

**ISTITUTO FRANCO GRANONE**  
**C.I.I.C.S.**  
**CENTRO ITALIANO IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**Direttore: Prof. A. M. Lapenta**

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA**  
**Anno 2016**

***Gestione mediante ipnosi dell'ansia preoperatoria  
in chirurgia ginecologica e della mammella***

**Candidato: *Dr.ssa Elena Francesca Boris***

**Relatore: *Prof. Edoardo Casiglia***

## Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è presentare l'esperienza dell'utilizzo dell'ipnosi per la gestione dell'ansia preoperatoria nelle pazienti candidate a chirurgia ginecologica e della mammella.

Il contesto nel quale si è svolto questo lavoro è stato la presala della Sala Operatoria del Presidio Ospedaliero Materno-Infantile Beauregard di Aosta nella quale lavoro come anestesista-rianimatore. Nello specifico, in questa sala operatoria viene effettuata chirurgia ginecologica (isterectomie, annessiectomie, miomectomie o comunque interventi a vario titolo sull'apparto riproduttivo femminile) e chirurgia della mammella (mastectomie, quadrantectomie o comunque chirurgia della mammella per patologie maligne o benigne).

Ho voluto escludere dallo studio tutta la chirurgia ostetrica che comunque avviene in questa sala per uniformare il gruppo di studio, essendo evidentemente il substrato psicologico molto differente.

Gli interventi demolitivi sulla sfera genitale, con particolare riferimento all'isterectomia, non costituiscono un intervento chirurgico di poco conto; rappresentano al contrario operazioni di notevole impatto fisico e psichico sul corpo e sulla persona.

L'integrità anatomofunzionale del corpo femminile è una condizione necessaria per una vita relazionale, sociale e sessuale soddisfacente. Con tali interventi verrà compromessa l'integrità dell'immagine femminile. L'asportazione dell'utero, in particolare, da sempre simbolo di femminilità, gravidanza, maternità, provoca nella donna un inevitabile stato di sofferenza, che in alcuni casi può portare a generare veri e propri disturbi della sfera psichica e non solo.

Dall'analisi degli studi, a proposito delle conseguenze psicologiche dell'isterectomia, risulta piuttosto evidente come la depressione sia da considerare uno dei rischi più comunemente associati all'intervento (Flory et al., 2005). Si è infatti teorizzato che l'isterectomia sia causa di depressione per:

- la perdita dell'immagine del sé femminile;
- la perdita dell'autostima;
- sentimenti di deformazione;
- sentimenti di mutilazione.

Per quanto riguarda la chirurgia della mammella, è molto complesso per una donna gestire la menomazione risultante da un intervento in tale sede: insieme al tumore, infatti, sembra che sia stata asportata anche l'immagine di sé. La cancellazione o comunque la minaccia a una parte del corpo che culturalmente rappresenta la femminilità in tutte le sue accezioni (materna, erotica, simbolica) può generare un sentimento di crisi dell'identità, un senso di perdita irreparabile e di rabbia. Confrontando infatti donne affette da carcinoma della mammella e donne sane, si è trovato che

l'82% di quelle con carcinoma ginecologico ha una cattiva immagine corporea di sé, contro il 38% delle donne sane.

In entrambe i casi, quando la causa dell'intervento chirurgico è una patologia maligna, si somma a livello psicologico la paura e l'angoscia di fronte alla notizia di avere il cancro. Non è facile affrontare la malattia oncologica, l'intervento e le terapie che ne conseguono. Inoltre, la paura delle conseguenze fisiche delle terapie amplificano questa sensazione di perdita di controllo sul proprio corpo.

## **Organizzazione dello studio**

Considerate le premesse dell'introduzione è evidente che spesso le donne che giungono in sala operatoria sono in uno stato psicologico complesso ed esprimono il proprio disagio indicandolo generalmente come «ansia». Mantenendo questa definizione nel mio dialogo con le donne (per non addentrarmi in specificità psicologiche che non mi competono), ho proposto a 15 pazienti «un metodo per aiutarle a rilassarsi e rendere più gestibile questo loro stato di ansia in modo da poter affrontare questa esperienza nel miglior modo possibile» prima di procedere all'anestesia generale. Il setting era quello clinico (che non richiedeva la preventiva autorizzazione di un comitato di bioetica) e i risultati qui descritti sono semplicemente il resoconto della mia attività quotidiana.

## **Materiali e metodi**

Nel periodo fra giugno e agosto 2016 ho preso in esame 15 pazienti che nello specifico dovevano sottoporsi:

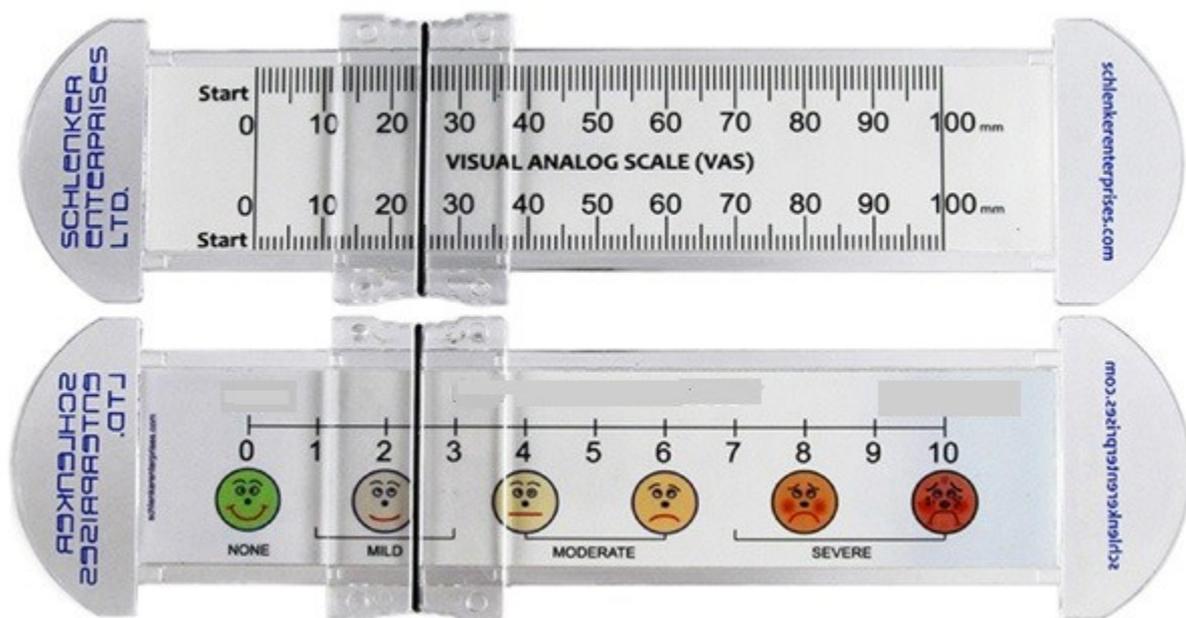
- 6 ad isterectomia laparoscopica
- 4 a mastectomia
- 3 a quadrantectomia
- 2 a miomectomia (asportazione di polipi uterini) laparoscopica

La scelta di questa tipologia di pazienti è stata fatta per uniformità di condotta anestesiologicala (in tutti i casi si tratta di anestesie generali, seppur di durata e invasività differenti).

Tutte le donne analizzate avevano assunto, come da consuetudine anestesiologicala, una premedicazione con 1 mg di lorazepam per os circa un'ora prima di scendere in sala operatoria.

L'età media delle donne coinvolte era 55 anni. Nello specifico le sei isterectomie avevano rispettivamente 54, 55, 56, 58, 60 e 70 anni; le due miomectomie 41 e 48 anni; le quattro mastectomie 54, 56, 62 e 74 anni e le tre quadrantectomie 40, 48 e 52 anni.

All'arrivo delle pazienti in presala, esse sono state accolte dall'infermiera che prepara le donne per l'intervento. All'atto delle procedure di routine (verifica dell'identità, delle allergie, posizionamento degli elettrodi per il monitoraggio e posizionamento di accesso venoso) è stato loro presentato dall'infermiera un «righello» per l'autovalutazione dell'ansia, simile a quello del VAS (del dolore soggettivo), chiedendo alla paziente di collocare autonomamente il proprio livello di ansia percepita spostando un cursore lungo una linea da 1 a 10 (con una gradazione colorimetrica crescente, dove 0 è «nessun ansia» e 10 «la più grande ansia mai sentita»).



Una volta che le pazienti erano state preparate dall'infermiera, giungevo a presentarmi. Secondo le tempistiche di sala operatoria, ciò poteva avvenire con un delay temporale variabile da pochi minuti a 30-45 minuti, caratteristica questa non presa in considerazione ma che potrebbe aver influito sullo stato d'ansia.

Con una breve presentazione ho cercato di instaurare un rapporto di fiducia con la paziente attraverso una comunicazione che potesse ridurre la sua ansia ed accogliere così i miei suggerimenti. In prima battuta mi sono rivolta a loro con rispetto dicendo: «Buongiorno, Signora NOME e COGNOME, sono Elena Boris, l'anestesista che si prenderà cura di lei in sala operatoria». A questo punto, generalmente le pazienti sono solite chiedere dettagli sull'anestesia che verrà loro somministrata, sulla durata dell'intervento ecc. Prima di rispondere ho sempre chiesto il permesso di potermi rivolgere passando dal «lei» al «tu» in modo da ridurre la differenza di livello

comunicativo e favorire il rapport ed ho quindi fornito le informazioni richieste sforzandomi di essere empatica e non meramente tecnica.

Tendenzialmente, nel momento dell'ingresso del paziente nel blocco operatorio, lo stato di coscienza è già in qualche modo modificato: l'ansia, la paura, il dolore, l'aspettativa, il desiderio di guarigione pongono già il paziente in uno stato di coscienza «altro» rispetto all'abituale. Questa condizione gioca un ruolo molto importante nella comunicazione ipnotica poiché il paziente è già naturalmente propenso ad affidarsi e quindi a farsi condurre in uno stato immaginativo che sviluppi un monoideismo plastico. La figura dell'anestesista in questo contesto poi ricopre un ruolo emblematico in quanto tradizionalmente è colui il quale ti farà dormire e ti consentirà di non provare dolore.

A questo proposito merita sottolineare come, nello specifico di questa chirurgia, contrariamente a tutte le altre discipline, la richiesta delle pazienti spesso non sia, come nelle altre chirurgie appunto «non mi faccia sentire dolore», bensì «mi faccia dormire».

Dopo di ciò ho portato il discorso sul punteggio della scala di ansia, dicendo genericamente qualcosa del tipo: «Ho visto che in questo momento ti senti molto preoccupata». Dopo aver lasciato alla paziente qualche momento per spiegarsi o dirmi che cosa sentiva, ho proposto «un metodo per aiutarla a rilassarsi e rendere più gestibile questo stato di ansia in modo da poter affrontare questa esperienza nel miglior modo possibile» (*contratto terapeutico*).

Tutte hanno acconsentito a sottoporsi alla seduta e a fine procedura ho chiesto loro di indicarmi nuovamente sul «righello» dove collocassero ora la loro ansia e le ho quindi condotte con l'infermiera in sala operatoria, dove ho poi proceduto con l'anestesia generale standard. Questa procedura aggiuntiva non ha «rubato» più di 10 min di tempo alla routine di lavoro giornaliera.

## **Tecnica ipnotica**

Cercando di standardizzare l'approccio, seppur adattandosi alle caratteristiche del soggetto, ho utilizzato la tecnica del rilassamento frazionato, iniziando facendo fissare un punto concentrandosi sul respiro e coordinare l'apertura e chiusura degli occhi con l'inspirazione e l'espiazione: «... cerca un punto lassù in alto e fissalo intensamente. Mentre stai facendo ciò prova a spostare l'attenzione sul tuo respiro e mentre fai dei respiri profondi e senti l'aria che entra e l'aria che esce, chiudi gli occhi ogni volta che l'aria esce e riapri sempre fissando quel punto mentre l'aria entra....continuando questo ritmo, occhi aperti con l'aria che entra, occhi chiusi con l'aria che esce

(cercando di modulare ritmo della voce secondo il *ritmo* respiratorio della signora), potresti sentire che gli occhi si fanno sempre più stanchi ed è più comodo tenerli chiusi. Se è così, chiudi pure gli occhi... ( se lo fa *ratifico* «brava, vedo che hai chiuso gli occhi...»). A questo punto, con gli occhi chiusi, puoi sentire meglio il tuo cuore che batte, i rumori della stanza, la schiena appoggiata sul lettino... (se gli occhi non si erano ancora chiusi spontaneamente, la dicitura invece era «prova ora a chiudere gli occhi e ti accorgerai che puoi sentire meglio il battito del tuo cuore ecc ecc... »). Ora, ad ogni respiro lento e profondo puoi spostare la tua attenzione sul tuo braccio dx appoggiato sul lettino.. e lasciarlo abbandonare sempre di più, rilassandolo sempre di più..ora sposta questa stessa piacevole sensazione anche al braccio sin, ecco brava, sempre più morbido e piacevolmente abbandonato ecc.. (spostando via via il rilassamento anche agli arti inferiori, al tronco, al capo ecc). Ed ora ti accorgi di come il tuo corpo è cambiato, di come il tuo viso è più disteso, di come il tuo respiro è più lento e profondo (*ricalco*). Ecco, ora che il tuo corpo è così piacevolmente abbandonato e rilassato, puoi lasciare che anche la tua mente si rilassi ...ed i pensieri scivolino via, come delle nuvole bianche leggere che scorrono in un cielo sereno d'estate (*suggestione*). E tu puoi andare a cercare con gli occhi della mente, come in un sogno, un posto tutto tuo dove stai bene, dove sei tranquillo e sicuro e dove tutto intorno a te ti trasmette pace e tranquillità. Lì, dove tu ora sei, ti accorgerai che ogni respiro che fai ti sentirai sempre meglio, ogni volta che l'aria esce si porta via ogni sensazione sgradevole, ogni tensione e tu sei sempre più rigenerata, padrona di te stessa e sicura di te, della tua forza e della tua bellezza, pronta ad affrontare ogni cosa. La mia voce sarà con te e tu la riconoscerai, io sarò vicino a te per accompagnarti in questa esperienza medica e fare in modo che tutto vada nel migliore dei modi, perché tutto andrà nel migliore dei modi e tu ne uscirai ancora più forte e sicura delle tue possibilità. Intanto ad ogni respiro il tuo stato di rilassamento e benessere è sempre più profondo e resterà con te anche domani e dopo, ti aiuterà a riprenderti in fretta e presto tornerai alle tua attività quotidiane, più forte di prima perché avrai superato facilmente e serenamente questa prova attingendo alle tue notevoli risorse interiori... E tutte che lo vorrai potrai ritrovare questa tua capacità di rigenerarti mettendo il tuo pollice all'interno del pugno, così (*ancoraggio*), ogni volta che lo vorrai. Bene..ora io conterò a ritroso da 5 a 1 e tu gradatamente riacquisterai in contatto con il qui e ora, 5... e i tuoi muscoli gradatamente riacquistano tono..4..presti più attenzione ai rumori intorno a te... 3... il tuo respiro è superficiale... 2... puoi fare un bel respiro e con 1 riaprire gli occhi” (*esduzione*)

## Risultati

Il punteggio di ansia preoperatoria medio prima dell'induzione ipnotica era 7,7 con un valore minimo di 4 (una paziente) e 4 pazienti indicanti il numero massimo (10).

Nello specifico i quattro punteggi 10 erano sulle patologie «minori» (quadrantectomie e miomectomie ) nonché sulle pazienti di età più giovani.

Valutando i punteggi post ipnosi il risultato era significativo dimostrandosi un abbassamento medio del punteggio di 4 punti (media 3,7) con un picco di 8 punti ed un minimo di 1 punto. In tutti i casi comunque si è registrata una diminuzione del punteggio di ansia con un riferito benessere soggettivo... e tanti bei sorrisi!

Spesso (in circa il 50% dei casi) durante la seduta ipnotica le pazienti si sono lasciate andare a crisi di pianto «liberatorio» più o meno evidente.

Analizzando nello specifico i dati per patologia :

- le due miomectomie eprimevano il punteggio iniziale più alto (10 e 10) e evidenziano una riduzione media di 7 punti.
- le tre quadrantectomie presentavano un punteggio medio iniziale di 8,6 ed una riduzione media di 5 punti.
- le quattro mastectomie presentavano un punteggio medio iniziale di 7,5 ed evidenziavano una riduzione media di 3,25 punti
- le sei isterectomie presentavano un punteggio medio iniziale di 6,5 ed una riduzione media di 3 punti.

Andando ad analizzare i dati per età :

- nella fascia d'età 40-50 anni la riduzione di punteggio è stata in media di 5,5 punti;
- nella fascia d'età 50-60 anni la riduzione di punteggio è stata in media di 3,86 punti;
- nella fascia d'età  $\geq 60$  anni la riduzione è stata in media di 2,75 punti.

Si ricorda come l'età media delle miomectomie fosse 44,5 anni, delle quadrantectomie 46,6 anni, delle mastectomie 61,5 e delle isterectomie 58,8 anni.

Da questi dati si nota come i migliori risultati si abbiano avuti con le pazienti più giovani, forse per il maggior impatto emotivo di questo tipo di chirurgia su donne ancora fertili o comunque con una vita sociale e sessuale più attiva.

## Conclusioni

Con un'induzione ipnotica preoperatoria mirata alla gestione dell'ansia è stato evidente un beneficio in termini di confort soggettivo delle pazienti che si è tradotto in un loro approccio meno ansioso alla sala operatoria. Inoltre seppur non avallato con dei dati numerici tutto ciò si è tradotto anche in una induzione anestesiológica più dolce e soprattutto in un risveglio «a sensazione» mediamente meno agitato rispetto ai pazienti non sottoposti ad induzione ipnotica preoperatoria. Questo è un interessante spunto per lavori futuri.

## Bibliografia

- ◆ Casiglia E. et al. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP, Padova 2015.
- ◆ Bailey L. *Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting*. AORN J 2010; 92: 445-457.
- ◆ Montgomery G.H., Bovbjerg D.H., Schnur J.B., David D., Goldfarb A., Weltz C.R., Schechter C., Graff-Zivin J., Tatrow K., Price D.D, Silverstein J.H., *A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients*. J Natl Cancer Inst 2007; 99: 1304-1312.
- ◆ Saadat H., Drummond-Lewis J., Maranets I., Kaplan D., Saadat A., Wang S.M., Kain Z.N, *Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients*. Anesth Analg 2006; 102: 1394-1396.
- ◆ Antonelli C. *Ipnosi e dolore*. Laterza, Bari, 2003
- ◆ Yapko M.D. *Lavorare con l'ipnosi. Un'introduzione alla pratica clinica*. Franco Angeli, Milano, 2003
- ◆ Merati L., Ercolani R. *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*. Edra, Milano, 2015