

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**C.I.I.C.S.**

**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI**

**CLINICA E SPERIMENTALE**

**Anno 2011**

**APPLICAZIONI DELL'IPNOSI IN CAMPO  
ANESTESIOLOGICO**

**CANDIDATO**

**Dr Giuseppe Roberti**

**RELATORE**

**Dr Giuseppe Regaldo**

# INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>BREVE STORIA DELL'IPNOSI.....</b>	<b>4</b>
<b>LO STATO IPNOTICO.....</b>	<b>6</b>
• <b>Ipnosi spontanea</b>	
• <b>Ipnosi su contratto</b>	
<b>I FENOMENI IPNOTICI.....</b>	<b>9</b>
<b>CAMPI DI APPLICAZIONE IN ANESTESIOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
• <b>Anestesia</b>	
• <b>Terapia Intensiva</b>	
• <b>Terapia Antalgica</b>	
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>19</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>20</b>

## INTRODUZIONE

Definire lo stato di IPNOSI è operazione non agevole, vista la complessità del fenomeno. Tuttavia è possibile attingere al Manuale di Ipnosi del professor Franco Granone per individuare la definizione che più di tutte descrive bene il quadro dello stato ipnotico:

“S’intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico, che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l’ipnotizzatore” (1).

Il prof. F. Granone descrive quindi lo stato di Ipnosi come fenomeno che scaturisce da una relazione, intensa e reale, tra due persone, che si pongono in ruoli diversi, di inducente e di indotto. La competenza dell’uno e la disponibilità dell’altro creano una situazione di grande potenza dinamica in grado di generare il fenomeno ipnotico, più oltre descritto.

L’ipnosi, nella sua evoluzione ed elaborazione, ha dimostrato di essere un potente strumento con numerose possibilità di impiego.

Pur appartenendo specificamente al bagaglio dello psicoterapeuta, essa si è rivelata una metodica utile ad un utilizzo clinico più largo. Molte discipline possono avvantaggiarsene, e tra tutte sicuramente la branca anestesiologicala.

Il presente lavoro intende realizzare una sintetica illustrazione delle concrete possibilità di applicazione dell’Ipnosi nelle tre branche di pertinenza anestesiologicala: l’anestesia, la terapia intensiva e la terapia antalgica.

## BREVE STORIA DELL'IPNOSI

La storia dell'ipnosi parte da molto lontano. Se prescindiamo dalla concezione moderna dell'ipnosi, così come siamo abituati ad immaginarla oggi, come relazione preordinata tra terapeuta e paziente, possiamo rinvenire tracce di fenomeni ipnotici già nella storia più antica dell'umanità.

In molte popolazioni e tribù, fin dalle origini dell'umanità, si mettevano in atto inconsapevolmente tecniche comportamentali capaci di indurre uno stato di coscienza alterato.

Questo fenomeno veniva ottenuto in vari modi: con la scelta di luoghi particolarmente suggestivi, con l'uso di particolari tipi di musiche, con preghiere, riti, canti, balli collettivi. Il denominatore comune a tali attività, e con il supporto di sostanze psicotrope, era quello di ottenere suggestioni utili a produrre uno stato di coscienza diverso da quello abituale, in genere di tipo dissociativo. Non a caso la ritualità prevedeva canti, musiche e preghiere di lunga durata e con caratteristiche di ritmicità, monotonia e continuità. Questi elementi non sono così dissimili da quelli utilizzati dalle principali tecniche di induzione ipnotica dei nostri tempi.

Queste procedure permettevano ai partecipanti di perdere il contatto con la realtà, di aumentare la sensibilità fino ad essere più impressionabili e suscettibili di suggestione..

Le testimonianze più antiche sembrano risalire all'epoca egiziana, al periodo del regno di Ramses XII, nel 1000 A.C.

Tracce documentali, rintracciate nel papiro magico demotico di Leidi, descrivono un'induzione ipnotica ottenuta con l'utilizzo di tecniche vocali, o anche visive, come l'uso di una lampada dondolante davanti agli occhi del soggetto.

Occorre tuttavia attendere il XVIII secolo per avere riflessioni sull'argomento con carattere di scientificità.

Franz Anton Mesmer formulò nel 1779 la teoria del magnetismo animale.

Tale teoria ipotizzava l'esistenza di flussi definiti magnetici in grado di influenzare lo stato di coscienza dei soggetti sottoposti all'osservazione del fenomeno.

Tuttavia i tempi non erano maturi per tale approccio e non si fece attendere la condanna dell'Accademia delle Scienze e della Facoltà di Medicina di Parigi nel 1784.

La commissione indagatrice, formata da grandi scienziati nominati dal re Luigi XVI, giunse alla conclusione che gli apparenti benefici della terapia erano dovuti esclusivamente ad una forma di suggestione, simile all'odierno concetto di effetto placebo. Nonostante ciò, le teorie di Mesmer si diffusero ampiamente

nella società dell'epoca ma furono sempre smentite ed osteggiate dalla comunità scientifica perché ritenute inefficaci sul piano terapeutico e prive di ogni fondamento scientifico.

Solo a metà del 1800 le teorie di Mesmer vennero riprese da James Braid, che fu il primo ad introdurre il termine Ipnosi e a dare un'interpretazione fisiologica al fenomeno.

Gli studi di Braid furono ripresi ed approfonditi da altri studiosi e generarono non poche dispute fra scuole di diverso pensiero. In particolare, le controversie maggiori sull'interpretazione e i meccanismi riguardanti l'ipnosi avvennero tra Hippolyte Bernheim (1840 – 1919), fondatore della scuola di Nancy, e Jean-Martin Charcot (1825 – 1893), stimatissimo neurologo della Salpêtrière di Parigi, sul finire del secolo.

Per la scuola di Nancy l'ipnosi era un fenomeno psicologico “normale” e tutti i fenomeni connessi erano riconducibili a meccanismi di suggestione. Al contrario, Jean-Martin Charcot considerava l'ipnosi un fenomeno “patologico”, ascrivibile alla categoria della nevrosi isterica, di quasi esclusiva pertinenza del sesso femminile.

Nel XX secolo, anche Sigmund Freud (1856-1939) si occupò inizialmente di ipnosi, per poi distaccarsi da tale ambito e virare decisamente verso l'analisi del profondo.

L'affermazione della scuola psicoanalitica freudiana, e la contemporanea morte di Charcot relegarono il tema dell'ipnosi su un piano secondario e portarono alla caduta del suo utilizzo terapeutico per alcuni decenni.

Nel 1954 Milton H. Erickson (1901-1980), psichiatra statunitense famoso per l'importanza attribuita alla relazione medico-paziente, pubblicò una delle prime definizioni di ipnosi su base scientifica; egli la definì come “un tipo molto particolare di comportamento complesso e insolito, ma normale, che in condizioni opportune può essere sviluppato probabilmente da tutte le persone comuni e anche dalla gran parte di quelle che hanno problemi di salute”.

Egli utilizzò la tecnica dell'ipnosi non solo per la cura di problemi psichici e della nevrosi, ma anche per rimodellare i comportamenti ed intervenire sugli stati d'animo e la personalità dei soggetti.

Arrivando ai nostri giorni, il prof. Franco Granone pose le basi in Italia di una ipnosi moderna e le sue intuizioni hanno mantenuto nel tempo piena validità e inalterata attualità.

Quanto segue è frutto dell'impostazione teorica e pratica lasciata dal Prof. Granone a quanti hanno seguito e continuamente elaborato la sua eredità nel campo dell'Ipnosi.

## LO STATO IPNOTICO

La descrizione del quadro clinico osservabile nello stato di Ipnosi è essenziale. Con le giuste estrapolazioni, vista la variabilità delle caratteristiche del fenomeno, è possibile identificare la presenza costante di tre elementi.

1. **condizione di coscienza modificata:** una dissociazione psichica più o meno completa, nella quale il soggetto riferisce di aver provato un'esperienza diversa da quella normale dello stato di veglia. In genere viene descritta una condizione di benessere, con distacco dalla realtà, distorsione temporale, amnesia più o meno completa.
2. **condizione fisica modificata.** Sul viso e nel corpo del soggetto compaiono modificazioni tipiche indotte dalle alterazioni della tensione muscolare, così come si osservano cambiamenti del ritmo respiratorio e della frequenza cardiaca. Tutto ciò si traduce in modificazioni mimiche, in variazioni del diametro della pupilla e dello sguardo (che appare essere fuori fuoco), evidenza di deglutizione e flutter delle palpebre.
3. **fenomeni tipici** dell'ipnosi, riassunti dall'acronimo **LECAMOIASCO** (levitazione, catalessi, movimenti automatici rotatori, inibizione di movimenti regolari, analgesia, sanguinamento, condizionamento) nel testo del Prof. Granone. Esempi di fenomeni utili in campo anestesiological sono un intenso rilassamento muscolare, l'analgesia, la vasocostrizione, ecc.

Restando fedeli alla concezione di Ipnosi del prof. Granone, fondatore del CIICS (Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale), la realizzazione di fenomeni fisici e psichici tipici dello stato ipnotico è mediata dal fenomeno del cosiddetto "monoideismo plastico": un'immagine mentale è elaborata con tale potenza dal soggetto da produrre reali effetti psichici e fisici, del tutto evidenti e oggettivamente incontestabili.

In ogni caso, ciò che va assunto con chiarezza è che lo stato ipnotico non è mai assimilabile a quello del sonno. Chiare evidenze scientifiche, ottenute con l'ausilio di test clinici elettroencefalografici e di tecniche di neuroimaging, lo hanno ampiamente dimostrato: la coscienza viene sempre mantenuta ma è sicuramente modificata.

Il fenomeno ipnotico può sostanzialmente essere di due tipi: spontaneo o indotto.

## ***IPNOSI SPONTANEA***

L'ipnosi spontanea ha la caratteristica di svilupparsi senza induzione esterna e di risolversi altrettanto spontaneamente. Essa insorge durante lo stato di veglia e nel corso di situazioni abituali di vita reale. Molti sono gli esempi che possono rientrare in questa categoria:

- Ipnosi da stanchezza mentale.

Si manifesta quando la mente, sottoposta a stress, esprime la propria stanchezza ed esaurimento con un insensibile sganciamento dalla realtà, L'attività mentale rallenta il suo ritmo e si orienta verso fantasticherie fino a cedere a torpore e sonnolenza.

- Ipnosi da "assorbimento".

L'intensa concentrazione nella lettura, nella visione di un film, nell'ascolto di un racconto, può realizzare con grande potenza le immagini suggerite e indurre uno sganciamento dalla realtà.

- Ipnosi da forte preoccupazione o grandissima aspettativa.

Queste situazioni possono generare uno stato di ottundimento e di trance spontanea in cui la realtà diventa offuscata e passa in secondo piano rispetto al pensiero critico e ad uno stato di coscienza normale. Questa evenienza è frequentissima nell'ambiente della sala operatoria, quando il paziente, per l'ansia e l'aspettativa di quanto lo attende, vive la realtà su un piano leggermente distorto. Questo fenomeno rappresenta una forma blanda di ciò che probabilmente si verifica nella più eclatante ipnosi spontanea da causa traumatica. In tal caso per lo shock fisico, psichico, emotivo, nella frazione di un secondo (pensiamo a quello che succede in un incidente stradale) il soggetto entra in uno stato di shock, che gli consente di reggere il primo impatto del brusco cambiamento intervenuto. Sul volto del soggetto, nel suo corpo e nella sua mente, si sviluppano dei segni tipici dell'ipnosi e si osserva spesso una lieve o completa amnesia retrograda post-traumatica.

In campo traumatologico non è raro osservare questi fenomeni di tipo ipnotico, ed è con questa forma di coscienza alterata che si impatta l'anestesista nel suo ruolo di medico urgentista e rianimatore.

## ***IPNOSI SU CONTRATTO***

L'ipnosi più conosciuta e che più appartiene all'immaginazione collettiva è l'ipnosi su contratto, vale a dire l'ipnosi che viene richiesta dal paziente o che viene proposta dal professionista nel corso di un processo psicoterapeutico.

Questa forma di ipnosi è quella più pertinente al presente lavoro. Infatti, in campo anestesiologicalo solitamente esiste sempre un momento di incontro preliminare tra medico e paziente durante il quale è possibile proporre la procedura ipnotica, allo scopo di portare in sala operatoria un paziente nella migliore condizione di tranquillità. Del resto, sfruttare la potenzialità tranquillizzante dello stato ipnotico indotto prima dell'intervento vuol dire mettere il paziente in una condizione di collaborazione ottimale ed il medico in una situazione di maggiore agio professionale.

## I FENOMENI IPNOTICI

I fenomeni tipici dello stato di ipnosi sono molteplici e tuttavia necessitano di una classificazione.

Un modo di ordinarli è distinguerli in due gruppi in due gruppi:

- fenomeni dell'ipnosi leggera
- fenomeni dell'ipnosi profonda.

Tale modalità di classificazione presenta indubbiamente dei limiti, forse la scarsa pragmaticità, ma occorre considerare che forse non esiste una modalità in assoluto ottimale. Tuttavia essa può aiutare soprattutto il clinico ad avere strumenti semplici per valutare il grado di disponibilità e di suscettibilità del paziente all'esperienza ipnotica.

### I fenomeni dell'ipnosi leggera si caratterizzano per

- La capacità di autonomia, vale a dire la possibilità che ha il soggetto, opportunamente addestrato, di riprodurre gli stessi effetti ipnotici da sé, in condizioni di adeguata concentrazione.
- Assenza di amnesia al termine.
- Condizione di calma mentale e di benessere. La condizione di autocontrollo sulle proprie emozioni e sul proprio corpo dà un immediato benessere al paziente, riducendo i sintomi dello stato di ansia e di stress.
- Rilassamento dei gruppi muscolari, che in stato di ipnosi raggiunge livelli non pensabili nello stato di normalità. Il soggetto si rende conto che i muscoli sono così rilassati da non riuscire quasi a muoverli. Al rilassamento muscolare intenso si può accompagnare una marcata vasodilatazione, responsabile della sensazione di calore, di rossore della cute e di sudorazione di grado variabile.
- Rilassamento della muscolatura liscia, grazie alla quale è possibile ridurre i sintomi di coliche intestinali, spasmi della muscolatura gastrica, spasmi degli ureteri.
- Catalessi di una parte del corpo, che può risultare utile per alcune applicazioni in sala operatoria, come quando è necessario che il paziente, collaborante, mantenga a lungo posizioni scomode. E' ben nota l'applicazione in campo odontoiatrico, laddove si richiede al paziente la condizione di completo abbandono muscolare, il controllo dell'ansia, la

riduzione della percezione del dolore, la riduzione della salivazione e il controllo del riflesso del vomito, il tutto associato ad una catalessi dei muscoli mascellari che fa sì la bocca rimanga completamente spalancata.

- Un certo grado di analgesia. Grazie alla potenza dell'immagine ipnotica i soggetti riescono a contenere la sensazione dolorosa e possono affrontare, aiutati in questo anche dalla riduzione dell'ansia e al maggior controllo emotivo, piccoli interventi o manovre mediche particolarmente ansiogene e dolorose. In associazione, quando è opportuna, è ottenibile anche una vasocostrizione, al fine di ridurre l'eventuale sanguinamento nella sede dell'intervento chirurgico, a conferma della possibilità da parte della mente di influenzare l'attività del microcircolo in corso di ipnosi.

- L'estraneazione dall'ambiente. Con l'ipnosi i soggetti riescono ad alienarsi dal contesto ansiogeno della sala operatoria, concentrandosi sulle suggestioni indotte dall'ipnotista, potenziando così la sensazione di benessere di calma.

#### I fenomeni dell'Ipnosi profonda si caratterizzano per

- **Basso indice di realizzazione.** Solo una quota ridotta di soggetti, stimata intorno al 20%, si mostra capace di realizzarla. L'intervento dalla presenza esperta di un ipnotista è necessaria.

- **Amnesia.** E' il fenomeno più importante e caratteristico dell'ipnosi profonda e trova applicazioni utili quasi esclusivamente in campo anestesilogico e chirurgico, vale a dire in circostanze nelle quali il soggetto desidera non ricordare situazioni spiacevoli che hanno creato ansia e dolore. Al di fuori di queste applicazioni l'amnesia potrebbe essere addirittura un fattore controproducente e una causa di disagio.

- **Analgesia.** Già descritta nella categoria dei fenomeni dell'ipnosi leggera, ma che in questo caso diventa molto più intensa e più profonda tanto da consentire talvolta di intervenire sul paziente con interventi chirurgici alquanto invasivi.

- **Sonnambulismo.** E' una condizione nella quale il soggetto, pur rimanendo in ipnosi profonda, è in grado di aprire gli occhi, parlare, muoversi nell'ambiente e collaborare con il medico. In sala operatoria, è molto utile poter avere un soggetto che, pur continuando a muoversi, è in grado di riferire quanto percepisce e di collaborare e che, pur rimanendo in ipnosi profonda, possa rispondere alle suggestioni somministrate (

come quella di rimanere tranquillo, di non sentire dolore) e di sviluppare un'amnesia, se necessario, al termine della procedura medica.

- **Allucinazioni.** Possono avere un ruolo utile in sala operatoria. Guidato dall'ipnotista, il soggetto è in grado di vedere, toccare, sentire cose che non esistono nella realtà (allucinazioni positive) e, al contrario, di escludere dalla sua percezione sensoriale persone ed oggetti reali (allucinazioni negative).

- **Obbedienza a comandi post-ipnotici.** Si sfrutta la capacità del soggetto di sviluppare, durante lo stato di coscienza recuperata, fenomeni ordinati dall'ipnotista durante la fase ipnotica. In altre parole, rimangono in incubazione della mente profonda le suggestioni benefiche terapeutiche ricevute, che si attiveranno solo nel momento del bisogno. Esempi di suggestioni a valore postipnotico sono: sentirai meno dolore, il sistema immunitario si attiverà per proteggersi dalle infezioni, le ferite guariranno in fretta, il sanguinamento sarà ridotto, dormirai un sonno tranquillo, etc..

La disamina dei principali fenomeni ipnotici apre ampie prospettive all'utilizzo degli stessi in ambito clinico.

Un ambito di interessante applicazione è quello di pertinenza della disciplina anestesio-logico-rianimatoria, che estende la sua attività su una vasta gamma che va dalle procedure anestesio-logiche di interesse chirurgico, come la narcosi o i blocchi anestetici, fino alla terapia intensiva. Un ambito di attività del tutto peculiare è quello rappresentato dal trattamento del dolore acuto e cronico in situazioni cliniche indipendenti dall'atto chirurgico.

Un fattore comune a tutti questi campi di attività è la necessità del controllo del dolore, che in genere viene ottenuto con mezzi farmacologici di diversa potenza.

Tuttavia lo strumento farmacologico non fornisce mai risultati a costo zero, e non è infrequente l'evenienza di effetti collaterali importanti che costringono alla sospensione del trattamento o a continui aggiustamenti, con la conseguenza di vero caos farmacologico. Talvolta, la continua ricerca di farmaci adeguati per il singolo paziente finisce con il favorire l'ingresso in un vero tunnel di disperazione, e del paziente e del medico.

L'ipnosi sembra fornire un'alternativa o almeno un supporto del tutto peculiare, dal momento che fa leva su risorse interne al paziente, la cui slatentizzazione contribuisce ad arricchire il bagaglio terapeutico necessario.

Le teoria sulla generazione del fenomeno analgesico nello stato di ipnosi ha trovato negli ultimi decenni un ricco riscontro teorico in molti studi di

neurofisiologia, che hanno contribuito alla comprensione dei meccanismi implicati nella modulazione del dolore ottenuta con tecniche ipnotiche.

Gli studi condotti negli anni '90, per testare gli effetti delle suggestioni ipnotiche sulla percezione dolorifica ( Moret 1991 e Meier 1993 ), avevano già distinto le due componenti del dolore: quella sensoriale-nocicettiva legata al possibile danno tissutale e la componente affettivo-emozionale in grado di amplificare o ridurre la percezione dolorosa.

Nel 1999 Danzinger e nel 2000 Sandrini sostengono l'ipotesi che l'ipnosi agisce sia distogliendo l'attenzione dallo stimolo doloroso sia attivando meccanismi di inibizione discendente sulla percezione dello stimolo stesso.

Inoltre, la modulazione del dolore indotta da ipnosi non dipende da variazione nella secrezione di endorfine, non viene infatti bloccata dalla somministrazione di naloxone, né da variazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Le evidenze della diagnostica per immagini, ottenute con RMN e PET, hanno mostrato le variazioni dell'attività cerebrale a seguito della percezione dello stimolo doloroso in varie strutture: corteccia cingolata anteriore, insula, corteccia frontale S1, corteccia somato-sensoriale S2, amigdala.

Quando viene implicata la componente discriminativo-sensoriale del dolore (localizzazione, durata e intensità) le aree coinvolte sono il talamo laterale e le aree somato-sensoriali S1 ed S2 degli emisferi. (Hofbauer 2001).

Quando viene accentuata la componente affettiva e valutativa (es. sgradevolezza ) le zone cerebrali coinvolte sono principalmente la regione mediana del talamo e la corteccia cingolata anteriore (Hofbauer 2001).

Recentemente Horton 2004, studiando volontari in RMN ha evidenziato che i soggetti più facilmente ipnotizzabili mostravano una maggior dimensione del rostro del corpo calloso rispetto ai soggetti meno ipnotizzabili ( $p < 0.003$ ); questa regione del corpo calloso mostra connessioni con la corteccia prefrontale e questo potrebbe contribuire a spiegare il feedback inibitorio esercitato dalla corteccia frontale sull'attività del talamo nella percezione del dolore durante l'ipnosi.

## **CAMPI DI APPLICAZIONE IN ANESTESIOLOGIA**

Il medico anestesista esercita nell'ambito clinico la propria attività in diversi settori, che vanno dalla pratica anestesiologicala comunemente intesa, cioè funzionale all'atto chirurgico, al territorio dell'urgenza e della terapia intensiva.

Tutti questi ambiti sono accomunati dall'impatto con un paziente particolarmente sofferente, che vive un profondo disagio fisico e psichico.

Pur non potendo prescindere dal contributo farmacologico al controllo dei sintomi, è sempre auspicabile da parte del curante possedere strumenti che facilitino la relazione col paziente e contribuiscano a renderlo collaborante, il più possibile almeno.

La tecnica ipnotica può senza dubbio entrare a far parte del bagaglio terapeutico, con qualche potenzialità risoltrice in alcuni casi e con funzione di facilitazione terapeutica in altri.

Di seguito si proverà a descrivere il suo utilizzo nei campi di attività di pertinenza anestesiologicalo – rianimatoria.

## ANESTESIA

L'intervento chirurgico rappresenta sempre, al di là delle sue intrinseche finalità terapeutiche, un atto di aggressione nei confronti del paziente. Questi vive l'esperienza chirurgica come un'invasione violenta nel proprio universo corporeo, sentito naturalmente come una unità integra e privata.

Il ruolo tradizionalmente paternalistico del medico fino a poche decenni fa non induceva a tenere in considerazione il vissuto psichico del paziente, che veniva valutato e considerato solo come soggetto da sottoporre ad una procedura chirurgica. Gli unici fattori ad essere presi in considerazione erano quelli fisici, e le stesse procedure diagnostiche venivano eseguite su un semplice criterio di necessità e imprescindibilità, con scarsa o nessuna attenzione al loro potenziale, talvolta notevole, di aggressività e algogenicità.

Fortunatamente, con la trasformazione del rapporto medico-paziente da tipo paternalistico a relazione di natura più contrattuale, il disagio procurato al paziente è venuto più al centro dell'attenzione. In particolare, si è via via più tenuto in considerazione il vissuto personale e psicologico della "persona" nell'evenienza chirurgica.

E così, di conseguenza, si è dato più spazio alla fase prechirurgica, e in particolare al momento della visita anestesiologicala, che è un momento di vera relazione che ben si presta a mettere le basi per un ingresso in sala operatoria più tranquillo, sia per il medico che per il paziente.

Durante la visita anestesiologicala, oltre a fornire il maggior numero di informazioni e spiegazioni cliniche, è possibile introdurre il paziente alla dinamica ipnotica, chiedendone il parere ed il consenso per il momento chirurgico. Indubbiamente, in condizioni logistiche ottimali si potrebbe in tale fase già minimamente addestrare il soggetto a pratiche di rilassamento, da richiamare e potenziare poi in sala operatoria. Ma la normale gestione della routine ospedaliera raramente consente questo lusso relazionale, e pertanto, più realisticamente, nel corso della visita anestesiologicala si può informare il paziente della possibilità di ottenere un buon rilassamento in fase preoperatoria e se ne può ottenere il consenso.

Tutti gli interventi chirurgici possono beneficiare della pratica ipnotica, come risorsa per ridurre l'ansia e il disagio del paziente prima dell'induzione dell'anestesia. Un ottimale rilassamento consente il risparmio di farmaci ansiolitici ed un comportamento neurovegetativo di maggiore stabilità in fase intraoperatoria. In tal caso il momento farmacologico incontra favorevolmente quello di assistenza psicologica.

Esistono tuttavia ambiti chirurgici in cui la pratica ipnotica, pur nella variabilità dei soggetti e dei risultati, può essere anche sostitutiva dello strumento farmacologico. Sono le situazioni chirurgiche in cui l'opportuna

tranquillizzazione del paziente può essere sufficiente a consentire un buon agio chirurgico e una preziosa collaborazione da parte del soggetto.

Dal punto di vista della mia esperienza, gli ambiti in cui ho avuto modo di osservare questo vantaggio sono i seguenti.

***Chirurgia odontoiatrica:*** Non sempre l'anestesia locale riesce ad abolire completamente il dolore procurato dalle procedure chirurgiche, soprattutto nei soggetti in cui la componente ansiosa è di difficile dominio. La "paura" del dentista è tra le più diffuse, e la stessa società di odontostomatologia ritiene che la maggior parte delle situazioni odontoiatriche più difficili e degenerate dipendono dalle resistenze psicologiche dei pazienti a sottoporsi a controlli e pratiche odontoiatriche. Il ritardo di anni comporta costose e impegnative opere di recupero. La ricaduta sociale è enorme, e non sempre opportunamente quantizzata e considerata. La maggior diffusione dell'apporto ipnotico a vantaggio del paziente necessaria.

La posizione del paziente durante la seduta odontoiatrica è normalmente seduta o semiseduta. Ciò consente agevolmente l'utilizzo di tutte le tecniche di induzione ipnotica.

***Chirurgia oculistica:*** Per i frequentatori di sale operatorie è di tutta evidenza che, in ambito ospedaliero, la maggior parte degli interventi oculistici riguarda pazienti anziani da sottoporre ad intervento di sostituzione del cristallino per cataratta.

Il fatto che si tratti di pazienti anziani non è di secondaria importanza, se si vuole prendere in considerazione il disagio dell'operando. Infatti, sia per la ridotta reattività del paziente anziano rispetto a quello più giovane che per la generale minore considerazione che si ha del suo mondo psicologico, non di rado è dato di osservare operandi con tutte le stimmate del soggetto fortemente preoccupato ed in ansia.

Lo stress da intervento nel paziente anziano è estremamente dannoso, dal momento che agisce su un terreno cardiocircolatorio mediamente compromesso.

L'attività catecolaminica, scatenata dallo stress in modo acuto può scompensare un soggetto cardiopatico o iperteso. Tuttavia, questo prezzo pagato all'ansia da intervento sovente si palesa nel postoperatorio, sottraendosi alle statistiche da complicanze intraoperatorie.

Si evince facilmente come l'utilizzo delle tecniche di rilassamento o francamente ipnotiche trovino specifica indicazione anche in questo settore. In questo ambito all'ipnosi si richiede di agire prevalentemente sul fronte dell'ansia, dal momento che l'analgesia è generalmente garantita dall'anestesia locoregionale (peribulbare).

**Chirurgia ostetrico-ginecologica:** Le problematiche della chirurgia ginecologica e del taglio cesareo in elezione sono assimilabili a quelle della chirurgia generale.

Il controllo dell'ansia è richiesto e può essere raggiunto esclusivamente o in modo integrato dalle tecniche ipnotiche, come detto in precedenza.

Notevolmente diverse sono le necessità legate al Parto Spontaneo.

Un parto, nelle sue varie fasi, si protrae per molte ore ed è notoriamente accompagnato da una rilevante quota di dolore.

La capacità di sopportazione del dolore in travaglio di parto varia a seconda delle caratteristiche della donna. I fattori che intervengono sono molteplici: parità, retroterra culturale, esperienze traumatiche pregresse, etc. Ma in ogni caso, laddove possibile, è auspicabile attivare tutti gli strumenti per ridurre la percezione dolorosa o quantomeno facilitarne il controllo.

In ambito ostetrico negli ultimi decenni, grazie alle metodiche fornite dall'evoluzione della disciplina anestesiologicala, è stata introdotta l'analgia peridurale, che, con l'ausilio di un cateterino introdotto nello spazio omonimo a livello lombare, consente la somministrazione di farmaci analgesici e anestetici durante il travaglio e la fase espulsiva. Questa metodica è sicuramente apprezzabile, ma non è scevra da limiti e controindicazioni. È una tecnica invasiva, che richiede molta esperienza da parte dell'anestesista nonché un atteggiamento di estrema cautela. Infatti eventuali complicazioni possono essere di estrema gravità, valga per tutte l'esempio dell'ematoma perimidollare. Per una contrazione dell'orizzonte culturale, negli ultimi anni si è finito per

identificare l'Analgia Peridurale con la Partoanalgia nella sua interezza. È sicuramente un errore, in quanto è preferibile far rientrare questa tecnica nel bagaglio di mezzi disponibili per il controllo dell'ansia e del dolore in corso di travaglio.

A mio avviso l'ipnosi rientra a pieno diritto nelle tecniche pertinenti per molte ragioni: nessuna invasività, semplicità di esecuzione da parte di personale esperto, scarse problematiche logistiche.

Pertanto, in corso di travaglio di parto l'utilizzo dell'ipnosi può essere riconosciuto a pieno diritto come sostitutivo o integrativo dell'analgia peridurale. Anzi, nel ruolo di anestesista ritengo auspicabile un training in ipnosi a tutti gli operatori che sono coinvolti nell'analgia e nell'anestesia ostetrica.

## TERAPIA INTENSIVA

Il reparto di terapia intensiva è poco conosciuto dai non addetti ai lavori. Nell'immaginario collettivo è visto come una scatola chiusa in cui i pazienti sono molto critici e generalmente privi di coscienza. Questo spesso è vero, ma non sempre o non continuamente.

Il paziente che varca la soglia della Rianimazione sovente è visto come in uno stato di spersonalizzazione, sottoposto a trattamenti di una certa invasività, con la coscienza annullata dai farmaci narcotici.

In terapia intensiva, in realtà, la relazione tra operatori e paziente è molto intensa, anche se diversa a seconda delle fasi cliniche. Infatti, il miglioramento delle condizioni complessive riporta il soggetto ad uno stato di piena coscienza, che può comportare complessi problemi psicologici.

Recenti studi di follow-up, anche ad un anno, di pazienti usciti dalla terapia intensiva rilevano il profondo disagio da essi provato durante la degenza. Un disagio, fatto soprattutto di ansia, generato dalle incognite per la propria sopravvivenza e dall'osservazione di quanto accade intorno. Si tratta pur sempre di una situazione di isolamento dalla propria vita affettiva, ambientale e relazionale, cui va aggiunto l'alterazione del ritmo sonno-veglia e della percezione temporale.

Negli ultimi anni si è cercato di mitigare questo disagio consentendo una presenza il più possibile continua dei parenti nel reparto, ma la necessità di farmaci ansiolitici rimane ancora elevata.

Pur riconoscendo la necessità del supporto farmacologico, ritengo, da operatore intensivista, che un approfondimento delle indicazioni delle tecniche ipnotiche in terapia intensiva sia oltremodo interessante.

## TERAPIA ANTALGICA

Il ruolo della disciplina anestesiologicala nell'ambito della terapia del dolore è acclarato da anni. Il suo intervento è relativo

-dolore acuto: patologie internistiche, chirurgiche, traumatologiche

-dolore cronico: patologie neoplastiche, degenerative, reumatologiche, osteoarticolari, vascolari.

Nel dolore acuto, quello ad esempio comunemente osservabile in un pronto soccorso, si può far ricorso ai tanti farmaci analgesici. Tuttavia, in molte situazioni è possibile utilizzare le tecniche ipnotiche per integrare i farmaci a disposizione ma soprattutto per agire sulla componente psichica del dolore, che non di rado è quella prevalente. Ma è possibile sfruttare anche la capacità che ha mostrato l'ipnosi di agire sul fronte vegetativo e sulla muscolatura liscia per mitigare, ad esempio, il dolore colico (coliche, biliari, renali, etc.).

Un discorso interessante è quello relativo al dolore e all'ansia da trauma. In questi casi, infatti, il soggetto si manifesta più pronto al trattamento ipnotico, dal momento che il trauma stesso induce una sorta di dissociazione psichica, che aiuta naturalmente il paziente a sopportare la consapevolezza dell'evento imprevisto occorso. E, tra le finalità dell'ipnosi, c'è l'induzione di uno stato di dissociazione rispetto alla coscienza abituale.

Nel dolore cronico la componente psicologica è ampiamente dimostrata. Le modificazioni psichiche del paziente sono generate proprio dalla cronicità della patologia di base e del dolore stesso. Gli studi neurofisiologici hanno dimostrato con chiarezza la creazione e la stabilizzazione di nuovi circuiti neuronali, che intervengono a dare una certa autonomia al dolore. Il complesso algido quasi si distacca dalla patologia inducente fino a diventare esso stesso malattia. Ecco perché nella patologia cronica non si parla più di dolore in quanto tale ma di "sofferenza globale".

E' immediatamente intuitivo il ruolo terapeutico dell'ipnosi nel dolore cronico. Certamente la variabilità dei risultati dipende da molti fattori, alcuni legati alle caratteristiche del paziente ed altri alla durata della malattia.

In questi casi si può aiutare il paziente attraverso la relazione con l'ipnotista, ma prevedere un percorso di apprendimento del paziente stesso all'utilizzo delle tecniche fino al raggiungimento di una abilità di autoipnosi.

## CONCLUSIONI

Il ricorso all'Ipnosi nel campo anestesiologicalo rappresenta un modo per arricchire e completare il corredo degli strumenti a disposizione per raggiungere risultati ottimali di anestesia e analgesia .

E' nella consapevolezza di tutti che l'approccio della medicina attuale è di tipo fortemente tecnicistico. Pur riconoscendone il valore decisamente evolutivo, tuttavia non ci si può esimere dal considerare le sue ricadute sulla struttura psichica dell'essere umano, che ha pur sempre bisogno di riconoscersi nella sua integrità di persona, nella sua unicità psico-fisica.

Nel panorama del trend attuale l'ipnosi, per le sue caratteristiche peculiari, può costituire il ponte fra vecchio e nuovo, fra ciò che si è perso di relazionale nella medicina e le necessità di tipo tecnologico.

La disciplina anestesiologicala è evoluta negli ultimi anni in modo rapidissimo grazie allo sviluppo di ausili ad impronta fortemente tecnologica e farmacologica, e i risultati ottenuti non sono pensabili senza questo apporto.

Tuttavia, il rischio di trascurare la "sofferenza" del paziente è grande, e così la tentazione di prescindere dall'ansia e dalle sue conseguenze.

Gli spazi di impiego della tecnica ipnotica in campo anestesiologicalo sono stati descritti nel presente lavoro, ma forse rimane una necessità di ulteriore approfondimento su "CHI" deve e può farsene carico.

Ritengo che una maggiore apertura dell'anestesista al mondo dell'ipnosi sia necessaria, e così una sua formazione specifica in merito. Ma, le esigenze tecniche e logistiche tipiche di questa professione non sempre consentono di avere spazi fisici e mentali adeguati all'implementazione dell'ipnosi, che richiede modi e tempi dedicati.

Sarebbe auspicabile, in un modello sanitario più completo ed attento alle esigenze della persona, l'introduzione stabile di operatori specificamente formati alle tecniche ipnotiche e specificamente dedicati a tale compito, in modo da garantire ai pazienti un supporto valido ed efficace.

In tempi di urgente controllo della spesa sanitaria, non sarebbe utile garantire una tecnica che contribuisca a ridurre il ricorso a farmaci e a strumenti tecnologici sofisticati?

## B I B L I O G R A F I A

- Antonelli C. " Ipnosi e dolore ", G. Laterza, Bari 2003
- Bandler R. " Magia in azione ", Astrolabio, Roma, 1993
- Bandler R. Grinder " Ipnosi e trasformazione ", Astrolabio, Roma 1983
- Blohm W "Ipnosi e autoipnosi ", Tecniche Nuove, Milano 2005
- Casula C. " Meditazioni guidate ", Red, Milano 2005
- Chertok L " L'ipnosi,teoria, pratica, tecnica " Mediterranee, Roma 2005
- Cuttica L. " L'avventura del comunicare " ,Xenia , S.Vittore Olona (Mi) 1996
- Erikson M. Rossi E " Ipnoterapia " Astrolabio, Roma 1982
- Erikson M Rossi E Rossi Sh " Tecniche di suggestione ipnotica ",Astrolabio Roma 1979
- Gamberini G " Ipnosi " Giunti , Firenze 2002
- Granone F " Trattato di ipnosi "Vol 1 e 2 Utet , Torino 1989
- Hellinger B Von Hovel G " Il lungo cammino ",Tecniche Nuove Milano 2006
- Leboyer F " Per una nascita senza violenza " Bompiani, rcs libri, Milano 2005
- Mosconi G " Training ipnotico " Piccin, Padova 1987
- Pacciolla A " Ipnosi " San Paolo, Alba (Cuneo ) 1994
- Padrini Fr " Il linguaggio segreto del corpo ", De Vecchi, Milano 1996
- Salè Emanuela Omodeo "Antropologia del dolore", IEO, Roma 2010
- Snalcke A " I dialoghi del corpo " Borla Ed. 1998