



ISTITUTO  
FRANCO GRANONE  
CIICS centro italiano ipnosi  
clinico sperimentale

Fondatore: Professor Franco Granone

Corso di formazione in Ipnosi clinica e comunicazione ipnotica  
ANNO 2024

“L’alleanza terapeutica tra paziente e team multidisciplinare: esperienza di Ipnosi e Comunicazione  
Ipnotica in Elettrofisiologia presso l’Ospedale di Santa Maria Annunziata, Usl 10 Toscana Centro”

Candidata  
Dottoressa Laura Benucci

Relatore

Dottor Marco Scaglione

Correlatore

Dottoressa Paula Marina Fernandes

## INDICE

INTRODUZIONE.....	pag.2
1. CENNI STORICI.....	pag.3-9
1.1 Le civiltà antiche.....	pag. 3
1.2 Il Settecento.....	pag. 4
1.3 L'Ottocento e il Novecento.....	pag. 5-9
2. L'IPNOSI.....	pag.9-15
2.1 L'ipnosi, l'ipnotismo e il monoideismo plastico.....	pag. 9
2.2 Il meccanismo di azione dell'ipnosi.....	pag. 10-11
2.3 Struttura dell'ipnosi.....	pag. 11-15
3.L'IMPORTANZA DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA ALL'INTERNO DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE.....	pag.16-18
4. ANSIA E DOLORE: GESTIRE IL DOLORE E ANSIA ATTRAVERSO IL POTENZIAMENTO DELLE CAPACITÀ INTRINSECHE DEL PAZIENTE.....	pag. 18
5. DESCRIZIONE DI METODOLOGIA E OBIETTIVI ATTESI DELLA PRASSI IPNOTICA NELL'ESPERIENZA CLINICA IN ELETTROFISIOLOGIA presso l'Ospedale di Santa Maria Annunziata, USL 10 TOSCANA CENTRO.....	pag. 19-20
6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	pag.20-25
6.1 Analisi della percezione del dolore.....	pag. 22-23
6.2 Analisi della percezione dell'ansia.....	pag. 23-25
7. CONCLUSIONI.....	pag. 25-26
8. ALLEGATI.....	Pag. 27-30
9. BIBLIOGRAFIA.....	pag. 31

## INTRODUZIONE

Mi chiamo Laura e sono un'infermiera dal 2008. Fino a pochi mesi fa il mio mondo professionale era costituito da tre figure fondamentali: io, il "malato", e i colleghi.....adesso so che non c'è credenza più errata di questa.

Spinta dalla curiosità di provare qualcosa che esulasse completamente dal mio ambito lavorativo, la mia vita professionale si è quasi sempre svolta, infatti, nell'ambito cardiologico, desideravo un corso per implementare le mie capacità professionali e che, allo stesso tempo, riuscisse a ridarmi l'amore per lo scambio tra esseri umani. In sostanza, in un panorama ipertecnico, cercavo disperatamente la parola.

Oggi so per certo che, tra tutte le tecniche, metodiche, skills, abilità che ho appreso in questi anni, l'ipnosi è quella che sperimenterò in continuo, e saprà sempre sorprendermi, poiché presuppone che io sia continuamente aperta a conoscere chi ho davanti, sia questo malato o meno.

Questo lavoro rappresenta per me solo una piccolissima parte di quello che ho appreso durante tutto il percorso di formazione in ipnosi, e sostanzialmente mi sono resa conto che questo corso mi ha resa più forte e consapevole.

## 1.CENNI STORICI

### 1.1 Le civiltà antiche

L'ipnosi è un fenomeno che ha un'origine assai remota e rappresenta, ormai di diritto, una delle prime forme di psicoterapia conosciute: denominata in modi diversi, in contesti sempre differenti, ha attraversato il passare del tempo come fedele compagna dell'esistenza umana.

Il dualismo antitetico di amore e odio che ha caratterizzato l'atteggiamento dell'uomo rispetto a questa tecnica ha portato l'ipnosi a momenti di estrema adesione alternati a momenti di rinnegazione.

Tuttavia, se pur attraverso i rocamboleschi eventi della storia, l'ipnosi è giunta a noi come opportunità, come strumento di fondamentale importanza, là dove si voglia collaborare con i nostri simili.

I molteplici utilizzi di questo fenomeno hanno spaziato su vari campi semantici: l'intento magico e/o religioso, spicca nell'utilizzo dell'ipnosi, fin dalle prime testimonianze storiche di suo utilizzo.

Con il trascorrere del tempo, si è capito poi, che il momento di cura, così vicino per alcuni aspetti alla comunicazione di tipo mistico, aveva necessariamente bisogno di questo strumento. Si è passati quindi dal solo utilizzo spirituale, alla commistione tra spirituale e fisico (la cura ed il prendersi cura) ed anche volendo fare un'analisi critica di questo binomio mente/corpo, sappiamo, ormai da tempo, che nel loro esistere sono da considerarsi come un'unità.

L'ipnosi inizia il suo ingresso con testimonianza scritta già dal XVIII secolo a.C.: testi cinesi risalenti a tale periodo parlano infatti dell'utilizzo di questo tipo di fenomeno allo scopo di mettersi in contatto con i morti e di curare i vivi.

Ed ancora le civiltà mesopotamiche e premesopotamiche: di particolare valore il richiamo a tecniche ipnotiche sulle mura dell'antica Babilonia.

Si tratta di ipnosi in quasi la totalità delle culture orientali, ma se ne trovano menzioni anche tra i popoli del nord: i Celti erano soliti demandare tale tipo di tecnica al Druido, che usava l'arte ipnotica per predire e per curare. Gli Inuit, così come gli Indiani d'America usavano metodiche assimilabili all'ipnosi, e a tutt'oggi mantengono un forte legame con questo tipo di fenomeno.

L'antico Egitto ha fatto da capostipite alla cultura Greca e poi a quella Romana nell'uso della tecnica ipnotica: Esculapio induceva il sonno negli ammalati e con l'imposizione delle mani interveniva sulla parte malata per risanarla.

Una delle prime condanne all'ipnosi fu quella a carico di Paracelo, che nel XVI secolo a.C. venne tacciato di bugiardo per aver affermato di poter usare suggestione e fede per indurre mali o per curarli. Genio incompreso, sarà precursore di alcune importanti discipline ad oggi utilizzate nella medicina moderna (psiconeuroimmunologia, psiconeuroendocrinologia).

Come detto precedentemente, la commistione tra magia, medicina e religione si protrarrà per moltissimo tempo, anche in epoca molto più recente.

## 1.2 Il Settecento

Nel 1774, Johann Joseph Gassner<sup>1</sup>, sacerdote tedesco, acquisì grande notorietà professando di "scacciare i demoni" e di guarire i malati semplicemente con la preghiera.

I metodi di Gassner sono stati collegati a una forma speciale di addestramento ipnotico. È stato descritto come un predecessore dell'ipnosi moderna.<sup>2</sup>

Franz Anton Mesmer (1734-1815)<sup>3</sup>, che elaborò la teoria "magnetismo animale", in seguito denominato *mesmerismo*: egli affermò che "un organismo umano può influenzarne magneticamente un altro e curarlo riequilibrandone l'armonia" è in assoluto il primo tentativo, se pur ai nostri occhi bizzarro, di sistematizzazione scientifica del fenomeno "ipnosi", e pone particolare cura nel descrivere come il setting di somministrazione di tale tecnica abbia un ruolo fondamentale nella riuscita e nella corretta conduzione della trance ipnotica.

Il '700 rappresenta l'anno dell'innovazione: si pongono le basi per la teorizzazione e il riconoscimento scientifico dell'ipnosi.

---

1 Johann Joseph Gassner (1727-1779): sacerdote tedesco dedito agli esorcismi

2 Burkhard., Peter. (2005). *L'esorcismo di Gassner, non il magnetismo di Mesmer, è il vero predecessore dell'ipnosi moderna*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 53: 1-12.

3 Franz Anton Mesmer (1734-1815): medico tedesco. Laureato in medicina e filosofia a Vienna, svolse la sua attività in Austria, Germania e Francia, a cavallo tra la fine del Settecento e l'inizio dell'Ottocento.

### 1.3 L'Ottocento e il Novecento

L'Ottocento è il secolo in cui l'ipnosi entrò a pieno titolo nel mondo della medicina. Numerosi furono le applicazioni cliniche proposte. In ambito odontoiatrico Jean Etienne Oudt<sup>4</sup> nel 1837 presentò i suoi studi all'Accademia di Medicina di Parigi, sostenendo di aver proceduto all'estrazione dentaria mediante anestesia per mezzo di magnetismo. In Inghilterra Ellioston<sup>5</sup>, contemporaneamente a Esdaile<sup>6</sup> in India, applicheranno tale tecnica in ambito chirurgico.

È in questo secolo che per la prima volta viene coniato il termine ipnotismo: fu infatti proprio un medico inglese, Braid (1785-1860)<sup>7</sup>, che ne coniò il termine derivandolo dal greco *Ypnos* (sonno) e che soprattutto pose il primo vero ribaltamento al mesmerismo.

Dobbiamo ancora a Lièbault,(medico, 1535-1596)<sup>8</sup> la spiegazione dei meccanismi dell'ipnosi attraverso il concetto di suggestione: egli sarà infatti uno dei primi a riconoscere l'importanza assoluta del fattore psicologico nel determinarsi di un'ipnosi. Allontanandosi completamente dall'ideazione magica che i suoi pazienti usavano per interpretare l'ipnosi, poneva come questione centrale dell'ipnosi la capacità del soggetto di fissarsi su un'unica idea. Sostanzialmente riconosce il successo dell'ipnosi attraverso il potenziamento delle capacità del soggetto ipnotizzato e non dall'abilità di conduzione proprie del medico. I seguaci di Lièbeault dettero vita alla cosiddetta scuola di Nancy, culla degli studi moderni sull'ipnosi.

Ancora un passo avanti nella concezione dell'ipnotismo viene dal francese Jean Martin Charcot (1825-1893)<sup>9</sup> della Scuola parigina di Salpêtrière. Egli rimane ancorato alle concezioni del mesmerismo, e ritiene addirittura che l'ipnotismo sia un fenomeno patologico associabile all'isteria. La sua

---

4 Jean Etienne Oudt: odontoiatra francese che eseguì i primi esperimenti di analgesia sotto ipnosi

5 John Ellioston (1791-1898): professore di principi e pratica della medicina all'University College di Londra (1832), medico senior all'University College Hospital (1834)

6 James Esdaile (1808–1859): chirurgo scozzese formatosi a Edimburgo, che prestò servizio per vent'anni presso la Compagnia delle Indie Orientali , è una figura notevole nella storia del "magnetismo animale " e, in particolare, nella storia dell'anestesia generale.

7 James Braid (1785-1860): è stato un chirurgo , filosofo naturale e " scienziato gentiluomo " scozzese. Fu un innovatore significativo nel trattamento del piede torto , della curvatura spinale , delle ginocchia valghe , delle gambe storte e dello strabismo ; un pioniere significativo dell'ipnotismo e dell'ipnoterapia , e un pioniere importante e influente nell'adozione sia dell'anestesia ipnotica che dell'anestesia chimica

8 Jean Lièbault (1535 – 1596) fu un medico e agronomo

9 Jean Martin Charcot (1825-1893): è stato un neurologo francese e professore di anatomia patologica . Ha lavorato a lavori pionieristici sull'ipnosi e l' isteria , in particolare con la sua paziente isterica Louise Augustine Gleizes . Charcot è noto come "il fondatore della neurologia moderna".

impostazione è ancora lontana dal vero, tuttavia anche i suoi studi costituiscono un ulteriore passo avanti nell'introduzione dell'ipnosi nel mondo della medicina ufficiale e la definitiva distanza dalle interpretazioni mistiche e magiche.

Quando cominciò a interessarsi all'ipnosi, nel 1878 era arrivato alla fine della sua carriera. L'ipnosi era già stata esplorata prima da Mesmer, Braid e soprattutto da Bernheim (con cui iniziò una lunga diatriba: il *conflitto tra la Scuola di Parigi e la Scuola di Nancy*). Charcot si occupò della fisiologia dell'ipnotizzato, dei suoi movimenti, dei suoi riflessi ma tralasciò i fenomeni psicologici. Charcot, che faceva esperimenti soprattutto sugli isterici, considerava il loro stato ipnotico avanzato come una vera nevrosi costituita essenzialmente da tre stati diversi:

- Lo stato di letargia: che si ottiene per fascinazione o per compressione dei globi oculari attraverso le palpebre abbassate.
- Lo stato catalettico: nel quale le membra restano immobilizzate nella postura che gli si impone.
- Lo stato sonnambulico: che può essere ottenuto attraverso la fissazione dello sguardo e attraverso altre pratiche.

Queste tre fasi costituiscono quello che Charcot chiamò la "grande ipnosi", o la "grande nevrosi ipnotica".

Sigmund Freud (1856-1939)<sup>10</sup>, padre della Psicanalisi, accantonata l'ipnosi in favore delle libere associazioni. La psicanalisi fu vincente nella cura delle nevrosi.

In ambito medico e chirurgico, l'avvento dell'etere oscurò gli studi sull'ipnosi in tale ambito.

Fu merito di pochi, continuare la sperimentazione e l'applicazione dell'ipnosi e in ambito medico e in ambito psicoanalitico per questo ricordiamo Pierre Janet (1849-1947)<sup>11</sup>, uno dei pochi ad interessarsi all'ipnosi nell'era della psicoanalisi. Pierre Janet fu uno dei primi ricercatori ad evidenziare una connessione diretta tra gli eventi della vita passata di un soggetto e la sintomatologia traumatica da essi derivante; coniò i concetti ed i termini di dissociazione e subconscio, e sviluppò un'importante teoria della mente, basata sul concetto di *livelli funzionali*, destinata a risultare di grande im-

---

10 Sigmund Freud (1856-1939): è stato un neurologo austriaco e fondatore della psicoanalisi, un metodo clinico per la valutazione e il trattamento di patologie viste come originanti da conflitti nella psiche

11 Pierre Marie Félix Janet (1849-1947): è stato uno psicologo, medico, filosofo e psicoterapeuta francese pioniere nel campo della dissociazione e della memoria traumatica.

portanza nella psicotraumatologia del XX secolo. Il suo modello è considerato un precursore importante delle attuali teorie psicotraumatologiche sul "dual processing" degli stimoli traumatici.

Émile Coué de la Châtaigneraie (1857–1926)<sup>12</sup> è stato uno psicologo e farmacista francese celebre per aver perfezionato un metodo di autosuggestione, da lui definito autosuggestione cosciente, come mezzo psicoterapico e miglioramento di se stessi. Egli scoprì che poteva aumentare l'effetto di un medicamento semplicemente lodandone gli effetti. Nella scuola di Nancy passò sotto la guida di Lièbaulte, all'uso della suggestione in ipnosi all'utilizzo della suggestione mediante immagini o frasi. Egli sostenne che “non è la volontà che ci fa agire, ma l'immaginazione”. Per Coué l'autosuggestione è presente in noi sin dalla nascita e a seconda delle circostanze, può produrre effetti migliori o peggiori.

Milton Hyland Erickson (1901-1980)<sup>13</sup> è stato uno psichiatra e psicoterapeuta statunitense.

Erickson è stato presidente e fondatore della Società Americana di Ipnosi Clinica (American Society for Clinical Hypnosis – ASCH).

È riconosciuto come uno dei più importanti psicoterapeuti e ipnositerapeuti del Novecento. In particolare, riprendendo la lezione di Jean Leguirec, rivoluzionò la prassi dell'ipnosi come approccio terapeutico e diede un apporto teorico e tecnico originale e innovativo alla terapia, sia concependo l'inconscio come gravido di risorse fondamentali per la guarigione (segnando così un distacco dalla concezione freudiana dell'inconscio quale serbatoio di conflitti rimossi), sia nell'uso innovativo di comunicazioni e compiti per il paziente.

Erickson è uno dei più autorevoli teorici dell'ipnosi clinica e della cosiddetta psicoterapia breve del secolo scorso. Da lui deriva principalmente l'utilizzo più moderno dell'ipnosi, non legato esclusivamente alla cura di problemi psichici e della nevrosi.

“Erickson ha sviluppato una forma di ipnositerapia chiamata ipnosi ericksoniana, che permetterebbe di comunicare con l'inconscio del paziente. Questo tipo di ipnosi, apparentemente molto simile ad una normale conversazione, che spesso può fare anche uso di metafore e di un linguaggio sua-

---

12 Émile Coué de la Châtaigneraie (1857–1926): è stato uno psicologo , farmacista e ipnotizzatore francese che ha introdotto un metodo popolare di psicoterapia e auto-miglioramento basato sull'autosuggestione ottimistica

13 Milton Hyland Erickson (1901-1980): è stato uno psichiatra e psicologo americano specializzato in ipnosi medica e terapia familiare

dente e poetico, induce, rilassando il paziente, ( una sorta di trance ipnotica nel soggetto, cioè uno stato a metà tra il sonno e la veglia). Ciò è visibile quando il paziente presenta indicatori di trance: occhi semiaperti o chiusi, lievi stati di alterazione della coscienza (come leggere allucinazioni "semplici" - in genere suoni o colori - simili a sogni o percezioni del dormiveglia), rilassamento dei muscoli, respiro rallentato, possibile amnesia del periodo di trance, analgesia, leggero sonnambulismo". In questo modo, il terapeuta può suggerire delle piste di soluzione all'inconscio, aggirando le resistenze e la rimozione che la coscienza opporrebbe al cambiamento. Se sentendo la storia o ascoltando le parole del terapeuta, il paziente manifesta alcuni segni di trance, si è nelle condizioni necessarie per intervenire.”<sup>14</sup>

Uno dei massimi studiosi italiani dell'ipnosi fu il Professor Franco Granone<sup>15</sup>: docente in clinica delle malattie nervose e mentali dal 1943, già incaricato di psichiatria in rapporto con la patologia internistica alla Scuola di specializzazione dell'Università di Torino dal 1972 al 1981, fu docente di Psicologia nella facoltà di medicina dell'Università di Vercelli. Fu primario neurologo dal 1951 al 1981 presso l'ospedale generale Sant'Andrea di Vercelli, dove oltre a dirigere una Divisione neurologica con 60 letti, vi affiancò il primo centro ospedaliero italiano di ipnosi clinica-sperimentale.

Granone incontrò Erickson nel 1965 e gli espose la propria teoria sul “rituale ipnotico per crearsi una scala di valori a scopo sperimentale e terapeutico condensato nella parola “lecamoiasco”, ed entrambi concordarono che l'induzione ipnotica e l'impostazione terapeutica non potevano seguire rigidi schemi dottrinali e che la tecnica deve adeguarsi alle esigenze profonde di ogni singolo paziente.

Già nel 1960 il Professor Granone aveva fatto enormi passi avanti nell'utilizzo dell'ipnosi mediante un metodo scientifico, arrivando a fondare la prima Associazione Italiana per lo Studio dell'Ipnosi, l'AMISI, nasce la scuola del “monoideismo plastico”.

Nei primi anni 70 del secolo scorso un piccolo gruppo di professionisti medici e psicologi, si incontravano periodicamente per confrontarsi sulle problematiche e sull'impiego terapeutico dell'ipnosi. La loro formazione era avvenuta negli anni precedenti per aver frequentato i corsi orga-

---

14 Carolyn Boyes: dopo una brillante carriera come gestore di fondi e agente di cambio per diverse società finanziarie, è ora consulente e autrice. È specializzata nella scoperta di strumenti semplici e pratici di self-help tratti da business, psicologia e antiche tradizioni

15 Franco Granone, (1911-2000): è stato un medico, psichiatra, psicoterapeuta, ipnologo fondatore del CIICS

nizzati dall'AMISI, o per aver frequentato corsi che il Professor Granone organizzava all'Ospedale di Vercelli a partire dal 1965.

Nell'inverno tra il 1978 e il 1979 si decise di procedere all'istituzione di una associazione culturale, e di proporre l'iniziativa al Professor Granone, nacque così, attraverso atto notarile l'8-3-1979, il Centro di Ipnosi Clinica Sperimentale (CICS) che nel corso degli anni diventò Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS). Successivamente nel 2014 il CIICS venne sciolto e si costituì una nuova associazione con la denominazione di ISTITUTO FRANCO GRANONE-CIICS. La nuova associazione a tutt'oggi si propone di continuare l'attività didattica e scientifica del CIICS e di perseguirne gli stessi scopi sociali attraverso una struttura flessibile e dinamica<sup>16</sup>.

## 2. L'IPNOSI

### 2.1 L'ipnosi, l'ipnotismo e il monoideismo plastico

Secondo il Professor Granone il concetto di ipnotismo è diverso da quello di ipnosi.

L'ipnotismo è 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.

“Il termine ipnosi è cronologicamente posteriore di una trentina di anni a quello di ipnotismo, e consiste nella semplice sintomatologia ipnotica, come sindrome a sé stante e avulsa, in un certo modo, dall'operatore”<sup>17</sup>.

Ne deriva che mentre l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo inteso come soggetto protagonista e a sé, l'ipnotismo è tutto ciò che avviene durante il fenomeno ipnotico, sempre relativamente ad un soggetto, ma nell'ambito binomio soggetto/operatore, ad indicare quindi la descrizione di uno stato, l'ipnosi, e di una procedura, l'ipnotismo.

Il Professor Granone introdusse anche il concetto di monoideismo plastico, come assioma fondamentale dell'ipnosi.

“Il monoideismo è la focalizzazione del soggetto su una sola idea, e diventa plastico, quando la rappresentazione di questa idea si attua, nel suo contenuto, in una esperienza fenomenica verificabile e ratificabile”<sup>18</sup>.

---

16 Chi siamo, L'Isitituto, [www.CIICS.it](http://www.CIICS.it)

17 Franco Granone, Istituto Franco Granone CIICS, Trattato di ipnosi, Volume 1

18 Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023

La componente emozionale del monoideismo è imprescindibile.

## 2.2 Il meccanismo di azione dell'ipnosi

Il meccanismo d'azione dell'ipnosi ha i suoi fondamenti nella interdipendenza psichica, somatica, viscerale e ambientale.

“Le possibilità della condizione ipnotica sono tutte fondate sull'unità psicosomatica. Con la comunicazione ipnotica si suggerisce un'idea, che si risolve in rappresentazione e la rappresentazione in sensazioni esperite. Quello che occorre sono: - rappresentazioni adatte allo scopo - costellazioni neurali, innate o acquisite, che mettano in moto particolari funzioni complesse e determinate - circuiti interni che consentano un flusso continuo da e verso il cervello di messaggi variamente codificati.”

Perché ciò possa avvenire è necessario che la rappresentazione abbia una forza iconica tale da produrre un monoideismo<sup>19</sup>.

L'obiettivo dell'ipnosi è accedere all'inconscio dell'individuo, cioè al “luogo” in cui vengono raccolte le esperienze e le informazioni apprese nel corso della vita (di cui spesso non abbiamo consapevolezza).

Durante l'ipnosi l'operatore agisce attraverso l'uso delle suggestioni proprio sulla parte destra del cervello del soggetto, e nelle opportune condizioni, riesce ad ottenere in questo uno stato di ipnosi che, se opportunamente approfondito e condotto porta il soggetto in uno stato di “trance”.

“La “trance” è uno stato alterato di coscienza caratterizzata da un aumento<sup>20</sup> . dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente si modifica la percezione dell'ambiente esterno, dello spazio e del tempo e l'interazione con essi, che può dare adito a stati mistici, estatici, creativi, artistici, secondo le capacità costituzionali e culturali proprie del soggetto, ovvero una particolare condizione tra il sonno e la veglia riconoscibile da alcuni segnali, e quindi ratificabile nel soggetto che sia riuscito, attraverso l'operatore o in autonomia, a determinare fenomeni di ideoplasia, che siano orientati e deliberatamente accettati dal soggetto stesso. Quando questo avviene si può parlare di trance ipnotica, o più chiaramente dello stato di ipnosi.

Perché ciò possa avvenire è necessario però che la rappresentazione abbia una forza iconica tale da produrre un monoideismo.

Le più comuni manifestazioni fisiche del raggiungimento dello stato di trance sono:

---

19 Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023

20 Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023

1. attenzione responsiva;
2. dilatazione pupillare;
3. fissità e defocalizzazione dello sguardo;
4. flutter palpebrale;
5. lacrimazione;
6. sudorazione;
7. muscolatura mimica rilasciata/ irrigidimento dell'espressione facciale
8. aumento della deglutizione (man mano che la profondità della trance aumenta);
9. modificazioni/differenze nella circolazione periferica (pallore o arrossamento; comparsa eventuale di macchie/chiazze più rossastre);
10. rallentamento della frequenza cardiaca e diminuzione della pressione arteriosa;
11. modificazione della frequenza respiratoria;
12. movimenti diminuiti o assenti oppure (se presenti) lenti ed a piccoli scatti (economia dei movimenti);
13. fascicolazioni;
14. diminuzione dei movimenti di orientamento (rispetto a stimoli uditivi ecc.);
15. diminuzione delle reazioni di allarme.

### 2.3 Struttura dell'ipnosi

L'ipnosi consta di cinque fasi, che per convenzione vengono enunciate in ordine cronologico, ma che nella realtà, non hanno confini ben definiti, se non in alcuni momenti della conduzione dello stato di ipnosi.

Convenzionalmente abbiamo quindi:

- Preinduzione
- Induzione
- Corpo
- Deinduzione
- Coda

### 2.3.1 Preinduzione

Nella preinduzione si realizza un rapporto di fiducia e confidenza, nel quale vengono identificati i canali comunicativi maggiormente sviluppati della persona (cinestesico, visivo, olfattivo e acustico) che permetteranno di individuare, tra le tante, la migliore tecnica di induzione adeguata all'operatore, al soggetto e al rapport ipnotico, atta ad innescare il monoideismo plastico.

Si crea un "Rapport" efficace, che consente un abbassamento della critica da parte del paziente nei confronti dell'operatore e favorisce l'accettazione delle suggestioni fornitegli, oltre ad essere utile a stabilire una alleanza terapeutica e favorire una migliore adesione alla terapia da parte del paziente stesso.

### 2.3.2 Induzione

L'induzione si realizza seguendo le varie fasi che servono a favorire una modificazione dello stato di coscienza del soggetto, è la fase in cui si realizza la trance, che come precedentemente detto, si manifesta attraverso cambiamenti comportamentali, fisici e la realizzazione di almeno un fenomeno ipnotico spontaneo e genuino, con lo scopo di ottenere il raggiungimento e il mantenimento di uno o più monoideismi plastici, attraverso la somministrazione da parte dell'operatore di alcune suggestioni.

In questa fase tutte le affermazioni fatte dall'operatore devono essere vere ed incontrovertibili. L'operatore si esprime solo in termini di possibilità, non esprime giudizi e non impartisce ordini, nel senso letterale del termine. L'uso "dell'ordine motivato" consente all'operatore di sottolineare al soggetto il fatto che ogni azione posta in essere in quel momento sia finalizzata ad uno scopo utile al soggetto stesso, per cui, il fatto di eseguire un ordine sarà seguito costantemente da una motivazione esplicita, comprensibile e funzionale. Esempi di ordini motivati sono: "allarghi bene i piedi verso l'esterno così sarà più facile rilassarsi", "chiuda gli occhi così che sarà più facile concentrarsi sul ritmo del suo respiro..."

L'operatore attraverso la "DESCRIZIONE" spiega ciò che osserva nel soggetto attraverso i propri sensi, e successivamente, attraverso il "RICALCO" sottolinea l'esperienza del soggetto stesso, ricalcandone gli atteggiamenti: la sequenza quindi prevede una fase in cui è l'operatore che si accorge di un cambiamento ("Vedo che i tuoi occhi si chiudono"), ad una fase in cui è il soggetto

stesso che viene esortato ad accorgersi di quel cambiamento (“Puoi accorgerti che con gli occhi chiusi tutto cambia”).

L’induzione presuppone quindi un alto di livello di fiducia del soggetto nei confronti del professionista e un importante abbassamento della critica da parte del soggetto stesso.

L’uso dei truisimi, ovvero di affermazione vere ed ovvie, consente al professionista di proporre al soggetto ciò che è inconfutabile ed incontrovertibile, e di conseguenza porta a proseguire nell’obiettivo di abbassamento della critica da parte del soggetto, aumentando il senso di fiducia.

A questo punto, il professionista suggerisce modificazioni di tipo fisico attraverso l’uso della SUGGESTIONE.

“La suggestione è offrire una rappresentazione in modo diretto o indiretto, senza fornire al soggetto elementi che stiano a sostegno del suo significato, utilizzando le capacità che il soggetto ha di trasformare la comprensione del significato della rappresentazione nell’atto corrispondente. La suggestione, quindi, non si manifesta come immediata e acritica accettazione di un’idea da parte del soggetto, bensì si tramuta, per mezzo dell’assenso del soggetto, al contempo cosciente, ma sempre deliberato, in una persuasione e questa, in virtù della sua carica emotiva/sensoriale, in un fenomeno di monoideismo plastico”<sup>21</sup>.

Il professor Granone studiò a lungo questo fenomeno, arrivando a formulare il concetto di LE.CA.MO.I.A.S.CO<sup>22</sup>. Tale acronimo sta ad indicare una serie di segni fisici che servono all’operatore a testare il grado di suggestionabilità e l’ottenimento di un monoideismo da parte del soggetto. E’ in definitiva ciò che l’operatore verifica nel soggetto e che serve all’operatore stesso per testare l’efficacia dell’induzione, e, soprattutto, serve al soggetto per verificare che ciò che è stato suggerito attraverso la suggestione si sta effettivamente verificando.

1. LE.vitazione
2. CA.talessi
3. MO.vimenti automatici rotatori
4. I.nibizione dei movimenti volontari
5. A.nalgesia
6. S.anguinamento
7. C.ondizionamento

---

21 Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell’Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023

22 IPNOSI Storia e Definizione, Tesi di Daniela Sardo, CIICS 2021

### 2.3.3 Corpo

Consiste nella realizzazione del progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla coppia induttore-soggetto.

Durante questa fase l'utilizzo della metafora è un fattore favorente l'approfondimento dello stato ipnotico: "la metafora favorisce il trasferimento simbolico delle immagini, evoca una nuova realtà, realizza i suoi significati, crea e impone nuove presenze, nuove sintesi progettuali e generative. Il soggetto diventa così capace di nuovi modelli creativi di consapevolezza....."<sup>23</sup>

Ad ogni suggestione deve sempre seguire una ratifica a conferma della realizzazione di una ideoplasia.

La fase centrale è il momento più favorevole per poter depotenziare uno schema di riferimento vecchio o sintomatico, e al contempo riuscire a promuovere la ricerca inconscia di uno schema più adattativo. In questa fase è l'operatore che utilizza la suggestione in base alle proprie esigenze: in altri termini è il momento dove l'operatore sfrutta per un proprio scopo (raggiungimento dell'immobilità, analgesia, emostasi, controllo del ritmo respiratorio...), lo stato di ipnosi del soggetto, e utilizza suggestioni mirate all'ottenimento di tale scopo, e come precedentemente detto, ad ogni suggestione proposta deve seguire una ratifica, un gesto, un segno tangibile che consenta all'operatore di verificare il raggiungimento di quel particolare monoideismo.

Prima di procedere alla fase successiva, l'operatore trasmette al soggetto uno strumento per mantenere ed accrescere il proprio empowerment attraverso una suggestione post-ipnotica: l'ANCORA.

Questa consiste nel suggerire al soggetto di associare allo stato di benessere in cui si trova in quel momento, un gesto di innesco, che potrà permettergli di rievocare il benessere attuale in qualsiasi momento ne avverta la necessità (= autoipnosi). L'ancoraggio è uno strumento che il soggetto ha a disposizione, e che lo rende autonomo dal professionista nel ricreare lo stato ipnotico.

### 2.3.4 Deinduzione

La deinduzione costituisce la fase in cui progressivamente il soggetto torna ad uno stato di coscienza vigile, tutte le capacità fisiche vengono ripristinate e se vi è stato un ancoraggio o un condizionamento questi possono essere presenti e verificabili nell'immediatezza, oppure successivamen-

te. Esistono più tecniche di deinduzione così come ne esistono molte di induzione. Questa fase, che non va sottovalutata per la sua importanza, serve a porre il soggetto in sicurezza.

Il professionista verifica il ritorno delle normali funzioni fisiologiche e cognitive del soggetto, e lo accompagna durante tutta la deinduzione, assicurandosi, mediante costante ratifica da parte del soggetto, del completo benessere o meno della persona.

### 2.3.5 Coda

La coda è il periodo di maggiore suscettibilità del soggetto a un ulteriore stato ipnotico. Ed è il momento dove l'operatore può chiedere al soggetto di replicare lo stato ipnotico in autonomia, mediante l'utilizzo del gesto di ancoraggio fornitogli prima della deinduzione.

Durante tutte le fasi dell'ipnosi l'operatore deve tenere conto di alcuni concetti fondamentali: l'ipnosi e l'ipnotismo sono sempre verificabili attraverso metodi ben strutturati, di conseguenza l'operatore che si avvicina a questa tecnica, si deve approcciare al suo utilizzo mediante metodo scientifico;

il vissuto dell'operatore può condizionare il modo di condurre l'ipnosi (metodi prediletti, immagini suggerite) ma in ogni momento è la tecnica che si adatta al soggetto sottoposto ad ipnosi e non viceversa;

non tutti i soggetti sono ipnotizzabili e ogni soggetto reagisce diversamente ad una stessa suggestione;

non si può ipnotizzare qualcuno che non voglia essere ipnotizzato;

L'ipnosi ha un andamento variabile: nella stessa seduta un soggetto sperimenta fasi di maggior profondità ipnotica a fasi di minor profondità ipnotica, perché è un processo dinamico;

la riuscita dell'ipnosi va valutata nel suo complesso e non nelle singole fasi: un paziente che ha raggiunto analgesia mediante suggestione ipnotica può ancora provare dolore, ma attribuire a questo sintomo un'importanza irrisoria nella sua scala delle priorità, di conseguenza l'operatore deve concepire il sintomo solo per quello che ha rappresentato per quel tempo prestabilito per quel soggetto, deve in altre parole contestualizzare segni e sintomi all'esperienza vissuta dal soggetto nel suo complesso;

L'ipnosi non sostituisce la terapia farmacologica, la coadiuva, la potenzia ed è contemplato l'uso di entrambe le tecniche insieme o singolarmente, per cui il suo utilizzo in associazione o meno all'uso dei farmaci dipende dal contesto in cui ci si trova;

i feedback sia positivi che negativi sono tappa fondamentale per l'operatore, che interagisce con il soggetto;

il soggetto per tutta la durata dell'ipnosi è sveglio, capace di parlare e di interagire con l'operatore, ed è quindi necessario tenere a mente che l'ipnosi non è sonno.

### 3. L'IMPORTANZA DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA ALL'INTERNO DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE

Secondo Bordin (1979)<sup>24</sup> l'alleanza terapeutica è costituita da tre componenti:

- l'esplicita condivisione di obiettivi da parte di paziente e terapeuta;
- la chiara definizione di compiti reciproci all'inizio del trattamento;
- il tipo di legame affettivo che si costituisce fra i due, caratterizzato da fiducia e rispetto.

Bordin ha teorizzato l'importanza dell'alleanza terapeutica in ambito psicoterapeutico, ma leggendo i tre cardini fondamentali che pongono in essere un'alleanza terapeutica, è facile ravvisare l'applicabilità di questo concetto anche in ambito sanitario.

Da tale definizione è possibile evincere che l'alleanza e, conseguentemente, l'atto del curare in senso lato, si delineano come un lavoro collaborativo tra due soggetti interagenti ed entrambi attivi, ciascuno nel proprio ruolo.

Nel mondo sanitario, l'alleanza terapeutica, costituisce allo stesso tempo metodo e obiettivo del prendersi cura: il paziente deve essere in grado di autodeterminarsi e di prendersi cura di se stesso attraverso l'aiuto e la guida di un team formato da più professionalità che contemporaneamente si prende cura del paziente.

E' un lavoro di squadra che ha come primo obiettivo il benessere, anche in stati di cronicità, di un paziente, inteso come componente della squadra, e non come soggetto passivo dell'atto terapeutico in sé.

Risulta quindi di fondamentale importanza per il team multidisciplinare tenere in considerazione che è l'alleanza terapeutica, se correttamente instaurata, a predire in senso positivo l'esito di un atto

---

24 E.S. Bordin: psicoterapeuta, psicologo. Nel 1979 concentrò i suoi studi sulla relazione psicoterapeuta/paziente.

di cura, sia che questo miri alla completa guarigione di un paziente, sia che serva a dotare il paziente di nuovi strumenti di adattamento ad uno nuovo stato di salute.

Analizzando il tradizionale modello centrato esclusivamente sulla cura della malattia e quindi dei suoi sintomi, si è compresa l'importanza di curare il paziente nella sua complessità, fino a superare la concezione limitata del paziente, inteso solitamente come un soggetto passivo, sottoposto ad una serie di cure.

Si è così giunti a considerare il paziente una persona, portatrice di uno specifico vissuto e che si colloca all'interno di uno specifico contesto socio-familiare.

La prospettiva alla base va dunque oltre il concetto della medicina territoriale, riferendosi ad una rete di supporto informale del paziente, che rappresenta un punto di forza cruciale per l'impostazione del percorso terapeutico.

In quest'ottica, il modello privilegiato di cura è rappresentato dalla Medicina Partecipativa, secondo cui "le persone dall'essere passeggeri sono spinte a diventare co-piloti delle scelte che riguardano la loro salute, mentre i professionisti sono incoraggiati e valorizzati ad essere loro partner" (Society for Participatory Medicine)<sup>25</sup>.

Questa particolare visione rende bene l'idea di un percorso di cura condiviso, in cui il paziente diventa un protagonista attivo della gestione della propria salute insieme al professionista, che diventerà così un suo alleato. Il processo decisionale condiviso rappresenta il punto di partenza per costruire un percorso di cura nel quale professionista e paziente valutano insieme rischi e benefici delle differenti opzioni terapeutiche ed il relativo trattamento.

Ci si può domandare dunque come possiamo realmente immaginare oggi un modello sanitario così strutturato e che operi tenendo conto di questo obiettivo fondamentale.

Il Patient Engagement<sup>26</sup>, ossia il coinvolgimento attivo del paziente, rappresenta infatti una possibile e concreta soluzione, costituendosi non solo come un processo esperienziale vissuto dai pazienti che si trovano a dover affrontare un percorso di malattia, ma anche caratterizzandosi quale nuova modalità di intervento, secondo cui i clinici si pongono non solo come i detentori di un servizio di cura, ma anche come figure con cui condividere la gestione della patologia.

---

25La Society for Participatory Medicine è un'organizzazione senza scopo di lucro dedicata alla promozione della pratica della medicina partecipativa, che consente la comunicazione collaborativa e la condivisione di informazioni tra pazienti, operatori sanitari e professionisti sanitari.

26 Si tratta di un coinvolgimento attivo dei pazienti nel loro processo di cura all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e per arrivare all'implementazione di un modello assistenziale partecipativo in sanità serve necessariamente un cambiamento socioculturale, costituisce un nuovo modello assistenziale.

In tal senso diventa quindi indispensabile costituire equipe di cura multidisciplinari, in cui le varie figure sanitarie siano non solo partner attivi nei confronti dei pazienti, ma anche capaci di comunicare in maniera efficiente tra di loro. Medici, Psicologi, Infermieri, ed altri operatori sanitari, devono mantenere una costante collaborazione per poter seguire il paziente a 360 gradi lungo tutto il suo percorso terapeutico.

#### 4. ANSIA E DOLORE: GESTIRE IL DOLORE E ANSIA ATTRAVERSO IL POTENZIAMENTO DELLE CAPACITÀ INTRINSECHE DEL PAZIENTE

Nell'ottica di quanto enunciato fino a questo momento, risulta necessario capire come, nell'approccio olistico al "pianeta paziente", il team multidisciplinare, pur mantenendo l'attenzione al sintomo, debba riferirsi, nella cura, alla gestione di due aspetti fondamentali del percorso di cura stesso: l'ansia e il dolore.

Ansia e dolore sono esperienze che ognuno di noi vive almeno una volta nell'arco della propria vita, e rappresentano risposte fisiologiche a condizioni stressanti.

Tali risposte sono da considerarsi alterate quando eccessive rispetto allo stimolo proposto, e si identificano come veri e propri disturbi quando, protratti nel tempo rispetto allo stimolo stesso, condizionano le normali funzioni fisiologiche del paziente, e si identificano quindi con caratteristiche invalidanti.

Lo stress fa parte del vivere ed è parte integrante di tutta la nostra esistenza: tuttavia, quando la risposta a tale condizione, non è controllata, ovvero, quando il paziente attribuisce allo stimolo, una percezione aumentata di disagio, all'interno di un percorso di cura condiviso, può essere molto difficile per il team multidisciplinare esercitare il proprio ruolo di guida nei confronti della persona.

E' quindi necessario fornire al paziente tutti gli strumenti necessari utili ad affrontare il percorso di cura, e passo dopo passo, guidare l'apprendimento di queste nuove o ritrovate capacità intrinseche dell'individuo, cercando di mirare continuamente ad una ritrovata autonomia dello stesso.

Misurare e di conseguenza monitorare il grado di ansia e di dolore percepiti rappresenta un valido contributo alla buona riuscita di un percorso terapeutico ed è ormai obbligatorio, in ambito sanitario, rapportarsi con questi due aspetti della vita di un paziente.

L'ipnosi è un metodo estremamente efficace al controllo del dolore e dell'ansia, soprattutto quando lo stimolo stressogeno è derivato da una condizione morbosa o da un intervento iatrogeno invasivo. Quando il bisogno di cura, e di ritrovato benessere, deve passare necessariamente per un

percorso terapeutico/diagnostico invasivo e in certe situazioni invalidante, l'ipnosi è ad oggi uno degli strumenti validi per implementare le capacità innate al paziente.

## 5. DESCRIZIONE DI METODOLOGIA E OBIETTIVI ATTESI DELLA PRASSI IPNOTICA NELL'ESPERIENZA CLINICA IN ELETTROFISIOLOGIA PRESSO L'OSPEDALE DI SANTA MARIA ANNUNZIATA, USL 10 TOSCANA CENTRO

L'ospedale di Santa Maria Annunziata di Firenze dispone di due sale di cardiologia interventistica ed è un centro hub (h24) per le procedure di emodinamica ed elettrofisiologia di terzo livello. Vi afferiscono, infatti, sia pazienti aritmologici in elezione che in regime di urgenza.

Le procedure eseguite nel nostro centro comprendono: studi elettrofisiologici (SEF) sia intracavitari che transesofagei, ablazioni transcateretere di aritmie ventricolari e sopraventricolari, tramite crioenergia, radiofrequenza o tecnica laser.

Vengono, inoltre, eseguiti interventi di elettrostimolazione: impianti di pacemaker e di defibrillatori intracavitari o sottocutanei.

I pazienti cardiologici elettivi con problematiche di natura aritmologica afferiscono all'ambulatorio di aritmologia dove viene delineato il successivo iter terapeutico tra cui, al bisogno, terapia ablativa. In caso di procedura urgente o riscontro di aritmie nel paziente già ricoverato per altri motivi, la valutazione ed il colloquio con il paziente si svolge durante il ricovero stesso.

In occasione del colloquio antecedente la procedura interventistica, vengono citate le varie opzioni circa l'eventuale controllo del dolore: oltre alle tecniche di sedazione cosciente e anestesia generale, viene proposta anche la comunicazione ipnotica.

Si illustra al paziente che tali metodiche possono interagire in modo sinergico, e si sottolinea la possibilità di cambiare strategia in caso di inefficacia della tecnica scelta.

Per quanto concerne la comunicazione ipnotica, nel nostro centro può essere intrapresa in due modalità, a seconda della disponibilità dell'operatore e del paziente:

- può essere proposta ed eseguita direttamente in sala di elettrofisiologia al momento dell'intervento;
- può essere eseguita precedentemente, in setting ambulatoriale o in reparto. In questo caso, qualora abbia avuto successo, viene riproposta in sala operatoria tramite auto-ipnosi.

Si configurano quindi due diverse tempistiche di applicazione della comunicazione ipnotica, che abbiamo voluto confrontare tra loro ed anche con la strategia di analgo-sedazione farmacologica tradizionale esclusiva.

L'obiettivo è stato quello di valutare la fattibilità e l'efficacia della comunicazione ipnotica proposta prima dell'intervento e poi condotta in sala tramite auto-ipnosi, evidenziandone eventuali differenze rispetto alle altre metodiche in termini di controllo del dolore e dell'ansia, nonché di soddisfazione generale del paziente.

Abbiamo quindi preso in analisi dolore e ansia su un gruppo totale di 18 pazienti così suddivisi:

- Gruppo A (6 pazienti): pazienti trattati esclusivamente con protocollo farmacologico
- Gruppo B (6 pazienti): pazienti trattati con induzione ipnotica direttamente in sala di elettrofisiologia
- Gruppo C (6 pazienti): pazienti trattati con induzione ipnotica precedentemente all'intervento di elettrofisiologia

## 6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Le caratteristiche demografiche dei 18 pazienti valutati non differivano in modo rilevante tra i gruppi.

Erano prevalentemente pazienti di sesso maschile (66,6 %), con un'età compresa tra i 18 e gli 80 anni: età media di 54,2 anni.

L'ablazione transcatetere di fibrillazione atriale tramite isolamento elettrico delle vene polmonari è stato l'intervento più frequentemente eseguito, in 8 casi su 9 tramite radiofrequenza (RF), in 1 caso con tecnica laser.

Vi sono stati 4 casi di ablazione a RF per extrasistolia o tachicardia ventricolare; 5 casi di ablazione a RF di tachicardia parossistica sopraventricolare, 1 caso di ablazione a RF di flutter tipico comune.

Le procedure di ablazione sono state efficaci in acuto nel 100% dei casi.

Nel gruppo A la sola metodologia proposta è stata la terapia farmacologica.

Nessun paziente del gruppo B e del C ha rifiutato l'ipnosi come metodologia adiuvante, sia che fosse proposta in fase pre-operatoria (gruppo C) che direttamente in sala di elettrofisiologia (Gruppo B).

Nel gruppo B la comunicazione ipnotica (diretta in sala) ha avuto successo in 4 pazienti su 6, cioè nel 66,6% dei casi. I due pazienti che non hanno conseguito ipnosi sono passati al protocollo esclusivamente farmacologico.

Nel gruppo C, l'ipnosi pre-operatoria ha avuto successo in tutti i casi (100%).

In questi pazienti, la comunicazione ipnotica pre-operatoria ha avuto luogo:

- in 2 casi in ambulatorio,
- in 4 casi in reparto, rispettivamente 48, 24, 12 e 3 ore prima dell'intervento.

I pazienti sono stati istruiti a ripetere autoipnosi autonomamente prima dell'intervento ed hanno tutti fornito un feed back positivo in tal senso, talora quasi entusiastico.

Giunti in sala operatoria, tutti i pazienti si sono mostrati disponibili a ripetere autoipnosi, che è stata efficace nell'83% dei casi.

Nell'unico caso in cui il paziente non è riuscito a replicare l'autoipnosi autonomamente in sala di elettrofisiologia, si è riscontrata una difficoltà intrinseca al paziente anche a seguito di induzione estemporanea in sala operatoria da parte dell'operatore, ma nonostante questo, e la conseguente somministrazione di farmaci, il paziente stesso ha riferito notevole beneficio post operatorio nella gestione di ansia e dolore nel setting di degenza. In tal senso si può supporre che sia avvenuto un apprendimento sulle tecniche di rilassamento apprese con il tentativo di induzione anticipata in reparto, ma che il paziente vi abbia attinto solamente ad intervento finito nel regime di ricovero post operatorio. Riguardo a questo, tuttavia, ci dobbiamo, allo stato attuale dell'analisi dei dati, mantenere sulla mera supposizione basata da colloquio informale con il paziente, poiché non abbiamo registrazione di dati durante la degenza.

In tutti gli altri casi, che hanno eseguito autoipnosi efficace, l'operatore è sempre stato presente vicino al paziente e ha comunicato con lui per verificare che fosse con la mente in un luogo sicuro e piacevole, per rassicurarlo eventualmente sul buon andamento dell'intervento e per esortarlo a proseguire come già stava facendo.

Non si sono verificate complicanze durante gli interventi e non si è mai reso necessario l'intervento dell'anestesista.

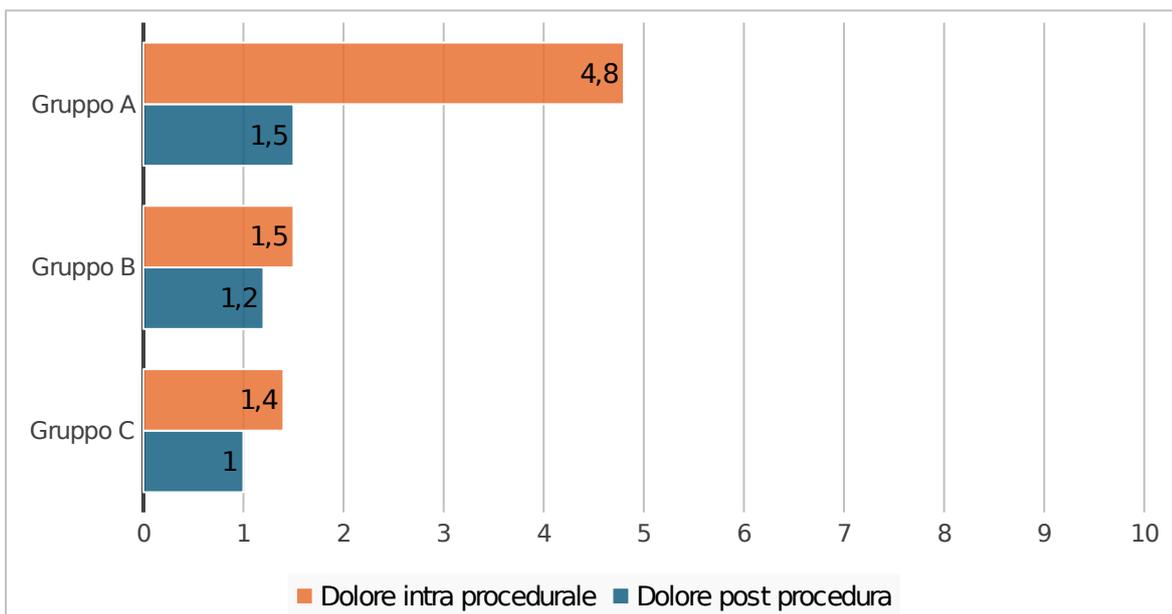
E' stato però necessario fornire *supporto ventilatorio* non invasivo in 3 pazienti:

- con occhialini nasali in 2 pazienti
- con maschera in 1 pazienti

Nella scheda di rilevazione del dolore e dell'ansia sono stati presi in considerazione anche i parametri vitali pre, durante e post intervento: data l'esiguo numero di operatori formati in ipnosi (3 operatori) è stata data delega al personale presente in sala di elettrofisiologia della raccolta di questi dati, tuttavia, nell'analisi dei dati è stata riscontrata una notevole discrepanza di valore tra parametri vitali registrati anche nello stesso soggetto, per cui è stata riscontrata una difformità nella metodica di raccolta dati durante l'analisi dei tre gruppi. Si è quindi proceduto a mantenere la raccolta dati in scheda, ma non si è proceduto alla loro analisi statistica, poiché provenienti da condizioni non isometriche di raccolta.

### 6.1 Analisi della percezione del dolore

La percezione del dolore durante e dopo l'intervento nei vari gruppi è illustrata nel seguente grafico, che mostra la media dei valori di dolore riferiti dai pazienti.



**Fig.1** Percezione di dolore del paziente in scala numerica da 1 a 10, durante e dopo l'intervento (vengono illustrati i valori medi per ogni gruppo).

Gruppo A= pazienti sottoposti a protocollo farmacologico  
 Gruppo B= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica durante l'intervento  
 Gruppo C= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica precedentemente all'intervento

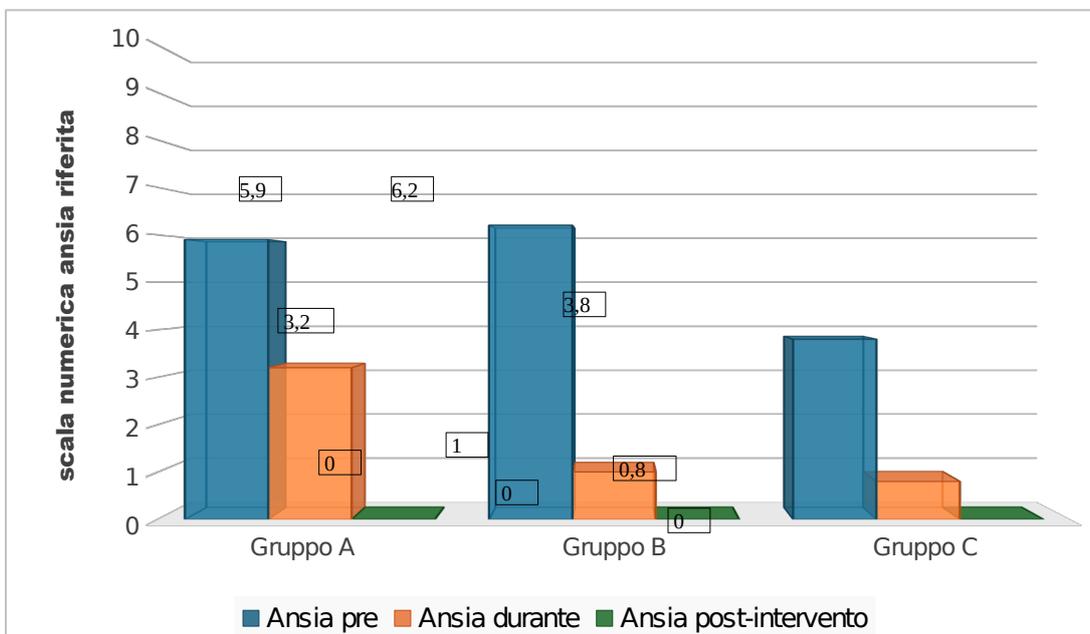
Il livello di dolore riferito durante la procedura è risultato inferiore nei pazienti sottoposti ad ipnosi, sia diretta in sala che in due tempi.

Il dolore post procedurale è risultato paragonabile tra i gruppi, anche se tendenzialmente superiore nei pazienti non coadiuvati da ipnosi.

## 6.2 Analisi della percezione dell'ansia

La differenza nella percezione di ansia tra i gruppi è ancora più rimarchevole.

Il grafico seguente (figura 2) illustra in colonna i valori medi di ansia riferita per ogni gruppo.



**Fig.2** Percezione di ansia del paziente in scala numerica pre-, durante e post-intervento, espressa come valore medio per ogni gruppo.

Gruppo A= pazienti sottoposti a protocollo farmacologico  
Gruppo B= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica durante l'intervento  
Gruppo C= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica precedentemente all'intervento

I pazienti sottoposti ad ipnosi hanno mostrato un livello di *ansia intraprocedurale* nettamente inferiore rispetto ai pazienti trattati con protocollo farmacologico esclusivo.

L'*ansia pre-operatoria* era sovrapponibile nel gruppo A e B, mentre risultava inferiore nel gruppo C.

L'*ansia post-operatoria* ha ricevuto punteggio di zero in tutti i pazienti.

L'*utilizzo di farmaci* è stato complessivamente (tra intra- e postprocedura) superiore nei pazienti appartenenti al gruppo A.

	Gruppo A	Gruppo B	Gruppo C
Fentanyl (mcg)	50	37,5	30
Midazolam (mg)	1,6	0	0
Paracetamolo (g)	1	0,75	0,4

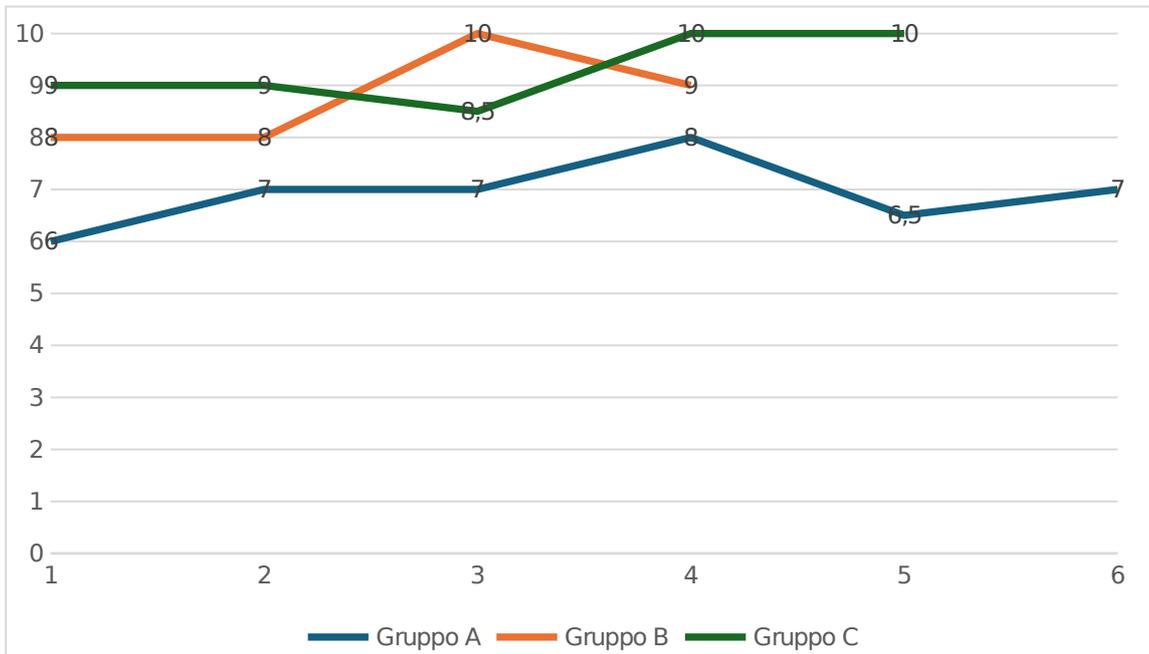
**Tabella 1** Dosaggio medio dei farmaci somministrato ai tre gruppi.

Gruppo A= pazienti sottoposti a protocollo farmacologico Gruppo B= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica durante l'intervento Gruppo C= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica precedentemente all'intervento
--

I pazienti dei gruppi B e C hanno riferito una *durata percepita della procedura* inferiore o uguale a quella effettiva, senza differenze di rilievo tra chi ha eseguito autoipnosi e chi ipnosi diretta dall'operatore in sala.

I pazienti del gruppo A hanno invece riferito una durata compatibile con quella effettiva.

L'esperienza intesa nella sua globalità, è stata giudicata con punteggi maggiori di soddisfazione dai pazienti sottoposti a comunicazione ipnotica, come illustrato dal grafico in figura 3.



**Fig.3** Punteggio di soddisfazione generale, in scala numerica da 0 a 10, riferita da ogni paziente

Gruppo A= pazienti sottoposti a protocollo farmacologico  
 Gruppo B= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica durante l'intervento  
 Gruppo C= pazienti sottoposti ad induzione ipnotica precedentemente all'intervento

## 8. CONCLUSIONI

A seguito dell'indagine da noi eseguita, se pur su un campione ridotto di pazienti, possiamo affermare che l'ipnosi con paziente indotto precedentemente all'intervento ha dato buoni risultati.

I pazienti di entrambi i gruppi trattati mediante ipnosi hanno avuto il miglior grado di compliance terapeutica, e hanno ricevuto una dose farmacologica inferiore rispetto allo stesso campione trattato mediante protocollo farmacologico.

L'utilizzo di tale tecnica ha permesso notevoli progressi anche nel team multidisciplinare: la possibilità di indurre un paziente precedentemente all'intervento ha fatto sì che si riducessero i tempi di permanenza in sala operatoria, e in prima istanza, che la procedura fosse eseguita nella piena collaborazione di tutte le figure professionali.

La collaborazione nel team ha quindi generato interventi sempre più precisi e puntuali, che hanno migliorato il target di prestazione generale del gruppo, sebbene a condurre la strategia ipnotica fossero poche figure, due medici ed un solo infermiere.

Il numero ristretto di operatori formati per ipnosi non ha inficiato in nessun modo nella pratica operatoria proprio grazie all'alto grado di collaborazione dimostrato da tutta la restante parte del personale in forze al setting: nonostante, infatti, la metodica fosse per i più sconosciuta, tutti si sono dimostrati propensi alla registrazione dei dati per questa analisi.

Possiamo quindi affermare che l'utilizzo di ipnosi in un setting come il nostro, con le metodiche di preinduzione, ha generato, già solamente al primo riscontro clinico, un miglior grado di collaborazione in tutto il team multidisciplinare e nell'alleanza terapeutica con il paziente.

L'empowerment è così entrato a far parte della pratica clinica a tutti gli effetti, scaturendo notevoli benefici sia nell'ambito strettamente tecnico della sala operatoria, sia nell'ambito del reparto di degenza: a sostegno di tale affermazione, infatti, i pazienti che non sono riusciti a replicare ipnosi usando l'ancoraggio durante l'atto operatorio in sé, hanno però riferito, in generale, un notevole beneficio nell'utilizzo di tale tecnica nella fase di degenza, dati che non sono stati registrati, ma di cui abbiamo avuto testimonianza diretta nei colloqui informali con la persona.

La fase di apprendimento dell'ipnosi ha quindi, di fatto, potenziato le capacità dei soggetti trattati, garantendo, se pur in misura e in tempi diversi, una corretta gestione del carico stressogeno.

E' in quindi, in ultima istanza, doveroso, l'augurio che sempre un maggior numero di operatori decida di formarsi in ipnosi, poiché si è dimostrata una tecnica efficiente, efficace ed economica, che riveste un ruolo importante sul personale coinvolto e sulla persona, e che riporta l'uomo al centro dell'istituzione clinica.

## SCHEDA DI VALUTAZIONE DI ANSIA E DOLORE

### Valutazione anagrafica

Età: \_\_\_\_\_ Genere: M F ALTRO      Diagnosi: \_\_\_\_\_

Intervento: \_\_\_\_\_ Ora inizio: \_\_\_\_\_ Ora fine: \_\_\_\_\_

Uso di farmaci psicoattivi: Sì No      Pregresse diagnosi a carattere psichiatrico: Sì No

Paziente collaborante: Sì No Non completamente      Barriera linguistica: Sì No

### Parametri vitali

Prima dell'intervento	Durante l'intervento	Dopo l'intervento
PA	PA	PA
FC	FC	FC
SpO2	SpO2	SpO2
FR	FR	FR

### Approccio applicato con Comunicazione Ipnotica:

- Paziente indotto precedentemente all'intervento
- Paziente indotto in concomitanza all'intervento
- Paziente non indotto

### Farmaci somministrati durante l'intervento:

- Benzodiazepine \_\_\_\_\_
- Oppiacei \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

### Supporto ventilatorio:

- Occhialini Nasali

- Maschera Facciale
- Ventilazione manuale
- Ventilazione meccanica
- Respiro spontaneo in AA

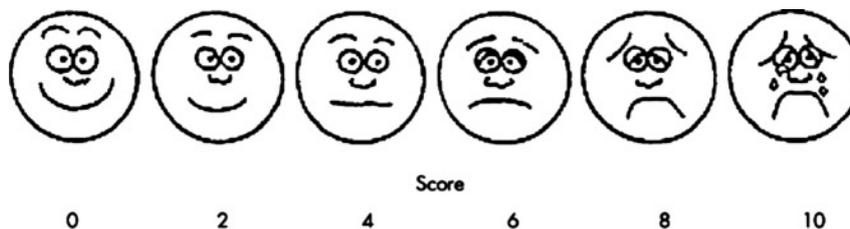
**Supporto anestesilogico:**

- Si
- No

**VALUTAZIONE PRIMA DELL'INTERVENTO**

**Valutazione del grado di ansia prima dell'intervento**

Come valuta il suo **grado di ansia** in questo momento in una scala da 0 a 10, dove 0 sta ad indicare la completa assenza di ansia e 10 il più grande terrore mai provato nella sua vita?



**VALUTAZIONE DOPO L'INTERVENTO**

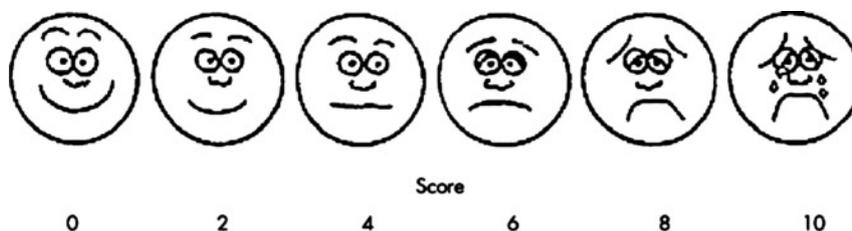
**VALUTAZIONE RELATIVA A FASE INTRA-PROCEDURALE**

**Valutazione del grado di ansia percepita durante l'intervento**

Come valuta il suo **grado di ansia durante l'intervento** in una scala da 0 a 10, dove 0 sta ad indicare la completa assenza di ansia e 10 il più grande terrore provato nella sua vita

**Valutazione del grado di dolore percepito durante l'intervento**

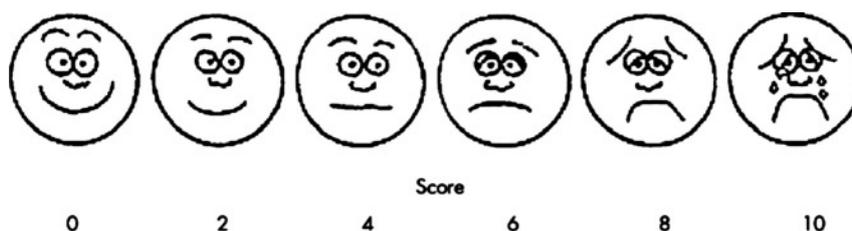
Come valuta il suo **dolore durante l'intervento** in una scala da 0 a 10, dove 0 sta ad indicare la completa assenza di dolore e 10 il più grande dolore della sua vita



### VALUTAZIONE RELATIVA ALLA FASE POST-PROCEDURALE

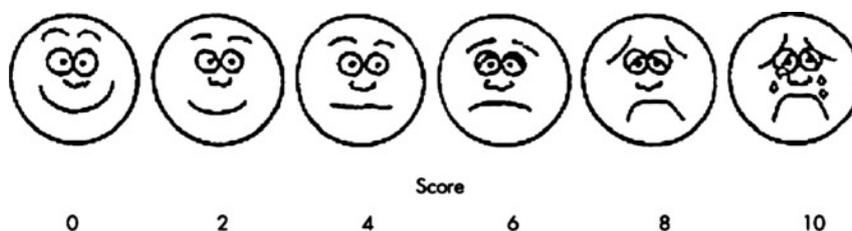
#### **Valutazione del grado di ansia dopo l'intervento**

Come valuta il suo **grado di ansia in questo momento** in una scala da 0 a 10, dove 0 sta ad indicare la completa assenza di ansia e 10 il più grande terrore mai provato nella sua vita



#### **Valutazione del dolore dopo l'intervento**

Come valuta il suo **dolore in questo momento** in una scala da 0 a 10, dove 0 sta ad indicare la completa assenza di dolore e 10 il più grande dolore della sua vita



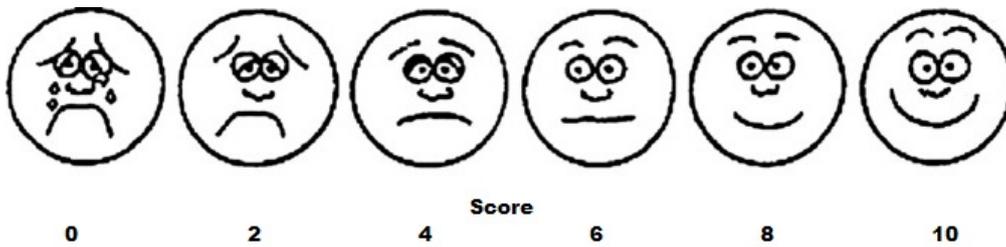
**Secondo lei quanto è durato l'intervento:**

- meno di 30 minuti

- tra 30 e 60 minuti
- più di 60 minuti
- non saprei

**Quale è la sua percezione riguardo a questo intervento:**

Da una considerazione globale, come valuta la sua esperienza in una scala da 0 a 10, dove 0 sta ad indicare per niente soddisfatto e 10 completamente soddisfatto



## BIBLIOGRAFIA

- Burkhard., Peter. (2005). L'esorcismo di Gassner, non il magnetismo di Mesmer, è il vero predecessore dell'ipnosi moderna. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 53: 1-12.
- Autosuggestione cosciente. Il metodo Coué, traduzione di Patrizia Di Nicola, Edizioni Mediterranee, 1922.
- Carolyn Boyes, La PNL in cinque minuti, 2008, pag. 9; 110-113
- Franco Granone, Istituto Franco Granone CIICS, Trattato di ipnosi, Volume 1
- Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023
- IPNOSI Storia e Definizione, Tesi di Daniela Sardo, CIICS 2021
- “La comunicazione ipnotica e la sua applicazione nella pratica infermieristica”, tesi di Paula Maria Fernandes, CIICS 2009