



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2025**

**Ipnosi e Pazienti Critici: Applicazioni Cliniche
dell'Ipnosi in Terapia Intensiva**

**Candidato
Dott.ssa Sara Spada
Nocilli**

**Relatore Iannini Rocco
Correlatore Dott. ssa Ludovica**

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. METODI
3. IPNOSI CENNI STORICI
4. I FENOMENI IPNOTICI
5. CAMPI DI APPLICAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA
 - DELIRIUM
 - VENTILAZIONE MECCANICA E MANOVRE INVASIVE
 - PREVENZIONE DELLA PICCS
6. CASI CLINICI
7. CONCLUSIONI
8. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUZIONE

Nelle terapie intensive, i pazienti si trovano spesso esposti a una molteplicità di condizioni fisiche e psicologiche complesse.

Tra le più comuni vi sono il dolore, l'ansia, gli stati confusionali come il delirium, l'immobilità forzata e la compromissione del sonno. Queste problematiche rappresentano una costante nei reparti di terapia intensiva, incidendo profondamente sulla qualità della vita del paziente e sull'andamento clinico complessivo. [1]

Spesso, il malessere dei pazienti non è soltanto legato alla condizione clinica, ma è amplificato dalle numerose procedure mediche, dalla deprivazione sensoriale e dalla difficoltà a comunicare, in particolare nei soggetti sottoposti a ventilazione meccanica. In questi casi, il paziente può sperimentare una crescente sensazione di impotenza e di perdita di controllo sul proprio corpo, con un conseguente aumento del senso di vulnerabilità. A tutto ciò si aggiunge un elemento critico: la discrepanza tra ciò che il paziente prova e ciò che viene effettivamente percepito dal personale sanitario, un divario che può accentuare ulteriormente il vissuto di ansia e isolamento.

Nonostante le evidenze sull'efficacia di approcci alternativi, gli interventi non farmacologici per la gestione del disagio restano ancora poco valorizzati. Purtroppo, in molti casi, si continua a ricorrere a sedativi e oppioidi come soluzione di prima linea, con il rischio di effetti collaterali importanti.

In questo contesto l'ipnosi clinica si evidenzia essere uno strumento terapeutico interessante e poco esplorato. Lontana dai pregiudizi che spesso l'accompagnano, l'ipnosi si configura oggi come una tecnica strutturata e scientificamente fondata, capace di ridurre il disagio psicofisico nei pazienti critici, migliorare la percezione del dolore e facilitare l'adattamento alla ventilazione meccanica. La sua applicazione in terapia intensiva, se integrata correttamente nel percorso clinico, potrebbe rappresentare un valido supporto per umanizzare le cure e promuovere un maggiore benessere del paziente.

2. METODI

Per la realizzazione del presente elaborato è stata condotta una revisione della letteratura scientifica pubblicata tra il 1990 e il 2024, selezionando le fonti ritenute più rilevanti

attraverso la consultazione di banche dati internazionali quali PubMed e Cochrane. A supporto dell'analisi, sono stati inoltre presi in considerazione i contributi teorici di autori di riferimento nell'ambito dell'ipnosi clinica, sia italiani sia internazionali, tra cui Granone, Erickson e Patterson. Infine, sono stati inclusi alcuni casi clinici significativi per illustrare concretamente le applicazioni dell'ipnosi nei pazienti critici, offrendo così una prospettiva integrata tra teoria e pratica.

3. IPNOSI: CENNI STORICI

Il termine *ipnosi* affonda le sue radici nel greco antico: deriva dalla parola *hypnos*, che significa "sonno". Sebbene questa definizione etimologica rimandi al riposo notturno, l'ipnosi si distingue nettamente dal sonno fisiologico. Le sue origini risalgono a pratiche rituali già presenti nell'antico Egitto, dove stati modificati di coscienza venivano utilizzati a fini simbolici e terapeutici.

Lo sviluppo dell'ipnosi moderna ha inizio tra il XVIII e il XIX secolo, con un forte orientamento verso la cura delle sofferenze psichiche, in un'epoca in cui ancora non si disponeva di farmaci psicotropi o metodi invasivi come l'elettroshock.

Una figura fondamentale in questa prima fase fu Franz Anton Mesmer (1734–1815), che introdusse il concetto di *magnetismo animale*: egli ipotizzava l'esistenza di una forza invisibile che pervade l'universo e che, opportunamente canalizzata da un operatore esperto, poteva ristabilire l'equilibrio mentale e fisico del paziente.

Nel 1840, il medico inglese John Elliotson iniziò a impiegare tecniche ipnotiche rudimentali come forma di analgesia, in un'epoca in cui l'anestesia medica non era ancora disponibile. Questi primi esperimenti clinici segnarono un punto di svolta verso l'applicazione dell'ipnosi in ambito medico.

Un'evoluzione cruciale della disciplina si ebbe nel Novecento con il lavoro di Milton H. Erickson, che contribuì a rivoluzionare l'approccio ipnotico abbandonando definitivamente l'idea che l'ipnosi fosse una forma di "sonno". Attraverso la sua pratica clinica e l'osservazione diretta, notò che durante lo stato ipnotico i pazienti non mostravano segni di sonno profondo, ma mantenevano uno stato di attenzione focalizzata e reattività. Questo lo portò a considerare l'ipnosi come uno stato di coscienza distinto sia dalla veglia ordinaria che dal sonno, caratterizzato da un rilassamento profondo ma con presenza di consapevolezza e capacità di risposta.

L'ipnosi, quindi, si configura come un'esperienza neurofisiologica naturale, che sfrutta risorse già presenti nell'individuo. In questo stato, l'attenzione si concentra sul proprio mondo interiore – corpo, mente e vissuto soggettivo – permettendo una connessione più profonda con sé stessi.

È importante sottolineare che il soggetto in trance ipnotica non perde il controllo, ma rimane coscientemente coinvolto nel processo, partecipando in modo attivo e responsabile. In Italia, uno dei principali pionieri dell'ipnosi clinica è stato Franco Granone (1911–2000), neurologo e instancabile promotore della ricerca e della formazione in ambito ipnotico (Fig. 1).



Figura 1

Fondatore negli anni Ottanta del *Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS)*, oggi a lui intitolato, Granone è considerato il più autorevole ipnologo italiano del Novecento.

Attualmente, l'ipnosi viene impiegata in numerosi contesti terapeutici, con particolare efficacia nella rielaborazione di eventi traumatici o negativi. Attraverso questo approccio, i pazienti possono affrontare in modo nuovo i vissuti disturbanti, contribuendo così a rimuovere le cause profonde del loro malessere e favorendo un cambiamento duraturo.

4 FENOMENI IPNOTICI E LA RELAZIONE IPNOTICA

4.1. Ipnosi e ipnotismo

L'ipnosi può essere definita come uno stato modificato di coscienza, caratterizzato da un'intensa concentrazione mentale su un unico contenuto di pensiero

Questo stato è noto come *monoideismo plastico*, ovvero una condizione nella quale il soggetto focalizza tutta la propria attenzione su un'unica rappresentazione mentale, vissuta con tale intensità emozionale da trasformarsi in un'esperienza soggettiva profondamente reale.

L'ipnosi non è sonno né semplice rilassamento, ma un'esperienza neuropsicologica complessa, accompagnata da modificazioni a livello psichico, somatico, viscerale e umorale. È una condizione che coinvolge mente e corpo in modo unitario e dinamico [1,2]

Il termine ipnotismo invece si riferisce alla *tecnica* o alla *procedura* attraverso la quale si induce l'ipnosi. L'ipnotismo è il mezzo operativo che consente di facilitare l'ingresso del soggetto nello stato ipnotico, utilizzando la comunicazione verbale e non verbale, il linguaggio simbolico, la suggestione e una relazione empatica. È un processo intenzionale che si basa sulla costruzione di una relazione terapeutica, all'interno della quale l'operatore guida il paziente verso uno stato psicofisico modificato, capace di influenzare positivamente il suo benessere.

In sintesi, possiamo dire che:

- Ipnosisimo = il *come* (la procedura, il metodo)
- Ipnosis = il *cosa* (lo stato risultante, la condizione psicofisica)

4. 2. La relazione ipnotica: il “rapport” come fondamento dell'intervento

Un elemento essenziale, e spesso sottovalutato, del processo ipnotico è rappresentato dal rapport ipnotico. Questo termine indica la qualità della relazione che si instaura tra l'operatore (ipnotista o terapeuta) e il paziente. Si tratta di una relazione maieutica, cioè capace di far emergere risorse interiori del soggetto; empatica, poiché basata sull'ascolto profondo e sulla comprensione reciproca; e dinamica, in quanto evolve nel tempo e si

modula sulla base delle risposte del paziente.

Il rapport non è unidirezionale: è un *processo relazionale circolare*, in cui terapeuta e paziente si influenzano reciprocamente in un dialogo implicito e continuo, che coinvolge non solo le parole, ma anche il tono della voce, la postura, i gesti e il ritmo respiratorio. Questa sincronia, che si manifesta sia sul piano psichico che somatico, è ciò che permette di creare uno spazio di fiducia e sicurezza, fondamentale per la buona riuscita dell'intervento ipnotico.

Come sottolineato da Franco Granone (1976) uno dei pionieri dell'ipnosi clinica in Italia, l'efficacia dell'ipnosi non dipende solo dalle capacità dell'ipnotista o dalla predisposizione del soggetto, ma nasce dall'incontro tra le caratteristiche di entrambi, che si fondono e si armonizzano nella relazione [2]

4. 3. Monoideismo plastico e ideoplasia: il potere trasformativo dell'immaginazione

Alla base del fenomeno ipnotico si trovano due concetti chiave che ne spiegano i meccanismi principali: il *monoidismo plastico* e l'*ideoplasia*. Il primo, il monoideismo, si riferisce a uno stato mentale in cui l'attenzione del soggetto è interamente concentrata, in modo esclusivo e intenso, su un'unica idea, immagine o rappresentazione. Quando questa focalizzazione raggiunge un certo grado di intensità, l'idea non resta confinata alla dimensione del pensiero astratto, ma acquista una forza tale da produrre effetti reali.

È in questo momento che si parla di *monoidismo plastico*: la rappresentazione mentale assume una valenza emotiva e simbolica così potente da generare modificazioni percepibili, sia a livello della realtà interiore del soggetto che, in alcuni casi, a livello somatico. In termini semplici, l'idea prende forma: diventa concreta, esperita, vissuta come reale.

Questa trasformazione prende il nome di ideoplasia, termine che indica il passaggio dall'immaginazione alla somatizzazione funzionale: l'idea emotivamente carica si traduce in modificazioni fisiche, come cambiamenti della frequenza cardiaca, della respirazione, del tono muscolare o della percezione del dolore.

Tale processo si attiva sia a livello conscio, con la partecipazione attiva del soggetto, sia a livello inconscio, attraverso quello che viene definito "inconscio poetico", ossia quella parte della mente capace di generare creativamente soluzioni, immagini e risposte non sempre accessibili alla volontà razionale.

4.4. Le fasi operative della seduta ipnotica: un percorso guidato verso il cambiamento

Una seduta di ipnosi terapeutica si struttura in una serie di passaggi progressivi, ciascuno con una funzione specifica, finalizzata a guidare il paziente all'interno del processo trasformativo. Le fasi principali sono:

1. Contratto terapeutico – Il terapeuta accoglie il bisogno, il desiderio o lo stimolo portato dal paziente, definendo insieme l'intento della seduta.
2. Ordine motivato – Il terapeuta si avvicina al paziente con un "ordine" che lo orienti verso il suo obiettivo, e nel percorso per attuare il contratto terapeutico ("chiudi gli occhi in modo che tu ti possa concentrare meglio sul tuo respiro e quindi...")
3. Focalizzazione sensoriale – Si guida l'attenzione del paziente attraverso stimoli sensoriali specifici ("focalizzati sul tuo respiro, senti come i tuoi piedi sono fermamente adesi al terreno...), facilitando l'ingresso nello stato ipnotico.
4. Descrizione del qui e ora – Il terapeuta restituisce in modo neutro e non giudicante ciò che sta accadendo nel presente. ("vedo che il tuo respiro rallenta, vedo che stai deglutendo, vedo che le tue mani si sono appoggiate al bracciolo della sedia...")
5. Ricalco – Si utilizza il linguaggio e le modalità comunicative del paziente per creare sintonia e alleanza terapeutica.(es. ti puoi accorgere di come le tue mani siano appoggiate sulle cosce, di come il tuo torace si solleva e si abbassa , di come i tuoi occhi tendono a chiudersi...)
6. Suggestione iniziale – Si propongono esperienze immaginative (es. "potrebbe iniziare a sentire un senso di leggerezza nelle mani..."), stimolando il coinvolgimento percettivo.
7. Ratifica – Il paziente prende consapevolezza del cambiamento in atto, confermandolo attraverso l'aiuto dell'ipnologo, confermandolo.(es ti puoi accorgere di quanto il tuo braccio si sia sollevato, o sia diventato rigido...)
8. Seconda suggestione e nuova ratifica – Si consolida l'esperienza, approfondendo la modificazione psicofisica.
9. Ulteriori suggestioni – Si esplorano nuove possibilità immaginative, mantenendo

attiva la partecipazione del soggetto.

10. Ancoraggio – Si rinforza la capacità del paziente di richiamare in autonomia lo stato ipnotico, favorendo l'autoefficacia. (per esempio facendogli fare un gesto, unisci pollice ed indice, chiudi il pugno...)
11. Riorientamento – Il terapeuta guida il paziente al ritorno nel presente, ristabilendo il senso di sicurezza e lucidità.
12. Racconto – Si offre uno spazio libero al paziente per verbalizzare, integrare e riflettere su quanto vissuto.
13. Verifica e autoipnosi – Si valuta insieme la possibilità di applicare l'autoipnosi nella vita quotidiana, promuovendo l'autonomia e l'empowerment personale.

Questa sequenza non è rigida, ma viene adattata in base al contesto clinico e alla specificità del paziente. Tuttavia, la struttura di base permette di mantenere un setting sicuro, favorire il cambiamento e stimolare le risorse personali del soggetto, restituendogli un ruolo attivo nel proprio percorso di cura.

5. APPLICAZIONI DELL'IPNOSI IN TERAPIA INTENSIVA

5.1 DELIRIUM

5.1.1 Definizione e caratteristiche cliniche

Il **delirium** è una sindrome neuropsichiatrica acuta, transitoria e potenzialmente reversibile, caratterizzata da un'alterazione globale delle funzioni cognitive, della coscienza e dell'attenzione. Nei reparti di terapia intensiva, rappresenta una delle complicanze più comuni e al tempo stesso più gravi, soprattutto nei pazienti anziani, in quelli sottoposti a ventilazione meccanica o a sedazione prolungata. La prevalenza può arrivare fino all'80% in alcune popolazioni a rischio [5,6]

Clinicamente, il delirium si manifesta con fluttuazioni rapide e imprevedibili dell'attenzione e dello stato mentale, disorientamento temporo-spaziale, pensiero disorganizzato, alterazioni del ritmo sonno-veglia e, in alcuni casi, allucinazioni o deliri. Questa condizione non solo ostacola la comunicazione e la cooperazione del paziente, ma è anche associata a un aumento della mortalità, a una maggiore durata della degenza ospedaliera e a un rischio più elevato di sviluppare deficit cognitivi persistenti dopo la dimissione.

5.1.2 Strumenti per la valutazione del delirium

Riconoscere e diagnosticare precocemente il delirium è fondamentale per ridurre le sue conseguenze. In terapia intensiva vengono impiegate diverse scale validate per la sua identificazione:

- **CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU):** è uno strumento rapido e facilmente utilizzabile anche con pazienti ventilati o non verbalizzanti. Valuta quattro criteri principali: insorgenza acuta o fluttuante dello stato mentale, difficoltà di attenzione, pensiero disorganizzato e alterazione del livello di coscienza. (Fig 2)
- **ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist):** si basa su otto indicatori clinici del delirium, permettendo una valutazione più dettagliata e una misurazione della gravità del disturbo.
- **DRS-R-98 (Delirium Rating Scale – Revised-98):** una scala più articolata, spesso utilizzata in ambito di ricerca o per monitorare nel tempo la risposta a specifici interventi terapeutici.

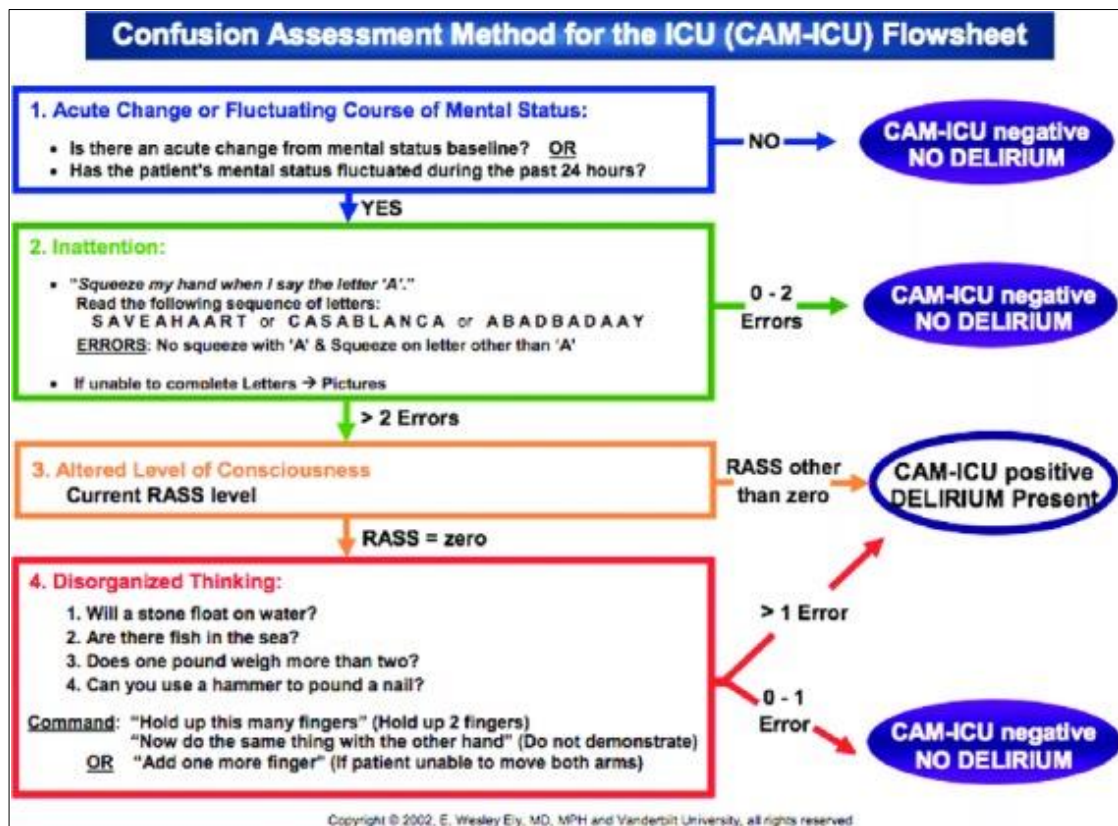


Figura 2

5.1.3 L'ipnosi come supporto nel trattamento del delirium

Nel contesto del delirium, l'ipnosi clinica si rivela un'interessante opzione non farmacologica in grado di intervenire su vari livelli. Le tecniche ipnotiche sono volte a migliorare la qualità dell'attenzione, stabilizzandola mediante l'uso di stimoli sensoriali, immagini familiari e orientamento spazio-temporale. Questo "ancoraggio" al presente contribuisce a ridurre la disorganizzazione cognitiva e le fluttuazioni dell'attenzione.

Inoltre, la relazione terapeutica che si instaura nel contesto ipnotico rappresenta una forma di contenimento emotivo che può avere effetti calmanti sull'ansia e sull'agitazione del paziente. Questo approccio, meno invasivo rispetto ai farmaci, può ridurre la necessità di sedativi e di contenzioni fisiche, contribuendo a migliorare la sicurezza, la comunicazione e la qualità complessiva delle cure.

Un esempio significativo è riportato da Patterson et al. [6] in cui un paziente con gravi

ustioni e refrattario agli oppiacei ha tratto beneficio dall'uso dell'ipnosi per il controllo del dolore. L'intervento ha consentito una significativa riduzione dei sedativi, limitando così il rischio di delirium indotto da farmaci e migliorando allo stesso tempo l'interazione tra paziente e operatori sanitari.

5.2 Ventilazione meccanica e manovre invasive

5.2.1 Definizione e impatto clinico

La ventilazione meccanica rappresenta un presidio salvavita fondamentale per i pazienti critici che presentano insufficienza respiratoria. Tuttavia, se da un lato risulta essenziale per la sopravvivenza, dall'altro può essere vissuta dal paziente come un'esperienza estremamente traumatica. L'intubazione e la ventilazione forzata generano spesso una serie di reazioni emotive intense, tra cui la sensazione di soffocamento, la perdita di controllo sul proprio corpo e l'impossibilità di comunicare. Questi fattori possono innescare ansia, panico e un marcato disagio psicologico, che a loro volta compromettono la collaborazione del paziente e aumentano la necessità di farmaci sedativi.

Anche le manovre invasive comunemente eseguite in terapia intensiva – come l'aspirazione tracheale, la broncoscopia o il posizionamento di cateteri – possono contribuire ad accrescere il livello di stress. Queste procedure, infatti, evocano spesso un'ansia anticipatoria che influisce negativamente sull'esperienza soggettiva del paziente e sugli esiti clinici complessivi.

Per monitorare e gestire al meglio questo disagio, sono disponibili diversi strumenti validati. Tra i più utilizzati si trovano:

- la **Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)**, che permette di valutare il grado di agitazione o sedazione e orientare la terapia (Fig.3)
- la **Borg CR10 Scale**, utile per misurare la dispnea e il discomfort respiratorio;
- la **VAS-A (Visual Analog Scale for Anxiety)**, che quantifica l'ansia percepita;
- l'**ICU Stressful Experience Questionnaire (ICU-SEQ)**, impiegato per valutare retrospettivamente le principali fonti di stress vissute durante la degenza in terapia

intensiva.

RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)		
4	Combative	Overtly combative, violent, immediate danger to staff
3	Very agitated	Pulls or removes tubes or catheters; aggressive
2	Agitated	Frequent non-purposeful mvmt, fights ventilator
1	Restless	Anxious but movements not aggressive or vigorous
0	Alert and calm	
-1	Drowsy	Sustained awakening to voice (≥ 10 sec)
-2	Light sedation	Briefly awakens with eye contact to voice (<10 sec)
-3	Moderate sedation	Movement or eye opening to voice but no eye contact
-4	Deep sedation	No response to voice but movement or eye opening to physical stimulation
-5	Cannot be aroused	No response to voice or physical stimulation

Figura 3

5.2.3 Intervento ipnotico nella ventilazione meccanica

L'ipnosi può rappresentare un valido supporto terapeutico in diverse fasi del trattamento ventilatorio. In un primo momento, prima delle procedure, le tecniche ipnotiche risultano efficaci nel contenere l'ansia anticipatoria, grazie all'uso di visualizzazioni guidate, ancoraggi corporei e tecniche di rilassamento. Durante la ventilazione vera e propria, invece, l'ipnosi aiuta a migliorare la sincronizzazione tra paziente e macchina, attraverso l'uso di suggestioni ritmiche e l'attivazione del sistema neurovegetativo in modalità parasimpatica. Questo approccio consente una riduzione significativa dell'uso di sedativi, migliorando la tolleranza del paziente e la qualità delle cure [7,8]

Uno degli effetti più rilevanti dell'ipnosi in questo contesto è il recupero della percezione di controllo da parte del paziente, spesso compromessa in terapia intensiva. Anche nei pazienti non verbalizzanti, l'ipnosi facilita la comunicazione e favorisce una maggiore partecipazione al trattamento.

Un esempio clinico riportato da Beil e Fraley [9] descrive il caso di un paziente sottoposto a ventilazione meccanica che ha tratto beneficio da sedute ipnotiche, con una netta riduzione

del dolore, la sospensione dell'uso di oppioidi e un aumento della resilienza psicologica. In uno studio condotto in Belgio su 29 pazienti, l'associazione tra ipnosi e musicoterapia ha dimostrato effetti positivi sulla riduzione dell'ansia, della frequenza respiratoria e del disagio percepito, accompagnati da modificazioni dell'attività EEG compatibili con uno stato di rilassamento profondo [10-11].

Nel complesso, l'ipnosi si configura come uno strumento efficace e poco invasivo per umanizzare l'esperienza della ventilazione meccanica, riducendo lo stress, migliorando la comunicazione e contribuendo al miglioramento degli esiti clinici. La sua integrazione nei protocolli ICU rappresenta un'opportunità concreta per una presa in carico più empatica e personalizzata del paziente critico.

5.3 PREVENZIONE DELLA PICS (POST-INTENSIVE CARE SYNDROME)

5.3.1 Definizione e impatto clinico

La **Post-Intensive Care Syndrome (PICS)** è una condizione complessa e multifattoriale che può manifestarsi nei pazienti sopravvissuti a un ricovero in terapia intensiva. I sintomi si sviluppano spesso in seguito all'esperienza critica vissuta e possono interessare tre principali domini: quello **cognitivo**, con alterazioni della memoria, dell'attenzione e delle funzioni esecutive; quello **psicologico**, con la comparsa di disturbi come ansia, depressione e sintomi da stress post-traumatico (PTSD)[13]; e infine quello **fisico**, che può includere astenia, debolezza muscolare e ridotta mobilità. Questi effetti, anche se talvolta sottovalutati, hanno un impatto significativo sulla qualità della vita del paziente e sul suo reinserimento sociale e lavorativo, anche a distanza di mesi o anni dal ricovero.

5.3.2 Strumenti per la valutazione della PICS

Per individuare precocemente i segni della PICS e monitorarne l'evoluzione, è fondamentale disporre di strumenti di valutazione validati. Tra i principali si segnalano:

- Il **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**, utilizzato per rilevare deficit nelle funzioni cognitive superiori;
- La **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**, utile per misurare i livelli di ansia e depressione nei pazienti post-ICU;
- La **PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)**, uno strumento specifico per

l'identificazione dei sintomi da stress post-traumatico;

- Strumenti per la valutazione della funzionalità fisica e dell'autonomia, come la **Functional Independence Measure (FIM)** o il **6-Minute Walk Test (6MWT)**.

5.3.3 Il ruolo dell'ipnosi nella prevenzione e nella gestione della PICS

In questo quadro complesso, l'ipnosi clinica si propone come un valido strumento complementare per la prevenzione e la gestione della PICS. L'intervento ipnotico può favorire una rielaborazione guidata del trauma vissuto, aiutando il paziente a prendere distanza emotiva dagli eventi critici in modo adattivo. Questo processo riduce il rischio di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress e promuove un migliore equilibrio psicologico nel periodo di recupero.

Le suggestioni post-ipnotiche, mirate a rafforzare le risorse interne del paziente, possono potenziare la resilienza e la motivazione, facilitando il percorso riabilitativo. Inoltre, l'insegnamento dell'autoipnosi offre al paziente uno strumento autonomo per affrontare ansia, insonnia, dolore cronico e altri sintomi persistenti, migliorando significativamente la qualità della vita nel post-ricovero [9,14]

Un caso descritto da Beil e Fraley [9] documenta i benefici dell'autoipnosi in un paziente post-ICU: attraverso l'applicazione quotidiana della tecnica, il soggetto ha riportato miglioramenti nel sonno, nella gestione del dolore e nel benessere psicologico generale. Altri studi suggeriscono che l'integrazione dell'ipnosi con protocolli di sedazione leggera possa contribuire a ridurre l'incidenza della PICS, favorendo un approccio più globale, centrato sulla persona e meno dipendente dai farmaci.

In conclusione, l'ipnosi, se adeguatamente integrata nel percorso assistenziale, può rappresentare una risorsa preziosa per prevenire le sequele della terapia intensiva e sostenere il paziente nel processo di recupero fisico, cognitivo ed emotivo.

6. CASI CLINICI

6.1 CASO CLINICO 1

F., ragazza di 38 anni, ricoverata in Terapia Subintensiva per grave anemia secondaria a sanguinamento acuto su cronico non ancora identificato.

Ha valori di emoglobina critici ($Hb < 6$ g/dL) e si rende necessario il posizionamento di un Catetere Venoso Centrale per l'avvio di trasfusioni e terapia di supporto. La paziente, sveglia e lucida, presenta un'importante componente ansiosa, già nota in anamnesi. Riferisce precedenti esperienze traumatiche legate a prelievi e manovre invasive e manifesta evidente resistenza all'idea di essere toccata o sedata, affermando più volte di "non poterne più di stare lì".

Si mostra irrequieta, con respiro accelerato, tono muscolare teso, sguardo ipervigile. La sua postura è rigida, le mani serrate sulle lenzuola. Mi avvicino mantenendo un tono di voce calmo, mi presento, ripetendo nome e ruolo, e spiego con chiarezza il motivo della procedura. La paziente mi interrompe, visibilmente in difficoltà: «Mi sento agitata... Ho paura degli aghi... non riesco a stare ferma nella stessa posizione...». Accolgo il suo stato senza sminuirlo. Le dico che è comprensibile avere paura, ma che possiamo trovare insieme un modo per affrontare meglio questo momento. Le dico che capisco perfettamente che non ne possa più di stare qui, e le chiedo dove le piacerebbe essere invece ...magari in spiaggia...

Lei riesce a sorridere e dice che in effetti sarebbe bello. Le chiedo allora di fissare intensamente un punto sul soffitto, mentre lo fissa potrebbe sentire che le palpebre diventano pensanti. Questa pesantezza le potrebbe far venire voglia di chiudere gli occhi, le dico che può chiuderli quando vuole. Dopo aver sbattuto alcune volte le palpebre gli occhi di F. si chiudono. Adesso che ha gli occhi chiusi le dico che le sarà più facile concentrarsi sul suo respiro. Ad ogni respiro gli occhi diventano più pesanti, come delle saracinesche che chiudono fuori le luci e rumori. Adesso che è così concentrata sul suo respiro, mentre sente l'aria fresca che entra ed esce dalla sue narici può immaginare una spiaggia, magari una che conosce bene, o anche una inventata solo per lei, oggi. «Immaginati sdraiata su un lettino, comoda, con il corpo che sprofonda piano nella superficie calda e accogliente. I muscoli si rilassano da soli, come quando non c'è nulla da fare se non stare lì...

C'è il sole, ma non troppo caldo... e un piccolo venticello le accarezza la pelle. Inspiri lentamente e senta l'aria pulita entrare... fresca... e poi uscire... con un senso di leggerezza. Quando riesci a immaginarla fammi un cenno con dito »

Alla mia domanda alza un dito della mano destra.

« Bene! Sei molto brava.»

Mentre inizia a respirare più lentamente, con le spalle che si abbassano ad ogni espirazione, continuo a parlare con voce bassa e ritmica.

Le dico che, ad ogni respiro sempre più lento e calmo i rumori e le voci si fanno sempre più lontani e il suo corpo sprofonda sempre più su quel lettino. I suoni, così indistinti, diventano come il rumore del mare in sottofondo.

Inizio la preparazione del campo sterile, mentre lei continua a respirare profondamente. Osservo che le sue mani si sono aperte, le dita non sono più contratte, il suo corpo è molto più morbido e rilassato. Quando si sta in questo modo di solito ci si sente molto comodi.

«Ora sentirà un po' di fresco sul collo, è solo il disinfettante, ma puoi pensare che sia come quando si è al mare, e capita che la brezza marina scivola sulla pelle... come un'onda delicata. Raffredda, sfiora e porta via tutte le tensioni...». Quando passo all'anestesia locale, proseguo con la suggestione :
«Senta come quella zona, proprio lì dove tocco, inizia a intorpidirsi, come quando la pelle è baciata dal vento e non si sente quasi più il confine tra sé e l'aria. La zona diventa leggera, quasi invisibile... mentre il resto del corpo si abbandona, comodo e sicuro...».

Le chiedo di fare come prima un cenno con un dito se sente il collo intorpidito, lei alza il dito della mano.

A ogni passaggio della procedura, continuo a descrivere la scena immaginata, rafforzando l'esperienza:

«Il lettino su cui è sdraiata è stabile, saldo. Si sente ferma, protetta. Il tempo non corre, lei è solo qui, in questo istante... e va tutto bene». La paziente resta immobile per tutta la durata della manovra. Le spiego che ora inserisco il catetere, ma che il corpo può restare fermo come sulla spiaggia, dove non c'è nessuna urgenza, e ogni cosa accade con calma.

Le dico:

«Ha fatto un grande lavoro. È rimasta ferma e concentrata. È stata lei a rendere tutto possibile». Dopo aver completato il posizionamento del CVC senza complicanze, con

perfetta collaborazione, le propongo un piccolo ancoraggio: «Quando vorrà tornare su quella spiaggia, le basterà respirare come ora... lentamente... e sfiorare con il pollice l'anulare... come a ricordare la brezza e la quiete». La guido al riorientamento con dolcezza: «Adesso può fare un bel respiro profondo... sentire i piedi sul letto, aprire gli occhi lentamente e tornare qui con me...». Quando riapre gli occhi, sorride davvero per la prima volta. Le chiedo come si sia sentita e lei mi dice che le sembrava davvero di sentire il fresco della brezza, e che la manovra non è stata per niente difficile come si aspettava. Le rispondo che è stata lei quella che è stata in grado di andare su quella spiaggia e che quindi può tornarci ogni volta che ne sentirà il bisogno.

6.2 CASO CLINICO 2

GB, 66 anni, è ricoverato da oltre due mesi in Terapia Intensiva in seguito a un intervento d'urgenza per occlusione intestinale da briglia aderenziale, complicatosi con ischemia intestinale, shock settico e deiscenza anastomotica. Il decorso post-operatorio è stato lungo e complesso, segnato da insufficienza multiorgano, ventilazione invasiva prolungata, nutrizione parenterale e multipli reinterventi. Attualmente, GB è sveglio, orientato e clinicamente stabile, ma ancora gravemente indebolito da una critical illness severa, con debolezza muscolare diffusa, comunicazione faticosa e una marcata ansia anticipatoria verso ogni manovra medica. È portatore di tracheostomia cuffiata, in fase di svezzamento. A causa di secrezioni bronchiali dense e persistenti e di una scarsa capacità di espettorazione, necessita da settimane di fibrobroncoscopie quasi quotidiane per toilette bronchiale. Con il tempo, il solo annuncio della manovra provoca in lui crisi d'ansia acute, con tachipnea, sudorazione, irrigidimento e uno sguardo spaventato e sfuggente. GB è anche estremamente sensibile ai sedativi: anche minime dosi di midazolam gli causano confusione prolungata e un lento ritorno alla vigilanza, incompatibile con le sue condizioni cliniche. In uno di questi episodi, GB è già in stato di allerta: riferisce di "respirare male", sa che dovremo intervenire a breve. È tachipnoico, con lo sguardo fisso, i muscoli tesi, le mani serrate sul lenzuolo. Mi avvicino lentamente. Mi chino in avanti, allineando il mio

sguardo al suo

Mi presento con tono calmo, rassicurante...

«G., buongiorno. Mi hanno chiamata perché so che oggi dobbiamo di nuovo eseguire quella procedura...

Ma io sono qui perché possiamo fare una cosa nuova per affrontarla in un modo diverso, insieme, e senza farla sentire stanco o confuso come le altre volte». GB deglutisce a fatica, ma mi guarda fisso e fa un piccolo cenno con gli occhi. So che mi sta ascoltando. «Oggi faremo qualcosa di nuovo. Le propongo una tecnica che può aiutarla a vivere questa esperienza con maggiore controllo e meno fastidio. Per iniziare, le chiedo di fissare un punto... per esempio il mio dito. Lo guardi intensamente. Lo segua... e se le palpebre iniziano a diventare pesanti, può semplicemente lasciarle chiudersi, quando lo desidera».

Vedo che le palpebre si abbassano appena.

Continuo:

«Può chiudere gli occhi, se se la sente... e iniziare a sentire il corpo diventare sempre più fermo, come se si stesse raffreddando e indurendo... partendo dai piedi, che diventano di pietra... e poi le gambe, che si saldano al materasso... fisse... immobili...

Il paziente adesso è ad occhi chiusi, ha smesso di girare la testa a destra e sinistra per controllare quello che stiamo facendo. Quindi continuo a ricalcare i suoi gesti e comincio a suggerirgli delle immagini. «Adesso che sei con gli occhi chiusi, completamente concentrato, così concentrato puoi iniziare ad accorgerti che è molto più facile stare fermo e impassibile sul letto; per te sarà possibile immaginare di trasformarti in una cosa forte, immobile e intoccabile...come il marmo per esempio! Una statua perfetta... scolpita... che nessuno può ferire».

Ratifico toccando la parte del corpo che nomino: «Il volto si rilassa. La mascella si allenta. La testa resta ferma, scolpita. Il marmo non si muove, non sente dolore, non ha bisogno di reagire. Rimane stabile, forte, inamovibile». Parlo lentamente, scandendo il ritmo con il suo respiro.

«Anche il busto ora si fa pesante, solido. Le braccia diventano rigide come colonne. E la testa... come scolpita... ferma. Nessuno può muoverla... nessuno può scalfirla. È una statua perfetta. Fatta per resistere. Qualsiasi cosa succeda, lei rimane lì, insensibile... come il marmo». Dopo alcuni istanti, GB chiude gli occhi spontaneamente. La tensione del collo si allenta. Procedo con voce ritmica:

«Ora può iniziare a sentire il suo corpo diventare sempre più fermo, come se stesse raffreddandosi, solidificandosi... trasformandosi in marmo. Dai piedi, che diventano pesanti... alle gambe, che si saldano al materasso... poi il busto... le braccia... tutto diventa immobile. Perfetto. Come una statua». Mentre l'infermiere e il collega preparano il broncoscopio, GB è già in trance leggera: il respiro si è regolarizzato, gli occhi restano chiusi, la muscolatura si è distesa. La sua vigilanza è interna, rivolta all'immagine della statua. Lo guido con frasi tranquillizzanti: «Ora sentiremo dei gesti intorno... ma il marmo non reagisce. Tutto ciò che lo circonda scivola via, come il vento su una scultura. Anche il passaggio del tubo è come un soffio... che non tocca, non penetra. Lei può restare lì, fermo, calmo, protetto».

Durante l'inserimento del fibroscopio nella tracheostomia, GB non mostra segni di allarme. Rimane perfettamente fermo. Solo un lieve irrigidimento al momento dell'anestesia locale, che accolgo con una ratifica positiva immediata: «Eccellente, G. Ha mantenuto la sua forza. Nulla la può scalfire. È saldo, stabile. Tutto sta procedendo bene grazie a lei».

La manovra viene completata in circa 6 minuti, senza l'uso di sedazione. GB collabora pienamente. Alla rimozione dello strumento, inizio il riorientamento: «Ora la statua può tornare viva. I piedi si riscaldano... le gambe si sbloccano... le mani possono iniziare a muoversi... e la testa torna leggera. Quando vorrà, potrà riaprire gli occhi e tornare qui».

GB apre lentamente gli occhi e mi guarda. Quando gli chiedo se è andata meglio, annuisce con decisione. La frequenza respiratoria è regolare, la postura rilassata. Ha superato con successo la procedura, senza trauma.

Lo ringrazio per la fiducia e gli riconosco la piena responsabilità del risultato ottenuto, sottolineando che il successo della procedura è stato reso possibile dalla sua capacità di entrare e restare in quello stato di profondo autocontrollo.

Gli appoggio una mano sulla spalla destra e concludo suggerendo un ancoraggio: «Ogni volta che si troverà in una situazione simile, potrà chiudere gli occhi e richiamare quello stesso stato di stabilità e protezione. Le sarà sufficiente portare la mano in questo punto per riattivare quella sensazione di forza e immobilità che ha sperimentato oggi».

7. CONCLUSIONI

Come medico di terapia intensiva, vivo quotidianamente la complessità dell'assistenza ai pazienti critici, dove la dimensione umana rischia spesso di essere oscurata dalla gravità clinica e dalla necessità di interventi tecnici tempestivi. In questo contesto, l'ipnosi clinica si configura come uno strumento terapeutico complementare capace di restituire spazio alla persona, riducendo il disagio, favorendo la comunicazione e promuovendo un maggior senso di controllo e sicurezza.

L'esperienza clinica e le prime evidenze disponibili suggeriscono che l'ipnosi può offrire benefici concreti in molte delle sfide che affrontiamo in terapia intensiva: dalla gestione dell'ansia e del dolore nei pazienti ventilati, alla prevenzione del delirium, fino al supporto nella fase post-acuta per ridurre l'impatto della PICS. Il miglioramento della qualità delle cure e la possibilità di ridurre l'uso di sedativi e oppioidi rappresentano risultati significativi non solo per il paziente, ma anche per l'efficienza e la sicurezza dell'intero sistema di cura.

La diffusione di percorsi formativi dedicati, il coinvolgimento progressivo del team multidisciplinare e una maggiore apertura culturale verso interventi terapeutici non convenzionali, ma sostenuti da evidenze scientifiche, possono costituire passaggi fondamentali per promuovere l'integrazione dell'ipnosi come risorsa strutturale nella terapia intensiva.

Integrare l'ipnosi nella pratica quotidiana rappresenterebbe un'evoluzione verso una medicina intensiva più umana e orientata alla centralità della persona, dando modo di essere più efficaci nella cura dei nostri pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- [1] American College of Critical Care Medicine. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306.
- 2) Edoardo Casiglia et al (2015) Trattato di Ipnosi e altre modificazioni della coscienza.
- 3) Franco Granone. (1983). Trattato di ipnosi.
- 4) Enrico Facco. (2016) Hypnosis and anesthesia: back to the future. Edizioni Minerva Medica.
- 5) Troglia Z., Van der Vagt M., et al. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention and management of ICU delirium and Their effect on clinical outcome. *Critical Care* (2015), 19:157.
- 6) Patterson, D. R., Questad, K. A., & de Lateur, B. J. (1998). Hypnotherapy as an adjunct to narcotic analgesia for the treatment of pain for burn debridement. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 156–163.
- 7) Devroey M, Orbegozo Cortes D, Gaspard N, Foucart J, Preiser JC, Taccone FS. The effects of hypnosis and music intervention on comfort and anxiety during weaning from mechanical ventilation: A pilot study. *J Crit Care*. 2025 Jun;87:155044. *Intensive Care Med* (2021) 47:485–486
- 8) Schmidt B, Schneider J, Deffner T, Rosendahl J. Hypnotic suggestions of safety improve well-being in non-invasively ventilated patients in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2021 Apr;47(4):485-486.
- 9) Beil, H., & Fraley, H. E. (2022). Case Study: Hypnosis Enhanced Cognitive Therapy in a Ventilated ICU Patient With Spinal Cord Injury. *Journal of Clinical Medicine*, 11(13), 3852.
- 10) Pandharipande, P. P., Pun, B. T., Herr, D. L., Maze, M., Girard, T. D., Miller, R. R., ... & Ely, E. W. (2007). Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial. *JAMA*, 298(22), 2644–2653.
- 11) Trujillo-Rodríguez D, Faymonville ME, Vanhaudenhuyse A, Demertzi A. Hypnosis for circulate-mediated analgesia and disease treatment. *Handb Clin Neurol*. 2019;166:327-339.
- 12) Shehabi, Y., Chan, L., Kadiman, S., Alias, A., Ismail, W. N. H. W., Tan, M. A., ... & Sadasivan, S. (2013). Sedation depth and long-term mortality in mechanically

ventilated critically ill adults: a prospective longitudinal multicentre cohort study. *Intensive Care Medicine*, 39(5), 910–918.

13) Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(3), 573–580.

14) Short, T. G., & Campbell, D. (2002). Hypnotic versus analgesic-based sedation for critically ill patients. *British Journal of Anaesthesia*, 89(2), 187–190.