

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI
CLINICA e SPERIMENTALE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.
ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E
COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2013

IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA
CON LE PAZIENTI
IN CORSO DI ISTEROSCOPIA

Candidata Sig.ra Esposito Daniela

Relatore Dott.ssa Filomena Muro

Controrelatore Dott. Antonio M. Lapenta

INDICE

Ringraziamenti	3
INTRODUZIONE.....	4
LA COMUNICAZIONE IPNOTICA.....	11
DESCRIZIONE DEI CASI TRATTATI.....	15
CONSIDERAZIONI	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

Ringraziamenti

Un pensiero di gratitudine ai docenti del corso
e in particolare al Dr Giuseppe Regaldo e alla Dott.ssa Milena Muro
per il supporto e la guida sapiente,
un ringraziamento particolare ai colleghi che mi hanno incoraggiata
spendendo parte del loro tempo per leggere questo lavoro.

INTRODUZIONE

L'esperienza lavorativa di anni mi ha portata alla convinzione che un rapporto di empatia tra infermiera e paziente sia di fondamentale importanza per alleviare il dolore e la sofferenza derivanti dalla patologia del paziente e dall'iter diagnostico- terapeutico ad essa collegati.

Purtroppo la nostra realtà lavorativa è sempre più caotica e ci impone ritmi sempre più pressanti, spesso a discapito della qualità nello sviluppo di quell'elemento importantissimo che è la relazione con il paziente e dell'accompagnamento nel percorso terapeutico, lungo o breve che sia, spesso molto stressante emotivamente e fisicamente doloroso.

Nasce quindi l'esigenza di sfruttare al massimo il poco tempo a disposizione, utilizzando una tecnica che mi permetta di rispondere in maniera semplice, veloce ed efficace alla domanda, a volte esplicita a volte silenziosa, che tutti i nostri pazienti pongono: **Aiutami!.**

ISTEROSCOPIA

Queste considerazioni mi hanno portata ad avvicinarmi allo studio dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica .

Lavoro da circa due anni nel servizio di isteroscopia, dove vengono eseguiti in regime di day surgery, isteroscopie office con tecnica “see & treat”, nel numero di 600 esami l'anno, suddivise in tre sedute settimanali.

L'isteroscopia è un esame di secondo livello,le pazienti vi accedono dopo aver eseguito un ecografia trans-vaginale che ha riscontrato un “anomalia” a livello della cavità uterina.

L'isteroscopia è una procedura che utilizza uno strumento endoscopico, l'isteroscopio, collegato ad una fonte di luce e ad un monitor. L'isteroscopio viene inserito, attraverso la cervice, nella cavità uterina, precedentemente distesa da un mezzo di distensione liquido o gassoso, allo scopo di diagnosticare e, ove possibile, trattare le patologie endocavitarie eventualmente riscontrate.

In questa prospettiva,qualora venga diagnosticata una patologia endocavitaria trattabile in regime ambulatoriale, è possibile

procedere immediatamente alla rimozione, senza rimandare la paziente ad un secondo intervento chirurgico.

Lo spettro delle indicazioni negli ultimi anni si è molto ampliato; più in dettaglio le indicazioni sono:

-sanguinamenti uterini anomali in età fertile e soprattutto in post-menopausa, quando è maggiore l'incidenza della patologia neoplastica e pre-neoplastica.

-Sterilità femminile, l'isteroscopia individua malformazioni uterine correlate ad una riduzione della fertilità come piccoli polipi situati in prossimità degli osti tubarici, sinechie flogistiche che rendono l'endometrio poco adatto all'impianto.

-Aborto ricorrente, la poliabortività (tre o più aborti spontanei) rappresenta oggi una delle più strette indicazioni all'isteroscopia diagnostica.

Infatti una percentuale elevata di donne risulta affetta da patologia uterina come sinechie, miomi sottomucosi e soprattutto malformazioni uterine (utero setto e utero bicorni).

-Anomalie all'esame ecografico.

Rappresenta l'indicazione più frequente.

L'ecografia trans-vaginale porta all'individuazione di una percentuale notevole di patologie, per la cui esatta collocazione si richiede la valutazione isteroscopica.

Molto frequente è il riscontro ecografico di un ispessimento endometriale non compatibile con la fase del ciclo mestruale o con lo stato menopausale che spesso sottende la presenza di uno o più polipi endometriali.

Altrettanto frequente è il reperto ecografico di irregolarità o disomogeneità dell'endometrio che si accompagna ad iperplasia o a neoplasia endometriale.

-Amenorrea secondaria, la cui causa più frequente è una patologia aderenziale successiva ad interventi chirurgici all'interno della cavità uterina, per raschiamento uterino dopo aborto spontaneo o nel post-partum (sindrome di Asherman) .

-Lost IUD l'isteroscopia permette l'esatta visualizzazione del dispositivo nella cavità uterina e la sua estrazione sotto controllo visivo diretto.

-Screening pre e post operatorio per la valutazione della cavità uterina.

- Indicazioni ostetriche, per valutare la persistenza di materiale abortivo o placentare, per prevenire le sinechie dopo curettage post-abortivo della cavità uterina.

Il numero elevato di indicazioni rende evidente il fatto che vi sia una elevata eterogeneità di donne sia per ciò che concerne le patologie, sia per ciò che concerne la fascia d'età.

È inoltre importante sottolineare come l'utero per la psicologia della donna sia un organo carico di implicazioni affettive. L'identità femminile, ruota e s'interseca durante il suo sviluppo, attorno all'anatomia dei genitali esterni ed interni della donna ed attorno all'interiorizzazione del loro significato simbolico.

L'utero, abitato da storici simbolismi, ad un certo punto della vita della donna, diviene un contenitore di amore, di maternità, di progettualità, di fertile creatività, di vita che scorre e che continua.

L'utero nell'immaginario occupa un grande spazio altamente simbolico, è un organo fortemente investito da variabili intrapsichiche che vanno ben oltre il suo significato riproduttivo.

L'utero con la sua forma cava, ha la funzione, come un vaso, di contenere e mantenere la vita, proteggere e nutrire, e come un vaso

inevitabilmente cela e racchiude al suo interno qualcosa di invisibile e misterioso .

L'utero come tutti i simboli del femminile collegati alla “Grande Madre è contraddistinto da una forte ambivalenza, una duplice natura, positiva e negativa, quello della “ madre amorevole” e della “madre terribile “(Jung) .

Da queste considerazioni risulta evidente l'elevato livello di stress legato a condizioni morbose che interessano quest'organo. Una delle principali problematiche da me osservate, che rendono difficoltoso, fino a richiedere l'interruzione immediata dell'esame, è la crisi di panico.

Ulteriori impedimenti sono il dolore pelvico e il riflesso vagale, indotti dallo stimolo meccanico del mezzo di distensione sul peritoneo uterino e dello scavo del Douglas.

Al termine di ogni esame viene chiesto alle pazienti di quantificare il dolore provato tramite la scala V.A.S. (0- 10); dall'analisi delle pazienti trattate risulta che il valore medio si attesta su un valore di tre – quattro della suddetta scala, il dolore viene descritto come crampiforme, simile al dolore mestruale: si tratta quindi di un esame

della durata media di circa quindici minuti, eseguito senza supporto di analgesici o anestetici e generalmente ben tollerato.

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA

La comunicazione ipnotica, per la sua peculiarità di funzionare grazie allo sviluppo di una capacità di attenzione specifica al paziente, all'uso che fa del linguaggio verbale e non verbale e l'attuazione di una strategia consapevole di formule comunicative specifiche, è uno strumento adeguato alla comunicazione che si deve avere con il paziente, per favorire una relazione terapeutica efficace.

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, che si sviluppa in una relazione terapeuticamente efficace, grazie alla realizzazione del monoideismo plastico, permette la creazione di un'immagine che riverbera nel corpo, esprimendo l'intrinseca relazione mente corpo.

Lo stato modificato di coscienza è dinamicamente variabile sia all'interno dello stesso fenomeno ipnotico sia per le situazioni mutevoli che si possono vivere. In particolare è possibile dire che le persone che devono affrontare un'esperienza stressante, come una procedura invasiva, sono già in una condizione modificata della coscienza rispetto all'abituale, perché la nostra mente per difesa riduce la condizione di critica disponendosi ad accogliere l'aiuto di

un esperto. Nella nostra professione, entriamo in relazione con i pazienti che si trovano a vivere questo stato.

Avendo o meno consapevolezza della potenza creativa che l'attivazione di immagini può avere siamo responsabili nostro malgrado dell'accompagnamento del paziente a vivere l'esperienza in modo positivo o negativo; basti pensare all'effetto placebo ma anche all'effetto nocebo delle immagini create con il nostro linguaggio in una relazione così intensa. Per questa ragione essere consapevoli e usare in modo appropriato, l'aspetto comunicativo dell'ipnosi nella relazione con il paziente, può aiutare questi a modificare l'esperienza, guidandolo ad un vissuto positivo. Spesso quindi si tratta solo di proporci come guida, ad un paziente che si trova in una situazione di difficoltà perché questi, che è già in uno stato modificato di coscienza, possa realizzare delle suggestioni che creino un monoideismo plastico, funzionale alla procedura che deve affrontare. Qualche tempo fa ho vissuto un'esperienza davvero spiacevole, che mi ha fatto sentire impotente nell'aiutare una paziente, questa raccontava di avere nella mente, l'immagine dell'isteroscopia come l'invasione di uno spazio sacro che avrebbe

portato all'esplosione del suo utero, e non c'era stata argomentazione razionale che fosse riuscita a tranquillizzarla, per cui in quel caso si era dovuti interrompere l'esame e demandare la paziente alla chirurgia tradizionale. Oggi con le conoscenze acquisite avrei saputo accogliere quella disperazione, prima di tutto accettando come reale e possibile il suo vissuto, poi creando una condizione di fiducia così che la paziente potesse sentire di potersi affidare perché compresa; avrei suggerito delle immagini diverse su cui focalizzare l'attenzione, sottolineato le sue potenzialità nel creare un'esperienza diversa; avrei potuto applicare delle strategie ipnotiche che potessero aiutarla, perché queste comunicano a livello inconsapevole e poco razionale, cioè con la realizzazione di immagini mentali che si evidenziano in un comportamento fisico. Per esempio avrei potuto attirare l'attenzione sul respiro, ricalcando che era molto superficiale, veloce e inefficace e che poteva migliorare e controllarlo meglio, se avesse immaginato di soffiare, ogni volta che l'aria usciva, in un palloncino, vedendolo gonfiare e riempirsi di tutta la paura contenuta in quell'aria "tossica" che a ogni espirazione eliminiamo, un respiro dopo l'altro, e alla fine quando il

palloncino si fosse riempito, le avrei fatto ratificare come il respiro a quel punto fosse diventato profondo e tranquillo. O qualcosa di simile e che ora, che ho gli strumenti potrei usare e ho usato nella pratica clinica e assistenziale che mi compete.

DESCRIZIONE DEI CASI TRATTATI

1)

La signora D.A. di anni 65 si presenta presso il nostro servizio con diagnosi di sospetto polipo endometriale.

Durante la fase preoperatoria dell'esame la paziente mi ha chiaramente esplicitato il suo stato di ansia, chiedendomi di essere aiutata.

Accolgo questa richiesta , comunicando alla signora di sapere come si sente che ciò è normale e di sapere come aiutarla; dico inoltre alla signora che se seguirà quanto sto per dirle riusciremo a fare ciò per cui si è rivolta a noi . (contratto ipnotico terapeutico) .

La signora viene aiutata ad assumere la posizione ginecologica sul lettino, indispensabile per eseguire l' esame.

In questa fase inizio l'induzione con ordini semplici e motivati (in questa strana posizione mettiti più comoda che puoi così sarà più facile rilassare i muscoli,chiudi gli occhi così riuscirai a concentrarti meglio su quanto ti chiedo, porta l'attenzione sul respiro,e (ricalcando) puoi sentire l'aria che entra ed esce attraverso il naso, e

man mano potrai sentire i muscoli che si rilassano. Osservo e descrivo alla paziente il flutter delle palpebre e la deglutizione, (così da farle capire che sono attenta a lei e anche ai più piccoli particolari, oltre che a creare quella condizione che fa rispondere: *è vero, è proprio così*, ad ogni affermazione che faccio, creando un campo affermativo che aiuta a realizzare una condizione di fiducia)

In questo momento l'esame è già in corso, ed io avviso la paziente che sto per appoggiare la mia mano sul suo ventre e che questo contatto le trasmetterà una sensazione molto piacevole di calore come ..., (suggerisco alla paziente l'immagine) il sole che con i suoi raggi caldi e benefici riscalda ogni parte del corpo .

Al termine dell'esame in cui è stata asportata una parte della formazione polipoide, ho intrapreso la fase di riorientamento della paziente eseguendo un conteggio alla rovescia per darle il tempo di metabolizzare il termine della procedura e dello stato ipnotico sperimentato.

La paziente ha aperto gli occhi ed ha riferito di non avere alcuna memoria dell'accaduto, e di aver provato una sensazione di benessere.

Ad un mese di distanza la paziente è tornata per completare l'asportazione del polipo, in occasione di questa seduta non ha esplicitato nessuna richiesta d'aiuto, rassicurata dall'esperienza precedente.

2)

La signora S.E. di anni 55 accede al nostro ambulatorio con diagnosi di sospetto polipo endometriale.

La paziente si accomoda sul lettino apparentemente tranquilla, colloquia volentieri con la mia collega di cui è conoscente .

Durante l'esame , improvvisamente riferisce di provare paura chiedendo di interrompere immediatamente l' esame, cosa che avviene.

Mi avvicino alla signora allo scopo di stabilire un contatto che in questo caso è stato visivo.

Riferisco alla signora che osservando quanto sia veloce il suo respiro capisco che sia proprio molto spaventata, che stia male, ma che se eseguirà quanto le consiglio in poco tempo si sentirà meglio.

Invito la signora ad osservare il mio respiro e a seguirlo, poco alla volta si tranquillizza, il respiro torna ritmico, ed è rilassata sul lettino.

Quindi le chiedo se ha piacere di riprendere l'esame in modo da poter risolvere il suo problema, garantendole di rimanere accanto a lei, e di conoscere un esercizio molto semplice che le farà portare a termine l'esame senza ulteriori problemi.

S.E. accetta , la invito a concentrarsi ulteriormente sul respiro, con gli occhi chiusi in modo da sentire bene l'aria che entra ed esce.

L'esame inizia, viene asportato solo una parete del polipo a causa delle notevoli dimensioni.

Durante l'esame sottolineo alla signora che è molto brava , e che tutto sta procedendo nel migliore dei modi.

Al termine della procedura , invito S.E. a riaprire gli occhi in modo da riprendere contatto con ciò che la circonda.

La signora riferisce di non aver avvertito alcuna sensazione dolorosa, riferisce benessere, di sentirsi strana come se avesse respirato dell'anestetico.

Ad un mese di distanza circa la signora ritorna per completare la procedura.

E' preoccupata che possa ripresentarsi una crisi di panico, le ricordo che può ripetere l'esercizio iniziando subito e che io l'aiuterò.

L' esame ha inizio e si conclude senza problemi .

Quando riapre gli occhi la signora come la volta precedente riferisce benessere e senso di pace.

3)

La signora NM di 48 anni si presenta presso il nostro ambulatorio con diagnosi di sospetto polipo endometriale.

Durante l'esame compaiono i segni ed i sintomi di una reazione vagale: la signora riferisce una sensazione di calore al viso e presenta sudorazione profusa tanto da chiedere la sospensione dell'esame .

Con l'intento di distogliere la signora dal suo stato di malessere Le spiego che posso aiutarla mettendo in atto una tecnica per farla sentire meglio a patto che segua correttamente le mie indicazioni: forte della disponibilità della paziente a farsi aiutare Le consegno un

ventaglio e La invito a sventolarlo prima verso di me e poi verso di sé: le dico inoltre che ogni quattro sventolate deve cambiare Mano e la invito a contare esattamente quattro movimenti poiché è importante che siano esattamente quattro; nel frattempo l'esame riprende, procede e termina con l'exeresi del polipo e la signora mi riferisce la regressione completa dei sintomi

4)

La signora ML di anni 35 al termine di una isteroscopia diagnostica e conseguente biopsia riferisce la comparsa di un violento dolore nella regione ipogastrica: mentre la invitiamo a distendersi su una barella le dico di conoscere per il suo tipo di dolore una soluzione molto semplice, ma altrettanto efficace, che io stessa metto in atto su di me per dolori di simile natura. La invito ad ascoltarmi attentamente ed a mettere in atto i miei suggerimenti: le chiedo di appoggiare la mano sul torace e di eseguire degli atti respiratori ritmici osservando contemporaneamente i movimenti della propria mano, in particolare le dico che è importante eseguire degli atti ampi

in modo da poter sentire la propria mano che si sollevi sul torace che è il punto chiave dell'esercizio.

Sinceratami che svolgesse l'esercizio in maniera corretta le dico che mi allontanerò da lei per tre minuti al termine dei quali il dolore andrà scemando ed in effetti la paziente appare più sollevata; successivamente, complimentandomi per la bravura con cui esegue l'esercizio, le dico che mi allontanerò per altri minuti invitandola a continuare l'esercizio durante la mia assenza .

Al mio ritorno la paziente mi riferisce sorridendo che il dolore è scomparso chiedendomi incuriosita in che cosa consistesse il trucco; dopo ulteriori 15 minuti di osservazione la paziente è stata dimessa in completo benessere senza necessità di alcun supporto farmacologico antidolorifico.

CONSIDERAZIONI

Questa pur breve esperienza di applicazione dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica con la paziente in corso di isteroscopia mi porta a suggerirne l'utilità non tanto per il controllo del dolore fisico derivante dall'esame stesso che, come specificato in precedenza è di modesta entità, ma soprattutto, in tutte quelle situazioni in cui vi è uno stato di "iper reattività emotiva" che impedisce l'esecuzione dell'esame stesso senza ulteriori supporti quali la sedazione farmacologica con tutti i rischi e le conseguenze di gestione per pazienti che normalmente vengono gestiti ambulatorialmente .

In conclusione ritengo che l'argomento meriterebbe di essere sviluppato con ulteriori studi apportando una casistica più ampia atti a confermare , anche sotto il profilo clinico statisticamente significativo, l'utilità di una metodica sicuramente promettente

BIBLIOGRAFIA

- 1 Massimo Luerti. Manuale per un'isteroscopia moderna. 2010
Stampa a Roma Litografia Saba s.r.l.
- 2 Carl Gustav Jung . L'uomo e i suoi simboli
- 3 Carl Gustav Jung .Tipi psicologici
- 4 Franco Granone. Trattato di ipnosi UTET Torino 2009
- 5 Deutsch H.: (1945) *Psicologia della donna*, vol 2. *La donna adulta e la madre*. Bollati e Boringhieri, Torino, 1977.
- 6 Del Castello E., Casilli C. L'induzione ipnotica. Manuale pratico. Franco Angeli. Milano,2007.
- 7 Bandler R., Grinder J.. Ipnosi e trasformazione. Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1983.
- 8 Gary E., Aimee J., Fisher W. Cognitive Hypnotherapy for Pain Management American Journal of Clinical Hypnosis, 54: 294–310, 2012 Copyright © American Society of Clinical Hypnosis.
- 9 Saiani L., Brugnolli A. Trattato di cure infermieristiche. Sorbona editori, 2011
- 10 Minuzzo, S. (2004). *Nursing del dolore*. Roma: Carocci