

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2021

**COME LA COMUNICAZIONE IPNOTICA HA MODIFICATO IL MIO APPROCCIO AL
PAZIENTE:**

LE BASI PER IL CAMBIAMENTO

Candidato

I.P. Silvia Ricci

Relatore

Dott. Rocco Iannini

INDICE

Prefazione.....	pag 3
1. La comunicazione ipnotica.....	pag 3
2. La PNEI psiconeuroendocrinoimmunologia.....	pag 5
3. Le mie prime esperienze.....	pag 6
4. Testimonianza scritta di una paziente.....	pag 8
5. Il cambiamento: lo sguardo si sposta da me stessa all'altro.....	pag 9
6. Studio IPNOCIS.....	pag10

PREFAZIONE:

Questo breve elaborato ha l'obiettivo di descrivere la mia esperienza lavorativa in Sala di Elettrofisiologia, un cambiamento in continua evoluzione, soprattutto dopo lo studio della comunicazione ipnotica e delle sue potenzialità.

1. LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

La COMUNICAZIONE IPNOTICA è una tecnica di comunicazione consapevole che guida il paziente nella percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo. Si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che si instaura tra operatore e paziente.

Il linguaggio verbale e quello non verbale possono avere grande potere, sia in senso positivo che negativo, perciò è fondamentale, per un operatore sanitario, utilizzare tale linguaggio in maniera consapevole, per essere d'aiuto nel percorso di cura e guarigione del paziente.

Mi è capitato di vedere la differenza dell'impatto, nel comunicare una brutta notizia, molto diverso a seconda delle parole usate:

- "C'è stata una complicanza durante la procedura e suo marito è grave, ma stiamo facendo il possibile per aiutarlo"
- "Stiamo facendo il possibile per suo marito, ma è molto grave"

Nella prima frase si lascia spazio alla speranza, mentre nella seconda è quasi implicito che il congiunto morirà.

Figuriamoci se lo stesso approccio comunicativo venisse indirizzato al paziente stesso, che si può autoconvincere di essere senza speranza!

In base a queste riflessioni, ho cercato di migliorare la relazione d'aiuto nella pratica assistenziale infermieristica, al fine di ridurre gli stati d'ansia e la percezione del dolore, in sala di elettrofisiologia.

La fiducia instaurata fra infermiere e paziente (YES SET) può essere così potente da indurre una modifica dello stato di coscienza fisiologico e dinamico, che permette la realizzazione di un

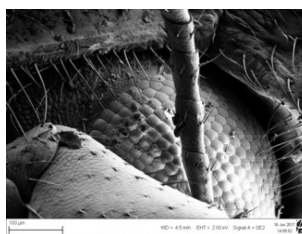
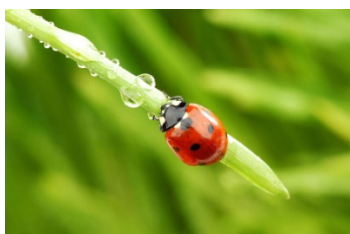
monoideismo plastico in cui il paziente riesce ad influire sul proprio stato psichico e fisico in maniera positiva, realizzando una vera trance ipnotica.

L'ipnosi è così una tecnica comunicativa utile per favorire e accelerare il percorso di guarigione, riabilitazione e adesione alle procedure sanitarie e alla terapia.

Per questo motivo andrebbe, a mio avviso, promossa e implementata, a tutti gli effetti, nei percorsi formativi degli operatori sanitari, medici, infermieri, fisioterapisti.

2. LA PNEI - psiconeuroendocrinoimmunologia

Poco spazio, è lasciato, al giorno d'oggi nella formazione del personale sanitario, allo studio della PNEI- psiconeuroendocrinoimmunologia- ben spiegato dal dott. Iannini, una scienza affascinante che ha cambiato il mio modo di pensare. Ho sempre intuito che il paziente andasse considerato nella sua totalità e che ogni avvenimento potesse influire sulla sua percezione ed evoluzione della malattia, sulla qualità di vita e sulle possibilità di guarigione.



L'immagine a sinistra mostra una coccinella e quella a destra il suo occhio ingrandito al microscopio.

Queste immagini illustrano la necessità di studiare il "molto piccolo", essenziale per la conoscenza e il progresso scientifico. Tuttavia, se vedessimo soltanto l'immagine a destra, perderemmo la visione d'insieme, ovvero la coccinella. Così, considerare, ad esempio, solo la colesterolemia o l'ipertensione, significherebbe perdere la visione del paziente nella sua realtà. L'organismo umano, inteso come un network di sistemi interconnessi, va sempre considerato come un complesso sistema in cui mente e corpo si intersecano e si influenzano. In tal modo, se una persona vive una condizione di stress, percepito come negativo ed eccessivo (distress), potrebbe andare incontro a processi patologici.

Durante questo periodo di studi ho avuto modo di soffermarmi su tutti questi aspetti e di applicare, alla mia pratica quotidiana, i concetti appresi, con tanti tentativi infruttuosi e qualche esaltante successo.

3. LE MIE PRIME ESPERIENZE:

1. *Carla, 92 anni.*

Ho avuto la possibilità di instaurare con una signora novantenne, giunta in Sala di Elettrofisiologia per un impianto di Pace Maker, una relazione così profonda che in pochi minuti si è indotto lo stato ipnotico. Lei è rimasta ferma per tutta la procedura, anche durante la puntura della vena succlavia, senza mai lamentarsi.

Al termine della procedura stessa, dopo l'esduzione, mi ha raccontato di essere stata sempre al mare e di essersi sentita serena per tutto il tempo. Alla mia domanda stupita *"ma non ha sentito dolore?"*, mi ha risposto: *"dolore? No assolutamente no"*.

2. *Mario, 35 anni.*

In un paziente, ex tossico- dipendente, agofobico e in grave stato d'ansia periprocedurale (non riusciva a stare fermo, camminava su e giù per la stanza e quasi piangeva), sono riuscita ad indurre uno stato di profondo rilassamento, tanto che non voleva più riaprire gli occhi. Appena esdotto mi ha chiesto: *"cosa mi hai dato? cosa mi hai fatto? Potente!"*.

Giunto in sala era ancora abbastanza tranquillo, ma appena un mio collega, nel tentativo di rassicurarlo, gli ha detto di non preoccuparsi perchè doveva mettere solo una piccola cannula nel polso per controllare la pressione, è ripiombato nello stato ansioso precedente e sono riuscita a fatica a tranquillizzarlo.

3. *Luisa, 50 anni*

Non credevo di essere stata d'aiuto perchè non ero riuscita ad indurre la trance ipnotica, sono stata ringraziata dalla paziente perchè le ero stata vicina e l'avevo rassicurata sulla sua capacità di superare la procedura.

4. *Alice, 28 anni*

La ragazza, durante lo stato ipnotico, ha iniziato a piangere e singhiozzare, ho fallito perchè spiazzata dalla sua reazione. Non avevo ancora imparato che questo è uno stato dinamico, per cui i pazienti possono anche parlare, rispondere alle domande e non per questo, uscire

dallo stato di trance. Alla fine della procedura mi ha voluto spiegare perchè piangesse e mi ha riferito che nel momento in cui le ho detto di immaginare se stessa in un “posto sicuro”, ha immaginato casa sua e pensando alle sue bambine di 5 e 2 anni si è commossa, anche perchè la sera prima le avevano telefonato chiedendole di tornare presto da loro.

Altre volte non sono riuscita ad avere il benchè minimo successo, non sono riuscita ad aiutare il paziente perchè non sono entrata in contatto con lui.

Ancora adesso a volte fatico, nel poco tempo di cui dispongo prima di una procedura, a capire il canale comunicativo prevalente di una persona: visivo, uditivo o cenestesico.

Questo dimostra che sostanzialmente la comunicazione ipnotica, e l'ipnosi stessa, è RELAZIONE .

4. TESTIMONIANZA SCRITTA DI UNA PAZIENTE

Recentemente, unapaziente, mi ha fatto dono di una lettera in cui ha descritto la sua esperienza:

Mi hanno impiantato un pace maker all'ospedale Maurizio Bufalini di Cesena il 10/09.

L'operazione è durata circa 45 minuti e ha avuto esito positivo.

Durante l'intervento mi è stata d'aiuto un'infermiera che esercita l'ipnosi; ovviamente non avevo mai fatto un'esperienza del genere, ma ora mi sento di affermarne l'utilità e l'efficacia.

Innanzitutto una persona che ti sta a fianco ti fa sentire meno sola e isolata durante un'esperienza insolita che giudichi persino pericolosa oltretutto dolorosa.

Questa persona mi ha sempre parlato come fosse una vecchia amica, con voce suadente e tranquilla, evocandomi il mare e descrivendolo quieto, azzurro, luminoso, rasserenante: ho rivissuto certe mie felici giornate di vacanza.

Certo sapevo benissimo che mi stavano operando (ho percepito persino qualche lieve scricchiolio di ossa??) e ho sopportato qualche attimo un po' doloroso, ma mai mi sono sentita angosciata e impaurita.

E' stata un'esperienza che posso ricordare con serenità e di tutto questo sono grata anche alla signora che mi è stata vicina

Carla

5. IL CAMBIAMENTO: LO SGUARDO SI SPOSTA DA ME STESSA ALL'ALTRO

Prima di frequentare questo corso, spesso dicevo al paziente: *“non si preoccupi, non è niente e solo un'operazione di mezz'oretta”*. Così banalizzavo la sua esperienza, il trauma che l'intervento portava con sé. Adesso ho imparato ad accogliere le paure del paziente e a guidarlo verso una condizione di maggior serenità.

Mentre inizialmente cercavo una soddisfazione personale, quasi come a voler dimostrare a me stessa che ero capace di indurre l'ipnosi, ho capito che il miglior risultato è implementare le capacità del paziente e renderlo certo di potere affrontare, in prima persona, le difficoltà della malattia.

Col tempo le mie percentuali di successo sono aumentate. Inizialmente riuscivo ad indurre l'ipnosi mediamente in un paziente ogni 5, ora in uno ogni 2 (anche se non sempre con risultati eclatanti). A volte, quando penso di aver fallito perchè non ho visto i classici segni della trance ipnotica, il paziente, a fine procedura, mi ringrazia, dicendomi che ho reso molto più facile sopportare l'intervento.

Gli errori mi hanno aiutato a migliorare. Siamo solo all'inizio. Il percorso di crescita è ancora lungo per poter aiutare, con più consapevolezza, le persone che varcano la soglia della Sala Operatoria, ma ne vale la pena.

In questo contesto e con le conoscenze acquisite sono felice di partecipare in prima persona allo studio osservazionale di coorte prospettico non farmacologico, promosso dalla dott. Gardini Beatrice in collaborazione con “Istituto Franco Granone CIICS”, denominato IPNOCIS – **Ipnosi nella Cardiopatia Ischemica Stabile**.

**RICHIESTA DI PARERE AL COMITATO ETICO PER STUDIO OSSERVAZIONALE DI COORTE
PROSPETTICO NON FARMACOLOGICO.**

STUDIO IPNOCIS:

IPNOsi nella Cardiopatia Ischemica Stabile

- Unità operativa presso cui si svolge lo studio:

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale M. Bufalini Cesena

AUSL Romagna

Direttore dell'UO: Dott. Marco Marconi

Responsabile dello studio: Dott.ssa Beatrice Gardini

Collaboratori: Dott. Rocco Iannini (Direttore Immunoematologia Ospedale di Alba, Docente c/o Istituto Franco Granone CIICS), Dott. Marco Marconi (Direttore UO), I.P. Silvia Ricci (tesista c/o corso di comunicazione ipnotica).

Indirizzo: Viale Giovanni Ghirelli, 286, Cesena.

E-mail: beatrice.gardini@auslromagna.it

marco.marconi@auslromagna.it

Telefono: 0547-352827 0547-352828

Promotore dello studio:

UO. Cardiologia Cesena in collaborazione con “Istituto Franco Granone CIICS, Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale”.

Studio spontaneo, in assenza di sponsor industriale.

Non è presente alcun rimborso o corrispettivo economico.

Lo studio è monocentrico.

Il presente studio è osservazionale prospettico, non farmacologico. I pazienti saranno trattati con schemi farmacologici usati di routine, in accordo con le linee attuali guida relative alla cardiopatia ischemica.

- DEFINIZIONE DELLO STUDIO

BACKGROUND SCIENTIFICO E RAZIONALE DELLO STUDIO:

Il trattamento della cardiopatia ischemica stabile, nonostante la larghissima diffusione di tale patologia nella popolazione, è ancora oggi controverso e oggetto di notevole interesse scientifico.

Gli obiettivi principali del trattamento di tale patologia sono rappresentati dalla riduzione di mortalità e di infarto miocardico, nonché dal miglioramento della qualità di vita, spesso limitata da frequenti episodi anginosi.

Il ruolo della strategia interventistica (rivascolarizzazione coronarica), come primo approccio alla patologia, nonostante i continui progressi tecnologici, è rimasto marginale negli ultimi anni, non avendo mai dimostrato, nei vari trial, un impatto significativo sulla prognosi di pazienti affetti da cardiopatia ischemica stabile. (1,2,3).

Lo studio COURAGE, pubblicato più di dieci anni fa, ovvero prima del largo impiego di stent medicati, mostrava come l'angioplastica coronarica, come primo approccio al paziente con cardiopatia ischemica stabile, non riducesse significativamente il rischio di morte, infarto miocardico acuto o eventi cardiovascolari maggiori rispetto alla terapia medica ottimizzata.

Il recente trial ISCHEMIA, nonostante l'utilizzo di stent di ultima generazione e di metodiche diagnostiche invasive sofisticate (Fractional Flow Reserve), ha confermato l'assenza di differenze, nell'arco di un follow up di 3,2 anni, fra l'approccio invasivo e quello conservativo, in termini prognostici di riduzione dell'endpoint composito di mortalità per cause cardiovascolari, infarto miocardico, ospedalizzazioni per angina e scompenso cardiaco.

Come endpoint secondario, veniva indagata la qualità di vita secondo tre score, volti a quantificare i sintomi percepiti: Seattle Angina Questionnaire (SAQ), Rose Dyspnea Scale e scala analogica visiva della European Quality of Life (EQ-5D), somministrati ai pazienti al momento della randomizzazione, dopo 1,5-3-6 mesi e di seguito ogni 6 mesi. Sebbene la qualità di vita così misurata, migliorasse in entrambi i gruppi randomizzati, il benessere percepito dal paziente era superiore nel gruppo sottoposto a terapia interventistica.

Quest'ultimo dato offre molteplici interpretazioni, tra cui l'esistenza di un eventuale effetto placebo, relato all'ovvia impossibilità di condurre lo studio in cieco e all'impatto psicologico legato al successo tecnico della rivascolarizzazione coronarica.

In tale contesto si inserisce la possibilità di individuare nuove strategie di controllo dei sintomi, in associazione alla terapia medica ottimizzata della cardiopatia ischemica stabile, volte a migliorare la qualità di vita e la frequenza di episodi anginosi.

L'ipnosi, intesa come stato di coscienza modificato, in cui si osservano alterazioni viscerosomatiche e neuro-ormonali specifiche, rappresenta un'efficace strategia di controllo del dolore e dello stress, già utilizzata in ambito cardiologico, come analgesia nelle procedure interventistiche

di elettrofisiologia (ablazione transcateretere e impianto di device), di emodinamica (coronarografia e angioplastica percutanea) e nella diagnostica invasiva (ecocardiogramma transesofageo). (4,5,6).

Tuttavia, al momento, non è noto se la comunicazione ipnotica, tramite il potenziale effetto analgesico, possa migliorare i sintomi relati alla cardiopatia ischemica cronica, influenzando nella gestione dello stress, nel controllo del dolore e dell'ansia, in supplemento alla terapia medica ottimizzata.

In più, alcuni recenti studi mostrano la riduzione delle resistenze vascolari periferiche indotta dall'ipnosi, legata a modificazioni neuro-ormonali, fra cui l'aumento di ossitocina plasmatica (7,8,9,10).

Il presente studio ha lo scopo di valutare l'efficacia dell'ipnosi nel ridurre la necessità di ospedalizzazione per angina e nel miglioramento della qualità di vita del paziente affetto da cardiopatia ischemica stabile, già in trattamento medico ottimale.

Inoltre, come dato aggiuntivo, vi è lo scopo di valutare le eventuali modificazioni neuroendocrine (riduzione cortisolemia e ACTH, aumento ossitocinemia) indotte dall'ipnosi.

-CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI ELEGGIBILI ALLO STUDIO

Criteri di inclusione:

pazienti di entrambi i sessi, di età compresa dai 18 ai 75 anni, affetti da cardiopatia ischemica stabile.

Criteri di esclusione:

recente infarto miocardico acuto (negli ultimi due mesi)

mancata comprensione della lingua italiana

partecipazione ad altri studi clinici

presenza di patologie psichiatriche (acute o croniche)

assunzione di psicofarmaci

ENDPOINT PRIMARIO

Riduzione delle ospedalizzazioni per angina/infarto miocardico.

ENDOPOINT SECONDARIO

Miglioramento della qualità di vita valutato secondo appositi questionari.

Modifiche neuro-ormonali (aumento dell'ossitocinemia e di prolattinemia, riduzione ACTH e cortisolemia).

SVILUPPO DELLO STUDIO:

Arruolamento dei pazienti secondo i criteri di inclusione.

Randomizzazione dei pazienti in quattro gruppi:

1. terapia medica ottimizzata + ipnosi
2. terapia medica ottimizzata + rivascolarizzazione coronarica + ipnosi

VS

3. terapia medica ottimizzata
4. terapia medica ottimizzata + rivascolarizzazione coronarica

Organizzazione di una seduta ipnotica alla settimana, per quattro settimane consecutive, nei gruppi che lo prevedono.

Somministrazione di questionari relativi alla qualità di vita al momento della randomizzazione e dopo 1 mese, per ogni gruppo.

Dosaggio ossitocinemia, prolattinemia, ACTH e cortisolemia al momento della randomizzazione e dopo 1 mese.

Valutazione degli endpoint primario e secondario, nel gruppo 1-2 vs gruppo 3-4.

BIBLIOGRAFIA

1. *Optical medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. Boden W.E. et al, N Engl J Med 2007.*
2. *A randomized Trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. The BARI 2D Study Group. N Engl J Med 2009.*
3. *Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. Maron DJ et al. NEng J Med 2020.*
4. *Scaglione M et al. Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. IJC Heart and Vasculature 24 (2019).*
5. *Baglini R et al. Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. Am. J. Cardiol. 93 (8) (2004) 1035-1038 Apr 15.*
6. *Amedro P et al. Feasibility of clinical Hypnosis for transesophageal echocardiography in children and adolescents. Eur. J. Cardiovasc. Nurs. (2018 Sept 19).*
7. *Ibanez et al, 2017 ESC guidelines for management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. ESC European heart journal 2018.*
8. *Fioranelli M et al. Stress and inflammation in coronary artery disease: a review psychoneuroendocrineimmunology-based. Frontiers in Immunology, september 2018.*
9. *“Trattato d’ipnosi” F. Granone.*
10. *Mind over matter: reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. J.P. Jamieson et al. Journal of experimental psychology. 2012, vol 141, n.3 417-422.*