

L'ipnosi clinica come trattamento complementare in anestesia e analgesia



Sebbene il termine ipnosi sia comune in anestesia, c'è, in generale, una notevole resistenza da parte dell'anestesista a considerare l'ipnosi clinica come una realtà oggettiva e come un intervento che possa aggiungere valore alla professione.

I concetti di dissociazione e anestesia dissociativa rientrano, come è noto, a pieno titolo nel background culturale della disciplina. Studi recenti hanno evidenziato come il dolore possa essere visualizzato a livello del SNC e come modulazioni ipnotiche possano cambiare drasticamente questa mappa di attivazione centrale e le caratteristiche di connettività cerebrale.

Con l'avvento degli anestetici moderni, i rischi associati all'anestesia sono notevolmente diminuiti. Tuttavia, in alcuni pazienti allergici, il rischio anestesiológico resta ancora molto alto. Allergeni comuni includono

no i bloccanti neuromuscolari, il lattice, gli anestetici endovenosi, antibiotici, colloidali e oppioidi. Strategie complementari come l'ipnosi clinica possono quindi essere utilizzate per ridurre il rischio di anafilassi, diminuendo il numero e la quantità di farmaci necessari per l'anestesia e l'analgesia.

Caso clinico

Nel 2014 sull'*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* abbiamo presentato un caso clinico: "The Association of Hypno-Anesthesia and Conventional Anesthesia in a Patient With Multiple Allergies at Risk of Anaphylactic Shock".

Un'esperienza molto forte sotto il profilo tecnico ed emotivo che ha trovato consenso anche tra cultori ortodossi della disciplina. Il caso clinico riguardava un paziente di 35 anni, che necessitava di un intervento chirurgico urgente, ma differibile, per

l'asportazione di quattro molari inclusi a livello mascellare, complicato da un processo infettivo locale che avrebbe potuto esitare in sepsi.

Il paziente, con anamnesi positiva per allergie alimentari, a farmaci e al lattice, dimostrava un precedente di shock anafilattico ad antibiotico e allergie gravi a tutti i farmaci usati, sia al domicilio (antiinfiammatori non steroidei, paracetamolo, antibiotici beta-lattamici, chinoloni, macrolidi, eccipienti dei corticosteroidi di uso comune) sia in ambito ospedaliero. Due precedenti narcosi avevano determinato altrettanti episodi gravi di shock anafilattico con edema della glottide e necessità di un prolungato periodo di assistenza in Terapia Intensiva. Indirettamente veniva così confermata l'allergia ai farmaci utilizzati per l'anestesia generale (ad eccezione dell'adrenalina e della soluzione di idrocortisone senza bisolfiti).

Si documentava inoltre allergia alle benzodiazepine, propofol, barbiturici, curari, fentanil, anestetici locali amino amidici). Le successive valutazioni immunologiche sconsigliavano test farmacologici, per evitare, da un lato la probabile reazione anafilattica e dall'altro la sensibilizzazione verso un nuovo possibile farmaco, da usare in emergenza una sola volta.

Fase preparatoria

La gestione anestesiológica è stata garantita in modo autonomo e indipendente dal direttore dell'UO di Anestesia e altri colleghi di supporto e si è integrata con la componente ipnotica gestita dall'ipnotista.

Nel primo incontro conoscitivo, con paziente e operatori, sono stati approfonditi gli aspetti generali, per concordare un percorso operativo fattibile, da sviluppare nei tempi più brevi (venti giorni).

La preparazione ipnotica è stata programmata in quattro sedute successive, di cui l'ultima come simulazione in sala operatoria.

La prima seduta, della durata di circa tre ore, ha compreso:

- raccolta anamnestica, mirata agli obiettivi terapeutici;
- creazione del rapport (relazione terapeutica in ipnosi: maggiormente intensa e reciproca rispetto alla ordinaria relazione empatica medico-paziente);
- valutazione della capacità del soggetto di raggiungere una condizione di trance e valutazione della profondità della stessa,
- elicitazione e osservazione dei fenomeni ipnotici dal paziente;
- valutazione della motivazione e l'accordo esplicito sugli obiettivi terapeutici da raggiungere.

La seconda seduta, della durata di due ore e trenta minuti, ha previsto:

- allenamento a raggiungere una condizione di trance profonda (necessaria per ottenere

una anestesia o analgesia);

- lavoro psicoterapeutico ipnotico per ridurre i livelli di ansia, di angoscia e il senso di morte legato alle precedenti esperienze vissute;
- modulazione suggestiva in ipnosi del sistema immunitario, verso una minore aggressività nei confronti di sostanze non dannose per l'organismo;
- ricontestualizzazione di alcuni elementi psichici di disturbo verso lo sviluppo di una trance ipnotica profonda e costruzione di ancoraggi postipnotici.

Nella terza seduta della durata di due ore si è proceduto all'ipno-anestesia con sviluppo di anestesia a guanto a livello della mano sinistra:

- eseguito il test di ratifica con trasfissione della cute del dorso della mano sinistra per la lunghezza di 3 cm, con ago 16 G;
- al paziente è stato chiesto di verificare l'esperienza e il grado d'anestesia o analgesia attraverso misura del dolore con VAS;
- VAS attuale = 0, VAS riferita al momento della trasfissione = 1;
- l'esame obiettivo del dorso della mano ha evidenziato intensa vasocostrizione senza alcuna perdita ematica;
- dopo 10 minuti, l'ago è stato rimosso senza disagio, con VAS = 0. Al risveglio dalla trance non è stata riferita alcuna sensazione fastidiosa alla mano sinistra.

Nella quarta seduta, il giorno precedente l'intervento chirurgico, è stata eseguita una simulazione della durata di circa un'ora. Erano presenti il diretto-

re dell'UO di Anestesia in qualità di anestesista e l'ipnotista. Il paziente è stato posizionato sul tavolo operatorio, monitorato come di routine, ad eccezione della cannulazione venosa. È stata rapidamente indotta una trance profonda e una anestesia a guanto della mano e dell'avambraccio sinistro. Con una tecnica documentata di ipno-analgesia è stata eseguita una traslocazione ipnotica dell'anestesia dalla mano sinistra al distretto oro-facciale e è stata potenziata contestualmente una dissociazione mente-corpo.

La simulazione preoperatoria ha fornito un esito soddisfacente e riassumibile nei seguenti punti:

- logistica ambientale compatibile con gli scopi proposti;
- trance ipnotica profonda e stabile;
- capacità di elicitare fenomeni di anestesia nel distretto corporeo interessato;
- persistenza di anestesia, analgesia, parestesie, anche al termine della trance - senso di nausea, parestesie alla lingua con difficoltà di deglutizione, senso estremo di freddo al cavo orale e all'avambraccio sinistro non compensato con le ordinarie misure di riscaldamento come frizioni e copertura.

L'intervento

Il giorno dell'intervento, dopo aver posizionato il paziente sul tavolo operatorio, è stato applicato il monitoraggio della pressione arteriosa non invasiva, dell'ECG, della pletismografia e

del Bispectral Index (BIS) e sono state incannulate due vene di grosso calibro. È interessante osservare come i valori del BIS possano essere modificati tanto dai farmaci della narcosi quanto dalla ipnosi profonda. È stato previsto anche il monitoraggio dell'EtCO₂ e della frequenza respiratoria dopo l'intubazione.

Si è proceduto con l'induzione ipnotica di una trance profonda e di una anestesia del distretto oro-facciale (tempo previsto complessivo prima dell'intubazione: 20 minuti). Dopo circa 10 minuti dall'inizio dell'induzione ipnotica, è stato osservato arrossamento della cute della fronte, in corrispondenza degli elettrodi per il monitoraggio del BIS, contestualmente a una lieve bradicardia (FC = 48 bpm). Gli elettrodi sono stati rimossi immediatamente, mostrando tre papule eritematose, rilevate e confluenti. L'ipnotista ha favorito, quindi, una regressione ipnotica d'età, fino alla prima infanzia (periodo temporale, durante il quale, anamnesticamente non erano riferite particolari allergie). In circa 2 minuti, si è assistito alla scomparsa completa delle lesioni eritematose e nuovi elettrodi per il monitoraggio del BIS sono stati posizionati, senza tuttavia produrre altre reazioni cutanee locali.

L'intubazione è avvenuta tramite laringoscopia ottica con telecamera dopo l'introduzione di remifentanil 0,5 – 1 mcg/kg/min e sevoflurane 1%. Le corde vocali risultavano addotte sulla linea mediana e sono state deli-

catamente divaricate dal tubo orotracheale. Il paziente ha presentato alcuni accenni di tosse. L'intervento, della durata di circa 90 minuti è andato avanti senza particolari problemi.

Al termine della procedura chirurgica, il paziente, risvegliato, è stato trasferito in Terapia Intensiva per il monitoraggio postoperatorio. Il remifentanil è stato ridotto e sospeso completamente in due ore.

Considerazioni finali

Una forte motivazione del soggetto e un'ottima relazione ipnotica si sono dimostrati fattori essenziali per il successo della procedura, superando quello che, in prima istanza, era stato valutato come un grado di ipnotizzabilità medio.

Un'analisi dei bisogni profondi del paziente ha permesso di modulare aspetti psicologici diversi, rispetto all'analgesia in senso stretto, aspetti che sicuramente potevano influire negativamente sull'esperienza globale di dolore e probabilmente sulla iperreattività dell'organismo in risposta al contatto con sostanze chimiche estranee.

Il follow-up a distanza di cinque anni ha evidenziato la persistenza di effetti positivi sulla reattività immunitaria, con drammatica riduzione delle reazioni avverse a sostanze che precedentemente scatenavano violente reazioni allergiche.

La preparazione ha migliorato significativamente le condizioni psicologiche e fisiche del paziente, che ha potuto vivere l'esperienza con maggiore fiducia e serenità.

Gli attuali modelli di dolore, supportati da un crescente numero di prove, concludono che l'input sensoriale giochi un ruolo parziale nell'esperienza di dolore. I segnali nocicettivi dal sistema nervoso periferico subiscono una complessa modulazione da parte di processi cognitivi, affettivi e motivazionali.

M.E. Faymonville, pioniera dell'ipno-sedazione, ha trattato migliaia di soggetti sottoposti a chirurgia minore e maggiore, prevalentemente chirurgia plastica ed endocrina, e ha dimostrato che strategie sia farmacologiche che psicologiche per il controllo del dolore sono in grado di modulare la rete cerebrale coinvolta nella percezione del dolore. Dalle osservazioni sulla modulazione dell'attività elettrica nel cervello durante l'ipnosi, sono state identificate aree cerebrali la cui attività varia in funzione dello specifico suggerimento ipnotico utilizzato.

Una meta-analisi ha studiato l'efficacia dell'ipnosi negli adulti sottoposti a procedure chirurgiche o mediche rispetto alle cure standard da sole o con tecniche di controllo dell'attenzione. Gli autori hanno dimostrato l'utilità dell'ipnosi su vari esiti chirurgicamente rilevanti.

Clinicamente le esigenze specifiche e le abilità del paziente richiedono la co-costruzione di un protocollo personalizzato. In psicoterapia ipnotica, questo approccio (tailoring) è considerato molto vantaggioso e consiste essenzialmente nello strutturare una terapia "ad hoc" che asseconda le esigenze, come le resistenze del paziente, in

modo dinamico, anche all'interno di una stessa seduta terapeutica. Tale approccio, si accorda a volte con difficoltà al modello aziendale che richiede una programmazione puntuale di risorse economiche, di spazi e di tempi.

È condiviso da molti che si occupano di ipnosi nel dolore, che il ruolo prevalente della stessa sia la gestione del dolore cronico dove le componenti psicologiche, ambientali e relazionali rivestono una parte fondamentale nello strutturare l'esperienza del paziente e in ultima analisi la condizione di malattia. In ambito operatorio e procedurale, oltre la contingente utilità, persiste il fascino, sia per il paziente che per il clinico o ricercatore, di veder superati i limiti ordinari della nostra condizione fisica, attingendo alle proprie risorse interne, nell'ambito di una relazione umana.

Carlo Antonelli

Specialista in Anestesia, Rianimazione, Terapia del Dolore, in Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ericksoniana

Marco Luchetti

Specialista in Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore, ASST Lecco, Ospedale Manzoni, Lecco A.O.R. "San Carlo" PZ - U.O. Dip. Terapia del Dolore



Bibliografia essenziale

1. Antonelli, C. (2005). *The role of hypnosis in pain control: Definition and evidence*. *Acta Anaesthesiologica Italica*, 56, 95–112.
2. Antonelli C., Luchetti M. *Mirror neurons and empathy: proposal of a novel paradigm for hypnosis*. *Contemporary Hypnosis: Published by Crown House Publishing Ltd*, 27(1):19-26 (2010)
3. Antonelli C., Luchetti M., De Trana L. *The association of hypno-anesthesia and conventional anesthesia in a patient with multiple allergies at risk of anaphylactic shock*. *Int. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(4): 483–491, 2014
4. Antonelli C. *Analisi spettrale entropica dell'EEG in ipnosi: osservazioni preliminari su due casi (Studio Pilota)*. *Ipnosi, Rivista ufficiale della Società Italiana di Ipnosi*, Ed. Franco Angeli. Roma, (1): 21-29 (2011)
5. De Benedittis, G., Panerai, A. E., & Villamira, M. A. (1989). *Effect of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 55–69.
6. Dillworth, T., & Jensen, M. P. (2010). *The role of suggestions in hypnosis for chronic pain: A review of the literature*. *Open Pain Journal*, 3(1), 39–51.
7. Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). *Hypnotherapy for the management of chronic pain*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275–287.
8. Faymonville, M. E., Meurisse, M., & Fissette, J. (1999). *Hypnosedation: A valuable alternative to traditional anaesthetic techniques*. *Acta Chirurgica Belgica*, 99, 141–146.
9. Faymonville, M. E., Roediger, R., Del Fiore, G., Delguedre, C., Phillips, C., Lamy, M., . . . Laureys, S. (2003). *Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis*. *Cognitive Brain Research*, 17, 255–262.
10. Faymonville, M. E., Boly, M., & Laureys, S. (2006). *Functional neuroanatomy of the hypnotic state*. *Journal of Physiology-Paris*, 99, 463–469.
11. Gruzelier, J. H. (2002). *A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health*. *Stress*, 5, 147–163.
12. Jensen, M. P. (2011). *Hypnosis for chronic pain management: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
13. Jensen, M., & Patterson, D. R. (2006). *Hypnotic treatment of chronic pain*. *Journal of Behavior Medicine*, 29(1), 95–124.
14. Kupers, R., Faymonville, M. E., & Laureys, S. (2005). *The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia*. *Progress in Brain Research*, 150, 251–269.
15. Levy, J. H., & Castells, M. C. (2011). *Perioperative anaphylaxis and the United States perspective*. *Anesthesia & Analgesia*, 113, 979–981.
16. Mertes, P. M., & Laxenaire, M. C. (2004). *Allergy and anaphylaxis in anaesthesia*. *Minerva Anestesiologica*, 70, 285–291.
17. Price, D. D. (1996). *Hypnotic analgesia: Psychological and neural mechanisms*. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain* (pp. 67–84). New York, NY: W. W. Norton.
18. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. *Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion*. *J Cogn Neurosci*. 1999; 11: 110–125.
19. Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2013). *Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: A metaanalysis of randomized controlled trials* *Clinical Psychology Review*, 3, 623–636.
20. Zachariae, R., & Bjerring, P. (1990). *The effect of hypnotically induced analgesia on flare reaction of the cutaneous histamine prick test*. *Archives of Dermatological Research*, 282, 539–543.
21. Zachariae, R., Bjerring, P., & Arendt-Nielsen, L. (1989). *Modulation of Type I immediate and Type IV delayed immunoreactivity using direct suggestion and guided imagery during hypnosis*. *Allergy*, 44, 537–542.