



**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA E
SPERIMENTALE**

**CORSO BASE DI “IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE
IPNOTICA”**

Torino

Anno 2020

**Ipnosi in Cardiologia Interventistica:
esperienza di un percorso dalla scoraggiante
diffidenza, all'attuazione della S.F.E.R.A., per l'implementazione
dell'analgia con tecnica ipnotica in sala di Elettrostimolazione"**

Candidato: Dr.ssa Enrica Talini

Relatore: Dr. Massimo Somma Co-Relatore: Prof. Giuseppe Vercelli

*“Se non puoi volare allora corri;
se non puoi correre, allora cammina;
se non puoi camminare, allora gattona, ma qualcosa fai,
devi continuare ad andare avanti.”*

Martin Luther King Jr.

SOMMARIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | INTRODUZIONE..... | 4 |
| 2. | PROCEDURE DI ELETTROSTIMOLAZIONE..... | 4 |
| 3. | IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE | 5 |
| 4. | PERCORSO DI IMPLEMENTAZIONE DELLA TECNICA IPNOTICA IN SALA DI ELETTROSTIMOLAZIONE: esperienza di una scoraggiante diffidenza..... | 6 |
| 5. | IL MODELLO S.F.E.R.A. | 7 |
| 6. | IL MIO PERCORSO ALL'INTERNO DEL MODELLO S.F.E.R.A. | 9 |
| 7. | VALUTAZIONI CONCLUSIVE..... | 18 |
| 8. | BIBLIOGRAFIA..... | 21 |
| 9. | ALLEGATO 1 | 22 |
| 10. | ALLEGATO 2 | 25 |

1. INTRODUZIONE

Nella vita professionale di chi sceglie che la mente e la conoscenza, continuamente in evoluzione, siano protagoniste, ci sono fortunati momenti in cui ci si imbatte in un nuovo percorso che illumina e entusiasma, attivando nuovamente la passione.

Così è stato per me, quando un anno fa, durante un Congresso Nazionale di Cardiologia ed Aritmologia ho incontrato un Collega (M.S.), che ha spiegato l'utilizzo dell'Ipnosi nella Cardiologia Interventistica. Da quel momento mi sono resa conto che una sfera straordinaria di conoscenza ed utilizzo della propria mente mi era stata negata dall'ignoranza del mondo accademico e dal pregiudizio di un uso distorto della Comunicazione Ipnotica.

La scelta che si può fare in questi momenti può essere quella di proseguire nella "comodità" della via consueta, oppure iniziare un nuovo percorso, un cambiamento, un miglioramento e un superamento dei propri limiti per arrivare all'"estasi" di una conoscenza più ampia e completa "per vedere le stesse cose (il nostro lavoro quotidiano) con occhi diversi, con uno sguardo più acuto verso la massima prestazione" (1).

2. PROCEDURE DI ELETTROSTIMOLAZIONE

Le procedure di elettrostimolazione nel laboratorio di Elettrofisiologia della UOC di Cardiologia di Livorno comprendono:

- impianti di pace-maker per il trattamento delle bradiaritmie;
- impianti di loop recorder per la diagnosi differenziale delle sincope e la valutazione di aritmie parossistiche;
- impianti di defibrillatori endocavitari e sottocutanei per il trattamento delle

tachiaritmie;

- impianti di sistemi per la resincronizzazione cardiaca.

Tali interventi vengono eseguiti generalmente in anestesia locale (Carbocaina sc) con l'aggiunta di farmaci per l'analgia e talvolta per la sedazione: Fentanyl, Midazolam, Morfina, Propofol sia per il controllo del dolore durante l'intervento, sia per ottenere il controllo dello stato di agitazione presente in molti pazienti o per ridurre il grado di ansia legato alla procedura. Tanto più il paziente riesce a mantenere una posizione supina ed immobile sul tavolo operatorio, tanto più la procedura risulta facilitata e sicura.

3. IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE

Negli ultimi anni, l'ipnosi sta emergendo come tecnica efficace per la gestione del dolore e il controllo dell'ansia periprocedurale durante gli interventi chirurgici (2,3,4) e, in particolare, in Cardiologia Interventistica sia in campo Emodinamico (5) sia in campo Elettrofisiologico (6,7).

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, ma fisiologico, dinamico, durante il quale è possibile osservare numerose modificazioni psichiche, somatiche, viscerali per mezzo di monoideismi plastici e non può prescindere dal rapporto relazionale medico-paziente. Secondo Granone *"l'ipnosi insorge ogni volta che si suscitano, insieme ad un certo grado di dissociazione psichica e di regressione, fenomeni di ideoplasia, più o meno controllati, con conseguenti trasformazioni somato-viscerali od obiettive, di quanto viene intensamente immaginato"* (8). Il monoideismo plastico si esprime con la presenza nella mente di una sola idea con l'esclusione di tutte le altre ed ha la possibilità di suscitare azioni, movimenti, e sensazioni che si

realizzano nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.

L'analgia ipnotica come dimostrato da numerosi studi di Casiglia, Facco, Lapenta (9,10) si basa, non sulla interazione con il sistema oppioide, bensì sul fenomeno del "Gate control" con completa assenza delle aree di attivazione della corteccia cerebrale del dolore (S1, S2, S3).

4. PERCORSO DI IMPLEMENTAZIONE DELLA TECNICA IPNOTICA IN SALA DI ELETTROSTIMOLAZIONE: esperienza di una scoraggiante diffidenza

La comprensione della grande efficacia dell'ipnosi e dei molteplici utilizzi nella sala di Elettrostimolazione e nell'attività ambulatoriale della Cardiologia (ad esempio durante Ecografia-transesofagea o altro), oltre ad avermi stimolato a partecipare al Corso base di Ipnosi presso l'Istituto Granone, ha fatto nascere in me il desiderio di ufficializzare l'utilizzo di tale tecnica nel mio reparto e quindi di proporre un progetto aziendale, come stimolato dal CIICS. Durante i primi giorni di Febbraio 2020 ho predisposto ed inviato un progetto (v. Allegato 1) al Direttore della UOC di Cardiologia, alla Caposala della UOC di Cardiologia, al Direttore di Area Medica e al Direttore di Area Infermieristica dell'Ospedale di Livorno.

Tuttavia, nonostante avessi corredato il progetto con la bibliografia scientifica sul tema, con i dettagli del Corso di base di Ipnosi e avessi indicato i nomi dei relatori del corso, con l'evidenza di applicazione di tale tecnica in numerosi Ospedali, l'approvazione del progetto non è mai arrivata da parte dei Direttori di Area

Medica ed Infermieristica. Inizialmente hanno sollevato il problema della necessità del consenso informato, a cui ho risposto: *"I colleghi della varie specialità, che utilizzano tale tecnica nella pratica clinica, aggiungono nel consenso la dizione: "La somministrazione di farmaci per l'analgia potrà essere accompagnata da tecniche di Comunicazione Ipnotica che ne coadiuvano l'effetto"*. Purtroppo, nonostante i miei ripetuti solleciti, non c'è più stata risposta.

La mia delusione associata alla diffidenza del personale della sala operatoria nell'utilizzo dell'ipnosi, di cui conoscevano solo la scorretta manifestazione televisiva e l'insorgere della pandemia Covid, che ha impedito una frequenza in presenza con i docenti, ha determinato in me un profondo scoraggiamento e un blocco nella capacità di iniziare ad utilizzare l'ipnosi sui pazienti che mi si presentavano. Tale incapacità era fonte di frustrazione perché da un lato avvertivo l'entusiasmo di comprendere un nuovo campo di studio e il desiderio di mettermi alla prova, dall'altro ero congelata dalla paura di fallire, e quindi amplificare la diffidenza degli altri, e dalla mancanza di un supporto da parte di maestri della tecnica ipnotica che mi faceva sentire debole nelle mie capacità tecniche.

5. IL MODELLO S.F.E.R.A.

A questo punto, durante le lezioni online, è arrivata la spiegazione del modello S.F.E.R.A.. Man mano che venivano analizzati i 5 punti (Sincronia, Forza, Energia, Ritmo ed Attivazione) ho avvertito che la mia passione (Attivazione) per questo nuovo mondo, l'ipnosi, non poteva essere schiacciata da nessun ostacolo, altrimenti avrei dato partita vinta ai miei "avversari" prima ancora di cominciare la

“competizione” e quindi ho iniziato il mio percorso per migliorare gli altri punti.

L'acronimo S.F.E.R.A. sta per:

S: SINCRONIA capacità di essere completamente presenti, corpo e mente, e concentrati in ciò che si sta facendo nel momento della prestazione (estrema concentrazione). Il Segreto della Sincronia consiste nell'immaginare e fare nello stesso tempo;

F: PUNTI DI FORZA capacità ed abilità fisiche, tecniche e psicologiche che “l'atleta” o il protagonista della prestazione riconosce di possedere ai fini di una prestazione di eccellenza. I punti di forza sono connessi con il costrutto di autoefficacia;

E: ENERGIA fattore invisibile, è la quantità di forza che utilizziamo per ottenere il nostro obiettivo;

R: RITMO è ciò che genera il giusto flusso nella sequenza dei movimenti, un'ordinata successione negli intervalli di tempo. E' ciò che dà qualità all'azione;

A: ATTIVAZIONE è il valore aggiunto, è il motore motivazionale, la massima espressione della passione che permette di superare i limiti.

Ma come fare per essere all'interno della SFERA e quindi ottenere la massima prestazione e, nel mio caso specifico, sentirsi in grado di applicare l'ipnosi efficacemente?

E' necessario utilizzare delle regole, delle norme, che se rispettate, generino buone relazioni e favoriscano il raggiungimento del risultato desiderato.

1) **FASE DI ANALISI:** *ogni volta che vi è differenza tra la prestazione potenziale*

e la prestazione reale, vi è sempre una causa: è necessario indagare la causa tecnica o psicologica usando la SFERA;

- 2) **FASE DI OTTIMIZZAZIONE:** *la rappresentazione mentale della performance è un'invenzione personale del soggetto della prestazione ed è legata allo stato mentale; per migliorarla è necessario o modificare la rappresentazione mentale che non è idonea, o potenziare uno dei punto attrattori della SFERA. Tale fase è volta a creare la Miglior Rappresentazione possibile dell'evento;*
- 3) **FASE DI VERIFICA:** *l'efficacia dei meccanismi mentali utilizzati è evidenziata dal sistematico aumento del senso di autoefficacia, che è strettamente legato alle sensazioni positive vissute dall'atleta. La verifica avviene sempre sul campo ed è direttamente collegata al risultato ottenuto.*
- 4) **FASE DI MANTENIMENTO:** *l'abitudine è nemica della massima prestazione, per cui i meccanismi mentali possono mantenersi solo se supportati da un bisogno di miglioramento continuo. La probabilità di vittoria è direttamente correlata all'intensità del piacere di compiere la prestazione.*

6. IL MIO PERCORSO ALL'INTERNO DEL MODELLO S.F.E.R.A.

Questo momento storico di isolamento sociale e di difficoltà di confronto diretto determinato dalla pandemia di Covid ha determinato, almeno in me, una difficoltà oggettiva ad apprendere una nuova metodologia di lavoro.

1) FASE DI ANALISI

- L'impossibilità di poter vivere dal vivo l'esperienza della comunicazione ipnotica affianco ai docenti, nonostante ogni loro tentativo di trasmettere nozioni, esperienza e consigli attraverso la didattica a distanza, ha ridotto

drasticamente la sicurezza dell'autoefficacia, *punto di Forza* indispensabile, durante i primi tentativi di induzione dei pazienti in sala.

- Inoltre, nonostante aver creato un modello mentale di scala di induzione, al momento dell'applicazione, avvertivo la pressione dell'osservazione del personale di sala e la distrazione dei movimenti frenetici degli operatori che mi impedivano una buona concentrazione (*deficit di Sincronia*).
- Per ciò che riguarda l'elemento *Energia* passavo da momenti in cui vivevo un sovraccarico (stress) con uno sforzo eccessivo determinato dalla necessità di controllare sia la comunicazione ipnotica, sia i problemi tecnici legati all'intervento, ad occasioni in cui, invece, verificando l'efficacia della tecnica ipnotica che migliorava il controllo delle reazioni del paziente ed anche il mio vissuto personale dell'intervento chirurgico, sentivo di vivere in un perfetto "flow".
- Anche il Ritmo, come accadeva per l'Energia, era variabile in base alla capacità o meno di entrare in sala con la mente preparata sia all'intervento sia alla comunicazione ipnotica ed anche alla possibilità di aver avuto un contatto precedente con il paziente, che avesse potuto permettere di instaurare una relazione di fiducia.
- L'Attivazione, cioè la passione che mi ha guidato nell'intraprendere questa attività, il motore motivazionale, che permette di superare i limiti, di allenarsi e che genera armonia ed equilibrio nel fare e nel dirigersi verso l'esperienza desiderata, non mi è mai venuta a mancare giorno e notte, aiutandomi a valutare come migliorare i vari aspetti deficitari.

2) FASE DI OTTIMIZZAZIONE

Per ottimizzare le carenze ho pensato di lavorare inizialmente nell'ottimizzazione dei punti di Sincronia e Forza.

Per cercare di creare una rappresentazione mentale più efficace, ho iniziato ad utilizzare la Tecnica di induzione rapida Dave Elman (modificata da Iannini) secondo le istruzioni ricevute negli incontri webinar, su familiari ed amici. In questo modo avevo la tranquillità di non essere giudicata da personale esterno e allo stesso tempo la possibilità di ripetere a voce alta e più volte una stessa tecnica, modificandola secondo le esigenze dei diversi soggetti che mi trovavo davanti, che desideravano sottoporsi all'ipnosi per alleviare vari disturbi (ansia, tensione muscolare, dolori addominali). Il ripetere la tecnica molte volte, valutandone l'efficacia e valutando i miei punti di difficoltà, ma anche quelli di forza nella capacità di adattarmi alle reazioni del soggetto, ha fatto sì che si sia sviluppato in me un senso di maggiore efficacia, rendendomi più sicura. A quel punto ho provato mentalmente ad immaginare la situazione della sala operatoria e, quindi, il momento in cui inserire tale tecnica, così da ricreare la scena; mi sono resa conto che vocaboli come "profonda trance" o "trance ipnotica" in una popolazione irriverente e sarcastica, come quella Livornese, avrebbe determinato una reazione di ilarità sia nel paziente sia negli operatori di sala. Per tale motivo ho pensato di trasformare ogni riferimento all'ipnosi in riferimento ad un profondo rilassamento e al sonno. Utilizzando quindi la Tecnica Mascherata, ho pensato di indurre la trance invitando il paziente a rilassarsi profondamente fino a quando non fosse arrivato l'effetto del farmaco somministrato endovena, che avrebbe indotto un sonno rilassato, in cui poteva anche avvertire ciò che noi operatori

stavamo facendo, ma che lo avrebbe portato in un luogo sicuro, dove lui avrebbe potuto immaginare ciò che più desiderava.

Successivamente, pensando a come aumentare la concentrazione durante l'intervento (Sincronia), in modo da non farmi distrarre dagli operatori, dall'ingresso di altro personale o dai rumori di sala, ho capito che ciò che più mi permetteva una profonda concentrazione sarebbe stata la Musica; essa mi avrebbe allontanato dal "mondo esterno" e mi avrebbe focalizzato su ciò che stavo facendo, proprio come avevo fatto durante le prove sui familiari e amici. Ho quindi iniziato a utilizzare in sala Musica Zen oppure, chiedendo prima al paziente i suoi gusti musicali, altri tipi di musica (es. colonne sonore di E. Morricone o V. Rossi) scegliendo in ogni caso una musica melodica e rilassante. Ciò ha creato un meccanismo on/off, non solo in me, per cui iniziando ad ascoltare la musica iniziavo a concentrarmi solo su ciò che avrei dovuto fare e dire, a rallentare il ritmo respiratorio e i movimenti, che diventavano più fluidi e ripetitivi (Ritmo), ma anche nel personale di sala che dopo le prime volte aveva capito che con l'inizio della musica iniziava l'intervento e la comunicazione ipnotica con il paziente, per cui tendevano ad evitare l'eccessiva confusione e schiamazzo cui erano abituati.

Come Fase di Verifica ho deciso di presentare ai pazienti una scheda (V. Allegato 2-Scheda 1) per valutare:

- il *grado di ansia* prima durante e dopo la procedura (scala da 0 a 10),
- di *dolore* durante e dopo la procedura (scala da 0 a 10) e
- la *valutazione del tempo di durata dell'intervento* (da "Poco" a "Moltissimo").
- Si chiedeva anche di indicare il *valore dato al supporto Comunicativo del personale medico-infermieristico* (da "Per Niente" a "Moltissimo").

A questa scheda ne ho aggiunta una seconda (V. Allegato 2-Scheda 2), compilata dal personale sanitario finalizzata alla valutazione della compliance del paziente durante l'intervento.

3) FASE DI VERIFICA: VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA DI SALA

Nell'arco di un mese tra il 25 Giugno e 31 Luglio (limite di tempo tra la ripresa dell'attività dopo il lockdown più l'applicazione in me del Modello SFERA e la scadenza della tesi), nelle sedute di Sala Operatoria in cui ero presente come primo o secondo operatore ho applicato la tecnica di Comunicazione Ipnotica Mascherata sui pazienti sottoposti a procedure di impianto (pace-maker, defibrillatori endocavitari e sottocutanei). Ho raccolto i dati di 9 pazienti (di età compresa tra 53 e 88 anni), mentre di altri 3 (2 pazienti di 91 aa ed 1 di 92 aa) abbiamo compilato solamente la scheda 2, perché i pazienti non sono stati in grado di compilare autonomamente la scheda 1.

L'idea era quella di tentare l'approccio su tutti i vari tipi di pazienti per capirne le potenzialità e i limiti.

Infatti, come ben sappiamo, essendo l'ipnosi uno stato di coscienza modificato che ha necessità della piena capacità intellettuale del paziente di creare il monoteismo e di concentrarsi attivamente su di esso, ha il limite di non poter essere applicata in paziente con gravi deficit cognitivi.

Per questo motivo sono stati esclusi i grandi anziani sottoposti in urgenza ad impianto di pacemaker.

Tuttavia, ho provato ad includere anche pazienti molto anziani che avessero un deficit cognitivo lieve, valutando se tale metodica comunicativa potesse comunque

aumentare la compliance del paziente, evitando la somministrazione di farmaci Ipnoinducenti (Midazolam, Propofol), che talvolta determinano effetto paradosso aumentando lo stato di agitazione con necessità di sedazione profonda ed intervento dell'anestesista.

Schema di Approccio al paziente:

- Al momento dell'ingresso in sala, quando ancora il paziente è nel proprio letto, inizio a parlare con lui, presentandomi, chiedendo lui come si sente, se è tranquillo o agitato, spiegando tecnicamente come avviene l'intervento, in modo da stabilire una relazione di fiducia.
- Quando il paziente viene trasferito sul tavolo operatorio, mentre gli infermieri controllano il monitoraggio, le vie di accesso periferiche e verificano la checklist, proseguo la relazione con il paziente, spiegando che verrà fatta una anestesia locale nella sede di impianto e che se seguirà ciò che gli verrà detto, questo lo aiuterà a rilassarsi profondamente, così profondamente, da stare più comodo. In più, nel momento in cui verrà somministrato un farmaco analgesico in vena (ipnosi mascherata), quel farmaco aumenterà così tanto il senso di rilassamento profondo che lui potrà addormentarsi o pensare a ciò che più gli piace, immaginando e sognando fino alla fine dell'intervento.

Ribadisco che tutto questo aumenterà la velocità dell'intervento ed aiuterà noi operatori a lavorare meglio.

- A questo punto si inserisce l'elemento Musica. Se il paziente riferisce un genere musicale viene scelta una colonna musicale incline alle sue

preferenze, se il paziente non esprime nessun desiderio viene preferita una colonna musicale rilassante tipo Zen. L'inizio della musica, nel momento in cui si procede al lavaggio delle mani e alla vestizione sterile, fa sì che anche gli infermieri e i tecnici radiologici, avvertono l'inizio "ufficiale" dell'intervento e della comunicazione ipnotica al paziente.

- Durante il posizionamento dei teli sterili e l'applicazione del disinfettante freddo sulla cute si inizia l'induzione attraverso la concentrazione sul respiro, sulla pesantezza delle palpebre fino alla loro chiusura (se il paziente lo desidera), con successiva suggestione di freddo sulla cute, che ha un effetto anestetizzante, che durerà a lungo e toglierà il dolore della zona. Fatta l'anestesia locale si prosegue con l'approfondimento del rilassamento muscolare e del rallentamento del respiro, fino a quando si avverte il paziente che stiamo per iniettare il farmaco che lo farà dormire o sprofondare in un sogno bello e rilassante, in un luogo sicuro dove lui vorrà trascorrere questo tempo. Gli infermieri somministrano basse dosi di Fentanyl (da 1/3 a 1/2 fl).
- A quel momento seguiamo con l'intervento, rinforzando l'idea che il paziente è molto bravo, collaborativo e capace di mantenersi rilassato e che sta procedendo tutto bene, per cui può rimanere in questa condizione di profondo rilassamento.
- Al termine dell'intervento, durante la sutura finale, risvegliamo il paziente, gratificandolo della sua ottima capacità di collaborare e di rendere il lavoro di noi operatori più semplice.

Risultati

Dall'analisi delle schede dei 9 pazienti è risultato che:

- Il livello di ANSIA da PRIMA a DOPO la Procedura si è ridotto in 6 pazienti, in 2 è rimasto stabile a livello molto basso (livello 0 e 2). Solo in 1 soggetto è aumentato. Tale soggetto ha, infatti, slatentizzato nei giorni successivi una grave forma di depressione determinata non dall'intervento in se stesso, ma dalla presa di conoscenza delle sue condizioni cliniche e da uno stato psichico labile già presente, ma mascherato, tanto che è stato necessario l'intervento dello psichiatra e l'inizio di terapia specifica;
- Il Grado di DOLORE è stato segnalato da 5 pazienti di grado 0 e da 4 di grado 2;
- La DURATA del TEMPO dell'intervento percepito è stata percepita in una scala da 1)POCO, 2)ABBASTANZA, 3)MOLTO, a 4)MOLTISSIMO:
 - da 3 pazienti di grado 1 (POCO),
 - da 5 pazienti di grado 2 (ABBASTANZA),
 - da 1 paziente di grado 4 (MOLTISSIMO) (stesso paziente psichiatrico)

La durata media delle procedure è stata di 103 min.;

- Il Grado di AIUTO dato DALLA COMUNICAZIONE è stato percepito in una scala da 1)PER NIENTE, 2)POCO, 3)ABBASTANZA, 4)MOLTO, a 5)MOLTISSIMO:
 - da 5 pazienti di grado 4 (MOLTO),
 - da 3 pazienti di grado 5 (MOLTISSIMO) e
 - da 1 paziente di grado 2 (POCO) (stesso paziente psichiatrico,

prima menzionato).

- Per quanto riguarda la scheda compilata da noi operatori, comprensiva dei 3 pazienti che non sono riusciti a compilare la scheda perché troppo anziani (anche se con deficit cognitivo non grave), è risultato che:
 - 1) A Nessun paziente è stato necessario somministrare Farmaci ipnoinducanti;
 - 2) Tutti hanno ricevuto Anestesia Locale con Carbocaina 2 fl e, solo per il paziente sottoposto a impianto di S-ICD, è stata effettuata anestesia loco-regionale con blocco del serrato;
 - 3) Tutti hanno ricevuto la Somministrazione di Fentanyl ev: 8 pazienti 1/2 fiala, 2 pazienti 1/3 fiala e 2 pazienti 1 fl in 2 boli (pazienti sottoposti a procedure più complesse, impianto di Defibrillatore biventricolare e Defibrillatore sottocutaneo con un tempo di intervento di 180 min.).
- I valori pressori durante la procedura sono rimasti stabili o si sono ridotti, ciò che conferma l'aumentato stato di rilassamento;
- La compliance del paziente valutata dal personale è stata per 10 pazienti MOLTISSIMO e per 2 pazienti MOLTO, per la perfetta immobilità durante la procedura e l'assenza di segni di insofferenza.

7. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

La passione è quella forza interiore che alimenta, ogni giorno, il sogno di ognuno di noi, indirizza i nostri comportamenti, generando armonia ed equilibrio nel dirigersi verso ciò che più ci appassiona. Senza questa passione per ciò che ci accingiamo a fare, la vita sarebbe noia.

Animata da questa passione per la scoperta del mondo dell'Ipnosi che mi ha fatto comprendere le potenzialità della nostra mente e la capacità di utilizzare questo strumento sia nella vita quotidiana sia nel lavoro, sono riuscita a non permettere allo stop psicologico iniziale, determinato dalle difficoltà incontrate al principio di questo percorso (la negazione da parte dei responsabili dell'utilizzo dell'Ipnosi in un progetto strutturato, lo scetticismo e la derisione da parte del personale sanitario, la mancanza di un tutoraggio ravvicinato da parte di sanitari competenti a causa della pandemia) di proseguire questo percorso.

Attraverso l'utilizzo del Modello SFERA ho trovato una via per analizzarmi e rafforzare, anche se parzialmente, i miei punti di debolezza e iniziare a piccoli passi un cammino di miglioramento continuo (Kaizen: miglioramento continuo a piccoli passi) fino in cima ad una scala, che mi permetterà di arrivare allo stato di desiderata Competenza (eccellenza).

In questo percorso l'aver verificato i risultati con la Scheda di Valutazione (Allegato 2) proposta ai pazienti ha permesso di oggettivare i primi risultati e trarne una gratificazione che ha alimentato l'entusiasmo e quindi l'Attivazione.

In effetti, oltre ad aver valutato in modo analitico quanto la Comunicazione Ipnotica sia stata gradita dai pazienti, abbia ridotto la loro ansia e il dolore percepito, sia in sala che nel post-operatorio e abbia incrementato

considerevolmente la compliance all'intervento, ciò che non si può quantificare, ma solo descrivere, sono i ringraziamenti, i sorrisi e, talvolta, le lacrime di gratitudine dei pazienti dopo la procedura, perché ciò che li spaventava si era trasformato in un'esperienza che avevano vissuto in modo rilassato e soddisfacente.

In più, ciò che mi ha fatto ulteriormente sperare in una prosecuzione ottimizzata dell'utilizzo dell'Ipnosi, è stato il cambiamento di atteggiamento del personale di sala, che osservando e vivendo un miglioramento dello stato emotivo, con riduzione dello stress, durante l'intervento sia nel paziente, sia in loro stessi, hanno cominciato a manifestare comprensione della tecnica e discreta collaborazione.

A questo punto nel processo che sta alla base del miglioramento continuo, la Ruota di Deming, siamo arrivati al CHECK:



I risultati ottenuti sono stati buoni, hanno determinato incoraggiamento e nuovo entusiasmo, ma non sono ancora ottimizzati.

C'è, naturalmente, ancora da lavorare molto nel miglioramento della tecnica fino ad arrivare all'induzione della suggestione di analgesia loco-regionale ed approfondimento dello stato di trance; c'è ancora da migliorare la Sincronia per la concentrazione, evitando l'utilizzo di un eccesso di Energia che determina Stress e

impedisce di lavorare in stato di “flow”.

Per agire (ACT) in tal senso avrò bisogno di tempo per ristudiare in modo più approfondito i passi e le tecniche di comunicazione ipnotica, per trovare il modo di lavorare fianco a fianco con colleghi che la utilizzano nella pratica quotidiana e, probabilmente, fare una ulteriore analisi delle mie debolezze che rallentano la capacità di mettersi in gioco, senza la paura di fallire.

Tuttavia il cammino è cominciato. Fondamentale è non fermarsi e continuare a migliorare.

8. BIBLIOGRAFIA

- 1) Vercelli G. Vincere con la mente. Ed. Ponte delle Grazie 2006
- 2) Wobst AHK. Hypnosis and surgery: past, present and future. *Anesth Analg*. 2007 May; 104(5): 1199-208
- 3) Chen X et al. Hypnosis intervention for the management of pain during cataract surgery. *Pain Res*. 2018 Sep 20;11:1921-1926.
- 4) Facco E. Hypnosis and anesthesia: back to the future. *Minerva Anestesiol* 2016 Dec;82(12):1343-1356
- 5) Baglini R et al. Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *Am J Cardiol*. 2004 Apr 15;93(8): 1035-8
- 6) Scaglione M, Peyracchia M, Battaglia A, Di Donna P, Cerrato N, Lamanna A, Caponi D. Subcutaneous implantable cardioverter-defibrillator implantation assisted by hypnotic communication in a patient with Brugada syndrome *HeartRhythm Case Rep*. 2019 Dec 26;6(4):198-201
- 7) Scaglione M, Battaglia A, Di Donna P, Peyracchia M, Bolzan B, Mazzucchi P, Muro M, Caponi D. Hypnotic communication for periprocedural analgesia during transcatheter ablation of atrial fibrillation. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2019 Jul 27;24:100405
- 8) Granone F. Trattato di ipnosi
- 9) Casiglia E et al. Measured outcomes with hypnosis as an experimental tool in a cardiovascular physiology laboratory. *Int J Clin Exp Hypn*. 2012; 60(2):241-61
- 10) Casiglia et al. Mechanism of hypnotic analgesia explained by functional Magnetic resonance (fMRI). *Int J Clinical and Experimental Hypnosis* 2020; 68:1-15

9. ALLEGATO 1

PROGETTO DI APPLICAZIONE DELLA TECNICA DI COMUNICAZIONE IPNOTICA IN AMBITO DELLA CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA (ELETTROFISIOLOGIA ED EMODINAMICA) E DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE DELLA CARDIOLOGIA DELL'OSPEDALE DI LIVORNO

Presentato da :

Dr.ssa Enrica Talini, Dir. Medico UOC Cardiologia di Livorno

RAZIONALE

Le procedure di cardiologia interventistica sia in ambito Elettrofisiologico sia in ambito Emodinamico richiedono la massima collaborazione del paziente per mantenere l'immobilità sul lettino per tempi prolungati così da consentire all'operatore la necessaria precisione nell'intervento. Per consentire ciò ed evitare la scarsa compliance del paziente legata sia alla componente ansiogena sia al fatto che alcune fasi dell'intervento non sono scevre da dolore, è necessario utilizzare farmaci anestetici locali e, in molti casi, farmaci che inducano la sedazione profonda del paziente.

L'utilizzo di tali farmaci (morfino-simili, BDZ etc) può essere gravato da effetti collaterali quali la depressione respiratoria, ipotensione, vomito che risultano essere controproducenti in tali situazioni.

Le stesse considerazioni valgono per alcuni esami Ambulatoriali come l'Ecografia Transesofagea, che necessitano di sedazione per tollerare la procedura.

OBIETTIVO

La finalità del progetto è valutare l'efficacia della tecnica di Comunicazione Ipnotica relativamente al:

- controllo dell'ansia procedurale
- controllo del dolore durante le procedure e gli esami invasivi
- valutazione dell'impatto emotivo nel ricordo post-procedura
- valutazione dell'impatto sull'uso di farmaci sedativi e/o analgesici

SCOPO DELL'INTRODUZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA IN PROCEDURA

Fornire uno strumento di autocontrollo durante le Procedure invasive o endoscopiche, facendo sperimentare alla persona la capacità di gestire lo stato di coscienza modificato che gli permette di migliorare l'autoefficacia e l'autocontrollo.

Portare il paziente ad uno stato di completo benessere fisico e mentale che amplifica la capacità di autocontrollo, di gestione dell' ansia e di controllo del dolore senza mai perdere la coscienza. Tale strumento sarà rivolto ai paziente che riescano a comprendere che la modificazione dello stato di coscienza cui verranno indotti dal personale medico-infermieristico specializzato, sarà in grado di aiutarli nella tollerabilità delle procedure cui debbano essere sottoposti, particolarmente coloro che abbiano avuto una esperienza pregressa diagnostico-terapeutica difficile. Tale induzione sarà complementare della sedazione quando è necessaria.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La Comunicazione Ipnotica è da intendersi come complementare alle altre tecniche normalmente in uso.

Saranno coinvolti nel Progetto:

- Cardiologo interventista o ambulatoriale (Dr. ssa Enrica Talini)
- Infermiera (Romina Citi)
- Anestesista disponibile, quando necessario (medico di turno)

Il Paziente verrà accolto nella sala di Elettrofisiologia o Emodinamica o sul lettino dell'ambulatorio dove verrà preparato all'intervento con l'ausilio della comunicazione ipnotica già dal suo arrivo in base al suo percorso di cura e alle criticità che si dovranno affrontare.

Verranno eseguite le normali procedure assistenziali di routine, mentre il paziente potrà sperimentare uno stato di coscienza grazie al quale gli sarà possibile agire un cambiamento dell'esperienza sviluppando capacità e cambiamenti fisici che una volta acquisiti potrà autogestire.

MONITORAGGIO

I dati relativi ai risultati dell'implementazione della comunicazione ipnotica saranno raccolti e presentati all'azienda oltre che riportati nella tesi di fine corso.

I tempi previsti riguardano i tempi di consegna della tesi, trattasi di ottobre 2020.

10. ALLEGATO 2

SCHEDA 1 : PRESENTATA AL PAZIENTE

Gentile Signor/ra

le chiediamo di rispondere ad alcune domande inerenti alla sua esperienza durante la Procedura Interventistica cui è stato sottoposto.

La sua collaborazione ci permetterà di raccogliere preziose informazioni sulle tecniche comunicative e antidolorifiche utilizzate nelle nostre Sale.

Data.....

DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome..... Anni.....

Sesso: F M

PRIMA DELLA PROCEDURA

Quale era il suo grado di ANSIA/PREOCCUPAZIONE prima dell'Intervento ?



0

nessuna ansia



2



4



6



8

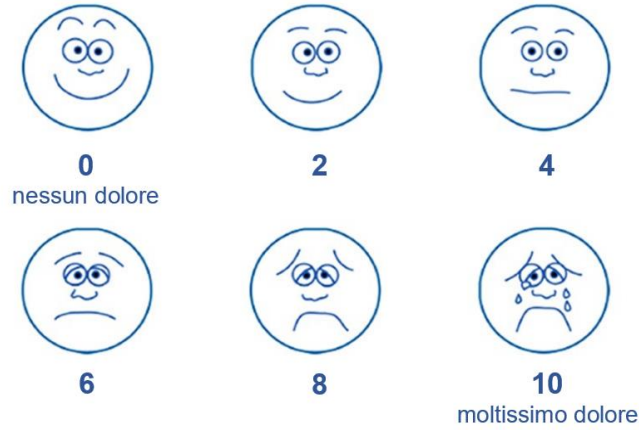


10

moltissima ansia

DURANTE LA PROCEDURA

Quale è stato il grado di DOLORE PROVATO durante l'Intervento?



Ritiene che il **supporto Comunicativo** datole dal personale medico-infermieristico durante l'intervento sia stato di aiuto?

| PER NIENTE | POCO | ABBASTANZA | MOLTO | MOLTISSIMO |
|------------|------|------------|-------|------------|
| | | | | |

Secondo lei quanto tempo è durato l'Intervento ?

| POCO | ABBASTANZA | MOLTO | MOLTISSIMO |
|------|------------|-------|------------|
| | | | |

DOPO LA PROCEDURA

Quale è il suo grado di ANSIA/PREOCCUPAZIONE dopo l'Intervento?



0

nessuna ansia



2



4



6



8



10

moltissima ansia

SCHEDA 2 COMPILATA DAL PERSONALE MEDICO-INFERMIRISTICO

Cognome.....Nome.....anni.....

Procedura/intervento:.....

Data.....ora inizio procedura.....ora termine.....

PRIMA DELLA PROCEDURA (ingresso sala) : PAmmhg,

DURANTE LA PROCEDURA: PAmmhg,

SOMMINISTRAZIONE FARMACI:

| | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|-------------|
| PERFALGAN | SI | NO | dose |
| MIDAZOLAM | SI | NO | dose |
| FENTANEST | SI | NO | dose |
| PROPOFOL | SI | NO | dose |
| ANESTESIA LOCALE | SI | NO | dose |
| ATROPINA | SI | NO | dose |
| (altro) | | | |

COMPLICANZE.....

VALUTAZIONE COMPLIANCE

| PER NIENTE | POCO | ABBASTANZA | MOLTO | MOLTISSIMO |
|-------------------|-------------|-------------------|--------------|-------------------|
| | | | | |