio scaturisce dall'accettazione critica del soggetto all'ipnosi e la sua motivazione viene usata per raggiungere gli obiettivi condivisi.

Questo implica l'interesse di fare quello che è suggerito piuttosto che chiedersi perché farlo: tuttavia il soggetto non può essere forzato a fare nulla contro il suo volere. A differenza della coscienza ordinaria, l'assorbimento e la dissociazione permettono di ignorare gli stimoli in competizione e permettono un aumentato controllo delle funzioni fisiche e psichiche.

Questo permette di cambiare l'attività di aree del cervello inconsce come la neuromatrice del dolore, aumentare il rilassamento profondo, aumentare la soglia del dolore a volte fino ad un livello di anestesia chirurgica, generare specifici cambiamenti emodinamici, ristrutturare problemi psicologici e disturbi fisici funzionali.

Il Prof. Franco Granone nelle pagine del suo trattato ricordava che si doveva intendere 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 tra questo e l'ipnotizzatore. (7, 6, pg 159).

"Quindi l'ipnotismo è il fenomeno ipnotico considerandolo in stretto rapporto con l'operatore e l'ipnosi quando ci si riferisce alla semplice sintomatologia ipnotica avulsa dall'operatore".

Quindi l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo mentre l'ipnotismo quella tecnica che permette di attuare tale condizione.

La rilevanza dell'ipnosi può essere vista e compresa grazie allo sviluppo nelle ultime due decadi di tecniche sofisticate e studi *neuroimaging*.

Il rilassamento ipnotico e l'assorbimento (ipnosi neutrale) portano all'attivazione della corteccia cingolata anteriore (ACC), della corteccia somatosensoriale e motoria così come alla riduzione di perfusione dei lobi temporali.

I meccanismi neurofisiologici che sottostanno all'assorbimento e al rilassamento includono la modulazione di attività noradrenergica e colinergica ascendenti e discendenti.

La ridotta attività colinergica potrebbe facilitare la sincronizzazione talamocorticale e questo meccanismo potrebbe contribuire ad una relativa dissociazione tra stimoli esterni irrilevanti e gli stati mentali protagonisti dell'ipnosi.

Da recenti studi emerge una maggiore convinzione nel sostenere che allo stato ipnotico corrisponda una molteplicità di possibili interazioni tra funzioni e strutture cerebrali corticosottocorticali con particolare riferimento al coinvolgimento di entrambi i lobi frontali e della corteccia cingolata anteriore (CCA); in questo senso, la stessa

suscettibilità individuale all'ipnosi ha evidenziato dei chiari correlati neurofisiologici. (6, pg 219).

Che cosa si intende per condizione ipnotica?

Per ipnosi si intende l'insieme dei cambiamenti che avvengono nel soggetto in seguito ad un'induzione.

I cambiamenti sono sia di tipo fisico che psichico e sono pertanto modificazioni oggettivamente rilevabili.

Tali modificazioni si realizzano come conseguenza diretta del trasferimento di risorse mentali dalla parte logica e critica a quella immaginativa per consentire la realizzazione del monoideismo plastico, cioè la realizzazione di immagini che sembrano così reali da acquistare potenza plastica e produrre effetti fisici.

Durante l'ipnosi la coscienza subisce modificazioni di tipo autogeno (indipendenti dall'ipnotista) che possono essere generate e controllate solo con la supervisione dell'ipnotista

**MODIFICAZIONI SOGGETTIVE che accompagnano l'ipnosi.
POSSIBILI ANCHE SPONTANEAMENTE (AUTOGENE)**

1. Senso di benessere mentale
2. Distacco dalla realtà (de realizzazione)
3. Restringimento del campo di attenzione
4. Distorsione temporale
5. Dissociazione psichica
6. Modificazione delle percezioni sensoriali
7. Modificazione delle emozioni

POSSIBILI SOLO CON LA GUIDA DI UN IPNOTISTA

1. Amnesia
2. Allucinazioni
3. Regressione d'età e rivivificazione

PRINCIPALE FENOMENOLOGIA FISICA DELL'IPNOSI NEUTRA.

1. Rilassamento corporeo con abbandono
2. Rallentamento dell'attività motoria
3. Riduzione della mimica facciale
4. Rilassamento muscolare
5. Piegamento del collo
6. Sintomi da calore e da vasodilatazione
7. Tachicardia diretta e riflessa

8. Respiro lento e regolare
9. Lacrimazione
10. Sguardo fisso e fuori fuoco
11. Modificazioni palpebrali
12. Movimenti oculari
13. Deglutizione

Gli insegnamenti del Prof. Franco Granone illustrano come, con opportune metodiche induttive, si possa ottenere il monoideismo plastico che porta alla fenomenologia ipnotica.

Alla base dell'ipnotismo stanno proprio la riduzione della critica e la focalizzazione delle energie mentali su una sola immagine che finisce per divenire così potente da creare effetti plastici.

Possiamo dire che l'ipnosi è monoideismo plastico e che senza monoideismo plastico non ci può essere ipnosi.

Il monoideismo plastico può essere generato con una semplicissima procedura composta sempre dalla stessa sequenza:

-convincere il soggetto a darci fiducia in modo da abbassare la sua capacità critica (*Rapport*).

-Aiutarlo a costruire un'immagine del fenomeno che vogliamo ottenere (monoideismo plastico)

-Rendere evidente il fenomeno al soggetto stesso (*Ratifica*).

Gli effetti generati dal monoideismo plastico sono un ottimo sistema per dimostrare al soggetto che qualcosa è cambiato e per ottenere rapidamente ancora più fiducia nella relazione di aiuto.

La ratifica è rendere cosciente il soggetto del realizzarsi di un effetto fisico.

Il monoideismo plastico rappresenta un importante strumento per accedere ad alcune funzionalità del sistema nervoso autonomo.

Quando suggeriamo di creare immagini di freddo e vasocostrizione su una mano diventerà realmente più fredda, pallida, o viceversa se suggeriamo calore otteniamo vasodilatazione e la mano sarà più calda, più rossa. (6, pg 204).

La modulazione del dolore è un campo di applicazione di grande interesse per chi si occupa di ipnotismo.

Il modo migliore e più semplice è suggerire un'immagine mentale (come un senso di raffreddamento o un dismorfismo corporeo) che conduca alla cosiddetta HFA (*Hypnotic focused analgesia*) equivalente a un'anestesia locale farmacologica. (6, pg 611).

Secondo la cosiddetta ipotesi neurobiologica, la corteccia prefrontale inibirebbe l'attività del talamo.

Secondo le teorie neodissociative, lo stimolo algico sarebbe dissociato dalla coscienza sicchè vi sarebbe un Io che avverte il dolore e un Io, che interpellato, afferma di non avvertirlo.

Per la teoria del *gate control* esisterebbe un blocco d'entrata dello stimolo algico a livello del corno dorsale del midollo spinale, il cancello aperto o chiuso da fattori fisici, emozionali, culturali o comportamentali (teoria che presuppone fibre corticali top down inibitorie).

Nella teoria dei livelli multipli l'ipnosi potrebbe operare su vari livelli e aree del sistema nervoso centrale, sia coinvolgendo meccanismi antinocicettivi nel midollo spinale, sia modulando le dimensioni affettive dolore(6, pg 611-612)

Al fine di favorire l'apprendimento didattico durante il corso CIICS al fine di realizzare lo stato ipnotico ci è stata insegnata una Mappa di induzione ipnotica che può essere seguita attraverso precisi passaggi interdipendenti tra loro.

1. Creare Fiducia

La fiducia è un fattore indispensabile affinché si abbassi la critica del paziente e si crei un rapporto di connessione con il paziente e si ottiene con l'accoglienza, il ricalco e lo *Yes set*.

L'accoglienza significa ascoltare l'altro senza giudizi, ricercando il canale comunicativo preferenziale del soggetto (es. visivo, uditivo, cenestetico).

Il ricalco è un meccanismo di retroazione e avviene quando l'ipnotista imita il paziente e permette al paziente di rispecchiarsi.

Si può accordare con parti del comportamento verbale e non verbale dell'interlocutore, in una sorta di danza tra terapeuta e paziente.

E' possibile ricalcare l'esperienza che vive internamente al suo corpo (es, puoi sentire l'aria che entra ed esce dalle tue narici...) oppure esperienze esterne (puoi sentire i suoni che provengono da fuori...).

Lo *Yes set* serve per creare un campo affermativo cioè fare in modo che una persona risponda ripetutamente in modo affermativo alle nostre domande.

Il consenso serve a ridurre la critica al fine di realizzare le nuove immagini ed esperienze che suggeriamo, predisponendo a una disponibilità a farsi guidare.

2. Contratto

E' importante stabilire un contratto terapeutico identificando il bisogno del paziente e l'obiettivo che si vuole raggiungere.

In questo modo creiamo un legame preferenziale, stimolando la fiducia e definendo un obiettivo condiviso.

(es. lei ha bisogno di una buona cura, e per avere una buona cura è necessaria la sua collaborazione...)

3. Ordine e indicazioni motivate (focalizzazione)

Ottenuta la fiducia sarà più facile guidare il paziente, dando delle indicazioni su come agire e in maniera concorde all'obiettivo.

La focalizzazione potrà essere su un fattore esterno o interno.

(Es. Chiuda gli occhi così sarà più facile concentrarsi bene su quanto le spiego...e può concentrare la sua attenzione sul respiro in modo da apprezzare l'aria fresca che entra nelle narici e riempie i polmoni...).

4. Descrizione

L'operatore descrive ciò di cui si accorge, utilizza i suoi sensi utilizzando "Io" come soggetto della frase (es. Io vedo che le tue spalle si alzano e si abbassano con il ritmo del tuo respiro, sento che c'è molto rumore...) e soprattutto dicendo particolari veri e assolutamente oggettivi, stimolando la fiducia (*yes set*).

5. Ricalco

Sottolinea l'esperienza del paziente utilizzando i suoi sensi, si dice ciò di cui si accorge.

Si utilizza come soggetto della frase "tu" e ci si riferisce a situazioni oggettivamente vere (es puoi accorgerti come i tuoi piedi sono abbandonati).

6. Suggestione

Sequenzialmente si passa a collegare i ricalchi fisici alla suggestione.

Si suggerisce un monoideismo plastico.

Per suggerire il cambiamento si utilizza il tempo futuro stimolando tutti i sensi del soggetto e utilizzando immagini.

L'attivazione dell'immagine mentale è fondamentale per creare il cambiamento, questa può essere guidata associandola a ricordi, all'uso di metafore per aiutare il paziente ad accogliere e a realizzare quanto suggerito.

(es. E mentre espira si può accorgere di come le sue spalle si abbassano e il suo rilassamento si farà sempre più profondo...)

7. Ratifica

Una volta che si è realizzato quanto suggerito si deve sottolineare il cambiamento avvenuto.

L'operatore verifica ma soprattutto rende consapevole il soggetto del cambiamento avvenuto, con la consapevolezza della modifica dello stato di coscienza, dell'esperienza e della sua potenza.

Si utilizza il tempo presente e si gratifica il paziente e lo si rende consapevole di essere capace di cambiare una situazione.

Una volta sottolineata questa capacità, sarà possibile agganciare altre suggestioni e introdurre la fase terapeutica (es. e adesso che il tuo braccio è completamente abbandonato...*si solleva e fa ricadere il braccio...*molto bene...ed ora che sei riuscito a distendere completamente i muscoli del braccio puoi fare lo stesso con...).

In questo modo collegando una suggestione a una ratifica si facilita il paziente e si aumenta la potenza della suggestione.

8. Ancoraggio

L'ancoraggio fornisce proprio un'ancora per risvegliare nel paziente le risorse presenti al momento e richiamabili quando lui lo vorrà.

Si crea un collegamento tra l'esperienza vissuta e un gesto, una parola, un'azione che potrà essere attivata dal paziente in autonomia.

Questo aumenta l'empowerment cioè la conquista della consapevolezza di sé, capace di liberare il proprio potenziale, stimolando l'autostima e l'autonomia dall'ipnotista. (es. Ogni volta che vorrai usare questa tua capacità puoi unire il pollice all'indice...)

9. Riorientamento

Per concludere l'esperienza si rassicura il paziente e gli si chiede di riorientarsi nel presente e si danno indicazioni sul modo in cui farlo.

(es. e ora con un respiro profondo puoi aprire gli occhi e sentirti perfettamente presente..)

10. Verifica

Con l'obiettivo di restituire valore e dare potenza al soggetto si può chiedere di rientrare in autopsi.

(Es ed ora sarei curioso di scoprire quanto potenti sono le tue capacità ti basterà compiere quel gesto e lasciare che accada...)

11. Racconto

Possiamo lasciare che il paziente ci racconti la sua esperienza, adeguare il progetto terapeutico, fornirci indicazioni per compiti futuri e verificare la concordanza/distorsione temporale.

(es Come è andata? può raccontarmi la sua esperienza?

Secondo lei quanto tempo è passato?

3 Implicazioni Pratiche

Il ricovero in Terapia Intensiva può rappresentare un'esperienza traumatica per il paziente e per la sua famiglia, fonte di stress, ansia e di stimoli dolorosi. Il concetto di Umanizzazione delle cure, promosso dal nostro ambulatorio di follow up dei pazienti ricoverati in rianimazione, ha posto al centro dell'attenzione il malato e l'ottimizzazione della qualità e dell'assistenza e dell'*outcome*.

Per migliorare il confort del paziente durante il ricovero va applicato un piano di sedazione leggera, ottimizzata la comunicazione, garantita la qualità del sonno ed evitata la "*post intensive care syndrome*".

Numerose procedure diagnostico/terapeutiche in Terapia Intensiva richiedono l'utilizzo di farmaci analgesici e sedativi.

L'analgosedazione comporta effetti collaterali come depressione respiratoria, riduzione dello stato di coscienza con maggiore incidenza di complicanze in termini di delirio e ritardato svezzamento dalla ventilazione meccanica.

3.1 Obiettivo

La finalità del progetto è valutare l'efficacia e il beneficio della tecnica di comunicazione ipnotica per il controllo dell'ansia e del dolore in corso di procedure eseguite durante il ricovero in terapia intensiva.

Favorire il fisiologico ritmo sonno-veglia notturno, ridurre l'incidenza del delirium e aumentare il comfort del paziente durante il ricovero e ridurre l'uso dei farmaci sedativi e/o analgesici .

La comunicazione ipnotica vuole essere introdotta come strumento a disposizione di medici e infermieri del nostro reparto per gestire situazioni di dolore, ansia e stress dei nostri pazienti come tecnica alternativa e/o integrata ai farmaci sedativi e analgesici.

Inoltre un altro obiettivo è di cercare di fare sperimentare al paziente la capacità di autocontrollo, in modo tale da tollerare le procedure, migliorando l'autoefficacia e la ripresa delle proprie capacità e anzi potenziandole facendo sperimentare uno stato di coscienza modificato proprio in un momento della vita estremamente delicato e complesso per sè e la propria famiglia.

3.2 Materiali e metodi

Sono stati inclusi nello studio pazienti ricoverati in terapia intensiva in respiro spontaneo con età maggiore di 18 anni in corso di svezzamento dalla ventilazione meccanica che dovevano essere sottoposti a procedure quali posizionamento di accessi vascolari, procedure di broncoscopia, posizionamento NIV e pazienti che presentavano segni di ansia, stress e riduzione del ciclo sonno veglia.

Sono stati esclusi pazienti con anamnesi positiva per disturbi psichiatrici, demenza e ritardo mentale.

Per valutare l'efficacia della comunicazione ipnotica nella riduzione di ansia, dolore e stress sono state utilizzate scale di valutazione del livello di agitazione e sedazione RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale), per i pazienti in grado di comunicare VAS (scala numerica verbale), NRS (scala numerica visiva) e per i pazienti non in grado di comunicare ma con funzione motoria conservata scala BPS (Behavioral Pain Scale).

L'analisi dei dati raccolti ha riguardato lo stato emotivo prima, durante e dopo la procedura, miglioramento del rapporto operatore/paziente.

3.3 Dati raccolti

La nostra esperienza e pratica della comunicazione ipnotica nasce nel 2020 quando ho deciso di intraprendere questo progetto frequentando il corso CIICS di Torino insieme a due infermiere della Terapia Intensiva di Rimini.

La pandemia di sars Cov -2 ci ha accompagnato durante la nostra pratica e crescita in questo ambito, limitandone l'applicazione e la sperimentazione.

L'Ospedale di Rimini e in particolare la nostra Rianimazione è stata identificata come centro Hub Covid dell'Emilia Romagna subendo numerosi cambiamenti organizzativi e strutturali fino alla realizzazione di un secondo reparto di Terapia Intensiva con ulteriore 14 posti letti che si sono aggiunti ai preesistenti 15.

Le limitazioni introdotte con la pandemia del Covid e il carico di lavoro degli ultimi mesi ha impedito la messa in atto del progetto che ci eravamo prefissati di realizzare nelle modalità di lavoro scientifico.

Tuttavia abbiamo potuto sperimentare quotidianamente già dal primo giorno la comunicazione ipnotica, applicandola in tutte le situazioni utili in reparto e anche in sala operatoria dove lavoro.

Il setting nel reparto di Terapia intensiva è ricco di distrazioni visive, sonore con personale senza formazione in comunicazione ipnotica e spesso diffidente verso approcci non farmacologici.

I tempi disponibili sono eseguiti per l'impegno del personale in numerose urgenze/emergenze di reparto e fuori reparto.

L'ipnosi ci permette di indurre uno stato modificato di coscienza attraverso la focalizzazione dell'attenzione con la realizzazione di un monoideismo plastico, cioè un'immagine potente da essere in grado di produrre effetti reali a livello psicologico e fisico con modificazioni anche del sistema nervoso autonomo.

Durante questo periodo di studio e di pratica abbiamo compreso l'importanza del rapporto di fiducia tra operatore e paziente, della necessità di creare un rapporto, la relazione che si crea è interdipendenza, dove non c'è solo il medico che conduce il paziente ma ciascuno dei due è condotto e allo stesso tempo conduce l'altro.

L'operatore deve riconoscere i bisogni del paziente e ritagliare su questo il suo intervento.

In questo modo il paziente, ricevendo un feedback dal medico rispetto alle proprie emozioni e ai propri comportamenti, si sente compreso.

Prima condizione per creare fiducia è l'ascolto e l'accoglienza quindi abbiamo sviluppato la nostra capacità di avere un atteggiamento attento pronto ad ascoltare.

Solo costruendo un rapporto di fiducia si può superare il grande ostacolo che la mente razionale pone e che conduce alla diffidenza delle persone verso la propria autoefficacia (autostima) e alla diffidenza che si ha nei confronti dell'operatore (credibilità dell'operatore).

Possono essere utilizzati diversi schemi comunicativi che generano e favoriscono il rapporto.

Uno degli schemi utilizzati durante la nostra pratica clinica è stato il ricalco guida verbale impiegando il canale di comunicazione utilizzato dal paziente accordando le nostre parole a quelle del soggetto, in questo modo si è sentito capito parlando il suo stesso linguaggio e per questo abbiamo ottenuto la sua fiducia.

L'ascolto attento delle parole adoperati da una persona per descrivere la sua esperienza ci fa comprendere meglio i processi che sottostanno all'esperienza stessa: ci fa comprendere i canali comunicativi preferenziali per una certa persona in un certo momento.

Nella comunicazione abbiamo cercato di utilizzare il tempo presente creando un collegamento tra l'evento attuale e un evento desiderato (avendo l'esperienza x puoi cominciare ad avere l'esperienza y).

Di seguito riporto tre casi clinici in cui ho utilizzato la comunicazione in tre diverse situazioni che quotidianamente dobbiamo affrontare durante la nostra pratica clinica.

3.4 Casi Clinici

Caso 1

Ludmilla 44 anni, obesa non altre patologie in anamnesi patologica remota, ricoverata nel reparto di Neurologia del nostro Ospedale da 7 giorni.

Al momento dell'accesso in Pronto soccorso paraplegia bilaterale arti inferiori ed iniziale paraparesi arti superiori.

Esegue TC encefalo negativa per eventi acuti.

Sospetto di insorgenza sindrome Guillan-Barrè, una polineuropatia infiammatoria acuta rapidamente progressiva ma autolimitantesi.

Tentativo fallito di eseguire RMN encefalo per grave claustrofobia della paziente.

Vengo allertata dalla responsabile della Sala operatoria che la paziente deve eseguire RMN encefalo e midollo cervicale ma è un caso impossibile da sedare farmacologicamente per le caratteristiche della paziente con grave obesità e iniziale difficile gestione delle secrezioni bronchiali per progressiva paralisi ascendente.

Decido di andare a visitare la paziente in reparto. Al mio arrivo Ludmilla è sveglia, nel letto, spaventata.

Mi presento e la visito, la paziente è ad occhi aperti, le chiedo come si sente lei e mi dice che è spaventata per la paralisi e per la mancata diagnosi.

La paziente in quel momento era in attesa di iniziare plasmateresi ed eseguire puntura lombare ma era necessaria la RMN.

Le controllo i parametri vitali, riscontro una tachicardia sinusale (110 bpm) Pressione arteriosa sistolica aumentata (140 mmHg) SpO2 96%.

Le spiego che eseguire la risonanza magnetica nucleare è indispensabile per la diagnosi e per iniziare una terapia mirata.

Le chiedo se ha male in qualche punto del corpo e lei mi dice che non sente nulla.

Mentre le parlo noto che la paziente piange e mi dice che in Italia ha una famiglia, dei figli e un marito ma le che le manca la sua famiglia in Ucraina me le sue montagne del suo paese di origine.

La rassicuro e le dico che oggi lavoreremo insieme per risolvere questa situazione e che per farlo ho bisogno della sua collaborazione.

Le dico che è fortunata ad avere incontrato me perché le insegnerò un nuovo modo di eseguire la risonanza che sarà piacevole per lei.

A questo punto voglio capire quanto la paziente sia ipnotizzabile ed inizio ad indurla e creare un monoideismo nei pochi minuti di attesa dell'OSS per andare in radiologia.

Le dico di chiudere gli occhi così sarà più facile seguire quanto le spiego, le dico che vedo i suoi occhi che si chiudono e le palpebre tremano, la bocca è socchiusa, che c'è molto rumore in questa stanza.

Poi aggiungo che può accorgersi come con gli occhi chiusi tutto cambia e mentre si accorge di questo potrebbe cominciare a sentire che niente la potrà disturbare.

E mentre parlavo utilizzavo i passi, toccando delicatamente le sue palpebre, la paziente iniziava a piangere e io le dicevo molto bene , è veramente brava Ludmilla e si rende conto di come sia piacevole lasciarli chiusi e continuare ad ascoltarmi.

E mentre i tuoi occhi la tua bocca sono rilassati piacevolmente in questa condizione puoi immaginare i boschi dove è cresciuta.

In quel momento entra il barellista e io le dico che è molto brava ed ha un controllo enorme per questo possiamo usarlo ogni volta che vorrà chiudendo gli occhi.

E le dico che con un respiro profondo può riaprire gli occhi e sentirsi perfettamente presente.

Lei apre gli occhi felice e mi dice che è andata con la mente nei suoi boschi e si sente molto bene.

Aggiunge che vuole fare la RMN e le confermo che ci sarò io che la guiderò sperimentando questa nuova modalità in cui lei è veramente brava.

Continuo a darle del lei ma la chiamo Ludmilla.

Le dico che può scoprire ora quanto sono potenti le sue capacità e la faccio rientrare in trance da sola chiudendo gli occhi.

A quel punto aiuto l'OSS a metterla sulla barella della risonanza e la paziente va da sola in radiologia mentre io vengo chiamata per un'altra urgenza.

Dopo 15 minuti riesco a raggiungere la sala di risonanza e vedo Ludmilla tranquilla che mi aspetta.

Prima della procedura riesco ad indurla facilmente con la chiusura degli occhi (sono limitata dalla paralisi completa del suo corpo ed evito di nominare altre parti oltre il volto per timore di innescare ansia per il suo stato attuale).

La paziente pesa 130 kg ed il tubo della RMN la contiene a fatica, lei però chiude gli occhi e si lascia posizionare la bobina sul capo senza problemi (noto che chiude gli occhi spontaneamente), i suoi parametri sono normali anzi noto un rallentamento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa sistolica. Non essendoci un microfono valido in risonanza decido di entrare con lei e parlarle durante l'esame e le spiego che il rumore che ascolterà è dovuto dai gradienti che producono le radiofrequenza e il campo magnetico e questo non le darà fastidio, non la interesserà perché lei è nel suo bosco e nulla la distoglie da questo.

Ho delle difficoltà a parlare per l'intenso rumore che sovrasta la mia voce ma la paziente non sembra preoccuparsene.

Le descrivo i rumori del bosco con il cinguettio degli uccellini, l'odore della terra e il tipico rumore delle foglie autunnali che calpesta.

Ogni tanto la paziente mi parla e dice di sì che vede quello che le dico e vuole che continuo a parlare.

Io la rassicuro e la gratifico dicendo che è bravissima e sta andando tutto molto bene.

L'indagine è durata un'ora e mezza e io sono molto stanca ma Ludmilla continua ad avere gli occhi chiusi anche a fine procedura.

Allora le dico che ogni volta che vorrà potrà tornare nei suoi boschi e sperimentare questa piacevole esperienza basta chiudere i suoi occhi e usare questa sua capacità.

Ludmilla apre gli occhi e sorride e mi ringrazia di averla aiutata a fare l'esame. Esco dalla sala e ci sono gli infermieri e il neuroradiologo stupiti della riuscita dell'esame, la paziente è stata perfettamente ferma e mi comunicano che una settimana prima loro erano presenti e mi raccontano che non erano riusciti neanche a posizionarla sul lettino ed aveva rifiutato categoricamente l'esame, dicendomi che era una vera claustrofobica.

Purtroppo l'esame ha mostrato una occlusione trombotica dell'arteria vertebrale con l'impossibilità in quel momento di eseguire una trombolisi.

Una diagnosi tempestiva le avrebbe permesso di avere una possibilità di guarigione o almeno limitazione del danno cerebrale.

La paziente il giorno successivo è stata ricoverata in Terapia Intensiva e sottoposta a tracheostomia per progressiva insufficienza respiratoria e mancata gestione delle secrezioni bronchiali.

Una settimana dopo sarà trasferita in una struttura di riabilitazione.

Caso 2

Fiorenza paziente di 57 anni, tumore metastatico del pancreas, affetta da dolore neuropatico alle scapole e colonna vertebrale e midollo spinale sede di localizzazione secondaria della malattia neoplastica che le ha provocato una paraparesi degli arti inferiori con ridotto controllo degli sfinteri.

Vengo contattata dal reparto di Medicina Interna per la necessità di posizionamento di Catetere venoso centrale per inizio di chemioterapia.

Il posizionamento dei CVC avviene in un'area adiacente il reparto di Terapia Intensiva.

Il luogo è di passaggio, per cui è molto rumoroso e accade spesso che veniamo interrotti per urgenze intercorrenti in reparto.

La paziente in posizione di ortopnea, ha uno sguardo allertato e si gira per guardarsi intorno, ha una posizione rigida nel letto.

L'uso della mascherina chirurgica o FFP2 limita molto l'espressione del viso ma sorrido con gli occhi e mi presento ripetendo il mio nome e cognome e informandola che sarò l'anestesista che le posizionerà il presidio richiesto necessario per continuare la sua terapia.

La paziente mi dice di essere molto spaventata, che non riesce ad abbassare la testiera del letto perché ha un gran dolore in regione interscapolare e contratture nei muscoli del collo indicandomi lo sternocleidomastoideo (zona in cui spesso viene posizionato il catetere venoso centrale).

Mi racconta che è stanca di stare in ospedale ed è scomoda in questo letto, non riesce a trovare una posizione che le permetta di riposarsi.

Dico a Fiorenza che capisco che non è facile restare a letto per giorni e in più con un dolore tale.

Allora chiedo a Fiorenza qual è il posto che preferisce dove si sente più a suo agio e riesce a riposare.

Lei mi risponde che il posto dove vorrebbe stare è casa sua, sul suo divano.

Ho l'intuizione di chiederle se ha qualche animale domestico e lei mi risponde che ha un cane e un gatto.

Spiego a Fiorenza che la procedura che farò servirà per farla stare meglio e che quando avremo posizionato il catetere venoso centrale lei potrà tornare a casa e di iniziare a pensare a cosa farà (linea del tempo).

Così inizio a dirle che ha bisogno di una buona cura e che per avere una buona cura è necessaria la sua collaborazione.

Le chiedo di chiudere gli occhi così sarà più semplice seguire il ritmo del suo respiro.

Di concentrare l'attenzione sull'aria che entra dal naso fresca ed esce calda dalla sua bocca.

Le dico che vedo le sue spalle alzarsi ed abbassarsi e mi accorgo di come il suo respiro si fa più lento.

Le dico che c'è un rumore continuo intorno ma non le interessa.

Poi continuo dicendole che mentre espira può accorgersi di come le sue spalle si abbassano e si rilassano sempre più profondamente ad ogni respiro che farà e continuo il rilassamento frazionato dalla testa ai piedi.

Poi le dico che mentre io preparo il campo sterile lei potrebbe iniziare a immaginare di stare a casa sua, sul suo divano e lei sa bene come ci si sistema sul divano, si sprofonda sempre più giù, più giù, su quei cuscini morbidi e caldi e si sta fermi-fermi.

Nel frattempo abbasso la testiera del letto gradualmente per permettere alla vena giugulare interna destra di distendersi e riempirsi con l'aumento del ritorno venoso e permettermi di visualizzarla adeguatamente con l'ausilio della sonda ecografica.

Poi utilizzo una suggestione prima di eseguire anestesia locale, e le suggerisco che mentre lei si mette comoda sul divano con il suo gatto sulla pancia che la scalda ora io la disinfetto con questo liquido magico fresco che rende insensibile tutta questa parte del collo, come quando ci passa sopra un piccolo cubetto di ghiaccio che anestetizza solo la piccola zona che sto toccando e tocco solo la zona dove posizionerò il catetere.

E poi aggiungo che ora che è anestetizzata, la pungo con l'ago ed eseguo la ratifica e le dico che è molto brava e solo allora pratico l'anestesia locale con lidocaina 2% e la paziente mi stupisce restando immobile in silenzio, rilassata. All'ecografia con sonda lineare la Giugulare interna destra appare parzialmente collabita per l'estrema disidratazione della paziente e le chiedo di eseguire manovra di ponzamento che lei fa senza problemi nonostante i problemi di controllo degli sfinteri.

Eseguo il posizionamento del CVC in pochi minuti grazie alla perfetta collaborazione della paziente che resta ferma e riesce a mantenere la posizione supina per tutto il tempo.

Poi le creo l'ancoraggio e le dico che ogni volta che vorrà sperimentare le sue capacità può unire il pollice con l'indice e ritornare nel suo posto preferito.

Poi la paziente resta ferma anche mentre assicuro il catetere con dispositivo di ancoraggio per cui si deve fare una notevole pressione sul collo.

La rioriento e le dico di fare un respiro profondo e di aprire gli occhi e ritornare qui presente.

La paziente mi ringrazia e finalmente sorride.

Mi dice che non si è accorta di nulla e che non ha sentito il minimo fastidio né dolore.

Mi continua a ringraziare per la cura nel mio lavoro e di averla fatta stare "come a casa".

Le ricordo che è stata lei ad essere stata molto brava e di avere un enorme dono e di usarlo quando ne avrà voglia.

Caso clinico 3

Bruno paziente di 75 anni, ricoverato in Reparto di Terapia Intensiva da 10 giorni dopo intervento di emicolectomia destra complicato da deiscenza dell'anastomosi.

Il decorso del ricovero si è complicato da una polmonite destra con difficile svezamento dalla ventilazione meccanica.

Bruno è stato ricoverato nel periodo della pandemia covid maggio 2020, per cui il suo posto letto era nelle sale operatorie adibite provvisoriamente a seconda rianimazione.

Il suo posto letto era nella sala operatoria e un'infermiera assegnata solo a lui essendo i pazienti nelle sale adiacenti quasi tutti malati con polmonite interstiziale Sars-Cov 2.

Non vedeva i suoi familiari da almeno 20 giorni.

Il paziente alterna cicli di NIV (ventilazione non invasiva con maschera oronasale) a cannule nasali ad alti flussi.

Persiste atelettasia polmonare e ingombro secretorio bronchiale che impedisce la dimissione dal nostro reparto.

Bruno è un signore distinto, molto tranquillo ma negli ultimi giorni depresso e con poca iniziativa motoria.

E' in programma l'esecuzione di una broncoscopia ma una sedazione profonda potrebbe essere controindicata nell'evoluzione del suo delicato quadro clinico.

Mi avvicino a Bruno mi presento e gli chiedo notizie sulla sua vita, e lui mi racconta dei suoi figli, dei viaggi che vorrebbe fare.

Dico a Bruno che oggi è prevista la broncoscopia, necessaria per pulire i suoi bronchi dalle secrezioni che lui ancora non riesce ad espettorare per debolezza muscolare dovuta alla prolungata ventilazione meccanica.

Eseguirò la procedura in posizione semiseduta per facilitare un'adeguata ventilazione mantenendo una fonte di ossigeno sulla bocca.

Spiego a Bruno che il fibroscopio è un piccolo tubicino con una telecamera e un aspiratore e che passerò dalla narice dove lui respira meglio.

Spiego che eseguiremmo la broncoscopia con una tecnica che richiede la sua collaborazione, e gli insegnerò come fare questa procedura in modo piacevole.

Bruno acconsente e mi dice di sì e che è pronto a seguire le mie indicazioni.

Dico al paziente di fissare un punto sul soffitto e di trattenere l'aria nei polmoni.

Poi lasciando uscire l'aria dai polmoni lentamente i suoi occhi si chiuderanno piacevolmente.

Con gli occhi chiusi il suo respiro si fa più lento e profondo e io provvedo a descrivere quello che osservo.

Gli dico che si può accorgere di come sia spalancata la sua bocca, e come i suoi arti siano abbandonati piacevolmente sul letto.

Continuo dicendo che può iniziare ad immaginare come se stesse mangiando una deliziosa granita del gusto che preferisce che con il suo piacevole freddo si scioglie nella gola e rende tutta la strada dal naso ai suoi bronchi fredda e gelata e insensibile.

E quando avrà realizzato questa sensazione piacevole di freddo mi farà un cenno con un dito della mano, dopo pochi secondi Bruno solleva il dito indice della mano destra e io dico che è bravissimo e lo rendo consapevole che quello che gli ho suggerito si sta attuando.

Allora inserisco il fibroscopio dalla narice destra indicatami dal paziente come quella da cui respira meglio.

Il paziente rimane fermo e gli suggerisco che mentre gusta la sua granita fredda può immaginare di stare su un aereo seduto sulla sua poltrona insieme alla sua famiglia (la posizione del paziente è semiseduto) in viaggio verso qualche posto che desidera vedere.

I parametri vitali restano sempre stabili, la pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione periferica di ossigeno.

Riesco agevolmente ad attraversare le corde vocali ed eseguo anestesia topica, poi eseguo toilette dell'albero bronchiale senza necessità di eseguire nessuna sedazione farmacologica.

Continuo affermando che è bravissimo ed ha un ottimo controllo.

Al termine della broncoscopia dico a Bruno che ha tutte le capacità di potenza e forza come quell'aereo che l'ha portato in quel viaggio e la porterà fuori da qui.

Mi concentro sui suoi muscoli e il suo diaframma usando i passi e toccando il torace.

E gli dico che ogni volta che vorrà usare questa grande capacità basterà unire il pollice con l'indice e potrà sentirsi forte e in benessere come ora.

Poi lo rioriento dicendogli di eseguire un respiro lungo e poi lui aprirà gli occhi e si sentirà perfettamente cosciente.

Bruno apre gli occhi ed è tranquillo e rilassato e mi racconta di aver fatto un viaggio con la sua famiglia, di non aver sentito male, né fastidio durante la procedura.

Il giorno dopo Bruno è stato dimesso dal nostro reparto ed è tornato nel reparto di Chirurgia generale.

Conclusioni

Dal Gennaio 2020 un gruppo che fa parte dell'organico del servizio di Anestesia e Rianimazione di Rimini ha intrapreso il percorso formativo in Ipnosi e Comunicazione Ipnocica del Centro Sperimentale Franco Granone di Torino.

Abbiamo da subito iniziato a sperimentare nella pratica clinica gli insegnamenti appresi.

Il nostro progetto mirava a valutare l'efficacia e il beneficio della tecnica di comunicazione ipnotica per il controllo dell'ansia e del dolore in corso di procedure eseguite durante il ricovero in terapia intensiva.

Favorire il fisiologico ritmo sonno-veglia notturno, ridurre l'incidenza del delirium e aumentare il comfort del paziente durante il ricovero e ridurre l'uso dei farmaci sedativi e/o analgesici .

Con i limiti apportati alla sperimentazione dall'emergenza Sars-Cov2 possiamo comunque affermare che la comunicazione ipnotica sia un valido aiuto come strumento a disposizione di medici e infermieri del nostro reparto per gestire situazioni di dolore, ansia e stress dei nostri pazienti come tecnica alternativa e/o integrata ai farmaci sedativi e analgesici.

Anche se a nostra disposizione ci sono ancora pochi dati, l'uso delle tecniche di comunicazione ipnotica ci ha dimostrato che nei nostri pazienti ha ridotto i tempi di esecuzione delle procedure e garantito sempre una stabilità de parametri vitali, riducendo l'uso dei farmaci sedativi e quindi i conseguenti effetti collaterali.

L'uso della comunicazione ipnotica ha inoltre accresciuto l'*empowerment* dei nostri pazienti aiutandoli nel processo di crescita della stima di sé, dell'autoefficacia, facendo emergere risorse latenti e portandoli a scoprire il proprio potenziale positivo di crescita e di azione.

Inoltre questi anni di studio e sperimentazione hanno rafforzato in noi le capacità comunicative e di consapevolezza nell'uso delle parole, anche grazie allo studio della PNL dandoci un enorme aiuto nella gestione di ansia, stress in questo difficile periodo sia in ambito lavorativo che personale.

Bibliografia

1. Nardi G., De Blasio E., Ciruolo R. (2020) Linee Guida per un Centro di rianimazione.
2. Celis-Rodriguez E., Brinchenall C., Clinical practice guidelines for evidence-based management of sedoanalgesia in critically ill adult patients. *Med Intensiva*.(2013), 37 (8): 519-574.
3. Troglic Z., Van der Vagt M., et al. A systematic review of implementation strategies for assesment, prevention and management of ICU delirium and Their effect on clinical outcome. *Critical Care* (2015), 19:157.
4. Vincent JL et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation:the eCASH concept. *Intensive Care Med* (2016), 42:962-971.
5. Morandi A, Nathan E, Brummel NE, et al. Sedation, delirium and mechanical ventilation: The “ABCDE” approach. *Current Opinion in Critical Care Medicine* 2013, 41 (9).
6. Edoardo Casiglia et al (2015) Trattato di Ipnosi e altre modificazioni della coscienza.
7. Franco Granone. (1983). Trattato di ipnosi.
8. Enrico Facco. (2016) Hypnosis and anesthesia: back to the future. Edizioni Minerva Medica.
9. Reidun K., Sandvik , Brita F. (2019) Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*.
10. Clinical practice guidelines for the manegement of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unite: Executive summary. *American Journal of Health System Pharmay*, 70 (1), 53-58.
11. Devlin J.W., Strobik Y., Gelinias (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and manegement of pain, agitation/sedation, delirium, immobility and sleep disruption in adult patient in the ICU.

