

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE

C.I.I.C.S

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2014

L'UTILIZZO DELL' IPNOSI NELLA CHIRURGIA ADDOMINALE ONCOLOGICA

Candidata

Laura Minutolo

Relatore

Dr. Gianni Miroglio

SOMMARIO

ABSTRACT	3
1. INTRODUZIONE.....	4
1.1. FISILOGIA DELLA MOTILITA' GASTRO-DUODENALE.....	6
2. MATERIALI E METODI.....	11
2.1. METODOLOGIA DI RICERCA DELLE FONTI	11
2.2. SETTING	11
3. OBIETTIVO	15
4. RISULTATI ATTESI.....	15
4.1. Risultati a breve termine.....	15
4.2. Risultati a lungo termine	15
4.3. Risultati derivati	15
4.4. Il caso clinico.....	16
4.5. Mancato svuotamento gastrico	18
4.6. La Relazione.....	22
4.7. 1^ INDUZIONE	23
4.7.1. Obiettivo.....	23
4.7.2. Motivazione.....	23
4.7.3. Tempi di induzione	23
4.7.4. Metodo.....	23
4.7.5. Tecnica usata	23
4.7.6. Risultato.....	24
4.8. 2^ INDUZIONE	24
4.8.1. Obiettivo.....	25
4.8.2. Motivazione.....	25
4.8.3. Metodo e tempi di induzione	25
4.8.4. Tecnica usata	25
4.8.5. Risultato.....	27
4.9. 3^ INDUZIONE	27
4.9.1. Obiettivo.....	27
4.9.2. Motivazione.....	28
4.9.3. Metodo e tempi di induzione.....	28
4.9.4. Tecnica usata	28
4.9.5. Risultato.....	28

5. CONCLUSIONI	29
6. BIBLIOGRAFIA	30

INTRODUZIONE

L'utilizzo delle pratica ipnotica nella ripresa della canalizzazione in chirurgia addominale maggiore è una pratica poco conosciuta ed usata.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è di dimostrare che l'utilizzo dell'ipnosi nel caso clinico descritto ha degli effetti favorevoli su:

- Aumento di autostima
- Ripresa del sonno e ritorno al normale ritmo sonno-veglia
- Ritorno al normale ritmo di alimentazione- eliminazione fecale
- Riduzione dell' emesi

MATERIALI E METODI

Il caso clinico è stato individuato dopo aver considerato le caratteristiche dei casi simili in letteratura, grazie ad una approfondita ricerca bibliografica attraverso le principali banche dati. Ho impiegato l'ipnosi nel trattamento dei sintomi gastrointestinali con tre sedute di 20 min.

RISULTATI

Nel caso clinico descritto, la persona assistita ha tratto assoluto beneficio dal trattamento ipnotico. I risultati sono stati soggettivi e oggettivi, quali la ripresa della motilità gastrica, dell'alimentazione per via enterale, della ripresa del sonno notturno, della riduzione dell' emesi e dell' aumento dell' autostima. Tali effetti positivi, peraltro, si sono protratti anche dopo la dimissione.

1. INTRODUZIONE

L'ipnosi come fenomeno mi ha sempre incuriosita, ma anche io ero diffidente e, soprattutto "l'ignoranza" sull'argomento, mi aveva portata a credere che fosse dominio solo di un ristretto gruppo di medici (psichiatri, psicologi ...) e che anche la popolazione alla quale poteva essere destinata fosse ristretta (soggetti affetti da problemi psichici, nevrotici, psicologici ecc).

Nel mio rapporto quotidiano con le persone assistite, in qualità di infermiera, non avrei mai pensato di avere così tante opportunità di usare l'ipnosi e la comunicazione ipnotica. Ben meno avrei immaginato che i risultati fossero così significativi in termini di risposte positive soggettive delle persone assistite, trattate, ma anche scientificamente oggettivabili, con miglioramento della sintomatologia e con variazioni anche di tipo somatico.

Ho capito che l'ipnosi poteva essere un potente e fantastico strumento per aiutare le persone assistite a risolvere od alleviare alcuni problemi e poteva aiutare me stessa in maniera indiretta (trovare nuove strategie ha ridotto di molto l'imminente rischio di burnout che si affaccia alla finestra degli operatori sanitari in ambito oncologico dopo qualche anno di servizio).

Io e l'ipnosi siamo diventati "amici", mi permetto di usare questo termine per evidenziare che sono solo all'inizio di un percorso durante il quale cercherò di diventare sempre più esperta ed attenta in questa pratica.

Ho seguito il corso con la curiosità di un bambino e mi sono imposta di abbattere le barriere. Ho scoperto subito che non c'era nulla in cui "credere", ma c'era solo tanto da sapere, imparare e scoprire. La consapevolezza della presenza di solide basi scientifiche è stata per me una scoperta illuminante.

La scelta dell'argomento della tesi è stata una conseguenza logica, in quanto questo caso clinico si può definire un vero trampolino di lancio: dopo il corso, dopo le esercitazioni e dopo approcci timidi e brevi. E' stata la persona assistita a chiedermi di "lavorare con lei e su di lei" e mi ha dato fiducia, quella **fiducia** senza la quale il rapporto non esiste.

La persona assistita mi aveva sentito parlare con entusiasmo delle lezioni del Dottor Miroglio sulla motilità gastro-intestinale e mi invitò a trattarla. Come un paziente che entra nello studio del medico con la volontà di essere curato; quale migliore occasione per mettermi alla prova.....

Durante la ricerca bibliografica, però non ho reperito molta documentazione inerente l'argomento trattato : "Motilità gastro-duodenale e ipnosi".

Solamente due articoli abbastanza recenti trattano degli effetti della suggestione ipnotica in pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia addominale maggiore.

I ricercatori del Dipartimento di anestesia e chirurgia della "University of California" affermano: "le suggestioni ipnotiche possono ridurre in maniera tangibile lo stato patologico associato agli interventi addominali riducendo la percentuale e la durata dell'ileo paralitico e delle sue manifestazioni sintomatologiche..."⁽¹⁾.

Invece, gli operatori del dipartimento di psicologia " Kekecs e Varva" ⁽²⁾ dell'Università di Budapest, affermano che non è semplice insegnare a tutti gli operatori le tecniche ipnotiche, ma è più attuabile la pratica quotidiana della comunicazione ipnotica. A parte queste due pubblicazioni internazionali null'altro!

Nel mio lavoro farò quindi riferimento principalmente alle esperienze di Miroglio di cui parlerò dopo.

1.1.FISIOLOGIA DELLA MOTILITA' GASTRO-DUODENALE

Il tratto gastro-intestinale è regolato dal sistema nervoso enterico che comanda le funzioni motorie di stomaco ed intestino. Il simpatico e parasimpatico sono componenti di questo sistema nervoso autonomo e agiscono come neuro regolatori ⁽³⁾.

In generale, l'innervazione simpatica ha un effetto inibitorio sulla muscolatura liscia del tratto gastro-intestinale (fatta eccezione per gli sfinteri, che si contraggono in risposta agli stimoli simpatici).

La stimolazione nervosa parasimpatica attiva la peristalsi primaria. Le sole porzioni del tratto enterico che sono controllate volontariamente sono la faringe e lo sfintere anale esterno⁽⁴⁾.

Parasimpatico (vago) → acetilcolina → aumenta

Simpatico → adrenalina e noradrenalina → rallenta

Le sostanze che agiscono sulla motilità gastro-intestinale sono numerose: oltre ai neurotrasmettitori principali (acetilcolina, noradrenalina e adrenalina) ci sono la serotonina, la dopamina, la somatostatina, la norepinefrina, la gastrina, l'istamina, la motilina^(*), le prostaglandine^(*) e il peptide intestinale vasoattivo^(*) ecc.

C'è da considerare che le emozioni e lo stress generano a livello nervoso centrale delle reazioni somatiche che si estrinsecano in manifestazioni gastroenteriche mediate da numerosi ormoni e mediatori enzimatici⁽⁶⁾. Infatti il tratto gastroenterico è un bersaglio molto "gettonato" per l'estrinsecarsi di problemi di tipo psicologico (secondo cervello).

Il meccanismo che regola la motilità gastrointestinale è molto complesso. Le contrazioni peristaltiche dello stomaco spingono il suo contenuto verso il piloro.

* Gli specifici ruoli fisiologici non sono chiari (5)

La peristalsi gastrica e le contrazioni dello sfintere pilorico permettono al cibo, parzialmente digerito, di passare nell'intestino tenue a velocità compatibile con un efficiente assorbimento delle sostanze nutritive ⁽³⁾.

La motilità del canale digerente è sede di caratteristiche attività motorie, dovute alla presenza di strutture muscolari lisce che determinano il mescolamento del materiale alimentare con i succhi digestivi e la sua progressione verso l'estremità distale del canale digerente.

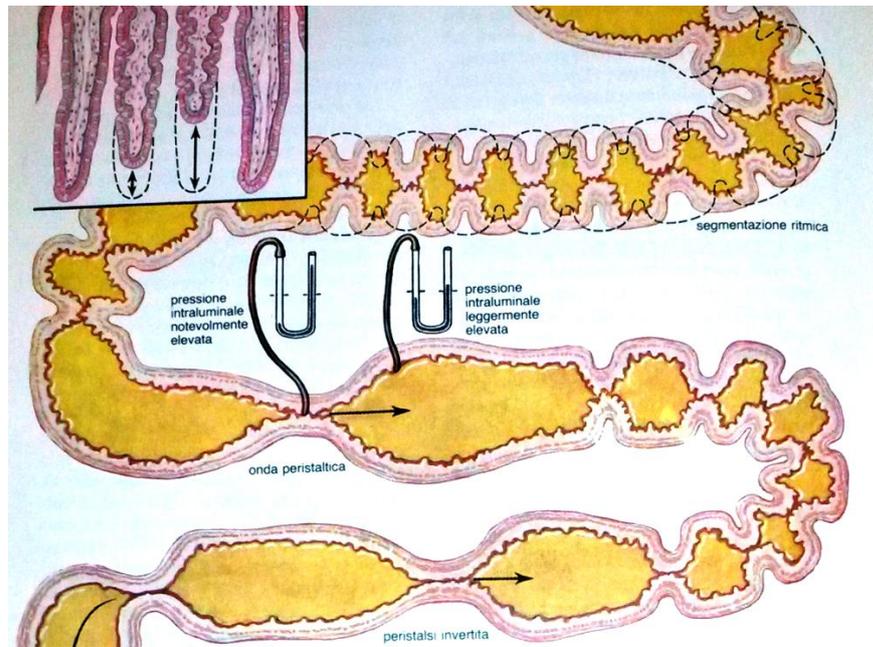
Il movimento peristaltico è presente quasi su tutto il tratto digerente, anche se i diversi segmenti sono sede di movimenti particolari.

Quando il cibo è nello stomaco insorgono successivamente onde peristaltiche che procedono dal fondo all'antro pilorico aumentando di energia e che, inizialmente, hanno la funzione di rimescolare il contenuto gastrico, ma che in seguito fanno scorrere verso il piloro il chimo, cioè la parte fluidificata del cibo.

Le onde peristaltiche, diventano sempre più vigorose, soprattutto nell'antro, e una piccola quantità di chimo passa nel duodeno, mentre la maggior parte viene respinta all'indietro dalla resistenza offerta dal piloro che si richiude.

Dopo un pasto normale lo svuotamento dello stomaco si completa in 3-4 ore.

La progressione del chimo nell'intestino tenue è determinata dai movimenti di peristalsi della parete e il rimescolamento del contenuto intestinale è dovuto invece a movimenti di segmentazione ritmica, cioè alla comparsa di anelli di contrazione e di rilassamento della parete che suddividono il contenuto gastrico in una serie di segmenti uniformi, tale da determinare un movimento del contenuto stesso⁽⁷⁾.



In occasione del “Live Endoscopy”, congresso internazionale di endoscopia digestiva (1992), furono effettuati dei collegamenti televisivi live dalle sale chirurgiche dell’Ospedale San Paolo di Milano e, in diretta, i 500 partecipanti presenti nella sala del congresso poterono assistere alla visione di pratiche endoscopiche operative avanzate.

In tale occasione, Gianni Miroglio (gastroenterologo-endoscopista-ipnologo) ebbe modo di dimostrare che una paziente (sonnambulica) poteva subire una gastroscopia in ipnosi senza l’utilizzo di alcun farmaco sedativo né anestetico del tratto orofaringeo. Durante l’esame endoscopico alla paziente vennero dati dei comandi di spasmo gastroduodenale (che la paziente eseguiva all’istante, con lo stupore dei presenti in quanto è ben noto che la muscolatura liscia è involontaria).

Miroglio, infatti, negli ultimi anni aveva notato endoscopicamente che, durante l’ipnosi, la muscolatura dello stomaco era totalmente rilassata in seguito a suggestioni di benessere. Allora aveva provato a fare il contrario, cioè indurre spasmo e contrazione, sempre attraverso immagini molto delicate e piacevoli (il fiore che si apre al mattino e poi si chiude alla sera, ecc). Lo spasmo antro-

pilorico poteva essere potenziato con immagini più decise quale, ad esempio, quello “della mano che si chiude a pugno”. La scoperta della possibilità di controllare la motilità era a dir poco esaltante anche perché non esisteva letteratura internazionale in merito. Non che attualmente ci sia molto di più, infatti tengo a precisare la difficoltà di reperire articoli attinenti, recenti e specifici sull’argomento trattato.

Nel 1996-97, Miroglio, in collaborazione con la Cattedra di Gastroenterologia dell’Università di Genova e la Divisione di Gastroenterologia dell’Ospedale Luigi Sacco di Milano realizza uno studio sugli effetti dell’ipnosi sulla motilità gastroduodenale⁽⁸⁾.

Tale studio ha avuto come scopo quello di valutare gli effetti dell’ipnosi sulla motilità gastroduodenale⁽⁹⁾ su soggetti sani versus soggetti affetti da dispepsia e di valutare le eventuali differenze tra i due gruppi.

Durante lo studio i 20 pazienti vennero sottoposti a manometria gastroduodenale e tramite un poligrafo furono registrati gli effetti della motilità in situazione basali (digiuno e sazietà) e sotto suggestione ipnotica. Fu stabilito un protocollo ipnotico da ripetere ed utilizzare con ogni soggetto. Fu usata una tecnica di induzione ben precisa con valutazione della risposta e approfondimento della trance. Dopo aver verificato lo stato di rilassamento del soggetto, si è proceduto a ricreare il controllo della motilità : aumentando/riducendo la peristalsi gastrica, simulando il digiuno e la sazietà.

Paragonando i dati acquisiti durante lo studio si è concluso che non esiste significativa differenza tra il gruppo di soggetti normali e il gruppo di pazienti dispeptici.

Durante lo studio, è stato possibile verificare scientificamente che la modificazione della motilità gastrica avviene anche sulle singole zone

dell'organo, ovvero il paziente riesce sotto ipnosi a controllare le varie parti dello stomaco (fondo, corpo, antro e piloro) con precisione.

Tale studio ha quindi dimostrato che in ipnosi si può controllare la motilità gastroduodenale. Non è ancora del tutto chiaro ,però, quali siano i meccanismi che regolano tale reazione. Recenti studi Olandesi, attraverso l'uso della tomografia ad emissione di positroni (PET), hanno dimostrato che la corteccia prefrontale e la corteccia del cingolo anteriore (CCA) sono la fonte anatomica da cui partono sintomi viscerali derivanti da idee o immagini mentali⁽¹⁰⁾.

La corteccia prefrontale è la nostra banca dati di memoria personale ed associa l'esperienza personale ad un ricordo, dandole un peso ed un significato specifico sul piano emotivo.

La corteccia del cingolo anteriore, invece, genera la reazione viscerale in risposta ad idee generate dalle emozioni, alla memoria e a stimoli esterni.

In particolare , l'ipnosi agisce sulla corteccia del cingolo anteriore senza modificare l'attività della corteccia somatosensoriale⁽¹¹⁾.

Dunque questo studio ha spiegato ,almeno in parte, come l'ipnosi generi una risposta immediata e selettiva sulla motilità gastroduodenale.

2. MATERIALI E METODI

2.1. METODOLOGIA DI RICERCA DELLE FONTI

La ricerca è stata effettuata attraverso le banche dati e articoli correlati.

Le parole utilizzate per la ricerca sono state:

- Motilità gastro-intestinale = gastrointestinal motility
- Motilità intestinale = bowel motility
- Suggestioni = suggestions
- Vomito e nausea post-operatori = post-operative nausea and vomiting
- Preparazione psicologica perioperatoria = psychological preparation perioperative

Le banche date consultate sono state le seguenti:

- Pubmed
- Cinhail
- Ovid

2.2.SETTING

Il caso clinico si è svolto nel Reparto di Chirurgia Oncologica presso l' Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo (TO), dove la persona assistita è stata ricoverata per essere sottoposta ad intervento chirurgico.

La paziente durante il ricovero ha usufruito di una camera singola (il tipo di intervento predispone il paziente a complicanze di tipo infettivo). Tale fattore ha favorito la sufficiente privacy per lo svolgersi delle sedute ipnotiche.

Fattori disturbanti ambientali sono stati: rumori del reparto, campanelli, luci, odori sgradevoli, orari dei pasti, delle ore di riposo definiti dalle attività di reparto e non dai bisogni correlati all'individuo.

Per maggior chiarezza nella discussione del caso clinico e per comprendere la complessità dell'intervento, ritengo necessario spiegare in cosa consiste l' HIPEC.

HIPEC

Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (Perfusione Ipertermica Antiblastica Intraperitoneale).

L' HIPEC viene praticata dopo un intervento di citoriduzione che prevede una incisione chirurgica centrale xifo-pubica detta laparotomia mediana.

Si effettua una citoriduzione chirurgica che può comprendere una o più delle seguenti asportazioni: asportazione di tratti di intestino tenue e/o del colon, di stomaco, milza, omento, utero e annessi, resezioni epatiche, peritonectomia parietale, viscerale e diaframmatica (si asporta il peritoneo invaso da malattia), si pratica l'eventuale confezionamento di ileostomia su un' ansa ileale laterale temporanea e raramente se necessarie, si praticano demolizioni viscerali con confezionamento di colostomia terminale sinistra e ureteroileocutaneostomia (Bricker), linfadenectomia allargata di tutti i siti interessati.

In questa fase lo stomaco viene liberato dall'omento e la kocherizzazione della grande curvatura gastrica è spesso causa di parziale paralisi dello stomaco, per ovviare a tale rischio il chirurgo pratica una pilorotomia digitoclasica.

Dopo la fase di asportazione della neoplasia si effettua una perfusione ipertermica-antiblastica del peritoneo con dei chemioterapici (di solito una soluzione di Cisplatino e Mitamicina C, ma il CHT dipende dal tipo istologico del tumore e da come il paziente ha

reagito ad altri trattamenti). La procedura consiste nel far circolare nel peritoneo una soluzione per dialisi peritoneale contenente i farmaci, con una temperatura di ingresso di 42,5° C ed in uscita di circa 40° per 60 minuti. Tale trattamento ipertermico antiblastico ha la finalità di controllare l' eventuale presenza di malattia microscopica peritoneale (ovvero di agire contro le cellule tumorali non visibili ad occhio nudo).

I pazienti che si sottopongono ad HIPEC:

- Subiscono un intervento molto lungo, anche 14 – 16 h.
- Le complicanze post operatorie sono maggiori del 5-10 % rispetto ad una procedura standard.
- Hanno un'alta probabilità che venga confezionata una derivazione intestinale temporanea (ileostomia) al fine di non rischiare la deiscenza, ovvero il “cedimento” delle possibili suture intestinali (anastomosi).
- sono consapevoli di poter avere risultati positivi dalla metodica in quanto esistono dati descritti nella letteratura internazionale, come positivi; ma sono anche informati che non esistono ancora studi che abbiano una sicura valenza statistica.
- I pazienti vengono spesso sottoposti a emotrasfusione.

La procedura prevede che il paziente venga sottoposto ad una preparazione pre-intervento di 3 giorni. Durante tale preparazione verrà anche posizionata una cannula venosa centrale (CVC) con lumi di alta portata. Il paziente dopo l'intervento avrà una permanenza in terapia intensiva da 3 a 7 gg. a seconda delle sue condizioni.

Al ritorno nel reparto di degenza presenterà tali presidi:

- Sondino-naso gastrico SNG
- CVC

- Catetere vescicale (CV)
- Drenaggi addominali (fino a 6)
- Digiunostomia (per nutrizione enterale)
- Drenaggi toracici in aspirazione (1 o 2)
- Ileostomia

3. OBIETTIVO

Gli obiettivi condivisi con la persona assistita sono stati: facilitare la funzione digestiva e ridurre l'emesi, aumentare/mantenere il peso corporeo, migliorare la ripresa e la qualità del sonno fisiologico, ritrovare la fiducia nella propria capacità di auto guarigione. Tali obiettivi sarebbero stati raggiunti attraverso obiettivi intermedi e propedeutici.

4. RISULTATI ATTESI

I risultati attesi sono di tre tipi:

- Risultati a breve termine
- Risultati a lungo termine
- Risultati derivati

4.1. Risultati a breve termine

Rilassamento muscolare, ripresa del ritmo sonno-veglia, ripresa dell'alimentazione, aumento di fiducia nel processo di guarigione

4.2. Risultati a lungo termine

Aumento di peso corporeo, riduzione della disidratazione e dello squilibrio elettrolitico dovuti ad iperemesi

4.3. Risultati derivati

Riduzione del livello di ansia, normalizzazione della funzione di alimentazione con gradevolezza all'assunzione del pasto

4.4. Il caso clinico

C. V. di anni 61 sesso F.

La paziente è stata ricoverata presso il reparto di Chirurgia Oncologica per essere sottoposta ad intervento di HIPEC. La paziente si presenta in buono stato di salute, non assume terapie farmacologiche. Non riferisce allergie, viene accompagnata dal marito.

Anamnesi prossima:

- Febbraio 2002 ha subito un intervento di LIAB (*LAPARO ISTERO ANNESSIECTOMIA BILATERALE*) per cistoadenoma muciparo bilaterale.
- Dicembre 2011 la paziente aveva riscontrato un progressivo aumento della circonferenza addominale con comparsa di dispnea.
- Febbraio 2012 viene sottoposta ad intervento di debulking: presenza di ascite mucosa (circa 9 litri), omentectomia, splenectomia, isolamento del tenue, appendicectomia.

Dall'esame istologico: Pseudomixoma peritonei (adenomucinosi peritoneale disseminata da neoplasia di basso grado dell'appendice).

- Marzo 2012 (solo dopo 1 mese) si evidenzia alla TC Addome: ascite mucinosa, in alcune zone saccata. Non presenta segni di malattia extraperitoneali o epatica (l'assenza di malattia extraperitoneale e l'assenza di totale invasione dell'intestino tenue, rendono eleggibile ad HIPEC la paziente).
- Ottobre 2012 Intervento chirurgico di citoriduzione sovramesocolica, ma tale intervento lascia una malattia residua a carico del tenue e relativo meso e della pelvi.

Esame Istologico: “Adenomucinosi peritoneale disseminata” [Ronnett et al, AJSP 1995]. Si avvia la paziente a chemioterapia (5 cicli) terminata ad Aprile 2013.

- Aprile 2013 TC di controllo oncologica: “.. *rispetto al precedente esame TC si apprezza regressione della falda liquida interepatodiaframmatica. I restanti reperti addominali sono invariati. In particolare è stabile la quota di malattia in sede sottomesocolica ove è riconoscibile un diffuso inspessimento dei foglietti peritoneali. No lesioni pleuriche o polmonari con caratteristiche di evolutività. Non si riconoscono linfonodi di dimensioni patologiche, fatta eccezione di un linfonodo inguinale (17 x 15 mm), stabile rispetto al precedente controllo. Non si osservano aree di rimaneggiamento osseo di natura sostitutiva*”.
- Intervento 13 Maggio 2013: (resezione anteriore del retto, emicolectomia destra, resezione del tenue, riresezione della vagina, sutura breccia gastrica, HIPEC): “Incisione xifo-pubica, accesso extraperitoneale centrale della cavità, reperto di nota malattia con atteggiamento tendenzialmente infiltrante, a livello del tenue e del relativo meso, pur se in lieve regressione dopo CT sistemica, la malattia diventa maggiormente rappresentata a livello del tenue distale, dove alcune anse sono infiltrate e retratte su malattia pelvica coinvolgente anche il cieco e il discendente dell’ ansa efferente della colostomia: malattia si rileva inoltre al livello del mesocolon ed è nuovamente rappresentata **a livello gastrico, faccia anteriore e posteriore***, diaframma sx, **antro gastrico***; non malattia in sede interepatodiaframmatica e a carico del peduncolo epatico. **Asportazione della malattia dalla parete gastrica anteriore e grande curvatura***, resa difficoltosa in sede cardiaca per aderenze su nodi neoplastici con il diaframma sinistro, che vengono asportati. **Bonifica della parete posteriore gastrica e della faccia**

anteriore pancreatica*. Asportazione di malattia dall'antro gastrico (salvaguardia della gastrica sx e della pilorica). Bonifica del digiuno-ileo sia a livello viscerale che del relativo meso, fino a giungere a 230 cm dal Treitz, dove i nodi appaiono confluenti ed infiltranti le anse del tenue. Isolamento extraperitoneale del colon ascendente, isolamento su loop dell'uretere dx. Sezione dell'ileo distale, sezione del discendente. Deperitoneizzazione della vescica con isolamento degli ureteri, riresezione dei vasi ovarici ed uterini, Riresezione del moncone vaginale. Isolamento del mesoretto, sezione del retto e asportazione in blocco di: tenue distale, colon dx, sigma retto, peritoneo pelvico, moncone vaginale. Sutura della vagina. Bonifica del colon residuo (70 cm), asportazione del peritoneo laterale bilateralmente. HIPEC per 60'. Anastomosi colo-rettale con CEEA 28, anastomosi ileo-colica sul discendente manuale in duplice strato. Esteriorizzazione del tenue preanastomotico per ileostomia laterale di protezione fianco sinistro, sutura di due brecche gastriche. Pilonotomia digitoclasica. Controllo emostasi. 1 drenaggio toracico sx, 3 drenaggi addominali. Chiusura della parete.

4.5. Mancato svuotamento gastrico

Con tale termine ho deciso di chiamare la sintomatologia del caso descritto in relazione ai ripetuti eventi di emesi.

Il mancato svuotamento gastrico (cenestopatia gastrica) è chiaramente identificato da:

- **Alterazioni di tipo fisico e soggettivo:**
 - Senso di pienezza gastrica
 - Gonfiore in regione epigastrica visibile anche all'esame obiettivo

* Gli elementi evidenziati sono la causa fisiologica dell' ipomotilità gastrica della paziente nel post-operatorio.

- Rigurgito, eruttazione
 - Singhiozzo
 - Pirosi
 - Sensazione di gusto cattivo
 - Dolore addominale nei quadranti superiori da distensione dello stomaco (anche 2 litri)
 - Emesi
 - Mancata canalizzazione
- **Alterazioni radiologiche:**
 - Rx transito: In tale esame si evidenzia la permanenza del cibo per parecchie ore nello stomaco con un rallentato passaggio pilorico. Non segni di ostruzioni.

Il mancato svuotamento gastrico è un disturbo che si presenta spesso in pazienti sottoposti a chirurgia addominale maggiore dell'area del plesso celiaco-gastrico. C'è da considerare che i fattori correlati sono prevalentemente organici e che si crea nei giorni una amplificazione del sintomo: “... **adesso appena mangio vomito ...**” infatti lo stomaco ha una **memoria viscerale**: se non è vuoto non richiederà cibo al pasto successivo.

L'emesi può essere anche un problema non fisiologico, ovvero, da attribuire ad un rifiuto di “digerire qualcosa che non va giù”.

Nel caso trattato ho dovuto tenere conto di diversi fattori:

- La paziente aveva subito un intervento che potenzialmente e frequentemente “paralizza” lo stomaco.

- La paziente non aveva accettato la gravità dell'intervento al quale era stata sottoposta (mancata digestione psicologica ??)
- La paziente era convinta che ad ogni pasto avrebbe nuovamente vomitato come ai precedenti (perdita di speranza nelle cure e nel futuro: "... allora non riuscirò più a mangiare ? ...")

La domanda che un'infermiera si pone sempre è: "Come posso aiutare questa persona ?".

Mi sono subito ricordata della lezione del Dott. Lapenta durante il corso CIICS sulle indicazioni terapeutiche per l'uso dell'ipnosi: nel caso della mia paziente erano presenti tali sintomi:

Astenia	IPNOSI	Incremento di consapevolezza di utilizzo delle proprie risorse
Apatia		Motivazione
Pianto (manifestazione)		Consapevolezza delle proprie emozioni.
Insonnia		Miorilassante
Ansia		Rinforzo dell' IO
Vomito e nausea		Controllo della motilità gastrica
Paura ad alimentarsi		Aumento fiducia in sé e nel proprio corpo
Stress		Recupero dell' energia psico-fisica

Insonnia

L'addormentamento della paziente era difficoltoso per vari motivi: la paziente presentava dolori addominali da dilatazione gastrica, era molto stanca per le notti insonni a causa dell'emesi e dei continui distacchi del presidio ileostomico. La

paziente si addormentava per brevi periodi, per poi svegliarsi ricoperta da vomito o materiale fecale. Un calo dell'autostima è normale in questo caso, anche se il personale infermieristico ha sempre seguito amorevolmente e professionalmente la paziente.

L'uso dell'ipnosi ha permesso alla paziente di riaddormentarsi facilmente nonostante i frequenti risvegli.

Ansia

La paziente dopo 15 gg cominciava a convincersi che non sarebbe uscita dall'ospedale e non si sarebbe più alimentata se non attraverso le fleboclisi. Cominciava a chiedere per quanto tempo avrebbe potuto sopravvivere essendo nutrita per via parenterale e non per via orale.

L'uso dell'ipnosi le ha permesso di imparare a controllare la motilità gastroduodenale, sia nel senso dello svuotamento gastrico, sia nel senso dell'evacuazione delle feci attraverso l'ileostomia, così da farle riacquistare fiducia in sé stessa.

Nel caso descritto, ho provveduto ad assicurarmi che la paziente non avesse ostruzioni intestinali di tipo meccanico, infatti aveva eseguito di recente un Rx transito con mezzo di contrasto che evidenziava il rallentato svuotamento gastrico, con dilatazione dello stomaco, ma nessun segno di impedimento allo svuotamento e il tratto intestinale veniva percorso fino all'ileostomia.

Questo mi assicurava che la natura organica del disturbo riguardava un problema di "propulsione e spinta" del bolo alimentare e non un problema di tipo ostruttivo. La

paziente vomitava a 4/5 ore dal pasto e ciò generava paura di alimentarsi al pasto successivo.

Parlai con lei rassicurandola sul fatto che la natura organica del suo problema poteva essere controllata e risolta, le spiegai il concetto di “memoria viscerale” e le proposi di tentare con l’ipnosi.

4.6. La Relazione

La **fiducia** che la paziente riponeva in me come operatrice professionale le ha permesso di superare la diffidenza e le false credenze sull’ipnosi. Il **bisogno** ha fatto sì che io potessi aumentare tale fiducia durante le numerose notti in cui la paziente è stata da me assistita.

Il mio atteggiamento verbale (riconoscimento della persona, della sofferenza, del dolore totale) e l’uso della comunicazione non verbale⁽¹²⁾, mi hanno permesso sin da subito di instaurare la relazione tra me e la paziente: aumentando la fiducia diminuiva la critica. La strada verso l’induzione ipnotica era priva di ostacoli, il passaggio allo stato modificato di coscienza è stato semplice ed immediato.

Lo stato di bisogno crea la reazione al contrario (seguimi ed io ti tiro fuori). La mia relazione con la paziente era molto asimmetrica (il suo enorme bisogno di aiuto ci poneva su livelli diversi), ciò generava una motivazione multipla, questo mi è stato utile per avviare lo stato modificato. Come in un loop la relazione si potenzia.....

Prima di creare l’immagine ho preso in considerazione il vissuto della paziente, ne ho considerato lo stato sociale, il livello di istruzione e la sua situazione ospedaliera.

4.7. 1^ INDUZIONE

4.7.1. Obiettivo

Favorire il sonno notturno della paziente riducendo i farmaci ipnoinducenti.

4.7.2. Motivazione

Se la paziente dormirà meglio sarà in grado di affrontare meglio la giornata.

4.7.3. Tempi di induzione

In tutte le induzioni uso una modalità lenta e credo gradevolezza.

Alla paziente ho spiegato l'obiettivo e le ho chiesto il consenso alla pratica. La paziente ha acconsentito ed ha richiesto la presenza del marito (condizione che è decaduta nelle altre induzioni, la paziente ha superato la diffidenza e le false credenze grazie alla fiducia che nel tempo si è creata).

4.7.4. Metodo

Dall'osservazione e ascolto del soggetto comprendo che utilizza principalmente il canale di comunicazione cinestesico⁽¹²⁾. Quindi durante l'induzione le fornisco suggestioni di pesantezza.

4.7.5. Tecnica usata

Tecnica Diretta⁽¹³⁾ : mi rivolgo a lei in maniera diretta e abbiamo uno scopo. Le chiedo di chiudere le palpebre, sin da subito la paziente si affida a me, chiaramente le risposte positive a tutte le mie domande mi fanno capire che ha ridotto la critica, ciò facilita l'ingresso delle idee, quelle che "modificano qualcosa" nell'organismo, ovvero ciò che il Professor Granone definisce "monoideismo plastico". Viene suggerita l'idea della pesantezza al braccio destro: la paziente realizza in pieno la catalessi dell'arto. A questo punto "guido" la paziente nel

trasferire a tutto il corpo tale sensazione che causa benessere: “rilassamento frazionato”.

Usando le parole : Immagina, Ricorda, propongo alla paziente di dormire bene come lei ritiene al meglio delle sue possibilità e le do il comando di non sentire i rumori del reparto (allucinazione negativa). La paziente divenendo negligente verso una parte del mondo esterno riuscirà a riposare meglio.

Nell' ultima fase dell'ipnosi continuo ad elogiare la paziente per la sua bravura e per la sua capacità ad aver realizzato la trance e il fenomeno (ciò aumenta l'autostima) e le insegno il gesto post-ipnotico per auto indursi (indice e pollice della mano sinistra uniti). Faccio riemergere la paziente lasciandole suggestioni di benessere.

4.7.6. Risultato

La paziente, il giorno seguente, mi riferisce che durante la notte precedente ha dormito bene, relativamente al fatto che si è svegliata 4 volte per i suoi problemi gastrointestinali, ma è riuscita a riprendere sonno in fretta e si sente meno astenica.

4.8. 2^ INDUZIONE

Ascolto la paziente: “non digerirò mai più”, “non riuscirò a prendere peso”. Rassiccuro la paziente senza tuttavia sminuire le sue paure.

La paziente era consapevole della sua capacità di realizzare l'ipnosi, ciò ha creato l'alleanza ed ha permesso di stabilire un “contratto terapeutico”: “*Tu hai bisogno di imparare a gestire il tuo stomaco, io potrei aiutarti*” (ho volutamente usato il condizionale per lasciar spazio ad un eventuale mancato risultato).

La paziente avrebbe fatto di tutto per risolvere il problema e trovare una soluzione o modificare in parte la situazione.

4.8.1. Obiettivo

Controllare la motilità antro-pilorica dopo il pasto, simulando la contrazione dello stomaco e la segmentazione ritmica della muscolatura circolare del tenue.

4.8.2. Motivazione

Se la paziente riuscirà a svuotare lo stomaco si alimenterà meglio e con gradevolezza ad ogni pasto.

4.8.3. Metodo e tempi di induzione

Induco la paziente con tecnica diretta, ma mi rendo conto che ormai basta il mio comando di chiudere le palpebre affinché essa entri subito in trance. Comunque mi accerto del suo stato modificato con una catalessi delle palpebre.

4.8.4. Tecnica usata

Uso la strategia di spiegare alla paziente i meccanismi che permettono allo stomaco di svuotarsi. Le spiego che lo stomaco ha una **“memoria viscerale”** e che per avere voglia di ricevere nuovo cibo, deve essere vuoto. Il suo stomaco faceva fatica a svuotarsi e lei poteva con l'ipnosi risolvere il problema.

La paziente doveva conoscere sommariamente la struttura dell'organo interno che andava a stimolare, quindi le spiego con dei disegni come è fatto il suo stomaco e come funziona la peristalsi e la motilità antro pilorica.

Induco il rilassamento. Suggestisco alla paziente sensazioni di contrazione gastrica (secondo la tecnica di Miroglio), di digiuno e di fame. Le faccio aprire e chiudere la mano come un pugno immaginando di avere al suo interno un palloncino e di svuotarlo ad ogni chiusura. La paziente mi dirà al “risveglio” di

avere immaginato di spingere l'intestino con le mani come si fa quando si riempie con la carne tritata il budello per la preparazione della salsiccia a livello casalingo. Lei aveva così tradotto in immagine la mia spiegazione di peristalsi, (poteva essere anche utile farle ricordare il vissuto farmacologico di un farmaco che aveva funzionato in passato, ad esempio la metoclopramide "Plasil ©" oppure levosulpiride "Levopraid ©" ecc dicendole di avere lo stesso risultato di quando, dopo avere preso il farmaco ... si sentiva meglio).

Durante l'ipnosi le ho detto di trasferire al suo stomaco potenza e forza: "usa la fantasia e con le tue mani spingi.. Tale contrattura da te generata si trasforma sempre di più in una sensazione di benessere e tutto il tuo corpo ne ha vantaggio. La matassa che c'è nella tua pancia si scioglie e si districa" intanto le tocco la pancia ed in particolare l'epigastrio, avvisandola del fatto che le mie mani le indicheranno, toccandola, il percorso giusto da seguire.

Quindi le do delle suggestioni post-ipnotiche affinché essa possa ripetere l'esercizio in autoipnosi tutte le volte che si ripresenterà la sintomatologia o addirittura in anticipo rispetto al pasto.

A questo punto faccio riemergere la paziente: *"ritornerai alla realtà consapevole di poter ripetere questo esercizio, tutte le volte che ne avrai bisogno, secondo la tua volontà".*

Durante l'induzione do un rinforzo dell'io ricordando alla paziente la sua bravura e la sua capacità.

Uso spesso il **ricalco** : ***"apri gli occhi, puoi vedere che, anche se io aspiro dal sondino naso-gastrico, non esce più nulla*** (invece prima c'era ristagno,

cioè lo stomaco era pieno e non era stato drenato) **quindi TU hai svuotato il tuo stomaco**".

"Puoi sentire con la tua mano sulla pancia, che lo stomaco si contrae e puoi sentire il rumore dell'intestino come se qualcosa gli scorresse dentro".

4.8.5. Risultato

Vista la notevole compliance della paziente non si sono più verificati episodi di emesi, la paziente è riuscita ad alimentarsi in maniera quasi normale ad ogni pasto e ha ridotto significativamente lo stress. A lungo termine, al ritorno al domicilio la paziente ha avuto un aumento di peso di circa 2/3 Kg (i pazienti portatori di ileostomia solitamente sono ad alto rischio di perdita di peso e difficilmente riescono a "mantenere" il peso alla dimissione.

4.9. 3^ INDUZIONE

Premetto che la paziente, a questo punto era stata nuovamente ricoverata, a distanza di tre mesi (agosto 2013), per intervento di ricanalizzazione (chiusura dell' ileostomia). La presenza di feci liquide nell' ileostomia è normale. Dopo la ricanalizzazione ci si aspetta che le feci espulse dalle vie naturali abbiano una consistenza poltacea. Nel caso della paziente il colon residuo consisteva in un tratto di soli 70 cm. In tale tratto avviene il riassorbimento dell'acqua, ma vista la riduzione dell'organo la paziente presentava numerose scariche diarroiche.

4.9.1. Obiettivo

Controllare la motilità del colon per ridurre le scariche diarroiche.

4.9.2. Motivazione

Se la paziente riuscirà a rallentare la motilità del colon, riuscirà ad avere meno evacuazioni e feci più formate.

4.9.3. Metodo e tempi di induzione

Induco la paziente con tecnica diretta.

4.9.4. Tecnica usata

Propongo alla paziente delle immagini piacevoli e rilassate, che possano favorire il rallentamento del materiale fecale: *“immagina di essere su una barca dai bellissimi colori e di navigare su un fiume verso la sua foce, il fiume scorre normalmente, ma il paesaggio circostante è così piacevole e bello che potresti decidere di usare i remi della tua barca per rallentarne la velocità e godere di questo bellissimo spettacolo”*.

4.9.5. Risultato

Il controllo sulla muscolatura del colon ed il rilassamento hanno favorito il ritorno a delle evacuazioni più controllate in quanto è stato favorito il riassorbimento dell'acqua nell'ultimo tratto dell'intestino.

A luglio 2014 (a distanza di 11 mesi dall'intervento di ricanalizzazione) ho avuto modo di rivalutare la paziente in occasione dell'esecuzione della TC di follow-up. Le sue condizioni erano ottimali, il suo stato di salute era buono, il peso corporeo era stabile e i referti degli esami strumentali evidenziavano l'assenza di recidiva di malattia. La paziente mi ha anche riferito che continuava ad usare le tecniche di autoipnosi con benefici sia a livello fisico che psichico.

5. CONCLUSIONI

Ritengo che oltre alla terapia farmacologica, l'uso dell'ipnosi può risultare molto efficace in un percorso di riduzione dei sintomi correlati all'intervento chirurgico e per favorire la canalizzazione. In ipnosi è reale creare delle modificazioni psico-somatiche viscerali, come ridurre o annullare le cenesopatie gastriche.

Personalmente ritengo che sia necessario educare tutto il personale che è a contatto con i pazienti alla comunicazione ipnotica e che solo un gruppo selezionato di operatori, con comprovata capacità, tratti i pazienti con sedute di ipnosi programmate o meno al fine di potenziare i benefici della pratica.

L'ipnosi è uno strumento alla portata di tutti gli operatori che consapevolmente potrebbero usarla anche solamente come importante processo comunicativo.

Io considero l'ipnosi come un potente strumento che nella pratica della medicina moderna non dovrebbe mancare. Essa dovrebbe essere a disposizione di professionisti autorizzati ed abilitati.

Per essere riconosciuto come mezzo curativo, soprattutto nei luoghi di cura dove prevale la sola parte fisica del paziente, è necessario l'impegno pratico di ricercatori, dottori ed infermieri. Fondamentale è la tenacia degli ipnologi che devono giorno per giorno dimostrare che non si tratta di un fenomeno da circo, ma di una vera e propria terapia.

Auspico che ulteriori studi possano incrementare i dati sui benefici della pratica ipnotica e validarla in ambito scientifico.

6. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Disbrow EA, Bennet HL, Owings JT: *Effect of preoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility*. West J Med 1993 May;158:488-492
- ² Kekecs Z, Varga K: *Positive suggestion techniques in somatic medicine: A review of the empirical studies*. Department of Affective Institute of Psychology, Eotvos Lorand University 2013 July; 2061-1617
- ³ Brunner, Suddarth: *Nursing Medico Chirurgico Vol. 1*. Ed. Ambrosiana pp. 896,898
- ⁴ Autori Vari: *Anatomia Umana Vol. 2°*. Ed. Ermes. ISBN 88-7051-077-8 pp. 173-176
- ⁵ Sutor C.W. e Crowley M.F., *Nutrition: Principles and Application in Health Promotion*, 2^a ed. J.B. Lippincott, Philadelphia 1984, pag. 219
- ⁶ Damasio A: *The feeling of what happens : Body, emotion and the making consciousness*. London, Heinemann, 1999
- ⁷ Fiocca S: *Fondamenti di Anatomia e Fisiologia Umana*. Ed. Sorbone pp. 341-344
- ⁸ Miroglio G, Zentilin P, Vismara V, Savarino V, Pace F, Maconi G: *Effetti dell'ipnosi sulla motilità gastro-duodenale*. Atti Simposio Nazionale SIED Saint Vincent 1998; 66-67.
- ⁹ Hall WH, Herb RW, Brady JP, Brooks FP: *Gastric function during hypnosis and hypnotically-induced gastrointestinal symptoms*. J Psychosom Res. 1967 Nov;11(3):263-6.
- ¹⁰ Read NW: *Bridging the gap between mind and body: Do cultural and psychoanalytical concept of visceral disease have an explanation in contemporary neuroscience?* In Mayer EA, Soper CB (eds): *Progress in Brain Research*, vol 122. Amsterdam, Elsevier, 2000, pp 425-443
- ¹¹ Rainville P, Duncan GH, Price DD, et al: *Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex* science 277:968-971. 1997
- ¹² Mastronardi VM: *Manuale di comunicazione non verbale*. Ed. Carocci Faber pp. 107-110
- ¹³ Casiglia E, Rossi AM, Lapenta AM, Somma M, Tirone G, Tosello M: *Ipnosi Sperimentale e Clinica*. Ed. Artistica Bassano p. 57
- Wadden TA, Anderton CH: *The clinical use of hypnosis*. Psychol Bull 1982; 91:215-243
- Granone F: *Trattato di ipnosi Vol. 1 e 2*. Ed. UTET pp.294-295 Vol.2
- Moiraghi P: *Patologia Medica e Infermieristica Clinica*. Ed. Medico Scientifiche p. 317
- Cosentino F: *Storia dell'endoscopia digestiva in Italia* - Editore Area Qualità Milano 2001, 76.
- Kellner R, Fava G. A: *Symptom Questionnaire, Versione italiana* - 1982