



UTILIZZO DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA GESTIONE DEL DOLORE NELLA MEDICAZIONE DELLE ALTERAZIONI CUTANEE PERISTOMALI

Relatore : Prof. Somma Massimo

Correlatore: Dr.sa. Muro Milena

Candidato/a : Giovanna Bosio

Anno 2016

PREMESSA

Lavoro da 22 anni nell'ambulatorio Stomizzati delle Molinette in collaborazione con due colleghe, ed accogliamo persone portatrici di stomia intestinale e/o urinaria, seguendoli durante tutto il loro percorso, dall'ingresso in ospedale al follow up.

Collaborando e coinvolgendo anche il paziente, pianifichiamo il miglior percorso possibile al fine di giungere alla dimissione nella quasi completa autonomia nella gestione della stomia

“Il confezionamento di una stomia è sempre un momento epocale nella vita dell'individuo”¹

Nella persona si instaura uno stato di turbamento e disorganizzazione, caratterizzato dall'incapacità dell'individuo nel fronteggiare la particolare situazione utilizzando i metodi abituali di risoluzione dei problemi (fig. 1)

“Fortunatamente il genere umano è in grado di far fronte alle difficoltà, di adattarsi acquisendo nuove competenze e sviluppando nuove relazioni con l'ambiente salvaguardando il miglior equilibrio possibile (Alesio 2007)

“Il rischio fondamentale per ogni soggetto è quello di considerarsi un malato cronico”²

Scaturiscono reazioni quali ansia, depressione, rabbia.

Ciò dipende dalla capacità di coping dell'individuo stesso, cioè del tipo di comportamento che scaturisce come copertura del problema principale: accettazione stoica, spirito combattivo, negazione, evitamento.

¹ Chrys J Harris .A family crisis intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction. Journal of traumatic stress 1991,vol.4.N2, pag195

² Biondi M, Costantini A, Grassi L, La mente e il cancro: Il pensiero scientifico - Editore Roma 1995

Il paziente può accettare la stomia, subirla passivamente o rifiutarla

Sicuramente l'aspetto psicologico è molto rilevante, ma non di nostra competenza, per noi professionisti Stomaterapisti, gli obiettivi che ci poniamo sono principalmente:

- recupero funzionale
- accettazione della stomia
- autonomia nella gestione
- reinserimento nell'ambito lavorativo
- prevenzione delle complicanze

Uno degli aspetti cardine della presa in carico del paziente stomizzato è quello dello stoma care, che comprende aspetti educativi affinché la sua appropriatezza, garantisca la protezione del complesso stomale, l'integrità cutanea al fine di prevenire l'insorgenza di complicanze cutanee, che rappresentano un aspetto clinico di grande rilevanza, per l'elevata incidenza (dal 45% al 70%) e per l'entità dei disturbi che causano al pz.

Purtroppo però, nonostante l'impegno del paziente, dei familiari, nostro e l'introduzione delle sempre nuove tecnologie, le alterazioni cutanee a volte si manifestano con maggiore o minore intensità.

In queste circostanze si ha così una regressione del percorso, ma in particolare si ha dolore, sia durante la medicazione che al momento della rimozione o applicazione del presidio.

Dal momento che il dolore è stato definito come "quinto parametro vitale" (cfr. legge 38/2010 art.7), ho iniziato a pormi alcune domande: quali strategie adottare per prevenire il dolore in pazienti con complicanze? Gli operatori rivolgono sufficientemente attenzione al dolore in questa tipologia di utenza? Con quali metodi e quante volte è giusto valutare il dolore durante lo stoma care?

Facendo un'attenta ricerca tra i tanti corsi di formazione ECM che ci propone l'Azienda, ho trovato il corso sulle tecniche di comunicazione ipnotica

Un po scettica mi iscrivo e mi si apre un mondo!!!!!!

Decido così di aumentare e migliorare le mie competenze di tipo comunicativo iscrivendomi alla scuola di ipnosi

Tali quesiti diventano il soggetto dell'elaborato della mia tesi

INTRODUZIONE

Le lesioni peristomali vengono classificate con la SACS (studio alterazioni cutanee peristomali)³



L 1 = Lesione Iperemica arrossamento peristomale senza perdita di sostanza

L 2 = Lesione Erosiva con perdita di sostanza sino e non oltre il derma

L 3 = Lesione Ulcerativa oltre il derma

L 4 = Lesione Ulcerativa fibrinosa/necrotica

L X = Lesione Proliferativa granulomi, depositi di ossalati, neoplasia

Dal momento che le complicanze della cute peristomale porterebbero con tutta probabilità essere fonte di dolore e disagio, il raggiungimento ed il mantenimento dell'integrità cutanea sono l'obiettivo principale che si pone il professionista incaricato dello stoma care e le persone portatrici di stomia .

³ G.Bosio, F.Pisani, A.Fonti, A.Scrocca, C.Morandel, M.Antonini, G.Militello, D.Mastronicola, S.Gasperini, "Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee peristomali" G Chir Vol.27 - n.6/7 pp251-254 256 aa 2006

Questo aspetto assume un ruolo di fondamentale importanza per il miglioramento della qualità di vita del soggetto in questione .

Tuttavia in alcune situazioni, si possono presentare lesioni ulcerative che possono interessare gli strati cutanei oltre il derma.

Studi effettuati in ambito del Wound Care hanno dimostrato che il dolore può presentarsi durante procedure associate alle medicazioni di ferite e spesso i pazienti continuano esperienze di dolore non necessariamente collegate alle lesioni:

Cio dovuto ad un'inadeguata valutazione olistica del dolore, inappropriate strategie di gestione della ferita e personale sanitario che si pone in posizione di distanza dall'esperienza dei pazienti relativa alla cura della lesione.⁴

Tutto ciò può avvenire anche nei pazienti stomizzati?

E' importante valutare il dolore del paziente durante la medicazione, in particolare quando vi sono presenti danni tissutali?

Quali strategie adottare per alleviare o neutralizzare il dolore?

Quanto può essere efficace la comunicazione ipnotica in tale situazione?

⁴ World Union of Wound Healing Societies WUWHS , *Principles of Best Practise: Minimising Pain at Wound Dressing-related Procedures*. AA Consensus Document.2004

IL DOLORE

Il dolore è una sensazione spiacevole localizzato in un certo distretto corporeo.

E' spesso descritto in termini di "processo "che penetra nei tessuti e li danneggia (dolore traditori, lacerante, urente, costrittivo)e di reazione fisica o emotiva (dolore che genera paura, ansia, malessere). Qualsiasi dolore d'intensità moderata o elevata si accompagna ad ansia e al desiderio di evitare o fare cessare la sensazione dolorosa:Queste caratteristiche evidenziano la duellice natura del dolore: si tratta allo stesso tempo di una sensazione e di un'emozione⁵

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza emotiva e sensoriale non piacevole associata a danno dei tessuti, reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno" (www.asp.pain.org)

Non si tratta solo della semplice attivazione di un sistema nervoso complesso, con stimolazione dei recettori, ma corrisponde a segnali neuronali che entrano in relazione con il sistema nervoso centrale il quale comprende un substrato di passate esperienze, cultura, ansia e depressione.

Questi processi mentali partecipano attivamente nella selezione, astrazione e sintesi delle informazioni che provengono dagli input sensoriali.

Il dolore, quindi, non è semplicemente il prodotto finale di una sintesi di trasmissioni sensoriali, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni con il sistema nervoso.

⁵ Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, Harrison - *Principi di medicina interna* 2009 Ed Mc Graw Hill

1.1 MODELLI DI DOLORE

Il dolore può essere classificato in diversi modelli, in base al fattore etimologico definito in vari modi in base alla durata, alla causa che lo genera e alla sua localizzazione.

Una prima suddivisione deve tener conto del tempo di insorgenza per cui si riconosce un dolore acuto, che di solito ha una causa facilmente identificabile e che si associa ad uno stato emotivo di tipo ansioso con attivazione del sistema simpatico che se non trattato, può diventare cronico e un dolore cronico che ha durata che ha una durata maggiore di sei mesi.

Diversamente dal dolore acuto, il dolore cronico perde la sua funzione biologica di adattamento e si accompagna facilmente a depressione.

In base all'eziopatogenesi si suddivide in nocicettivo (proporzionato alla continua attivazione delle fibre nervose della sensibilità dolorifica), neurogeno (causato da un processo patologico organico interessante le vie nervose afferenti) e psicogeno. Il dolore psicogeno nasce dalla reazione che la psiche ha nei confronti del persistere e/o del progredire della malattia e si esprime attraverso l'ansia, l'aggressività, la paura e la depressione. Entra in gioco la soggettività dell'esperienza dolorosa precedente la malattia. L'adattamento alla malattia dipende dalla personalità e dalle emozioni. In base alla localizzazione il dolore è classificato in superficiale, dovuto alla stimolazione dei recettori dolorifici (nocicettori) della pelle e dolore profondo dovuto alla stimolazione alla stimolazione dei recettori che si trovano nei muscoli e nelle articolazioni.⁶ Alcune manovre o interventi eseguiti sul paziente possono causare un dolore improvviso ed intenso, definito come procedurale. IL dolore determinato da questo tipo di manovre è di tipo transitorio e cioè insorge per attivazione dei recettori periferici nella cute o negli altri tessuti corporei.

⁶ Saiani L, Brugnolli A. *Trattato di cure infermieristiche*, Ed. Sorbona, 2011:809-810

1.2 VALUTAZIONE DEL DOLORE

Nel 1996 l'American Pain Society ha coniato la frase “ *dolore come 5° segnale vitale*”, al fine di aumentare la consapevolezza della valutazione e del trattamento del dolore fra i professionisti sanitari.

Ciò afferma il diritto di tutti i pazienti a ricevere una valutazione e una attenzione al proprio dolore adeguate e tutte le informazioni necessarie. Il momento della valutazione del dolore è molto importante e richiede al professionista competenze tecniche (scelta dello strumento di valutazione) abilità relazionali (spiegare lo strumento ed istruire la persona) capacità di ascolto attivo (fiducia nel racconto della persona).

Esistono molti strumenti di valutazione del dolore, i più affidabili sono le Scale monodimensionali

- VAS Scala Analogica Visiva
- NRS Scala Numerica
- VRS Scala Verbale

Citiamo anche le Scale Multidimensionali

- BPI Brief Pain Inventory
- McGill Pain Questionary

Un ultimo accenno deve essere riservato agli strumenti concepiti per rilevare il dolore nelle persone che non sono in grado di comunicare, si tratta ovviamente di strumenti più deboli.

Durante la somministrazione di qualsiasi strumento non deve essere mai messa in discussione l'autovalutazione della persona⁷

⁷ Storti M, *Come misurare il dolore acuto e cronico*. I Quaderni de l'Infermiere, 2009: 4

1.3 GESTIONE DEL DOLORE CORRELATA ALLA LESIONE

L'implementazione del 2008 al documento precedente "Minimising pain at wound dressing - related procedure" della WUWHS riporta un'inchiesta internazionale in cui sono coinvolti 2018 pazienti ai quali è stato richiesto di valutare le differenti fasi nella procedura della medicazione, usando una scala da 1 a 5 (1 nessun dolore 5 dolore insopportabile). Ne risulta che il dolore è maggiormente percepito nelle seguenti situazioni: quando si tocca la lesione, nella fase di detersione, durante la rimozione della medicazione, fra un cambio e l'altro. Inoltre il 40% dei pazienti ha dichiarato che il dolore percepito durante il cambio della medicazione costituisce l'aspetto peggiore del convivere con una ferita. Le raccomandazioni formulate nel documento WUWHS hanno la priorità di valutare le esigenze di ogni paziente al fine di apportare delle strategie farmacologiche (topiche e/o sistemiche) e non farmacologiche allo scopo di minimizzare il dolore associato alla lesione. L'OMS ha stilato una scala analgesica di riferimento per la titolazione della potenza e dosi di analgesici in base all'intensità del dolore, nel 1999 Senecal aveva applicato questa scala al dolore da lesione definendo tre opzioni: utilizzo dei FANS e anestetico locale per il trattamento del dolore lieve, oppioidi leggeri (codeina) per il dolore moderato, oppioidi forti (morfina, ossicodone) per il dolore intenso: il tipo di analgesico somministrato dovrebbe essere ad effetto rapido e causare il minimo effetto collaterale.⁸ Infine terapie complementari come ad esempio la musicoterapia e l'aromaterapia, rappresentano validi elementi integrativi per ridurre il dolore al momento del cambio della medicazione. Coinvolgere il soggetto nella rimozione della medicazione e l'utilizzo di tecniche di distrazione, possono tornare utili⁹

⁸ Briggs M, Torra JE, Bou I Guida al comportamento del dolore in sede di cambio della medicazione. European Wound Management Association EWMA) Documento di Posizionamento 2002:12-16

⁹ Hollinworth H, "La gestione dei pazienti con dolore durante la cura della ferita "Nursing Standard. 20: 65-73

COMUNICAZIONE IPNOTICA

Ancora oggi come in passato alla parola ipnosi, viene collegata l'idea di una condizione in cui il soggetto ipnotizzato diviene privo di volontà e completamente "nelle mani" della persona che induce in ipnosi. Tale considerazione è conseguenza di una conoscenza molto superficiale del fenomeno.

L'ipnosi (ipnos - in greco significa sonno) , può far pensare ad una condizione molto simile al sonno, ma da cui se ne differenzia alquanto. E' un fenomeno che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica della persona. E' una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni fisiche, psichiche e di comportamento¹⁰

La Comunicazione Ipnotica è una tecnica di comunicazione consapevole che guida il paziente nella percezione di se e dell'esperienza che sta vivendo. Si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e paziente . Può essere utilizzata anche senza che sia in atto una modifica dello stato di coscienza. L'ipnosi può svilupparsi in modo spontaneo, oppure essere auto provocata o etero stimolata. Si instaura spontaneamente nelle attività mentali immaginative, creative o mnesiche, nelle attività automatiche e ripetitive e nell'ambito dei ritmi circadiani individuali. E' auto provocato consapevolmente in seguito ad un precedente apprendimento; è etero stimolato nelle pratiche terapeutiche definite "induzioni" che consente al terapeuta di influire sulle condizioni psichiche emotive, somatiche e viscerali della persona ipnotizzata.¹¹ Lo stato ipnotico è in grado di produrre nella persona

¹⁰ Gragnone F. Trattato di ipnosi UTET Torino 2009

¹¹ Casiglia E. et. al. Ipnosi sperimentale e clinica. Editrice artistica Bassano,2006

fenomeni a livello fisico e mentale solitamente non ottenibili con la volontà, come ad esempio il controllo del sistema nervoso autonomo.¹²

In questo stato è possibile favorire rassicurazione e tranquillità, un aumento della collaborazione alla cura e una diminuzione della percezione dolorosa¹³

Affinché lo stato ipnotico si realizzi è necessario che il soggetto abbia motivazioni e aspettative verso tale esperienza e che desideri raggiungere l'obiettivo accordato con l'ipnotista .

L'ipnotista deve avere ben chiaro e ben definito tale obiettivo, ossia quale è l'idea che deve esprimersi plasticamente, e conoscere le tecniche più adeguate per creare le condizioni necessarie all'induzione di uno stato ipnotico. Diventa evidente che l'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso; non è possibile ipnotizzare un soggetto senza avere la sua collaborazione.

Una buona relazione tra soggetto e ipnotista è fondamentale: l'interesse e la partecipazione del curante, così come sono percepite dal paziente, giocano un ruolo importante nel determinare la possibilità che lo stato ipnotico si realizzi. Gli elementi fondamentali che permettono il raggiungimento di uno stato ipnotico sono, pertanto:

- l'accettazione e la condivisione dell'obbiettivo tra paziente e ipnotista con la creazione di legami di fiducia ,
- la realizzazione di un monoideismo plastico (idea che prende forma, diviene plastica , concreta e per il soggetto, vera e presente)
- la ratifica ovvero la verifica da parte dell'ipnotista, ma soprattutto del paziente che ciò che è stato suggerito si sta verificando.

¹² Gragnone F. Trattato di ipnosi sperimentale UTET Torino 2009

¹³ De Jong A.E.E Middellkoop E, Faber A.W. , et al. Non pharmacological nursing interventions of procedural pain in adults with burns.A systematic literature review Burns, 2007:33(7): 811-827

Fondamentale e peculiare dell'ipnosi è l'ancoraggio che permette alla persona ipnotizzata di agganciare la condizione di stato ipnotico realizzato ad un'Ancora con un gesto, un suono o altro stimolo che porterà, in seguito, a far realizzare in autonomia la stessa condizione (condizionamento Pavlov).

Terminata la seduta d'ipnosi è necessario che l'ipnotista riorienti il soggetto, ovvero, verifichi che il paziente sia consapevole del qui ed ora in cui si trova e sia capace di rientrare in trance da solo.

Tra i migliori indicatori di trance, si possono osservare quelli inerenti allo stato fisico: dal colorito e della trasudazione della pelle, alla modificazione del respiro, asimmetria del volto specie se è espressione di rilassamento profondo (in questo caso, per effetto del rilassamento dei muscoli nuchali, la testa pende da un lato), la levitazione di un arto, catalessi di una parte del corpo o tutto il corpo, persistenza di movimenti automatici e ripetitivi.

Quando è possibile osservarle, modificazioni inerenti al sistema nervoso autonomo, si evidenziano modificazioni della frequenza cardiaca, del movimento peristaltico, della risposta riflessa alle stimolazioni comprese quelle dolorose.

Le modificazioni osservabili per lo stato psichico vanno dalla percezione modificata del tempo all'amnesia, solo nei soggetti capaci di sviluppare uno stato sonnambulico, alla capacità di dissociare sino a produrre allucinazioni positive (appaiono cose che non ci sono) o negative (scompaiono cose che ci sono).

L'impiego dell'ipnosi da parte dell'infermiere, al fine di garantire analgesia e ansiolisi, viene poco trattato nella letteratura internazionale. Si crea pertanto l'esigenza da parte del personale infermieristico di approfondire la conoscenza di questa tecnica da un punto di vista teorico e applicativo.

L'applicazione clinica dell'ipnosi inizia con l'uso esclusivo da parte della professione medica, ma da, oramai qualche decennio, nel contesto ospedaliero internazionale, la figura infermieristica assume una posizione chiave nello sviluppo applicativo, specie se il contesto clinico

è standardizzato, come ad esempio in alcuni interventi chirurgici in elezione.

Spesso gli articoli selezionati non consentono di distinguere i diversi ruoli attivi che svolgono i partecipanti nello studio (medico, infermiere, odontoiatra, fisioterapista, psicologo).

Storicamente l'infermiere, nell'uso della pratica ipnotica, è stato considerato marginale, partecipando allo studio solamente svolgendo il proprio usuale compito: accertamento, diagnosi infermieristica, pianificazioni degli interventi e valutazione dell'efficacia dell'intervento su sintomi come l'ansia e il dolore (Wright & Drummond, 2000).

Quotidianamente l'infermiere si trova a contatto con questi sintomi e deve poterli gestire in sicurezza e, se possibile, evitando al paziente le complicanze ad essi correlate. Al fine di aumentare il beneficio del paziente, la comunità scientifica infermieristica confronta le diverse tecniche non farmacologiche. L'interesse infermieristico deve essere rivolto alla conoscenza approfondita dei diversi trattamenti, soprattutto al fine di rendere il professionista competente nell'informare, consigliare ed orientare i propri assistiti. L'infermiere pertanto è tenuto a sapere che l'uso della comunicazione ipnotica non presenta nessuna complicanza per il paziente, al contrario il trattamento incrementa il benessere psico-fisico, aumenta la resilienza e può contribuire a migliorare i rapporti sociali. E' importante per il professionista conoscere in modo approfondito la tecnica e ciò che produce nel soggetto.

La letteratura internazionale dimostra che le attuali applicazioni dell'ipnosi in contesti clinici sono guidate da un'equipe multi professionale, che collabora allo scopo comune di migliorare l'esperienza operatoria all'assistito. Tale modalità viene in particolar modo promossa nelle sperimentazioni di Elvira Lang dove, già espresso nel disegno progettuale, per garantire la continuità assistenziale al

paziente, si richiede la formazione all'uso dell'ipnosi di tutto lo staff chirurgico, compreso l'infermiere¹⁴.

Per poter usare l'ipnosi in un contesto clinico internazionale è necessaria la formazione universitaria e post-universitaria, con lezioni teoriche e pratiche, associate alla discussione di gruppo. La formazione in Italia viene promossa da diverse associazioni professionali e società scientifiche, il CIICS, che dedica una specifica formazione al personale infermieristico .

Ritengo opportuno ricordare che, nella legislazione italiana, il profilo dell'ipnoterapista non viene definito in uno specifico operatore sanitario, come viene specificato nell'art 613 del Codice Penale (C.d.P.P.) e nell'art. 728 comma II del (C.d.P.P.). Bisogna puntualizzare che nell'ambito della pratica clinica internazionale, l'uso dell'ipnosi viene sempre definito dalle singole autorità statali. A tal proposito i risultati ottenuti da alcune ricerche , evidenziano che, in molti paesi e soprattutto in America e Belgio, l'intervento ipnotico viene svolto da un team multi professionale, ove partecipa in modo attivo anche l'infermiere. L'individuazione dell'infermiere come gestore dell'intervento ipnotico, nell'ambito del suo ruolo di esperto nell'assistenza al paziente offre altresì il vantaggio di diminuire i costi economici ed organizzativi. D'altro canto qualora sia l'infermiere stesso a praticare l'ipnosi, questa diventa immediatamente fruibile, senza interferire con il lavoro dell'équipe¹⁵.

Molteplici sono i campi di applicazione.

Il primo uso della tecnica ipnotica in campo infermieristico è stato nell'intervento di sostituzione delle medicazioni su ferite da ustioni. Ad oggi risulta quello che ha raggiunto il maggior sviluppo applicativo. L'ipnosi, in questo contesto, si è dimostrata risolutiva nell'analgesia,

¹⁴ Lang et al. 2010; Lang et al. 2014

¹⁵ Montgomery et al.2007

nell'ansiolisi, ma, anche, nella riduzione del sanguinamento del microcircolo, favorendo in tal modo la pratica infermieristica¹⁶

In contesti infermieristici pediatrici testimonia la potenzialità di tale trattamento per la prassi infermieristica. Quest'ultimo viene spesso utilizzato come risorsa preziosa nei contesti di cura oncologici, spesso connotati da dolore intenso, enfatizzando la caratteristica del trattamento ipnotico, che è anche quella di aumentare il comfort dei piccoli pazienti. L'ambito chirurgico è stato quello più attento alle potenzialità analgesiche dell'ipnosi, sviluppando la tecnica attraverso alcune innovazioni allo scopo di standardizzarla, erogarla rapidamente e potenziarla.

¹⁶ Brunner-Suddarth, 2010, pag 265, 294.

METODOLOGIA

Prima di iniziare il colloquio, si è fatto firmare il consenso alla possibilità di filmare la seduta.

Per ciascun paziente ho utilizzato un canale comunicativo diverso, personalizzato, questa facilitazione deriva dal fatto che ogni giorno li seguo da minimo tre anni e chiaccherando durante le visite ho potuto prendere spunto dai loro vissuti.

Per tre dei quattro pazienti ho utilizzato un'induzione ipnotica con la tecnica della focalizzazione sul dito (segui il dito) per l'altro l'induzione si è svolta a partire dalla focalizzazione sul respiro (concentrati sul respiro).

ESPERIENZE

Racconterò due dei quattro casi, quelli che maggiormente hanno inciso sul mio elaborato e fatto riflettere sul mio operato, uno totalmente positivo l'altro dove ho avuto difficoltà proprio a sottolineare l'evoluzione di un percorso di formazione ancora in divenire.

- B.F. 58 anni, sposato senza figli, faceva il macellaio, buon gustaiolo. Obeso, ipertiroideo.

Tre anni fa viene sottoposto ad intervento di diverticolite, dopo qualche giorno dolori addominali, deiscenza dell'anastomosi rientra in sala operatoria, confezionamento di ileostomia, per complicanze respiratorie viene trasferito in rianimazione dove rimane per circa 10 giorni. Qui avviene il mio primo contatto.

Prima della dimissione ci rivediamo viene istruito alla gestione, ma sarà la moglie a fare tutto il lavoro in quanto sia le sue condizioni fisiche (debitato) che quelle strutturali (obesità) non gli permettono di né vedere la stomia né di applicare il presidio (placca e sacca).

Tutto bene sino a gennaio 2016 quando iniziano ad apparire delle lesioni severe sulla cute peristomale (L3 T V) molto dolorose a riposo con acutizzazione maggiore durante la medicazione

La medicazione veniva eseguite da noi ogni 15 giorni e al domicilio dalla moglie. Dopo ogni medicazione era costretto a stare a letto tutto il giorno ed a volte assumeva gli antidolorfici

Alla fine di maggio informo Federico di aver imparato una tecnica efficace per rilassarsi ed avere meno dolore durante la medicazione, sia in ambulatorio che a casa, che sarei stata disponibile ad insegnargliela. Federico accetta commentando che sarebbe disposto a qualsiasi cosa pur di non avere più tutto quel male, "fosse vero!".

Si sdraia sul lettino, chiedo di mettersi comodo, per quanto possibile, viste le dimensioni, mettendo il mio indice sulla fronte lo invito a

seguirlo senza spostare la testa, scorro il dito sino in mezzo alla glabella e lui bravissimo lo segue solo con lo sguardo. Propongo di iniziare a chiudere le palpebre sugli occhi stanchi, ma lui non risponde all'invito, riformulo ma senza risposta. Anche se un pò perplessa, eseguo una serie di passaggi di ricalco (deglutizione, respiro più calmo, testa leggermente reclinata, muscoli rilassati del viso) Ha tenuto gli occhi socchiusi per la maggior parte della seduta.

Chiedo a F. di immaginare che la parte che andrò a toccare sull'addome, disegno un quadrato, sia un pezzettino di stoffa, un fazzoletto, un foulard, quello che meglio possa immaginare di leggero e sottile, dove ai quattro angoli attaccheremo tanti, tantissimi palloncini colorati che solleveranno il pezzettino di stoffa e il vento li porta in alto e sempre più lontano finché vedremo solo più un infinitesimo pallino colorato.

A questo punto ho bisogno di verificare se le suggestioni date vengono realizzate e dimostro che è in grado di controllare le percezioni delle diverse parti del corpo, chiedo di muovere il piede destro se sente dolore quando lo tocco, tiro un pelo e muove il piede, pizzico la parte segnata e non succede nulla. Con questa sicurezza (mia e sua) inizio la medicazione che dura all'incirca 8 – 10 minuti. Rafforzavo ogni tanto con le parole **bravo, molto bene, e sempre più lontano.**

Prima del "riorientamento al qui e ora" dico che non avrà dolore e starà bene sino alla sera, do l'ancoraggio. Al termine propongo a F. di ritornare da solo in quella situazione, dove era sufficiente appoggiare pollice ed indice e se voleva di chiudere gli occhi, e che avrebbe potuto farlo tutte le volte a casa quando la moglie doveva medicarlo. Questo passaggio fondamentale restituisce e sottolinea potenza al paziente.

In allegato il FILMATO

➤ B.C. di anni 61, nazionalità francese, separata senza figli, lavora come commessa in un negozio di abbigliamento nel centro di Torino.

Operata per un tumore del sigma e confezionata ileostomia di protezione. La vedo per la prima volta in 10 giornate. Riferisce che tutte le volte che le cambiano il presidio ha molto male, brucia, perchè la cute sanguina. La vedo molto agitata, insofferente, preoccupata e

spaventata. Durante il colloquio mi oriento alla comprensione del canale comunicativo preferenziale utilizzato dalla signora per relazionarsi al mondo, i miei sforzi però (data l'inesperienza) sono vani e non riesco ad individuarlo. Le propongo comunque una tecnica di rilassamento che conosco molto bene e che le farebbe sopportare il dolore durante la medicazione. C. mi chiede se è training autogeno oppure meditazione. La mia risposta negativa la incuriosisce, mentre io mi agito, pensando che non ci sarei mai riuscita. Questa mia insicurezza, molto probabilmente si è percepita più di quanto immaginassi, così che quando ho parlato di ipnosi, lei ha detto che un suo amico ci aveva già provato e non ci era riuscito. (è pieno di "amici" che tentano di ipnotizzare gli amici) Abbiamo provato con la tecnica della concentrazione sul respiro, ma io ero già demoralizzata, non riuscivo a parlare con un ritmo idoneo al suo respiro, la prosodia era inadeguata, il rapporto non si instaurava, ma percepivo che lei faceva di tutto per provarci perché lo desiderava. Il risultato è stato assolutamente insoddisfacente ma il dolore da 5 è almeno diminuito a 4 .

Al termine della medicazione mi ha fatto i complimenti perché almeno avevamo fatto un tentativo di modificare l'esperienza e che le parole con cui l'avevo guidata (cercare un ricordo felice dove fosse contenta e si sentisse serena e soddisfatta, magari in Francia, in negozio quando accontenta una cliente) l'avevano comunque aiutata. Ma questa è stata poco più che una distrazione.

OBIETTIVO

Esaminata la letteratura si evidenzia che nell'ambito del wound-care esistono indicazioni a cui attenersi per valutare e gestire il dolore al cambio della medicazione, ma non ci sono documenti che, nello specifico, si riferiscano a quello provato durante il cambio del presidio in presenza di lesione della cute peristomale nei pazienti stomizzati.

Dagli articoli consultati emerge che il dolore può essere un problema anche per questi pazienti, soprattutto se presentano lesioni della cute peristomale, ma esso non viene mai valutato e non ci sono articoli che descrivano strategie mirate al controllo.

Con questo elaborato si vuole presentare la possibilità di usare la comunicazione ipnotica nella gestione del percorso del paziente stomizzato e sostenere che può essere una modalità di terapia complementare per la gestione del dolore ed uno strumento infermieristico che se sviluppato con competenza può migliorare la qualità dell'operato, migliorando la vita del paziente, e aiutare a vivere un più lungo "periodo senza dolore".

LA POPOLAZIONE

La raccolta dati è stata realizzata presso l'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino all'interno dell'Ambulatorio Stomizzati dove lavoro.

Presso l'ambulatorio afferiscono pazienti sia interni (ricoverati) ai quali è stata confezionata una stomia ed iniziano un percorso di riabilitazione, stoma-care, al fine di raggiungere un'autonomia nella gestione della stomia, sia pazienti esterni che manifestano difficoltà nella gestione dovuta a presenza di complicanze, oppure per altri problemi legati all'alimentazione, pratiche burocratiche o anche solo per un consiglio ed una chiacchierata distensiva.

La presa in carico di questi pazienti è totalmente affidata all'Operatore esperto in stomaterapia, in alcuni casi specifici si richiede la collaborazione di altri esperti (chirurghi, wound-care, dermatologi)

Ho arruolato quattro pazienti di età compresa tra i 38 e i 60 anni, privi di deficit cognitivi, con lesioni importanti due con L3 TV e due LX TV secondo SACS.¹⁷ La comunicazione ipnotica è stata proposta come, tecnica di rilassamento e strumento per la gestione del dolore al momento della medicazione. E' stato mantenuto l'anonimato segnando solo la sigla del nome e cognome.

SCHEDA RACCOLTA DATI

La scheda per la raccolta dati si suddivide in due parti, una anagrafica/informativa tramite la consultazione della cartella infermieristica

- iniziali cognome nome
- età e sesso
- tipo di stomia
- tipo di lesione

ed una con il coinvolgimento del paziente

- valutazione tramite scala NRS (da 0 a 10) del dolore , all'arruolamento, al termine e dopo tre ore (tramite chiamata telefonica)
- metodo usato
- tipo di suggestione

¹⁷ ibidem

DESCRIZIONE DEI RISULTATI

Come primo approccio è stato chiesto ai pazienti di valutare la sintomatologia dolorosa con la scala NRS da 0 a 10 durante la rimozione del presidio (placca)

Due pazienti arruolati ha dato un valore otto (8) uno dieci (10) ed uno di cinque (5).

A distanza di tempo dalla medicazione (sono stati contattati successivamente tramite chiamata telefonica) i valori erano completamente ribaltati in maniera nettamente positiva per tutti i pz, solo per un pz l'esperienza non ha apportato cambiamenti sostanziali, traendone un beneficio irrilevante ai fini del controllo del dolore durante le medicazioni.

Questo dato ci mette di fronte al fatto che il dolore è una realtà considerevole nella vita di uno stomizzato, tenendo conto che il presidio viene rimosso ogni 48 ore se non vi sono distacchi precoci.

Paziente	Sesso	Età	NRS medicazione precedente	NRS medicazione con C.I.	NRS DOPO TRE ORE
B.F.	M	58	10	0	1
O.M.	M	45	8	1	1
A.A.	M	70	8	2	2
B.C.	F	61	5	4	5

CONSIDERAZIONI

L'OMS nel 1988 dichiara: "L'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, ad aderire al piano terapeutico, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conoscere e migliorare la propria qualità di vita".

Alcuni pazienti si prendono più cura di se, migliorano il proprio stile di vita, ascoltano il proprio corpo e lo assecondano. Altri invece si lasciano trascinare da un circolo vizioso dove paura, ansia non fanno altro che aumentare d'intensità e di frequenza il dolore (Goleman, 1996). Ancor più spesso il dolore è motivo di sconvolgimento della persona che ne soffre, creando diversificati atteggiamenti di difesa. L'infermiere è preparato nel cogliere i cambiamenti positivi, o negativi, del paziente, inoltre, riconosce una finalità del proprio intervento educativo nella riduzione della dipendenza dei pazienti verso gli operatori. L'educazione terapeutica consiste nel rendere il paziente consapevole e responsabile della propria salute, facendo leva sulle sue risorse interiori, in modo attivo e responsabile.

L'ipnosi è di evidente efficacia in questo contesto, poiché aiuta il soggetto a diventare protagonista del proprio percorso di cura e a raggiungere una maggior indipendenza dai sanitari (Smith, 2006).

L'educazione è un processo interattivo, attraverso una condivisa alleanza terapeutica, l'infermiere informa, educa e monitora il paziente sulle possibili capacità personali di gestire la propria malattia.

Parte essenziale della pratica infermieristica è la comunicazione, apprendere le metodiche della Comunicazione Ipnotica ed utilizzarla significa avere uno strumento potente che permette di prendersi cura del malato in modo olistico, aiutandolo ad estrapolare il benessere che si cela dietro la sofferenza.

I dati emersi dall'osservazione e quelli presenti in letteratura sono concordi nell'affermare che l'ipnosi è effettivamente efficace nella riduzione del dolore, permettendo ai pazienti di ottenere benefici che

determinano un netto miglioramento della qualità di vita ed all'operatore ed ai servizi sanitari vantaggi organizzativi¹⁸.

Gli infermieri possono aggiungere al repertorio della loro pratica infermieristica la comunicazione ipnotica.

L'ipnosi è stata accettata nel 1958 dalla American Medical Association come trattamento adiuvante, ma rimane una modalità sottoutilizzata per alleviare la sofferenza dei pazienti.

Questa avversione ad applicare pratiche consolidate, di dimostrata efficacia nella cura del paziente, è dovuta ad una generale mancanza di conoscenza circa i benefici di questo strumento o preconcetti circa l'ipnosi.

Tramite questo elaborato si è voluto fornire la dimostrazione dell'efficacia della comunicazione ipnotica nell'operato quotidiano, auspicandone una sempre maggior diffusione da parte di professionisti della salute adeguatamente preparati.

¹⁸ Chrys J Harris .*A family crisis intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction*. Journal of traumatic stress 1991,vol.4.N2, pag195.

BIBLIOGRAFIA

Chrys J Harris .*A family crisis intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction*. Journal of traumatic stress 1991,vol.4.N2, pag195.

Biondi M, Costantini A,GrassiL,*La mente e il cancro: Il pensiero scientifico* - Editore Roma 1995

Brunner-Suddarth, 2010, pag 265, 294.

Lang et al. 2010; Lang et al. 2014

Montgomery et al.2007

Gragnone F. Trattato di ipnosi sperimentale UTET Torino 2009

De Jong A.E.E Middellkoop E, Faber A.W. , et al. Non pharmacological nursing interventions of procedural pain in adults with burns.A systematic literature review Burns, 2007:33(7): 811-827

Casiglia E. et. al. Ipnosi sperimentale e clinica. Editrice artistica Bassano,2006

Briggs M, Torra JE, Bou I Guida al comportamento del dolore in sede di cambio della medicazione. European Wound Management Association (EWMA) Documento di Posizionamento 2002:12-16

Hollinworth H, "La gestione dei pazienti con dolore durante la cura della ferita "Nursing Standard. 20: 65-73

Storti M, *Come misurare il dolore acuto e cronico*. I Quaderni de l'Infermiere, 2009: 4

Saiani L, Brugnolli A. *Trattato di cure infermieristiche*, Ed. Sorbona, 2011:809-810

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, Harrison - *Principi di medicina interna* 2009 Ed Mc Graw Hill

World Union of Wound Healing Societies WUWHS , *Principles of Best Practise: Minimising Pain at Wound Dressing-related Procedures*. AA Consensus Document.2004

G.Bosio, F.Pisani, A.Fonti, A.Scrocca, C.Morandel, M.Antonini, G.Militello, D.Mastronicola, S.Gasperini, "*Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee peristomali*" G Chir Vol.27 - n.6/7 pp251-254 256 aa 2006