

.....

C.I.I.C.S.
Centro Italiano Ipnosi Clinica Sperimentale
Fondatore : Prof. F.Granone
Presidente:Dr. A. Lapenta
Vice Presidenti :Dr.ssaM. Tosello -Dott.M.Somma

***Tesi: La comunicazione ipnotica come nuova modalità di
approccio alla Paziente:esperienza pratica in un reparto
di senologia diagnostica***

Relatore Dr. Angelo Gonella

Allieva: Dr.ssa Daniela Biscaldi

Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica 2009

La comunicazione ipnotica come nuova modalità di approccio alla Paziente : esperienza pratica in un reparto di senologia diagnostica

EPIDEMIOLOGIA DEL CARCINOMA MAMMARIO

Il Carcinoma mammario negli USA è il tumore maligno con piu' alta incidenza nelle donne, con una percentuale del 30% di tutti i carcinomi femminili. Nel mondo è la seconda causa di morte femminile per carcinoma (dopo il tumore del polmone)ed è il più comune carcinoma fra le donne. Secondo le fonti del WHO , si stima che a 1,2 milioni di persone nel mondo sia stato diagnosticato un carcinoma mammario nel 2004. Le stime indicano che in oltre 46400 donne sia stato diagnosticato un carcinoma in situ. L'incidenza del carcinoma mammario è aumentata approssimativamente del 4 % durante gli anni '80 , attestandosi a circa 100,6 casi su 100.000 donne negli anni '90. Alcune differenze sono state evidenziate nella prevalenza di questo carcinoma nelle differenti aree geografiche .

Il carcinoma mammario ha una mortalità di 28,4 su 100.000 persone in Francia e 5,8 su 100.000 in Giappone .(5)

Possibili spiegazioni per queste differenze includono le differenze climatiche, la dieta, l'eredità genetica , l'inquinamento ambientale e l'età delle prima gravidanza .Le donne che si spostano da aree a bassa prevalenza ad aree ad alta prevalenza sembrano acquisire il rischio piu' alto della nuova area di residenza.

Si stima che in Italia siano diagnosticati ogni anno 30000 nuovi casi di carcinoma della mammella, circa 7-800 ad un'età inferiore ai 50 anni, 13-14000 fra i 50 e i 70 anni ed altri 8 -10000 in età piu' avanzate. Le stime di incidenza mostrano valori piu' alti al Nord intermedi al Centro e piu' bassi al sud. Le differenze geografiche si stanno pero' riducendo e riguardano soprattutto le donne con piu' di 50 anni ; nelle donne piu' giovani l'incidenza è ormai simile in tutta Italia. I tassi di incidenza aumentano esponenzialmente con l'età fino ai 50 anni di età , quindi subiscono una pausa ,o addirittura una lieve diminuzione, per poi riprendere a crescere , ma con un tasso inferiore,dopo l'età della menopausa. E' verosimile che alla menopausa , il cambiamento drastico ormonale con la cessazione della produzione di estrogeni e

progesterone , riduca la suscettibilità di trasformazione maligna delle cellule dell'epitelio mammario o, più probabilmente la progressione di tumori già iniziati.L'andamento temporale dell'incidenza specifica in Italia , rivela un incremento di incidenza aumentato nelle generazioni nate all'inizio del secolo fino alle donne nate negli anni '30 e '40 con una certa riduzione in donne nate in anni più recenti (rischio confuso dall'aumento artificiale dell'incidenza legato alla diagnosi precoce conseguente ai programmi di screening).

Ultimamente ribaltando il trend degli ultimi 60 anni, i tassi complessivi di mortalità sono diminuiti del 6,8%(USA) dal 1989 al 1993. Nello stesso modo le stime riportano un decremento della mortalità del 4,7% dal 1992 al 1996 , con una diminuzione piu' spiccata fra le donne in età piu' giovane .E' stato riportato un altro decremento del 3,4 % fra il 1995 e il 1998 .Dal 1930 al 1990 il tasso di mortalità annuale, aggiustato per l'età , era di 27-28 morti su 100.000 donne .Inoltre dal 1987 al 2000 ,i tassi di incidenza di carcinoma mammario sono aumentati soprattutto fra le donne con

piu' di 50 anni. Le cause e i fattori di rischio non sono interamente conosciuti. Il carcinoma mammario è fino a 8-10 volte piu' frequente nelle popolazioni occidentali ricche rispetto alle aree povere del terzo mondo o alle zone rurali del Giappone . In genere è piu' frequente nelle popolazioni urbane che in quelle rurali e nelle classi sociali economicamente piu' favorite. Gli studi effettuati nelle popolazioni emigrate da aree a basso rischio ad aree ad alto rischio , indicano che le cause delle differenze internazionali sono da ricercarsi in fattori ambientali , intesi nel senso piu' alto di ambiente fisico e culturale.(4)

L'esistenza di fattori genetici quale causa di carcinoma mammario è ben documentata : circa il 5-10% dei tumori insorge in donne con mutazione genetica. Frequentemente in queste famiglie , il tumore compare in età giovanile e bilateralmente. La gravidanza aumenta leggermente il rischio di insorgenza del carcinoma nel periodo immediatamente successivo, per poi conferire una certa protezione , tanto maggiore quanto piu' è precoce , con un bilancio complessivamente positivo. L'età della menopausa è un fattore di

rischio riscontrato in tutti gli studi. Dopo la menopausa le donne in sovrappeso, che hanno un livello ematico più alto di ormoni sessuali, hanno un rischio maggiore .

METODICHE DIAGNOSTICHE IN SENOLOGIA : BREVI CENNI

MAMMOGRAFIA

La mammografia è l'esame che permette , in modo sufficientemente ripetibile e con qualità controllabile, l'esplorazione della mammella in tutta la sua completezza , che offre la maggior sensibilità , in particolare per i tumori in fase iniziale. Per questo motivo la mammografia è l'unica tecnica che può essere utilizzata come esame di base in un programma di screening e alla quale non si deve mai rinunciare in caso di sospetto di neoplasia , qualunque sia l'età della donna.

In presenza di segni clinici è sempre indicata per evitare la biopsia in caso di lesioni francamente benigne, per definire l'estensione delle lesioni maligne e stabilire la mono -multifocalità multicentricità di esse (6).La sensibilità della mammografia è molto elevata sino al 90%

in caso di mammelle con componente ghiandolare e adiposa
equilibrate, scende nelle mammelle dense , anche se con l'avvento
della tecnica digitale anche questo ostacolo è stato in buona parte
superato.

In ogni caso attualmente nella mammografia clinica si associano sia la
visita clinica che l'ecografia , esame che permette di recuperare gran
parte delle lesioni sfuggite all'esame mammografico per la loro
struttura .

La mammografia si esegue con un particolare apparecchio radiologico
e si rende necessario comprimere delicatamente il seno tra un
compressore di materiale plastico e un detettore
(nel caso di apparecchiatura digitale) .

Le radiazioni emesse dalla fonte attraverseranno il tessuto mammario
e andranno a interagire con il detettore digitale. Attraverso complicati
calcoli eseguiti dal computer si formerà l'immagine del tessuto
mammario.

Le proiezioni standard da effettuarsi sono quattro, due per mammella ma spesso si aggiungono radiogrammi mirati per valutare particolari immagini (addensamenti, distorsioni o calcificazioni).Ho esemplificato molto in quanto quello che interessa questo lavoro e' che la Paziente , sottoposta alla compressione delle mammelle per almeno quattro proiezioni, prova quasi sempre una sensazione fastidiosa e, in alcuni casi, anche dolorosa.Se a tutto cio' si aggiunge l'ansia anticipatoria provocata dalla idea di una possibile diagnosi positiva per la presenza di un carcinoma mammario, si puo' facilmente capire come a volte risulti quasi impossibile effettuare l'esame per l'intolleranza della Paziente o per la comparsa di crisi vagali con perdita di coscienza. È in questo contesto che la comunicazione ipnotica diventa preziosa.

ECOGRAFIA

Nonostante l'evoluzione della metodica , i suoi limiti intrinseci rappresentati soprattutto dalle mammelle adipose e dalla la difficoltà di esplorare in modo sicuramente completo tutta la mammella , non

consentono di utilizzare l'ecografia come tecnica per la diagnosi preclinica del carcinoma della mammella.

L'ACR suggerisce l'uso dell'ecografia per :

- Identificare e caratterizzare le lesioni palpabili
- Valutare gli impianti protesici
- Indagine di primo livello per la valutazione di lesioni in donne giovani in allattamento o gravidanza
- Guida a metodiche interventistiche

Essa ha elevata specificità per la diagnosi di lesioni cistiche e presenta un ruolo di prima istanza in alcune situazioni non oncologiche quali flogosi, traumi e mastodinia.

Raramente si incontrano ostacoli nell'effettuazione di questo esame in quanto assolutamente non doloroso .

Le pazienti in generale osservano con attenzione il volto del medico mentre effettua l'esame ed è molto importante sia non assumere espressioni dubitative ,in quanto immediatamente si viene interrogati sul motivo di tale espressione che cercare di distrarre l'attenzione .

Spesso le donne guardano il monitor con le immagini cercando di capirne il significato, quindi è fondamentale prima di iniziare l'esame suggerire di rilassarsi cercando di evocare una situazione piacevole come essere sdraiate in spiaggia o su un prato verde o sul proprio sofa' di casa, possibilmente tenendo gli occhi chiusi o fissi su di un oggetto della stanza

INTERVENTISTICA SENOLOGICA

La diffusione della mammografia come metodica di screening per il carcinoma della mammella ,in grado di ridurre la mortalità per tale patologia,ha comportato un riscontro sempre piu' frequente di lesioni di piccole dimensioni senza corrispettivo clinico e quindi non palpabili.Esse richiedono quindi, per una precisa caratterizzazione, una valutazione anatomo patologica.

A tale scopo fino a pochi anni fa si ricorreva quasi esclusivamente alla biopsia chirurgica, procedura gravata da alti costi, da discreta invasività che inoltre comportava uno stress emotivo per la paziente e cicatrici superficiali e profonde.

Il prelievo percutaneo per esame istologico con aghi trancianti di grosso calibro supera gran parte di questi ostacoli, permettendo di ottenere nella quasi totalità dei casi materiale sufficiente per la diagnosi con risultati paragonabili a quelli della biopsia chirurgica.(1)

RISONANZA MAGNETICA

La R.M.N. attualmente viene utilizzata per lo studio pre-operatorio dell'estensione delle neoplasie con determinate caratteristiche istologiche , nello studio delle patologie legate alle protesi mammarie, delle recidive neoplastiche in pazienti operate al seno o come indagine preventiva in pazienti con importante familiarità.

L'indagine è ostacolata spesso, date le caratteristiche dell'apparecchiatura impiegata, specie in persone anziane, da crisi di claustrofobia e quindi un eventuale impiego dell'ipnosi potrebbe rivelarsi molto utile.

METODICHE DIAGNOSTICHE :CONCLUSIONI

Da quanto sopra esposto si evince come per le donne, ormai molto informate attraverso i media, internet, le riviste piu' o meno specializzate del settore femminile e dal confronto con le altre donne , arrivino cariche di ansia al giorno in cui è stato programmato il controllo mammografico, sia esso di screening che prenotato autonomamente dalla donna stessa. Di tutte le metodiche della diagnostica per immagini, la mammografia è l'indagine che maggiormente è gravata dall'ansia della paziente. Molto spesso infatti il primum movens della prenotazione dell'esame è la condivisione della diagnosi di carcinoma con una amica, collega di lavoro o peggio, familiare, che ha cercato conforto nella paziente stessa . Poco importa se la diagnosi sia stata precoce e quindi la neoplasia facilmente aggredibile e guaribile con un'alta percentuale di successo, quello che conta è il confronto con una situazione di morte potenziale.

La donna si presenta al medico senologo portando con sé un fantasma di morte che spesso è difficile dissolvere anche dopo aver constatato

insieme a lei che l'esame è assolutamente negativo . Questo scomodo accompagnatore rende l'effettuazione stessa dell'indagine difficoltosa, in quanto spesso non si riesce ad ottenere una rilassatezza muscolare tale da rendere veloce ed indolore la compressione del seno da parte dell'apparecchiatura diagnostica digitale .È noto inoltre come il dolore sia generato o meglio, alimentato, dalle situazioni di stress emotivo e come sia facile somatizzare l'ansia trasformandola in stimolo doloroso .

A volte sembra che il dolore venga utilizzato come “ barriera” tra il desiderio di sapere se la malattia sia presente e la paura che tale diagnosi genera , quindi sia un comodo alleato a cui la paziente non vuole inconsciamente rinunciare.A fronte di queste constatazioni a cui si assiste ogni giorno nella pratica clinica, forte dei principi della comunicazione ipnotica della sua valenza e del potere positivo che essa puo' esercitare, ho ideato un metodo di lavoro nuovo con un approccio diverso alla paziente, che abbiamo messo in pratica per alcuni mesi .

.....

L'INDUZIONE E LA COMUNICAZIONE IPNOTICA : BREVE

INTRODUZIONE .

È ormai accettato che l'ipnosi è una particolare condizione psicosomatica in cui esiste uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia e da tutte le fasi del sonno. Può presentare alcune affinità con stati meditativi, in particolare per l'attenzione focalizzata, il pensiero dominato dal processo primario e la ricettività dell'Io (Fromm, 1977-79).

Questo stato psicofisico è dinamico ed è caratterizzato dalla prevalenza di funzioni immaginativo-emotive rispetto a quelle critico-intellettive, dalla presenza di una parziale dissociazione psichica e da fenomeni ideoplastici, in particolare ai livelli più profondi. Le teorie attuali sul meccanismo dell'ipnosi implicano un transfert e controtransfert positivo, uno stato empatico e una sincronia interattiva fra ipnologo e soggetto. Viene quindi enfatizzato il ruolo della relazione tra l'ipnotista e l'ipnotizzato, non solo nel successo dell'induzione ipnotica, ma anche nello sviluppo della fenomenologia

caratteristica e come fattore essenziale del fenomeno stesso. L'ipnosi è considerata cioè una particolare forma di interazione umana in una persona reale o immaginaria. La relazione è un contenitore dove si svolge qualsiasi atto professionale, in cui coesistono aspetti affettivi/emozionali ed elementi cognitivi . Il paradigma maggiormente accreditato è quello dell'asimmetria funzionale degli emisferi cerebrali .Sintetizzando le specializzazioni emisferiche, si possono individuare le seguenti caratteristiche per l'emisfero "dominante" (sinistro nel destrimane e in buona parte dei mancini): maggiore abilità per i compiti analitico verbali, analitico spaziali e temporali, aritmetici, ideazionali, maggiore competenza a cogliere gli aspetti rilevanti degli stimoli elaborando l'informazione in modo sequenziale, attraverso l'analisi delle singole parti. Utilizzando un termine informatico, possiamo definire la modalità di elaborazione come digitale. Essa risulta estremamente efficiente per operazioni matematiche, linguistiche e per la formulazione di concetti astratti. Lo stile cognitivo di quest'emisfero coincide con i cosiddetti "processi

secondari” della psicoanalisi. Esiste inoltre un collegamento con lo stato di coscienza ordinario e una maggiore performance per le emozioni positive. L’emisfero “non dominante” (destro, nel destrimane) sembra specializzato per compiti visuospatiali, musicali, geometrici, sintetici spaziali e temporali. Lo stile cognitivo è in grado di integrare diversi stimoli simultaneamente con un comportamento analogico-sintetico, quasi non verbale, olistico, molto efficace per le attività visivospaziali, la coordinazione motoria nello spazio, la comprensione della tonalità musicale. Il suo stile cognitivo coincide con i “processi primari” della psicoanalisi. Non esiste un collegamento con lo stato di coscienza ordinario, la performance è maggiore per le emozioni negative e per quelle attività che richiedono una percezione simultanea del tutto (percezione olistica), per la creatività artistica e scientifica, quindi per le intuizioni. Esistono evidenti analogie fra la fenomenologia della trance ipnotica e le funzioni dell’emisfero destro già sottolineate da Erickson e Rossi .

.....

L'ipnoterapia o l'ipnositerapia, per definizione, implica un intervento preciso, da parte del terapeuta o per opera del paziente stesso. In quest'ultimo caso si parla di autoipnosi. L'ipnositerapia, che rappresenta l'utilizzo a scopo medico delle potenzialità intrinseche del soggetto che si rendono disponibili pienamente in questo stato psicosomatico, è una scienza basata sulle correlazioni dimostrate fra mente e corpo. (2)

In seguito ad indagini sperimentali svolte in qualificati centri universitari ed ospedalieri, si sa ormai che tutte le funzioni del nostro organismo , sia interne che esterne , possono essere influenzate dalla psiche.L'ipnosi è potenzialità dell'immaginazione o "monoideismo plastico" , è un modo di funzionare dell'organismo, ovviamente il piu' delle volte non gestito consapevolmente .Obiettivo delle tecniche impiegate è quello di aiutare il soggetto ad attivare e gestire le modalità utili affinché l'ideoplasia orientata al soddisfacimento del bisogno sia realizzata cio' puo' essere ottenuto sia con l'aiuto del terapeuta che autonomamente con l'autoipnosi.L'ipnotismo , cioè la

.....

tecnica che porta ad una condizione di dinamismo ipnotico del sistema mente-corpo del paziente , è stato utile ad esempio in odontostomatologia , per controllare ed eliminare la “fobia del dentista “ e per molte altre problematiche in cui è coinvolta la psiche del paziente (7).Fondamentali gli studi , le sperimentazioni e la lunga esperienza clinica del neuropsichiatra Franco Granone per determinare l’attuale orientamento nell’intendere l’ipnosi come fenomeno al tempo stesso psicologico e biologico per cui oggi , con questo termine,si intende una dinamica psicosomatica caratterizzata dal monoideismo plastico (8,9).In altre parole , per ottenere questo particolare stato di coscienza è necessario che la persona limiti il suo campo di interessi e di critica , orientando la propria attenzione su una sola idea alla volta e in modo via via piu’ pregnante e creativo (monoideismo plastico), potendo cosi’ raggiungere lo stato di trance ipnotica.

L’ipnosi non è uno stato rigido da ricercare su cui inserire suggestioni, ma è un modo di funzionare dinamico caratterizzato dall’orientamento della potenzialità della rappresentazione mentale

del soggetto. La partecipazione coscienza- corpo non è una dimensione da “indurre “ o da ricercare o costruire, è una realtà. L’ipnosi è la rappresentazione mentale che si manifesta plasticamente attraverso un’operazione psico fisiologica che viene suggerita da altra persona , oppure che viene determinata da un atto volontario senza l’intervento di altra persona (autoipnosi).

Tutte le persone possono “manifestare ipnosi” ,dato che ogni persona è un organismo che si esprime attraverso il corpo , la psiche e il suo sistema di valori .Tutti esprimiamo idee attraverso rappresentazioni mentali e tutte le rappresentazioni mentali di una certa valenza si manifestano plasticamente.

Non tutte le persone sono in grado di gestire le rappresentazioni mentali con la valenza adeguata alla manifestazione plastica da raggiungere .In pratica in ipnosi si insegna alle persone ad impiegare consapevolmente la potenzialità della loro rappresentazione mentale al fine di raggiungere obiettivi precisi.

L’ipnosi è monoideismo plastico.

IPNOSI: Dinamismo psico somatico di partecipazione mente-corpo
esprime il potere dell'immaginazione mentale.

STATO IPNOTICO-TRANCE: condizione particolare di accoglienza
dell'informazione proposta e focalizzazione adeguata dell'attenzione
su una unica idea (MONOIDEISMO)

INDUZIONE DELL'IPNOSI: relazione operatore-soggetto orientata
all'accordo sull'obiettivo e alla focalizzazione dell'attenzione
attivatrice dell'ideoplasia.

IPNOTISMO: gestione finalizzata dell'energia trasformatrice attivata
mediante accoglienza dell'obbiettivo e focalizzazione dell'attenzione
(plasticità del monoideismo)

AIUTO E TERAPIA: proposta di nuova visione del problema, liberazione
dei condizionamenti , rielaborazione dei significati patogeni.

PROFONDITA' DELL'IPNOSI: suggestionabilità d'organo e
apprendimento.

MATERIALI E METODI

Dopo questa introduzione bisogna specificare che nella esperienza qui riportata non abbiamo mai messo in opera l'induzione ipnotica propriamente detta, cioè nessuna delle nostre pazienti è mai stata indotta in ipnosi, bensì abbiamo semplicemente aiutato le pazienti a sottoporsi con tranquillità all'esame dapprima con la sola distrazione dell'attenzione e in seguito con l'indirizzamento dell'attenzione verso l'idea unica del rilassamento muscolare e della calma interiore. Il metodo consiste in un diverso approccio alla donna rispetto a quanto fatto sinora, che va dall'arrivo nella sala di diagnostica sino al congedo della Paziente. Vi sono frasi di accoglienza e di invito codificate, alcuni punti fermi fissi per tutte a cui poi liberamente si possono aggiungere corollari di frasi diverse, a seconda del tipo di persona con cui si interagisce.

A seconda dell'età, della presenza o no di interventi chirurgici pregressi, della cultura posseduta dalla paziente, del suo approccio fisico con gesti, frasi o atteggiamenti dell'abbigliamento etc. ho

inserito una parte di domande o frasi rassicuranti da aggiungere alla normale accoglienza .Si è visto ad esempio che da un certo tipo di abbigliamento molto “stratificato” anche in estate, o abbottonato, con cerniere, cinture, foulard e sciarpe, con colori cupi, ci si può aspettare più resistenza all’esame all’inizio, con tendenza a una buona collaborazione in seguito.L’ abbigliamento sportivo o sgargiante ma morbido, assicura una certa collaborazione costruttiva sin dall’inizio.Abiti molto modaioli o corti , aderenti , più o meno di grande firma, in generale piuttosto scomodi ma che seguono i diktat che vogliono la donna magra, scattante e perennemente giovane anche a costo di grandi sacrifici come diete ed estenuanti sedute in palestra , in genere preludono a persone difficili da trattare poco inclini a fidarsi dell’operatore e ossessionate dalla fretta, come se importasse di più fare in fretta, piuttosto che avere una diagnosi accurata.

Qui di seguito lo schema di approccio alla paziente all'arrivo nella sala di diagnostica; tale traccia è stata utilizzata in maniera standardizzata con le nostre pazienti, su un di un gruppo di 372 donne e i risultati confrontati con quelli ottenuti da 303 donne a cui è stato riservato l'approccio normale, da sempre applicato .

Per valutare l'efficacia del nuovo metodo di comunicazione è stato consegnato a tutte le pazienti un questionario che doveva obbligatoriamente essere compilato al termine dell'esame e riconsegnato ; esso valutava il gradimento della metodica, l'operato del personale, la presenza e l'intensità del dolore , la presenza e l'intensità dell'ansia, le variazioni dell'umore e la percezione dell'ospedale quale luogo di cura e di accoglienza .

Qui di seguito i moduli con le istruzioni per il personale e i moduli consegnati alle pazienti.

MAMMOGRAFIA

COME ACCOGLIERE EFFICACEMENTE LA PAZIENTE -ISTRUZIONI PER IL TRSM E IL MEDICO.

- CHIAMARE LA DONNA DALLA SALA D'ASPETTO PRESENTANDOSI CON UN SORRISO (indipendentemente dal vostro umore)
- FARE ENTRARE LA DONNA NELLO SPOGLIATOIO SALUTANDOLA E CHIAMANDOLA PER NOME: ES. "BUONGIORNO SIGNORA ENRICA, SI ACCOMODI IN QUESTO SPOGLIATOIO !"
- RIVOLGERSI A LEI DICENDOLE CHE NELLO SPOGLIATOIO TROVERA' UN *COMODO SPECCHIO* CHE LE PERMETTERA' DI RIMETTERSI IN ORDINE I CAPELLI DOPO L'ESAME, ENTRARE NELLO SPOGLIATOIO PRIMA DELLA PAZIENTE E INDICARLO.
(distrazione dell'attenzione)
- INTRODURRE LA DONNA NELLA SALA DI DIAGNOSTICA : APRIRE LA PORTA DELLO SPOGLIATOIO CON IL SORRISO DI PRIMA, CHIEDERE COME STA CHIAMANDOLA PER NOME E FARLE NOTARE CHE LA STANZA E' PARTICOLARMENTE FREDDA PER MANTENERE LA MASSIMA EFFICIENZA DELLE MACCHINE CHE SONO NUOVE E ALL'AVANGUARDIA .
- PORGERLE UN TELINO MONOUSO CON IL QUALE POTRA' COPRIRSI SE AVRA' FREDDO O SI SENTIRA' IN IMBARAZZO.
- RACCOGLIERE L'ANAMNESI E SE LA DONNA DICE DI AVERE UN FAMILIARE AMMALATO O MORTO DI PATOLOGIA MAMMARIA DIRE :
"LA DIAGNOSI PRECOCE SALVA LA VITA E QUI ABBIAMO LA TECNOLOGIA PER FARE DIAGNOSI PRECOCE.

- INDICARE IL DETETTORE, INVITARE A GUARDARLO BENE E TOCCARLO AGGIUNGENDO CHE QUEL MORBIDO E COMODO CUSCINETTO DI GOMMAPIUMA E' LI APPOSTA PER ACCOGLIERE IL SENO E FAR SENTIRE SOLO UN PO' DI COMPRESSIONE (non nominare mai il dolore)
- SOLO A QUESTO PUNTO FAR SCOPRIRE IL SENO PER ESEGUIRE L'ESAME.
- MENTRE SI POSIZIONA LA PAZIENTE INDICARE UN PUNTO FISSO SUL MAMMOGRAFO E INVITARE A FISSARLO ATTENTAMENTE ALTRIMENTI L'ESAME VERA' MOSSO, POI CHIEDERE NOTIZIE SUL TEMPO, TRAFFICO, CIBO MANGIATO A COLAZIONE ,E QUANDO SI INIZIA A COMPRIMERE RICORDARE ALLA PAZIENTE CHE E' NECESSARIO CONTINUARE A FISSARE IL PUNTO PER TUTTO IL TEMPO DELL'ESAME PER OTTENERE UN BUON RISULTATO.
- DIRE ALLA DONNA DI FARE UN RESPIRO PROFONDO E IMMAGINARE CHE UNA PERSONA A LEI CARA LA STIA ABBRACCIANDO E SOSTENENDO
- SE SI RENDONO NECESSARIE PROIEZIONI AGGIUNTIVE RASSICURARE DICENDO CHE SONO SOLO COME FOTO INGRANDITE PER VEDERE MEGLIO UN PARTICOLARE COSI DA STARE PIU' TRANQUILLE DOPO.
- RICHIAMARE L'ATTENZIONE PIU' VOLTE SULLA TECNOLOGIA ALL'AVANGUARDIA CHE MIGLIORA LA VITA
- ACCOMPAGNARE LA DONNA NELLA SALETTA INTERNA OVE ATTENDERA' PER L'ESECUZIONE DELLA VISITA E DELL'ECOGRAFIA DICENDOLE DI RILASSARSI E LEGGERE UNA RIVISTA E CHE ANDRA' TUTTO BENE.

ECOGRAFIA

- DOPO AVER FATTO STENDERE LA PAZIENTE SUL LETTINO DELL'ECOGRAFIA DIRLE CHE *ORA PUO' DARSÌ L'AUTORIZZAZIONE A RILASSARSI* E A STAR TRANQUILLA, DIRE DI FISSARE UN PUNTO SUL SOFFITTO E PENSARE DI TROVARSI IN UN LUOGO PIACEVOLE.
 - COMUNICARE LA DIAGNOSI -
 - = SE NEGATIVA CONGEDARE LA PAZIENTE
 - = SE POSITIVA MOSTRARE LE IMMAGINI SOSPETTE E LE STRATEGIE DA PORRE IN ATTO PER RISOLVERE IL PROBLEMA
- Di seguito il questionario di gradimento che abbiamo distribuito alle pazienti dopo l'effettuazione degli esami

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO:

GENTILE SIGNORA LA PREGHIAMO DI COMPILARE QUESTO BREVE QUESTIONARIO I CUI RISULTATI CI PERMETTERANNO DI MIGLIORARE IL SERVIZIO

SARA' SUFFICIENTE APPORRE DELLE CROCETTE SULLE APPOSITE CASELLE :

1-COME GIUDICA L'APPROCCIO DEL PERSONALE NEI SUOI CONFRONTI?

EFFICACE POCO EFFICACE INADEGUATO

ALTRO

2-COME GIUDICA L'ATTENZIONE CHE LE E' STATA RIVOLTA?

ADEGUATA MEDIOCRE INSUFFICIENTE

ALTRO

3-COME GIUDICA IL DISAGIO CREATO DALL'ESAME MAMMOGRAFICO?

ALTO MEDIO BASSO ALTRO

.....

4-PENSA CHE PRENOTERA' IL PROSSIMO ESAME MAMMOGRAFICO
PRESSO IL NOSTRO SERVIZIO?

SI

NO

NON SO

5-SE HA RISPOSTO NO ALLA DOMANDA PRECEDENTE, POTREBBE
SPIEGARCI IL MOTIVO?

RISULTATI OTTENUTI

372 pazienti sono state accolte con approccio "ipnotico"-
gruppo A

303 pazienti sono state accolte con approccio usuale-
gruppo B.

Le persone coinvolte nel lavoro sono state : un tecnico sanitario di radiologia medica donna , un medico radiologo senologo donna in modo che i risultati non fossero influenzati da diverse capacità comunicative volontarie o involontarie degli operatori (un tecnico uomo giovane e attraente avrebbe potuto ottenere ad esempio diversi risultati solo per il suo aspetto fisico, rispetto ad una donna) .

A tutte le 675 pazienti è stato consegnato il questionario di gradimento alla fine dell'esame.

Ci sono stati riconsegnati 623 questionari di cui 351 (-21) delle pazienti del gruppo A e 269 (- 34)questionari del gruppo B .

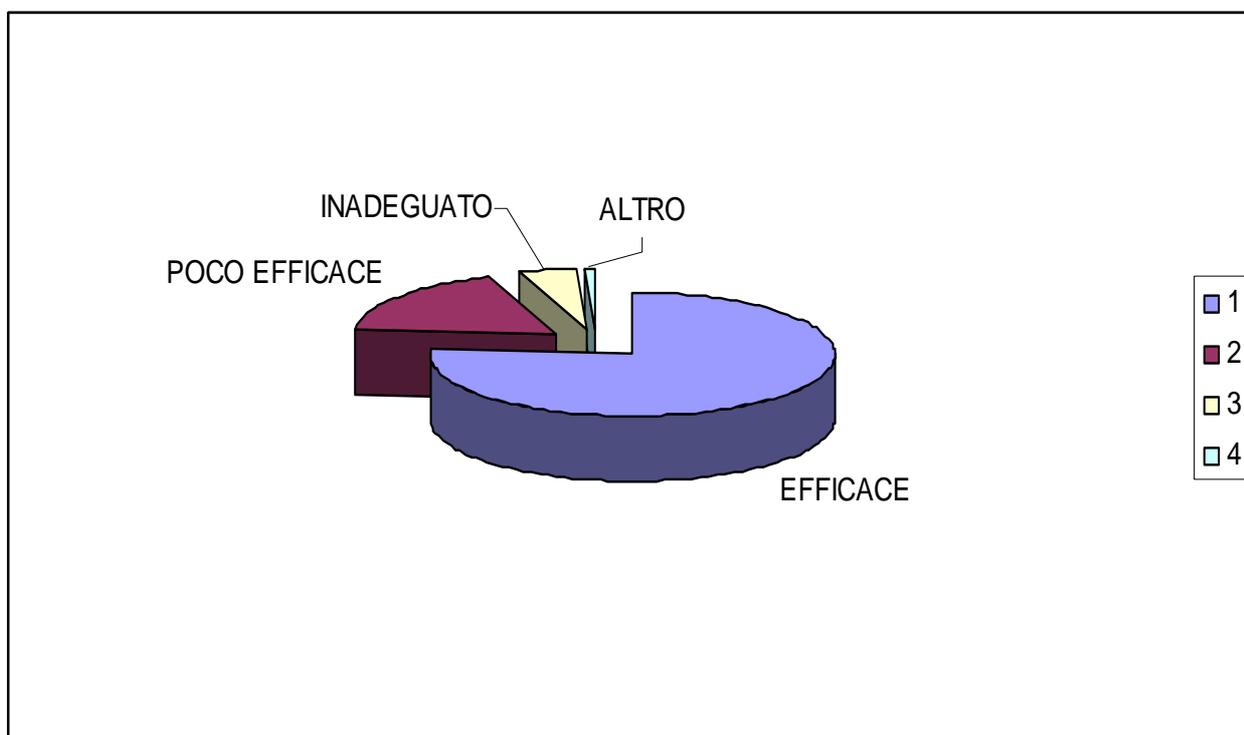
Già da questi risultati si evidenzia come il gruppo A sia stato piu' collaborativo rispetto al gruppo B.

Gruppo A 372 PZ ricons. 351 -----Gruppo B 303 PZ ricons. 269

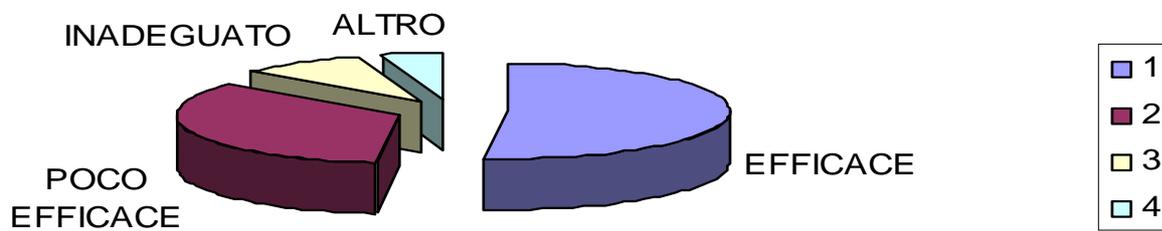
Domanda n. 1 **APPROCCIO**

	A		B	
EFFICACE	267 PAZ.	76%	154 PAZ.	46,8%
POCO EFFICACE	64 PAZ.	18,2%	81 PAZ.	31,1%
INADEGUATO	17 PAZ	4,8%	23 PAZ.	8,5%
ALTRO	3 PAZ.	0,8%	11 PAZ.	4,0%
TOT	351		269	

APPROCCIO A

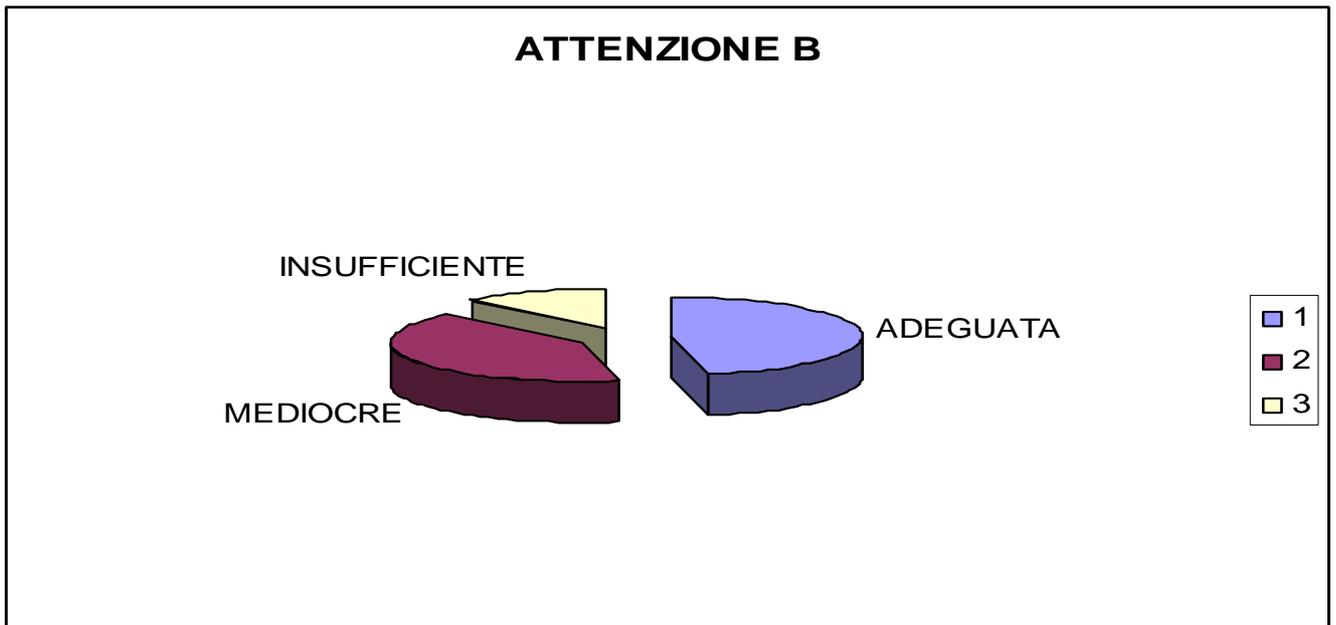
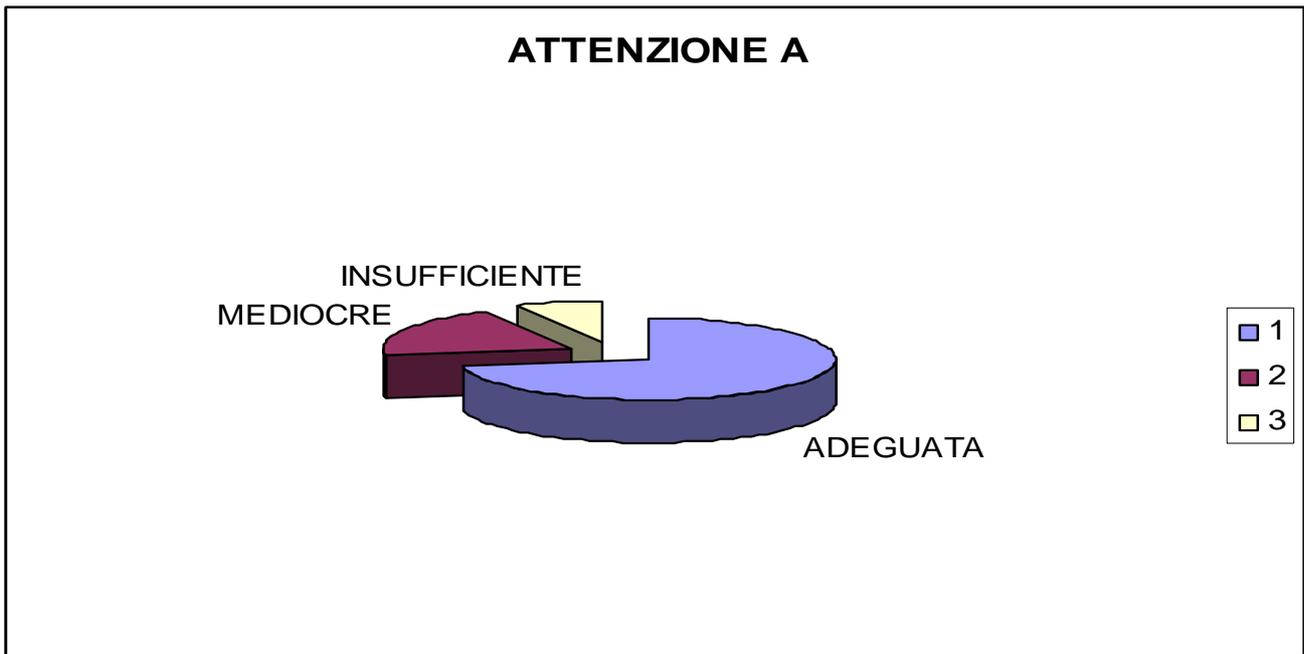


APPROCCIO B



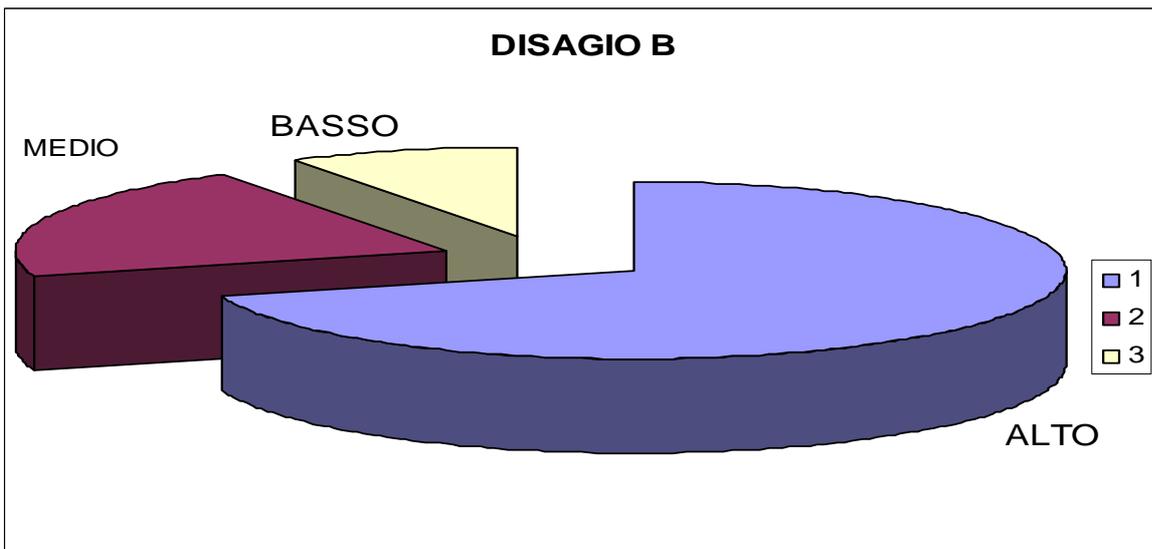
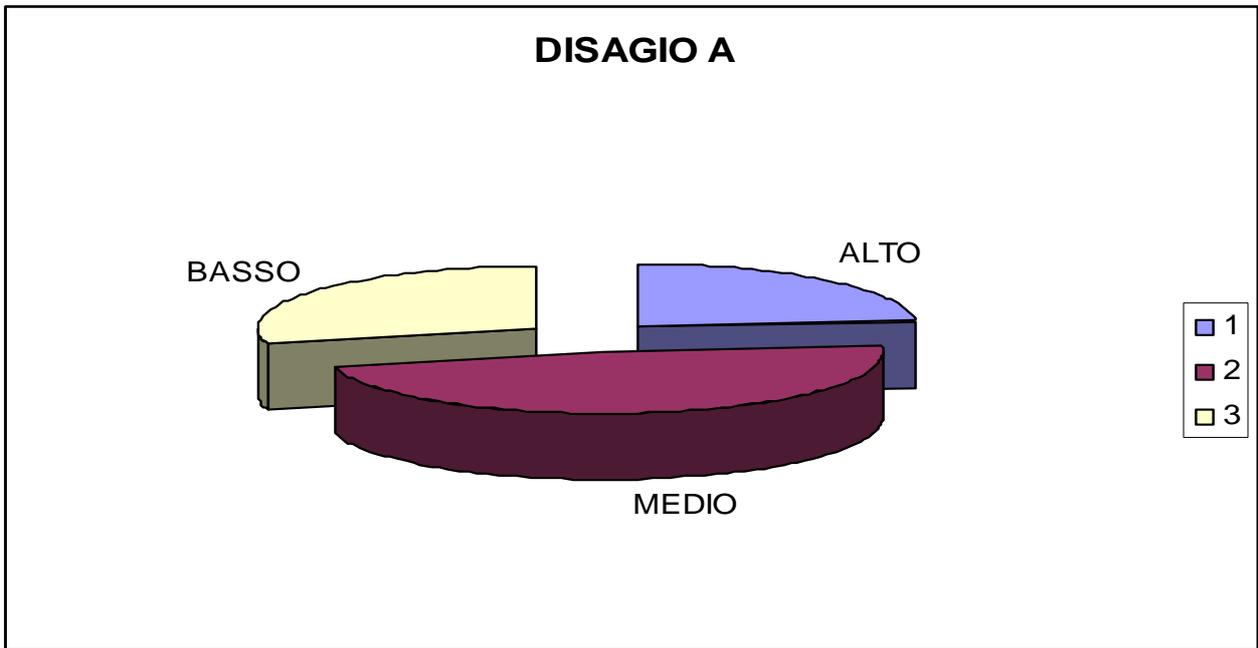
Domanda n. 2 **ATTENZIONE**

A				B			
ADEGUATA	253	PAZ	72%	126	PAZ	46,8%	
MEDIOCRE	71	PAZ	20%	109	PAZ	40,5%	
INADEGUATA	26	PAZ	7,4%	34	PAZ	12,6%	
ALTRO	1	PAZ	---	0	PAZ	---	
TOT	351			269			



Domanda n. 3 **DISAGIO**

	A		B	
ALTO	83 PAZ	23,6%	189 PAZ	70,2%
MEDIO	166 PAZ	47,2%	57 PAZ	21,1%
BASSO	102 PAZ	29,0%	23 PAZ	8,5%
TOT	351		269	



.....

CONCLUSIONI

La nostra esperienza , seppure basata su un ristretto numero di pazienti e proseguita per breve lasso di tempo, dimostra un effettivo miglioramento sia nell'approccio alle pazienti che nell'espletamento del lavoro e come sia sufficiente porsi diversamente di fronte alle persone per ottenere la loro collaborazione ed attenzione.

I dati ottenuti confermano che le pazienti trattate hanno percepito minor disagio durante l'esame .

La comunicazione ipnotica puo' quindi essere considerata un utile alleato nella pratica clinica .

BIBLIOGRAFIA

1-S.I.R.M.CHARTA SENOLOGICA 2004 (approccio diagnostico alla patologia mammaria) Coordinatore C. Di Maggio-Componenti: C.Del Favero. A.Frigerio G.M.Giuseppetti .G.Gozzi, E.Lattanzio. B.Pesce, M.Rosselli Del Turco,G.Simonetti, M.A.Nosenzo

2-GRANONE F. - Trattato di Ipnosi. Ed. UTET, 89

3-CARLO ANTONELLI Responsabile terapia antalgica Servizio di Anestesia e Rianimazione ,ASL n 1 Venosa(PZ) It.-"Ruolo dell'ipnosi nel controllo del dolore :definizione ed evidenze" - Acta Anaest.Italica 56,95-112 2005

4- MACARI ILARIA-"La biopsia mammaria ad aspirazione assistita mediante metodo suros-atec, esperienza preliminare"-2008

5-L.TABAR , T.TOT, P.D.DEAN "Il cancro della mammella :l'arte e la scienza della diagnosi precoce mediante mammografia" .Ed. CIC Internazionali-1990

6-LINEE GUIDA F.O.N.Ca.M. 2005

7-A.GONELLA"Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia -atti del XVII congresso nazionale della società italiana di medicina psicosomatica ",3-6 novembre 1999

8-A.GONELLA-R.R.PEPE-“Nuovi orientamenti all’utilizzo dell’ipnosi medica in odontostomatologia”Rassegna di psicoterapie .Ipnosi.Medicina psicosomatica.Psicopatologia forense.Università di studi di Roma “ La Sapienza”, Volll n. 3 ,settembre-dicembre 1997.

9-A.GONELLA, R.R.PEPE -“l’ipnosi clinica nel trattamento delle D.CCM.,Giornale Odontognatologico, Organo Ass.Naz.Ital.Gnatologia n16.-Quaderni di studio del giornale Odonto Gnatologico 1997

DR.ssa Daniela Biscaldi

Dirigente Medico Struttura Semplice Senologia- ASLTO1

Radiologia Ospedale Martini

Dir.M.S.C. DR.C.Bosio

Via Tofane 71 -01170952762-

senologiarx.martini@aslto1.it

bisdani@fastwebnet.it

3472226908



