



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2020

Tesi

***L'UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN
AMBITO CARDIOLOGICO***

Candidato: Dott. Claudio Peila

Relatore: Prof. Edoardo Casiglia

INDICE

• Premessa	1
• Cenni storici dell'ipnotismo in Piemonte	3
• Ipnosi e cardiologia	7
• Esperienza personale	10
• Caso clinico 1: impianto di defibrillatore	11
• Caso clinico 2: ecocardiografia transesofagea	12
• Caso clinico 3: ecocardiografia transesofagea	13
• Caso clinico 4: impianto di pacemaker	14
• Caso clinico 5: impianto di pacemaker	16
• Caso clinico 6: impianto di loop recorder	17
• Caso clinico 7: impianto di defibrillatore	18
• Conclusioni	20
• Bibliografia	21

PREMESSA

“L’ipnotismo è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psico-fisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creato fra questi e l’ipnotizzatore” (Franco Granone 1961).

L’ipnosi è un modo di essere dell’organismo e può anche essere autoindotta, mentre l’ipnotismo è la tecnica che permette di raggiungere tale condizione.

Questa si realizza attraverso il cosiddetto monoideismo plastico: la parola suggerisce un’idea che rappresentata mentalmente diventa esclusiva e riflettendosi sul piano psicosomatico genera modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine e immunitarie. Trattasi di uno stato presente anche nella vita quotidiana che si realizza senza che la maggior parte di noi se ne accorga, ad esempio guidando un’auto in autostrada a velocità costante per diversi chilometri, correndo o nuotando a lungo con lo stesso ritmo o isolandosi dal mondo circostante nella lettura di un libro o nella visione di un film. Non dimentichiamo inoltre lo stato di trance mistica, artistica o agonistica.

Uno stato ipnotico si verifica ogni volta che la mente umana si focalizza verso il mondo interiore e attiva le caratteristiche dell’emisfero cerebrale destro (immaginazione, fantasia, emozione, gioco, creatività, intuizione...) tralasciando momentaneamente le funzioni del sinistro (pensiero logico, razionale, critico, linguaggio articolato...).

La cosiddetta trance ipnotica si presenta attraverso diversi livelli che vanno da forme leggere, superficiali a forme estremamente profonde come lo stato sonnambulico o quello stuporoso. La suggestionabilità è comunque indipendente dallo stato raggiunto, come affermato da Granone, per quanto sia più evidente negli stati più profondi, in cui si accompagna spesso ad amnesia. È fondamentale il rapporto ipnotista/ipnotizzato per il passaggio dal semplice ottundimento della facoltà critica all’accettazione della direttività suggerita, sempre senza forzature da parte dell’operatore e nel pieno rispetto del soggetto interessato. Le

suggerzioni vengono vissute come reali, appartenenti al mondo fisico parimenti alle variazioni indotte.

L'ipnosi è pertanto uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale il soggetto raggiunge un'elevata capacità di controllo sul proprio organismo con conseguenze fenomenologiche psichiche e fisiche, che possono condurre ad effetti clinicamente utili.

La comunicazione ipnotica è una valida opportunità in ambito sanitario e può trovare la sua applicazione in tutti i campi della medicina: dalla psichiatria alla medicina generale, chirurgia, ginecologia e ostetricia, pediatria, oncologia, odontoiatria, dermatologia, medicina d'urgenza e anesthesiologia; proprio per la gestione del dolore acuto e cronico può avere un ruolo fondamentale.

CENNI STORICI DELL'IPNOTISMO IN PIEMONTE

L'ipnotismo, dal magnetismo animale, o mesmerismo, alle concezioni più moderne, è una disciplina antica e ormai consolidata a livello scientifico internazionale, in particolare nelle università e nel sistema sanitario dei paesi di lingua anglosassone.

La cultura italiana, da questo punto di vista, è ancora piuttosto in ritardo, ma proprio a Torino e più in generale in Piemonte l'ipnotismo ha sviluppato una sua storia rilevante, con significativi contatti con l'Università degli Studi, su cui la cultura pedemontana gravita da secoli.

L'ipnotismo, presso l'Università di Torino, non è affatto una presenza estemporanea, bensì un filone di studio, di ricerca e di applicazione ben radicato, secondo una tradizione solida e ininterrotta da oltre due secoli.

La scuola piemontese ha rappresentato la tradizione ipnotistica di gran lunga principale nella storia scientifica italiana, benché vi siano varie espressioni in altre aree della penisola, talvolta assai importanti ma in genere meno sistematiche.

La tradizione ipnotistica piemontese si è spesso giovata del contributo di ricercatori e di clinici provenienti anche da altre parti d'Italia, i quali hanno trovato, proprio in questo specifico ambiente intellettuale, un terreno particolarmente fertile per i loro studi.

Sebastiano Giraud, medico piemontese di fama europea ed esponente della vita massonica sabauda, nato a Pinerolo nel 1735 e morto a Torino nel 1803, fu tra i più accesi seguaci del mesmerismo, al punto che dovette esiliarsi in Francia per il divieto all'esercizio delle pratiche magnetiche impostogli da Carlo Emanuele III nel 1770, ritornando in Piemonte solo dopo la conquista napoleonica.

Il primo testo originale prodotto da un autore italiano sul magnetismo animale mesmeriano è ritenuto essere quello di Giovanni Tommaso Mullatera, nato a Biella nel 1727 e deceduto a Torino nel 1805, medico e storico che nel 1785

pubblicò *“Del magnetismo animale, e degli effetti ad esso attribuiti nella cura delle umane infermità”*. Il libro fu stampato con l'imprimatur ufficiale della Chiesa Cattolica e dedicato ad Innocenzo Laneri, professore di medicina all'Università di Torino.

Tra i primi a porre le basi dell'ipnosi accademica italiana vi fu Francois Amédée Doppet (1753-1799), giovane generale napoleonico italo-francese, nato e cresciuto a Chambéry in Savoia, il quale si laureò in medicina all'Università di Torino. Appassionatosi alle arti magnetiche frequentò a Parigi i corsi di Charles Deslon, uno dei discepoli di Mesmer. Si segnala *“Traité historique ed pratique du magnétisme animal”* pubblicato a Torino nel 1784.

Il rilievo dell'Università di Torino per gli studi magnetistico-ipnotistici italiani ci viene confermato, anche per la seconda metà dell'Ottocento, dallo storico cremasco Mauro De Zan, che ci fa presente come: *“Mentre a Milano e a Padova questi studi appaiono episodici e condotti da medici, con l'eccezione di De Giovanni, di limitata fama e valore, a Torino è l'élite medica che si dedica, con una certa continuità, a questo particolare ambito della psicologia sperimentale fin dai primissimi anni ottanta.”*

Nell'Ottocento l'esponente più vivace e meglio conosciuto a livello internazionale fu sicuramente Cesare Lombroso (1835-1909), nato a Verona, ordinario di medicina legale, di psichiatria e poi di antropologia criminale all'Università di Torino. Lombroso si occupò di ipnotismo per un lungo periodo della sua carriera con una prolifica attività di ricerca e sperimentazione: *“potè verificare più volte in epilettici, melanconici e isterici la loro grande sensibilità all'azione del magnete”* (Lombroso, Regio Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, rendiconto, 1874). Tra le sue innumerevoli pubblicazioni meritano una segnalazione *“Studi sull'ipnosi”* del 1886 e *“Ricerche sui fenomeni ipnotici e spiritici”* del 1909.

Un personaggio che rappresenta il rinomato contributo ipnotistico italiano del primo Novecento è certamente Enrico Morselli (1852-1929), nato a Modena, che diresse il manicomio di Macerata e poi diventò direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino, dove conobbe Lombroso. Morselli, tra l'altro, pubblicò

un rilevante trattato su *“Il magnetismo animale. La fascinazione e gli stati ipnotici”* (Torino, 1886).

Tra i primi annunci di una rinnovata modernità dell'ipnosi novecentesca troviamo Padre Pio Michele Rolfi, professore di filosofia, che nel 1905 scrisse un libro di ampia diffusione, pubblicato con l'imprimatur del vescovo di Mondovì presso la locale Tipografia Editrice Vescovile, dal titolo *“La magia moderna ossia l'ipnotismo-spiritismo ai giorni nostri”*.

Uno dei pochi manuali di ipnosi che sono stati prodotti in Italia in ambito scientifico fu *“Suggestione e persuasione (Psicoterapia) nella cura delle malattie nervose”*, pubblicato nel 1927 da Giuseppe Roasenda, professore ordinario di neuropatologia all'Università di Torino.

L'ipnotista italiano più convinto e più attivo durante la seconda metà del Novecento fu con ogni probabilità Franco Granone (1911-2000), originario dell'isola di Favignana, che svolse la sua lunga carriera come primario neurologo presso l'Ospedale Generale Sant'Andrea di Vercelli, in cui nel 1965 fondò il primo centro ospedaliero italiano di ipnosi clinica e sperimentale annesso alla divisione di neurologia. Docente di psicologia presso la facoltà di medicina dell'Università di Vercelli insegnò costantemente in scuole di specializzazione e di perfezionamento di varie università italiane. Dal 1962 al 1989 pubblicò per UTET sei edizioni del suo *“Trattato di ipnosi”* (1), ancora oggi un testo di fondamentale importanza per la sua completezza e di riferimento per lo studio dell'ipnosi clinica. Sempre a Torino fondò, nel 1979, il Centro Italiano di Ipnosi Clinica-Sperimentale (CIICS), diventato nel 2014 *“ISTITUTO FRANCO GRANONE – CIICS”*. A vent'anni dalla morte del fondatore, i corsi, che vengono svolti con cadenza annuale, permettono la fedele trasmissione e la diffusione del pensiero granoniano a numerosi esponenti del mondo medico e delle professioni sanitarie. Nel 2015 Edoardo Casiglia, in collaborazione con numerosi docenti e didatti del centro, pubblicò il *“Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza”* (2), ideale prosecuzione del testo di Granone, con la finalità di aggiornare ed ampliare la

visione dell'ipnosi al di là dell'ambito medico, addentrandosi in varie tematiche della componente umana.

In campo anestesiologicalo Enrico Ciocatto (1918-1988), presidente della Società Italiana di Anestesia e direttore dal 1962 della scuola di specializzazione in anestesiology e rianimazione all'Università di Torino, riconobbe l'utilità dell'ipnosi nel modificare la soglia del dolore con conseguente riduzione dell'utilizzo di analgesici e sedativi.

Più recentemente troviamo due testi prodotti da cattedratici italiani, entrambi docenti all'Università degli Studi di Torino: "*Ipnosi: Aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici*" pubblicato nel 1980 da Guglielmo Gulotta (1939) professore ordinario di psicologia giuridica ed il "*Manuale completo di ipnosi*" di Felice Perussia (1951), professore ordinario di psicologia generale, pubblicato nel 2013.

Riassumendo, l'Università di Torino e più in generale la cultura del Piemonte, sono stati il terreno dove meglio si è radicata ed è cresciuta la pianta della ricerca e dell'applicazione sistematica dell'ipnotismo e della suggestione.

Anche altre realtà culturali italiane, in questi secoli, hanno notevolmente contribuito allo sviluppo della materia, ma la tradizione torinese-piemontese ne è l'aspetto più ampio e più visibile, che potrebbe anche essere paragonato alla più solida tradizione ipnotistica delle grandi università d'oltre alpe e d'oltre oceano, mentre non ha eguali come continuità di approfondimento scientifico e clinico in Italia.

IPNOSI E CARDIOLOGIA

Dal 12 aprile 1829, quando Jules Cloquet effettuò una mastectomia in analgesia ipnotica su una paziente di 64 anni, ai giorni nostri l'ipnotismo fu sperimentato con successo in molti casi in medicina e chirurgia.

Montgomery pubblica nel 2002 un'ampia revisione meta-analitica di studi in cui si utilizzò l'ipnosi in pazienti chirurgici al fine di valutare l'efficacia di tale metodica, i risultati indicarono che i gruppi trattati con ipnosi avevano risultati clinici migliori rispetto all'89% dei gruppi di controllo confermandone l'utilità come tecnica aggiuntiva (3).

Altri studi hanno dimostrato una riduzione della percezione ed elaborazione dello stimolo doloroso indotto dalla chirurgia, sia in fase procedurale (4), in particolare nelle procedure a minor impatto (5), che nel decorso postoperatorio (6,7).

In ambito cardiologico la maggior parte delle procedure diagnostiche e terapeutiche richiedono che il paziente sia sveglio, con un discreto grado di vigilanza per garantirne la collaborazione, la comunicazione dei sintomi e il rapido riconoscimento di eventuali complicazioni; nello stesso tempo è fondamentale il mantenimento dell'immobilità sul lettino radiologico per tempi che possono anche essere di alcune ore nei casi più complessi. Classicamente la cardiologia interventistica comprende l'effettuazione di impianti di stimolazione per bradiaritmie e defibrillazione, sia transvenosi che sottocutanei, gli studi elettrofisiologici e le procedure di ablazione transcatetere di aritmie sopraventricolari e ventricolari, l'angiografia coronarica e l'angioplastica, la chiusura con device di difetti congeniti e l'occlusione dell'auricola. Solitamente si effettua un'anestesia locale eventualmente associata a una blanda sedazione farmacologica e alla terapia antalgica, ma talora bisogna avvalersi della sedazione profonda. Si evince che la gestione dello stress e della componente ansiogena e il controllo del dolore sono fondamentali per la sicurezza e l'efficacia della procedura oltre che per il benessere del paziente. Altre attività che possono generare ansia e disagio sono l'ecocardiografia transesofagea, in particolare in

ambito pediatrico, la pericardiocentesi e il posizionamento di un pacemaker temporaneo.

In campo cardiovascolare l'ipnosi è stata ampiamente studiata dal punto di vista sperimentale da Casiglia e coll. presso il laboratorio di ipnosi sperimentale del dipartimento di medicina dell'Università di Padova, monitorando vari parametri fisici tra cui la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la portata cardiaca, le resistenze periferiche. Tra l'altro hanno dimostrato che i riflessi cardiovascolari da stress non si modificano in ipnosi confermando un reale blocco dello stimolo nocicettivo e non solo un meccanismo dissociativo, anche confrontando analgesia ipnotica focale e generale (8,9).

La letteratura relativa all'uso dell'ipnosi in cardiologia clinica è piuttosto scarsa, con riferimenti a casi isolati o piccole casistiche.

Nello studio di Weinstein, pubblicato nel 1991, si valutò l'ipnosi durante angioplastica: nei 16 pazienti trattati, confrontati con 16 controlli, si dimostrò un aumento del 25% del tempo di gonfiaggio associato a una significativa riduzione del trattamento antidolorifico (10).

Anche Baglini e coll., nel 1998, mettono in confronto la sedazione ipnotica con quella farmacologica in uno studio randomizzato di 46 pazienti sottoposti ad angioplastica dell'arteria discendente anteriore; l'attivazione simpatica cardiaca fu bloccata dall'ipnosi, ma non dai farmaci (11).

In cardiocirurgia, dopo episodiche esperienze all'inizio dello scorso secolo, casistiche più recenti riportano una riduzione dell'ansia, del controllo del dolore, dell'assistenza ventilatoria e di conseguenza del tempo di ospedalizzazione in pazienti trattati con l'ipnosi prima dell'intervento (12,13,14). E' attualmente in corso presso l'Ospedale Universitario di Liegi, Belgio, un trial volto a valutare l'efficacia dell'ipnosi e della realtà virtuale in pazienti sottoposti a procedure cardiocirurgiche (rivascolarizzazione coronarica, sostituzione valvolare mitralica ed aortica, altro) (15).

L'ipnosi si è dimostrata superiore al midazolam per ridurre l'ansia, mantenendo il controllo, in pazienti sottoposti ad ecocardiografia transesofagea in un recente studio effettuato a Istanbul (16). In Italia identici risultati sono stati pubblicati da Montis e Sirigu dell'Ospedale Brotzu di Cagliari su 50 adulti affetti da cardiopatia congenita (17). Per la stessa procedura Amedro e coll. nel 2019 dimostrano in 16 adolescenti, 10-18 anni, che l'ipnosi è fattibile ed efficace e potrebbe essere una buona alternativa all'anestesia generale (18).

Nel 2018 il gruppo di Gaita di Torino riporta 5 casi di utilizzo dell'ipnosi per il controllo del dolore durante l'ablazione transcatetere delle aritmie (19).

In aritmologia interventistica una casistica ampia è quella del gruppo di Scaglione dell'Ospedale Cardinal G. Massaia di Asti, che ha testato la comunicazione ipnotica a scopo antalgico periprocedurale in 70 pazienti sottoposti ad ablazione della fibrillazione atriale. Rispetto al gruppo di controllo si è assistito a un notevole aumento della tollerabilità dell'intervento per riduzione dell'ansia e del dolore, una significativa riduzione dell'utilizzo di farmaci anestetici con conseguenti minori effetti collaterali e costi e una ridotta percezione della durata procedurale (20).

Recentemente Garcia e coll. hanno valutato la superiorità dell'ipnosi versus placebo durante ablazione del flutter atriale. Lo studio, randomizzato, ha arruolato 113 pazienti nel periodo 10/2017-9/2019 concludendo che la percezione del dolore, valutata ogni 5 minuti durante la procedura, e l'utilizzo di morfina era significativamente più bassa nel gruppo ipnosi (21).

ESPERIENZA PERSONALE

Sulla base delle esperienze estremamente positive comunicatemi da colleghi che avevano iniziato ad utilizzare l'ipnosi nel controllo del dolore e dello stress correlati a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive cardiologiche ho deciso di affrontare questo percorso iscrivendomi al corso dell'Istituto Franco Granone.

Occupandomi prevalentemente di aritmologia e cardiostimolazione il mio interesse era focalizzato all'utilizzo della comunicazione ipnotica periprocedurale in sala di elettrofisiologia, ma con il procedere delle lezioni ho pensato di ampliare il mio campo di azione a tutte quelle situazioni potenzialmente ansiogene o dolorose che si possono incontrare nella pratica clinica quotidiana in un reparto di cardiologia periferico, quale quello dell'Ospedale di Pinerolo - Torino. Tale interesse si è trasformato in un progetto operativo approvato a livello aziendale dai direttori del dipartimento medico e dell'area formazione.

In un prossimo futuro vorrei valutare tale metodica in situazioni aritmologiche con significativa componente psicosomatica, quali l'extrasistolia in assenza di cardiopatia strutturale e il cardiopalmo da stress.

Il particolare periodo in corso, caratterizzato dalla pandemia COVID-19, ha ridotto la possibilità di utilizzo della comunicazione ipnotica e quindi della casistica fattibile.

Nelle pagine seguenti riporto una selezione dei casi clinici effettuati; la scelta si è basata su quelli più significativi con aspetti differenziali clinici, di risultato e di gestione del caso.

Caso clinico 1: impianto di defibrillatore

C.A. femmina 77 anni

Paziente affetta da cardiomiopatia ipocinetica a coronarie sane, severa riduzione della contrattilità globale (FE: 26%) per cui si pose indicazione all'impianto di un defibrillatore in prevenzione primaria.

Prima della procedura proposi alla paziente, che non conoscevo, di utilizzare la tecnica comunicativa ipnotica a scopo rilassante e adiuvante analgesico.

In sala, con la paziente sul lettino radiologico durante la preparazione del campo sterile, procedetti alla fase di induzione con focalizzazione sensoriale a occhi chiusi sul respiro, suggestione di rilassamento e luogo sicuro generalmente definito, senza indicazioni specifiche.

Si praticò l'anestesia locale come da protocollo del nostro centro: Lidocaina 10 mg sottocute + Mepivacaina 20 mg sui piani più profondi.

La paziente rimase tranquilla e rilassata durante l'intera procedura senza segni di sofferenza, a un certo punto disse che vedeva dei "bei papaveri rossi", successivamente ci raccontò che aveva partecipato alla preparazione del carro allegorico del suo paese costruendo dei papaveri di cartapesta.

Al rientro in reparto la paziente pianse per la commozione e la felicità di aver vissuto un'esperienza piacevole durante una procedura chirurgica, il giorno successivo mi chiese se fosse possibile fare altre sedute di ipnosi.

Caso clinico 2 : ecocardiografia transesofagea

L.R. femmina 28 anni

Esecuzione di ecocardiografia transesofagea per sospetta pervietà del forame ovale.

La paziente si presentò per l'esame apparentemente tranquilla e collaborante ma non fu possibile l'introduzione della sonda nonostante ripetuti tentativi e la somministrazione di benzodiazepine e scopolamina butilbromuro ev, pertanto si rimandò l'esame a una data successiva.

In occasione del secondo appuntamento proposi alla paziente di utilizzare la comunicazione ipnotica per raggiungere un maggior grado di rilassamento e facilitare l'introduzione della sonda, subito mi disse che era incredula riguardo "tali metodi" ma che avrebbe accettato.

Indussi suggestioni di rilassamento, di freschezza a livello del cavo orale e gola e di scorrevolezza della sonda endoscopica.

Come premedicazione non si praticarono benzodiazepine, ma solo scopolamina butilbromuro 10 mg ev.

L'introduzione della sonda fu possibile al primo tentativo e si effettuò l'intero esame con buona tolleranza, a un certo punto la paziente segnalò il desiderio di rimozione.

Al termine mi disse che non era riuscita ad abbandonarsi completamente, ma che la mia voce l'aveva calmata ed era contenta di aver effettuato l'esame.

Caso clinico 3: ecocardiografia transesofagea

R.M. maschio 64 anni

Paziente affetto da cardiomiopatia ipocinetica su base valvolare (marzo 2020 sostituzione della valvola aortica con bioprotesi e plastica della valvola mitralica, intervento complicato da shock cardiogeno), severa riduzione della contrattilità globale (FE: 10%), ricovero per ipertermia con sospetta vegetazione da endocardite batterica a livello mitralico all'ecocardiogramma transtoracico, per cui si pose indicazione all'esecuzione di indagine transesofagea.

Il paziente aveva già eseguito un precedente ecocardiogramma transesofageo, presso un altro centro, con estremo fastidio e non aveva intenzione di ripetere una simile esperienza. Accettò visto l'importanza clinica, ma passò la notte precedente l'esame praticamente insonne e con estrema ansia.

Mi presentai al paziente, che non conoscevo, trenta minuti prima dell'esame e spiegai la possibilità di effettuare la procedura in modo sicuro e ben tollerato utilizzando delle facili tecniche di rilassamento basate sulla comunicazione ipnotica.

Concordammo la suggestione del "gelato alla crema", quindi procedetti alla fase di rilassamento e focalizzazione sensoriale a occhi chiusi sul respiro, successivamente suggerii l'ingestione del gelato con sensazione di freschezza, piacevolezza ed assoluta analgesia a livello esofageo.

Non si praticò alcuna premedicazione.

La sonda ecografica fu introdotta con estrema facilità e il paziente rimase tranquillo e collaborante per l'intera procedura, che fu piuttosto lunga.

Cito testualmente le sue parole al risveglio: "Siete stati eccezionali, mi sono sentito tranquillo ... grazie, grazie, grazie ... mi sono mangiato tre gelati ed appena posso vado fuori a mangiarne uno ... complimenti ... e ancora grazie"

Caso clinico 4: impianto di pacemaker

C.M.A. maschio 32 anni

Paziente portatore di loop recorder impiantabile per un pregresso episodio sincopale di natura non definita.

Durante la rimozione del loop recorder, per esaurimento batterie, il paziente accusò una sensazione presincopale con contemporanea evidenza di ipotensione e bradicardia rapidamente evolvente in una prolungata asistolia che richiese manovre rianimatorie, a questo punto si pose indicazione all'impianto di pacemaker definitivo da effettuarsi in una seconda seduta. Un ulteriore episodio sincopale, con asistolia documentata, si verificò in occasione di prelievo venoso.

In previsione dell'impianto di pacemaker il paziente era molto preoccupato, in quanto sicuro di dover incorrere nuovamente in manovre rianimatorie per arresto cardiaco.

Proposi di effettuare la procedura con l'ausilio della comunicazione ipnotica e vista l'importante componente vagale chiesi al paziente di individuare come suggestione un'attività fisica di suo gradimento e di discreto impegno, al fine di mantenere valori pressori e frequenza cardiaca in un range di normalità: scelse l'arrampicata in falesia.

In sala, con il paziente posizionato sul lettino radiologico con gli occhi chiusi, procedetti alla fase di induzione con suggestioni di rilassamento diffuso, di analgesia e successivamente di arrampicata come concordato.

Si praticò l'anestesia locale modificando il protocollo abituale del nostro centro per dimezzamento della dose e diluizione 1:1 con fisiologica: Lidocaina 5 mg sottocute + Mepivacaina 10 mg sui piani più profondi.

Nelle fasi iniziali della procedura il paziente era perfettamente tranquillo e ci confermò che stava arrampicando.

Improvvisamente riferì una sensazione di calore al viso e controllando i parametri vitali notai bradicardia e iniziale ipotensione, piuttosto che somministrare atropina

e liquidi, suggerii al paziente che in quel momento avrebbe effettuato un passaggio particolarmente difficile dell'arrampicata con percezione di un aumento del battito cardiaco per il conseguente impegno fisico e mentale, in breve tempo la frequenza cardiaca e i valori pressori ritornarono alla normalità e scomparvero i sintomi lamentati.

Quasi al termine dell'impianto il paziente chiese se poteva iniziare la discesa in quanto era arrivato molto in alto nella parete e si trovava in sosta di sicurezza, ovviamente gli dissi di scendere con cautela e tranquillità per poter terminare la procedura.

Al risveglio chiesi al paziente quanto fosse durata la procedura e lui mi disse 20 minuti a fronte di effettivi 90.

La sensazione dolorosa avvertita fu di 3-4 su scala di 10 ed esclusivamente nella fase terminale; segnalò che non si praticò altro anestetico oltre a quello iniziale e che, come sopra riportato, la dose totale fu la metà di quella abitualmente utilizzata.

Caso clinico 5: impianto di pacemaker

G.G. maschio 77 anni

Ricovero per sincope con evidenza di malattia delle vie di conduzione (BAV II Mobitz 2) in valvulopatia aortica, indicazione all'impianto di pacemaker definitivo.

Prima della procedura proposi al paziente di utilizzare la tecnica comunicativa ipnotica a scopo rilassante e adiuvante analgesico.

In sala, con il paziente sul lettino radiologico a occhi chiusi, procedetti alla fase di induzione con focalizzazione sensoriale sul respiro e sul rilassamento muscolare, suggestione di analgesia in sede sottoclaveare sin e ratifica tramite stimolazione cutanea con ago.

Si praticò l'anestesia locale modificando il protocollo abituale del nostro centro per dimezzamento della dose e diluizione 1:1 con fisiologica: Lidocaina 5 mg sottocute + Mepivacaina 10 mg sui piani più profondi.

L'impianto si svolse regolarmente, senza alcuna complicazione, con il paziente tranquillo che si lamentò per dolore esclusivamente durante il confezionamento della tasca sottocutanea.

Al termine disse di non aver avvertito alcun fastidio e su ulteriore richiesta di chiarimento, valutò in 0 su scala di 10 la sensazione dolorosa procedurale.

La completa amnesia dell'evento mi confermò che la sintomatologia accusata fu sicuramente di minima entità e di breve durata.

Caso clinico 6: impianto di loop-recorder

L.M. femmina 61 aa

Anamnesi remota negativa, la paziente accede al pronto soccorso per episodio sincopale senza prodromi.

Accertamenti neurologici (TAC encefalo, elettroencefalogramma) negativi, al massaggio seno-carotideo pausa di 2,4" con onda p non condotta, per cui si pose indicazione all'impianto di un loop recorder.

Nonostante la scarsa invasività della procedura (Medtronic Reveal LINQ) la paziente si presentava piuttosto ansiosa e preoccupata, per tale motivo le proposi di utilizzare la comunicazione ipnotica, che accettò dopo una prima fase di perplessità.

Con la paziente in posizione supina, con gli occhi chiusi, proposi dapprima suggestioni di diffuso rilassamento e in seguito di luogo sicuro e piacevole senza specifiche definizioni, validai il grado di ipnosi con la levitazione del braccio e indicai completa anestesia nella zona interessata dall'impianto.

La procedura si svolse velocemente con la paziente assolutamente serena.

Al risveglio mi chiese se avevamo già fatto l'impianto e quanto tempo fosse passato, in quanto non aveva avuto alcuna percezione e si era vista al mare al suo paese d'origine nel sud dell'Italia.

In un secondo tempo mi ringraziò per averla convinta a utilizzare l'ipnosi visto il suo iniziale scetticismo.

Caso clinico 7: impianto di defibrillatore

B.F. maschio 63 aa

Paziente affetto da cardiopatia ischemica: pregressa rivascolarizzazione miocardica e ventricoloplastica, fibrillazione atriale parossistica, evoluzione ipocinetica (FE: 35%), ricovero per sincope ed evidenza di blocco trifascicolare.

Si pose indicazione all'impianto di un defibrillatore se possibile con resincronizzazione.

Il pomeriggio precedente all'intervento proposto al paziente l'utilizzo della comunicazione ipnotica e concordammo di effettuare subito una seduta per testare le sue capacità e accorciare i tempi in sala.

Con il paziente nel letto di unità coronarica a occhi chiusi procedetti all'induzione con focalizzazione sul respiro, rilassamento muscolare e suggestione di luogo e situazione piacevole (mi aveva preannunciato di voler fare una passeggiata sul lago di Garda), effettuai la ratifica con la levitazione dell'arto e prima di risvegliarlo gli fornii l'ancoraggio con unione di indice e pollice della mano sinistra.

La sera stessa il paziente utilizzò autonomamente l'ancoraggio per ripetere l'esperienza.

Il giorno successivo, in sala sul lettino radiologico, entrò rapidamente in trance ipnotica con l'ancoraggio a cui aggiunsi brevi rinforzi e in particolare, la suggestione di analgesia in sede sottoclaveare sin.

La procedura fu piuttosto lunga, circa 150 minuti, per l'impossibilità a reperire soglie adeguate a sinistra, nonostante i ripetuti tentativi in sedi diverse; alla fine si decise per impianto di solo defibrillatore bicamerale.

Il paziente rimase tranquillo, senza alcun segno di malessere, per tutto il tempo, prima di risvegliarlo suggerii sensazioni di benessere e analgesia in sede di impianto sino al giorno successivo.

A fine procedura ci riferì che aveva fatto un lungo giro lungo il lago di Garda arrivando sino a Sirmione e Lazise, che il tutto era durato circa 45 minuti e che

non aveva avuto alcun dolore se non nella fase finale durante il posizionamento del device in tasca e la sutura, stimabile in 2-3 su scala 10.

La mattina successiva disse di essere stato bene, senza alcun fastidio e di aver riposato tranquillamente; la ferita chirurgica era in ordine, piana, senza evidenza di ematoma o comunque di sanguinamento.

CONCLUSIONI

“Quando curi una malattia puoi vincere o perdere. Quando ti prendi cura di una persona vinci sempre.” (Patch Adams 2019)

Ritengo che questa frase bene si adatti a quello che, nella mia interpretazione, può raffigurare la comunicazione ipnotica: un completamento e arricchimento del rapporto medico/paziente che va oltre il puro atto procedurale, diagnostico o terapeutico, ma aiuta a creare empatia, ad "accudire" interamente la persona, sia dal punto di vista fisico che emozionale.

L'ipnosi clinica dovrebbe essere maggiormente considerata in ambito medico perché è uno strumento che può aiutare i nostri pazienti a superare situazioni difficili, l'instaurarsi di una reale comunicazione e quindi di una significativa relazione terapeutica può rendere positiva e meritevole di ricordo un'esperienza potenzialmente spiacevole e disfunzionale.

L'ipnosi non è costosa, non necessita della presenza dell'anestesista, ci permette di ridurre i farmaci somministrati e quindi i rischi di effetti collaterali, migliora la soglia del dolore, aumenta la tollerabilità alle procedure e soprattutto regala al paziente un vissuto gradevole.

Nella mia limitata esperienza ritengo che il fatto più importante non sia aver fatto una fiala di analgesico in più o in meno ma il sentirsi dire dal paziente di essere stato in una situazione di benessere e rilassatezza e di non aver avuto alcun dolore.

BIBLIOGRAFIA

1. Granone F. Trattato di Ipnosi. 6 ed. Torino: UTET; 1989
2. Casiglia E. Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. Padova: CLEUP; 2015
3. Montgomery GH et al. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesth Analg* 2002; 94: 1639-45
4. Butler LD. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 2005; 115: 77-85
5. Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y et al. Hypnosis for acute procedural pain: a critical review. *Int J Clin Exp Hypn* 2016; 64 (1): 75-115
6. Jensen M. The neurophysiology of pain perception and hypnotic analgesia: implications for clinical practice. *Am J Clin Hypn* 2008; 5: 123-48
7. Jensen M. Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med* 2006; 29: 95-124
8. Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N et al. Measured outcomes with hypnosis as an experimental tool in a cardiovascular physiology laboratory. *Int. J. Clin Exp Hypn* 2012; 60 (2): 241-61
9. Casiglia E et al. Hypnotic general anesthesia vs. hypnotic focused analgesia in preventing pain and its reflex cardiovascular effects. *Athens Journal of Health* 2016; 3 (2): 145-58
10. Weinstein EJ, Au PK. Use of hypnosis before and during angioplasty. *Am J Clin Hypn* 1991; 34 (1): 29-37
11. Baglini R, Sesana M, Capuano C et al. Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *Am J Cardiol* 2004; 93 (8): 1035-38
12. Ashton Jr, Whitworth GC, Seldomridge JA et al. The effects of self hypnosis on quality of life following coronary artery bypass surgery: preliminary results of a prospective randomized trial. *J Altern Complement Med* 1995; 1: 285-90
13. Akgul A, Guner B, Cirak M et al. The beneficial effect of hypnosis in elective cardiac surgery: a preliminary study. *Thorac Cardiovasc Surg* 2016; 64 (7): 581-88
14. Ashton Jr, Whitworth GC, Seldomridge JA et al. Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective randomized trial. *J Cardiovasc Surg* 1997; 38 (1): 69-75
15. Rousseaux F, Faymonville ME, Nyssen AS et al. Can hypnosis and virtual reality reduce anxiety, pain and fatigue among patients who undergo

- cardiac surgery: a randomised controlled trial. *Trials* 21; 330 (2020).
<https://doi.org/10.1186/s13063-020-4222-6>
16. Eren G, Dogan Y, Demir G et al. Hypnosis for sedation in transesophageal echocardiography: a comparison with midazolam. *Ann Saudi Med* 2015; 35 (1): 58-63
 17. Montis S, Sirigu D, Marini A et al. L'ipnosi nell'ecocardiografia transesofagea. L'esperienza di un centro di cardiologia pediatrica e delle cardiopatie congenite. *G Ital Cardiol* 2019; 20 (11): 651-57
 18. Amedro P, Gavotto A, Gelibert D et al., Feasibility of clinical hypnosis for transesophageal echocardiography in children and adolescents. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2019; 18 (2): 163-70
 19. Barbero U, Ferraris F, Muro M, Budano C, Anselmino M, Gaita F. Hypnosis as an effective and inexpensive option to control pain in transcatheter ablation of cardiac arrhythmias. *J Cardiovasc Med* 2018; 19 (1): 18-21
 20. Scaglione M, Battaglia A, Di Donna P et al. Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2019; 27 (24): 100405
 21. Garcia R, Bouleti C, Li A et al. Hypnosis versus placebo during atrial flutter ablation the PAINLESS study: a randomized controlled trial. *JACC* 8.2020; Epublished DOI: 10.1016/j.jacep.2020.05.028
 22. Facco E. Hypnosis and anesthesia: back to the future. *Minerva Anestesiol* 2016; 82 (12): 1343-56
 23. Albrecht H, Wobst K. Hypnosis and surgery: past, present and future *Anesthesia & Analgesia* 2007; 104 (5): 1199-1208
 24. <https://www.accademiadelle scienze.it>
 25. <https://www.ipnotecnica.it>