



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS

centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2021

Valore aggiunto della comunicazione ipnotica
in un servizio di Senologia

Relatore:
Prof. Paolo Granone

Candidata:
Dott.ssa Grazia Ortoleva

Indice

Valore aggiunto della comunicazione ipnotica	0
in un servizio di Senologia.....	0
Prefazione	3
Introduzione.....	4
Definizione di ipnosi secondo Granone	4
Le fasi dell'ipnosi	5
La comunicazione ipnotica	6
Capitolo 1 – La Senologia	7
La Neoplasia Mammaria - Epidemiologia.....	7
Screening.....	8
Metodiche diagnostiche in senologia	8
Capitolo 2 – L'ipnosi in Senologia	11
Immaginazione ipnotica per il controllo del dolore	11
Uso dell'ipnosi in procedure dolorose	11
Applicazione dell'autoipnosi per il dolore cronico.....	12
Valutare gli effetti dell'ipnosi	13
Capitolo 3 – Progetto per inserire la comunicazione ipnotica in Senologia.....	14
Servizio di Senologia attuale	14
Come inserirei l'ipnosi nel Servizio di Senologia del nostro Ospedale	15
Obiettivi del progetto.....	17
Background dello studio nel servizio di Senologia	17
Disegno dello studio.....	18
Raccolta e conservazione dati	21
Analisi dei dati	21
Conclusioni.....	22
Bibliografia.....	23

Prefazione

Sono una Radiologa e Senologa e lavoro nella Breast Unit dell’Ospedale di Savigliano ormai da più di 20 anni occupandomi sia di Screening Senologico che di Senologia Clinica. Il mio lavoro è a contatto con le donne, molto spesso “sane” in ambito di screening, spesso oncologiche. Sappiamo che in ambito Senologico la patologia benigna ha scarsa rilevanza e molto spesso non necessita di terapia, viceversa la nostra attenzione è sempre rivolta a far diagnosi di lesione neoplastica, essendo questa la situazione che richiede il nostro impegno per una diagnosi precoce al fine di garantire una più efficace terapia. Ho imparato come il dato clinico della nodulazione mammaria sia una situazione quasi sempre altamente “ansigena”. Quando la collega cardiologa – che già lo scorso anno aveva frequentato la vostra scuola – mi ha contattata, raccontandomi la sua esperienza, non ho esitato e spinta in primis dalla curiosità e poi dalla speranza di poter arricchire il mio lavoro e farne dono alle mie assistite, mi sono iscritta alla scuola di Granone.

Introduzione

Definizione di ipnosi secondo Granone

L'ipnosi può essere definita secondo Granone, *uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed il rapporto operatore-soggetto*; dove per monoideismo plastico intendiamo la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni: percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie (Granone, 1983). L'ipnosi sostenuta dal monoideismo plastico, che si ripercuote a livello psicosomatico, è quindi un modo eccellente per modificare, in maniera vantaggiosa per il paziente, sia la mente che il corpo. L'ipnosi è la tecnica usata per indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico caratterizzato dalla prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critiche intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e da condizioni di parziale dissociazione psichica.

È auspicabile che si instauri un rapporto empatico fra l'operatore e il paziente, in quanto il fenomeno ipnotico non può prescindere dalla relazione medico-paziente, una relazione dove qualcosa di "dinamico" passa dal terapeuta al paziente che ne riceve i benefici terapeutici (Lapenta, 2020). Tale rapporto si instaura attraverso una comunicazione, verbale e non verbale, la più suggestiva possibile, in modo da riuscire ad essere modificante nel soggetto che la riceve, fino al verificarsi della "trance ipnotica", uno stato dinamico via via modificabile con metafore in grado di attivare un monoideismo plastico (Lapenta et al, 2006). Con stato ipnotico o trance si intende una condizione particolare di accoglienza dell'informazione proposta e la focalizzazione adeguata dell'attenzione su un'unica idea. Con il monoideismo plastico il soggetto diventa capace di gestire le potenzialità della sua mente nelle componenti più creative e fantasiose, in modo da orientare l'attenzione sull'obiettivo da raggiungere; in questa operazione è fondamentale, come abbiamo già detto, il rapporto interpersonale che si crea fra operatore e paziente, caratterizzato da una specifica comunicazione. A tal fine il terapeuta deve attivare delle procedure che orientino l'attenzione della persona sull'obiettivo scelto, che sono le cosiddette "tecniche di induzione". Nel soggetto devono anche essere presenti specifiche condizioni quali attesa, aspettative, motivazioni e potenzialità di apprendimento (Bandler, 1983).

Le fasi dell'ipnosi

Una seduta ipnotica si suddivide in alcune fasi:

1. **PREINDUZIONE:** si stabilisce una relazione con il paziente, si individuano i suoi bisogni, si studiano i suoi canali comunicativi. Rappresenta la base della struttura della comunicazione ipnotica, senza la quale nulla può realizzarsi.
2. **INDUZIONE:** caratterizzata da una destabilizzazione della coscienza ordinaria attraverso una riduzione o modificazione degli stimoli esterni, la sottrazione di energie di consapevolezza e la realizzazione di un monoideismo plastico. Lo scopo è quello di ottenere, attraverso un uso appropriato di parole e passi, un livello di attenzione mirata che realizzi, attraverso la realizzazione di un monoideismo plastico, un cambiamento evidente sul piano psicosomatico.
3. **CORPO:** è la fase in cui è possibile far leva su immagini liberamente scelte dal paziente per spostare la sua attenzione da una realtà per lui potenzialmente ansiogena o dolorosa. È l'opportunità che gli regaliamo di poter vivere in maniera differente un'esperienza altrimenti sgradevole.
4. **ANCORAGGIO:** possiamo dare al paziente l'opportunità di acquisire in autonomia la possibilità di rivivere la stessa esperienza potenziante in un prossimo futuro. Si tratta dell'autoipnosi, che permetterà al soggetto di riprodurre lo stesso stato di coscienza modificato tutte le volte che vorrà e lo riterrà opportuno. Lavorare coinvolgendo la persona assistita vuol dire renderla "empowered", cioè dotare di potere l'individuo, nella misura in cui egli attinge alle sue risorse vitali per affrontare l'adattamento (il progetto di vita) che la situazione richiede.
5. **DEINDUZIONE** progressivo ripristino e conseguente ristabilizzazione della coscienza ordinaria.
6. **CODA:** periodo di maggiore suscettibilità ad una eventuale nuova destabilizzazione.

La comunicazione ipnotica

La comunicazione ipnotica può essere definita una modalità comunicativa basata sulla potenzialità della parola di evocare, creare nel soggetto visualizzazioni, stati emozionali, e di arricchire il mondo interno del soggetto. Si occupa di qualcosa che è invisibile, l'immaginazione, e utilizza come strumento qualcosa di intangibile, la parola. Si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico e della relazione di fiducia che si instaura tra operatore e paziente. La comunicazione ipnotica attiene alla teoria secondo cui noi, con la nostra rappresentazione mentale, siamo artefici del mondo che percepiamo, e così è in grado di modificare la percezione che abbiamo di ogni esperienza. Essa non si avvale solo della parola, tant'è vero che solo una parte minimale è sostenuta da questa, mentre il 65% del messaggio viene trasmesso non verbalmente, intendendo per non verbale tutta quella comunicazione emozionale che fa capo al cosiddetto carisma ed in definitiva, alla mimica, alla prossemica, ossia la gestione degli spazi interpersonali, alla cinesica, ossia i movimenti spaziali del corpo, delle braccia e delle gambe, durante l'atto del parlare o dell'ascoltare, alla paralinguistica, quest'ultima costituita dalle tonalità comunicazionali della musicalità del parlato (Mastronardi, 2002). Attraverso il comportamento non verbale l'emittente specifica e completa il suo pensiero espresso con la comunicazione verbale e indica l'atteggiamento che lui ha verso il messaggio, verso sé stesso e verso l'altro. L'ipnosi è comunicazione e l'ipnotista agisce soprattutto sul contesto sociale dell'individuo, sia in maniera diretta, creando delle aspettative, sia in maniera indiretta, attraverso metafore e racconti.

Capitolo 1 – La Senologia

La Neoplasia Mammaria - Epidemiologia

Il carcinoma mammario è la neoplasia più frequente nel sesso femminile e la seconda causa di morte, dopo il carcinoma polmonare. L'incidenza in Italia è di 55.000 nuovi casi all'anno, la maggior parte nella fascia di età tra 50-70 anni. Il rischio di svilupparlo nel corso della vita è di 1/8 (12,5%) e la sua incidenza è in continua crescita in particolare nei paesi con stili di vita occidentali come USA, nord Europa e Italia. L'incidenza è invece minore nei paesi in via di sviluppo come Africa e nei paesi orientali come Cina e Giappone. Dal punto di vista epidemiologico, in ordine di frequenza, sono colpiti: Q1, quadrante supero-esterno (46%); Q5, regione peri-areolare (24%); Q2, quadrante supero-interno (15%); Q3, quadrante infero-esterno (8%); Q4, quadrante infero-interno (4%); Q6, prolungamento ascellare (3%). Il principale fattore di rischio è rappresentato dal sesso femminile; infatti, solo 1% dei carcinomi mammari si presenta nel sesso maschile. I più comuni fattori di rischio sono stati raccolti nel BCRAT, utile a calcolare il rischio di sviluppare la neoplasia, e sono rappresentati da: età, picco a 75-80 anni; menarca precoce (35 anni) o nulliparità; familiarità; iperplasia atipica; esposizione estrogenica (terapia ormonale sostitutiva con estrogeni); densità mammaria elevata; esposizione radiazioni (radioterapia a mantellina); carcinoma mammario controlaterale o endometriale; influenze geografiche (USA, Europa); dieta; obesità; fumo di sigaretta; scarsa attività fisica; tossine ambientali. I fattori protettivi principali sono invece rappresentati da: allattamento al seno e pluriparità.

In base a tali fattori di rischio si distinguono due tipologie di carcinoma mammario:

- Carcinomi sporadici: associati a fattori ormonali (sesso femminile, menarca precoce, menopausa tardiva, terapia ormonale sostitutiva, nulliparità); si presentano in età postmenopausale e sono di solito ER+ (recettore estrogenico).
- Carcinomi ereditari: associati a fattori genetici (mutazioni linea germinale); tra le mutazioni genetiche ereditarie più importanti nel rischio di sviluppo di carcinoma mammario si hanno quelle dei geni: BRCA-1: associata a carcinomi scarsamente differenziati e sono del tipo triple negative; si associa inoltre a rischio di sviluppare un carcinoma ovarico, pancreatico o prostatico. BRCA-2: associata a carcinomi scarsamente differenziati, ma solitamente ER+.

Screening

A fronte di un'incidenza aumentata, sono aumentate la sopravvivenza (10yOS: 75% – 1970; 10yOS: 88% – 2012) e la prevalenza (300.000 in Italia); ciò è dovuto ad aumento diagnosi precoci (neoplasia piccola e localizzata). Le donne vanno incoraggiate a praticare l'autoesame del seno ma questo non sembra essere idoneo per la diagnosi precoce in quanto non riduce la mortalità, oltre a generare falsi allarmismi e rassicurazioni. Attualmente lo screening viene effettuato mediante mammografia, riducendo mortalità del 30-40% fra 50-69 anni, quindi riducendo interventi demolitivi, oltre ad aumentare la sopravvivenza. Esso è giustificato dall'evoluzione multi-step di tali neoplasie, da lesioni pre-invasive a invasive, consentendo così un intervento precoce. Il programma di screening della regione Piemonte (Prevenzione Serena) prevede la possibilità di eseguire mammografie con cadenza annuale (45-49 anni) o biennale (≥ 50 anni). In caso di esito positivo, è necessario proseguire con approfondimento diagnostico.

Metodiche diagnostiche in senologia

La diagnosi delle patologie mammarie può avvalersi di: esame obiettivo, mammografia, ecografia; a cui possono seguire esami di approfondimento quali: tomosintesi, RMN, ed approfondimenti ago biotici.

Esame obiettivo:

solitamente, la paziente giunge al clinico per la presenza di uno o più dei seguenti sintomi: dolore, presenza di nodulo palpabile, secrezione. Il dolore (mastalgia o mastodinia) è tipicamente ciclico diffuso, senza correlato patologico, o non ciclico circoscritto. Il dolore può essere causato da lesioni benigne come rottura cistica, trauma, infezioni (95% dei casi) o dal carcinoma mammario (5%). È noto come il dolore sia generato ed alimentato dalle situazioni di stress emotivo e come sia facile somatizzare l'ansia trasformandola in stimolo doloroso. La paziente può presentarsi dopo aver avvertito la presenza di un nodulo palpabile all'autopalpazione. Il nodulo rappresenta più frequentemente fibroadenoma, cisti o carcinoma invasivo. La probabilità che un nodulo palpabile sia maligno aumenta con l'età (es. 60 anni: 60%) e varia in base alla sede (es. Q1). Il nodulo deve essere descritto inoltre in base alla mobilità rispetto ai piani cutanei (fisso o mobile). Inoltre, l'esame obiettivo può rendere evidente una secrezione latte, che non è associata a neoplasie maligne, o una

secrezione emorragica o sierosa. È indice di sospetta malignità se la secrezione è spontanea, unilaterale e monoriforziale. Il rischio di associazione aumenta con l'età (es. 60 anni: 30%).

Mammografia

La mammografia è l'esame che permette l'esplorazione della mammella nella sua completezza, che offre la maggior sensibilità per i tumori in fase iniziale. Per questo motivo la mammografia è la tecnica utilizzata in un programma di screening, introdotta per rilevare carcinomi mammari piccoli, non palpabili e asintomatici. La massima accuratezza della mammografia si ha in donne di età maggiore di 45 anni, mentre si riduce la sensibilità quanto si tratta di mammelle dense, che non consentono un sufficiente contrasto tra parenchima ed eventuale lesione addensante. La mammografia si esegue con un apparecchio radiologico per cui è necessario comprimere il seno tra un compressore di materiale plastico e un detettore. Le proiezioni standard da effettuare sono quattro, due per mammella, ma spesso si aggiungono radiogrammi mirati per valutare particolari immagini. Oggi molto spesso la mammografia è integrata dalla tomosintesi che necessita di prolungare, sia pur per un breve tempo, la compressione del seno. La paziente nell'effettuare l'esame può provare una sensazione dolorosa che, aggiunta alla possibile ansia anticipatoria provocata dall'idea di una possibile diagnosi, potrebbe compromettere l'esecuzione di un esame ottimale. Spesso, infatti, non si riesce ad ottenere una rilassatezza muscolare tale da rendere veloce e indolore la compressione del seno da parte dell'apparecchiatura diagnostica digitale. In questo contesto, la comunicazione ipnotica può diventare di aiuto.

Ecografia

L'ecografia consente di distinguere lesioni solide e lesioni cistiche, definendo con maggiore precisione i confini. L'esame risulta particolarmente indicato nei casi di mammelle dense in donne giovani, permettendo di visualizzare la maggior parte delle lesioni palpabili non evidenziabili alla mammografia. L'ecografia può essere utilizzata anche per indirizzare una metodica interventistica. Inoltre, è fondamentale per la localizzazione preoperatoria di lesioni non palpabili, con successiva introduzione di repere metallico o esecuzione di tatuaggio cutaneo.

RMN

La RMN viene eseguita nel caso di quadro non dirimente o necessità di ulteriori informazioni. Le indicazioni sono: sorveglianza in donne giovani sane a rischio genetico (BRCA 1 e BRCA 2), valutazione della risposta alla chemioterapia neoadiuvante, sospetta bilateralità o multicentricità della lesione, mammella densa, presenza di protesi mammarie. La RMN evidenzia lesioni tumorali grazie al rapido assorbimento del mezzo di contrasto dovuto all'elevata vascolarizzazione tumorale. La tecnica di indagine è spesso ostacolata da crisi di claustrofobia per cui l'impiego dell'ipnosi potrebbe facilitarne l'esecuzione.

Tecniche anatomo-patologiche

Le tecniche anatomo-patologiche rappresentano un insieme di tecniche diagnostiche di approfondimento, nel caso in cui si ponga il sospetto clinico e radiologico di lesioni maligne. Esse sono rappresentate dall'esame citologico o istologico. L'esame citologico può consistere nel prelievo del secreto, in presenza di secrezioni capezzolari, o nell'aspirato ad ago sottile (FNA, fine needle aspiration) a livello di opacità, poste in profondità. L'esame istologico, invece, si effettua su materiale prelevato con ago a scatto (core biopsy) a livello di opacità e calcificazioni oppure con il mammotome, quest'ultima si tratta di una biopsia multipla con ago di grosso calibro associata ad un sistema di aspirazione.

Capitolo 2 – L’ipnosi in Senologia

Immaginazione ipnotica per il controllo del dolore

L’ipnosi può essere usata per modulare sia gli stimoli esterni che l’autoconsapevolezza interna. La letteratura suggerisce tre principi fondamentali alla base di un’efficace analgesia ipnotica (Wortzel & Spiegel, 2017): la trasformazione sensoriale, l’accomodamento sensoriale, la dissociazione. Secondo la trasformazione sensoriale si insegna al paziente a non combattere uno stimolo doloroso, ma ad accettarlo e trasformarlo concentrandosi su altri stimoli concorrenti. Lasciando spazio ad altre sensazioni che, invece, forniscono sollievo dal dolore si può permettere al dolore di passare nella periferia della consapevolezza cosciente. Secondo, invece, l’accomodamento sensoriale il paziente impara ad apprezzare che nel dolore c’è una distinzione tra il segnale neuronale stesso e il disagio che quel segnale provoca. In particolare, usando l’ipnosi ci si può adattare ad uno stimolo potenzialmente doloroso percependolo come qualcosa di più benigno e persino piacevole. Il terzo principio è di natura dissociativa: si può invitare il paziente ad immaginare di essere altrove, distaccandosi dall’esperienza immediata usando l’immaginazione.

Uso dell’ipnosi in procedure dolorose

In ambito ambulatoriale le procedure mediche hanno a disposizione una limitata gamma di percezione del dolore, durante le procedure mediche dolorose, per modificare il disagio fisico e psicologico. In particolare, l’ipnosi è stata usata con successo per ridurre il dolore e l’ansia durante l’esecuzione di ago biopsie di possibili tumori al seno (Lang et al., 2006). In questo studio venivano proposte tre condizioni: cure standard, attenzione empatica strutturata e ipnosi. In particolare, le cure standard cercavano di indurre conforto al paziente mediante il dialogo e l’avvertimento degli stimoli imminenti. L’attenzione empatica strutturata è stata standardizzata in un manuale e si è dimostrata idonea a procedure invasive in radiologia (Lang & Berbaum, 1997): questa consiste nell’incoraggiare il paziente, rispondere rapidamente alle richieste, evitare un linguaggio con negazioni e preferire l’uso di descrittori emotivamente neutri. L’ipnosi, infine, porta il paziente ad essere guidato in un luogo estraneo alla realtà e confortevole. L’immagine offerta distrae il paziente con stimoli diversi da quello doloroso, e se egli percepisce il dolore, questo viene trasformato in un senso

di intorpidimento caldo o fresco e formicolante. Lo studio ha mostrato che l'ansia era significativamente diminuita nella condizione di ipnosi e il dolore era migliorato nelle condizioni di ipnosi ed empatia. Nella pratica clinica, i pazienti possono essere guidati attraverso esperienze sensoriali durante l'esecuzione della procedura oppure si può suggerire, prima della procedura, un dato scenario che il paziente può provare in anticipo e richiamare mentre la procedura viene effettuata.

Applicazione dell'autoipnosi per il dolore cronico

I pazienti con malattie croniche gravi e cancro avanzato che ricevono cure palliative possono presentare dolore e ansia già nelle prime fasi della malattia. I pazienti possono essere istruiti a praticare l'autoipnosi per il trattamento del dolore cronico (Spiegel, 2004). Una semplice strategia di induzione include invitare il paziente ad alzare lo sguardo mentre chiude lentamente gli occhi, facendo un respiro profondo, e immaginare che il suo corpo flutti e che la sua mano sia così leggera da poter fluttuare fuori dal suo grembo come un palloncino (Spiegel & Spiegel, 2004). Come per qualsiasi tecnica di trattamento del dolore, l'ipnosi è più efficace se impiegata all'inizio dell'acuirsi del dolore, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati ad attuarla prima che il dolore sia diventato così opprimente da compromettere la concentrazione (Patterson & Jensen, 2003).

L'ipnosi può essere considerata un'efficace terapia adiuvante per il controllo del dolore e dell'ansia nel cancro e nelle malattie croniche gravi per i pazienti che ricevono cure palliative (Brugnoli et al., 2018). Uno studio clinico non randomizzato condotto a Verona ha riguardato l'integrazione precoce dell'ipnosi clinica nelle cure palliative rispetto alle cure farmacologiche standard. Sono stati reclutati 50 pazienti, sono stati assegnati al gruppo di controllo, che ha ricevuto cure mediche standard (oppioidi, farmaci FANS e corticosteroidi), o al gruppo sperimentale, che prevedeva l'integrazione dell'ipnosi ai farmaci analgesici. I pazienti sono stati seguiti per un follow-up di due anni, lo studio ha mostrato una diminuzione statisticamente significativa del dolore e dell'ansia e un rischio significativamente inferiore di aumentare il trattamento farmacologico del dolore rispetto ai pazienti che stavano ricevendo solo terapia farmacologica antalgica.

Valutare gli effetti dell'ipnosi

Il cancro al seno è caratterizzato da una crescita incontrollata di cellule, durante il processo di immunoediting tumorale le citochine sono importanti regolatori della risposta infiammatoria. È stato ben stabilito che l'infiammazione cronica, i cui principali attori sono IL-6 e TNF- α , gioca un ruolo importante nello sviluppo del cancro. Inoltre, la chemioterapia è associata a una vasta gamma di effetti avversi compresa l'influenza sui livelli di G-CSF, contribuendo alla neutropenia. In particolare, l'aumento significativo di TNF- α è stato implicato nello sviluppo e nella progressione delle neoplasie, e la sovraespressione di G-CSF è stata associata ad una prognosi sfavorevole. L'ipnosi è stata associata al mantenimento stabile dei livelli di citochine delle donne con cancro al seno durante la chemioterapia (Téllez et al., 2020). In questo studio, 40 donne con recente diagnosi di cancro al seno sono state assegnate ad un gruppo di controllo, che ha ricevuto cure mediche standard, o a un gruppo di ipnosi, che ha ricevuto 24 sessioni di ipnosi nell'arco di 6 mesi come terapia adiuvante alle cure mediche standard. Sono stati confrontati i livelli di citochine prima dell'inizio della chemioterapia, un mese dopo l'inizio del trattamento e alla fine di questo: alla fine del trattamento chemioterapico il gruppo di controllo ha mostrato livelli significativamente più elevati di fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α) e di fattore di stimolazione delle colonie di granulociti (G-CSF) rispetto al gruppo di ipnosi.

I pazienti con cancro al seno possono sperimentare stress cronico, ansia e coping inefficace che possono sopprimere il funzionamento del sistema immunitario. L'ipnosi aumenta transitoriamente il numero di cellule natural killer (NK) in pazienti con cancro (Bakke et al., 2002). Anche il training autogeno, che induce uno stato psicofisiologico molto simile allo stato ipnotico, provoca un incremento nella risposta del sistema immunitario in pazienti in terapia oncologica (Hidderley & Holt, 2004). In questo studio, 31 donne affette da carcinoma mammario in fase iniziale che hanno ricevuto una tumorectomia e radioterapia sono state randomizzate in due gruppi. Il gruppo di controllo ha ricevuto una visita domiciliare, il secondo una visita domiciliare e un training autogeno settimanale per due mesi. Lo studio ha mostrato che i livelli di cellule CD8 e NK erano significativamente aumentati nella condizione di training autogeno. Una ricerca condotta su soggetti sani fornisce supporto sul fatto che un breve programma di ipnosi autoindotta possa modificare una misura fisiologica dell'infiammazione (IL-6) e migliorare il coping e la resilienza di fronte allo stress lavorativo e della vita (Schoen & Nowack, 2013). Dopo 12 settimane, è stato osservato che i partecipanti avevano un livello sierico di IL-6 significativamente più basso rispetto al basale.

Capitolo 3 – Progetto per inserire la comunicazione ipnotica in Senologia

Servizio di Senologia attuale

Il Servizio di Senologia del nostro ospedale prevede, nel suo organigramma, due medici e quattro tecnici (TRSM) dedicati alla Senologia e il personale amministrativo. Ci occupiamo sia di screening mammografico che di senologia clinica. Le sale di diagnostica radiologica ed ecografica e lo studio di refertazione sono tutti collegati internamente, mentre il corridoio antistante è in condivisione con il servizio RMN ed è adibito a sala d'aspetto. La paziente svolge dapprima l'esame radiologico, poi viene fatta accomodare in sala ecografica, qui si procede con la visita del medico e l'esecuzione dell'esame ecografico. Una volta eseguito l'esame, la paziente viene fatta accomodare nel corridoio adibito a sala d'aspetto. Successivamente, si invita la paziente nello studio medico dove le viene consegnato il referto. Tutto questo, pur richiedendo un impegno importante, si è visto, con il tempo, essere particolarmente apprezzato e gradito dalle pazienti. Quando sono necessari approfondimenti diagnostici strumentali, questi vengono eseguiti al momento stesso.

Tre sono, a mio avviso, i momenti più critici e delicati durante il percorso delle donne nel nostro servizio di Senologia:

1. l'attesa preesame nella sala d'aspetto;
 2. l'attesa qualora si richieda un approfondimento;
 3. la comunicazione dell'esito.
-
- 1) Viene richiesto alla paziente di aspettare in un corridoio, adibito a sala d'aspetto, dove vi è il passaggio continuo di altre pazienti e del personale della radiologia che comporta brusio e confusione. L'attesa dell'esame, soprattutto se si tratta di una revisione, non permette certamente di sedare la componente ansiogena con cui il paziente può essersi recato in ospedale. Inoltre, in questo periodo di pandemia Covid-19 non è concesso l'ingresso di eventuali accompagnatori nell'interno dell'Ospedale, pertanto l'ansia dell'attesa, in solitudine, può diventare di difficile gestione.
 - 2) Il tempo standard di un esame senologico può dilatarsi qualora si rendano necessari approfondimenti strumentali, che nel nostro Servizio vengono normalmente svolti in

modo estemporaneo. Inevitabilmente possono esserci dei “tempi morti” tra l’approfondimento radiologico ed il completamento diagnostico ecografico; in questo caso la paziente viene fatta accomodare in sala ecografica, coricata sul lettino in attesa del radiologo che, essendo l’unico medico del Servizio di Senologia, oltre alla valutazione sul PACS delle immagini radiologiche acquisite, è spesso impegnato tra telefonate e richieste varie. Questa attesa attualmente viene gestita in autonomia dalla paziente e, molto facilmente, può alimentare ed accrescere l’ansia.

- 3) La paziente viene contattata telefonicamente dalla segreteria e viene fissato un appuntamento per il ritiro dell’esito dell’Anatomia Patologica. L’appuntamento è sempre il momento della “verità”: per quanto la paziente possa essere stata preparata già durante la seduta degli approfondimenti, in cuor suo rimane sempre la speranza di poter avere notizie confortanti. Spesso i pazienti arrivano accompagnati ed è nostra abitudine creare un momento dedicato alla consegna del referto. Il medico senologo accoglie la paziente nel suo Studio per la comunicazione della diagnosi, sceglie un momento della giornata dedicato esclusivamente a questi colloqui senza il disturbo del telefono o di altre attività, e cerca di organizzare subito a seguire l’eventuale successiva visita CAS.

Come inserirei l’ipnosi nel Servizio di Senologia del nostro Ospedale

In una equipe sanitaria messa alla prova dall’acuirsi del carico di lavoro e dello stress fisico e psicologico, l’ipnosi potrebbe generare benefici in termini di rilassamento, controllo dell’ansia e recupero di energie fisiche e mentali. Per quanto il tempo a disposizione non ci abbia permesso di approfondire adeguatamente le nostre competenze; tuttavia, anche una conoscenza iniziale della comunicazione ipnotica potrebbe aiutare a migliorare il nostro Servizio per il benessere delle pazienti e degli operatori. Abbiamo avuto il piacere ed il regalo di ricevere Milena Muro in visita al nostro Servizio. L’esperta ha assistito alla nostra attività ambulatoriale di una “frenetica” mattinata e ci ha dato preziosi suggerimenti che ora cerchiamo di introdurre.

Ripercorrendo i momenti più critici e delicati durante il percorso delle donne nel nostro Servizio di Senologia, vorrei discutere della possibilità di inserire l’ipnosi nel Servizio:

- 1) Vi sarebbe la necessità di avere un locale più consono ad essere adibito a sala di aspetto. Qui la paziente potrebbe essere affiancata da una figura sanitaria dedicata e capace ad intercettare l'ansia ed i bisogni delle donne e di utilizzare la comunicazione ipnotica. L'operatore potrebbe aiutare la paziente a sottoporsi con tranquillità all'esame, suggerendole la sola distrazione dell'attenzione o l'indirizzamento dell'attenzione verso l'idea unica del rilassamento muscolare e della calma interiore. Questo servizio limiterebbe la componente ansiogena e potrebbe essere un aiuto anche per il tecnico (TRSM) che dovrà poi eseguire gli accertamenti strumentali. Inoltre, vi sono frasi di accoglienza e di invito codificate a cui si possono aggiungere liberamente corollari di frasi diverse a seconda del tipo di persona con cui si interagisce. Si potrebbe inserire una parte di domande o frasi rassicuranti da aggiungere alla normale accoglienza, ad esempio chiamare la paziente dalla sala d'aspetto presentandosi con un sorriso e farla entrare nello spogliatoio salutandola e chiamandola per nome.
- 2) Facendo riferimento alla comunicazione ipnotica appresa nel nostro Servizio, durante l'attesa del medico, vengono suggeriti alle pazienti degli esercizi di rilassamento e sulla respirazione che permettono di rendere l'attesa più serena. Ho constatato come la paziente sia più tranquilla ed aiutata nella gestione dell'ansia. Inoltre, il mio lavoro di approfondimento ne è assolutamente agevolato, la paziente mostra una maggiore compliance nell'assecondare eventuali ulteriori richieste di approfondimenti di senologia interventistica che possono seguire l'approfondimento ecografico.
- 3) Nel colloquio di consegna di una diagnosi è fondamentale avere delle nozioni di comunicazione ipnotica che permettano al medico di trasmettere il messaggio in modo veritiero ma il più delicatamente possibile. È assodato da una lunga esperienza in questo ambito come le parole utilizzate al momento in cui si prende consapevolezza della diagnosi di malattia oncologica rimangano indelebili nella memoria della paziente, che a distanza di anni, durante gli esami di follow-up, te le riporta ringraziandoti se sono state trasmesse in modo idoneo. Ecco che avere strumenti per un approccio comunicativo più strutturato potrebbe agevolare l'operato del medico per il beneficio della paziente.

Obiettivi del progetto

Obiettivo principale:

- Sperimentare lo strumento della comunicazione ipnotica per la gestione e riduzione dell'ansia delle pazienti in un servizio di Senologia

Obiettivi secondari

- Educare la paziente a saper gestire l'attesa dell'esecuzione dell'esame
- Offrire un tempo di attesa di miglior qualità nell'intervallo tra l'esecuzione degli accertamenti diagnostici
- Controllare il dolore durante le procedure di interventistica Senologica
- Ridurre l'ansia durante la comunicazione delle diagnosi

Background dello studio nel servizio di Senologia

Al nostro servizio le pazienti afferiscono da due percorsi diversi:

- Percorso della Senologia Clinica: la paziente viene a fare un accertamento quasi sempre per la presenza di un sintomo clinico. Relativamente alla Senologia Clinica il nostro servizio esegue circa 5000 esami all'anno tra Mammografie ed Ecografie mammarie.
- Percorso dello Screening Senologico: la paziente potenzialmente sana viene a fare un esame di prevenzione. Relativamente al percorso di Screening Mammografico il nostro servizio esegue circa 10.000 esami di I Livello con un tasso di richiamo al II Livello del 4% circa.

Gruppo A: Screening di II Livello.

- Lo screening si distingue in esami di I Livello: la paziente riceve un invito cartaceo per eseguire la mammografia. L'esame viene svolto dal TSRM e non prevede la presenza del medico; il tecnico fa presente alla paziente la possibilità di un eventuale richiamo per approfondimento (II Livello).

- La paziente viene contattata telefonicamente dal personale amministrativo per fissare una seduta di approfondimento. Qui generalmente si innesca un moto d'ansia che la paziente si porta all'appuntamento fissato.
- Lo stato d'animo che accompagna la paziente ad una seduta di revisione è ben diverso da quello presente quando la paziente si reca ad eseguire un esame di I Livello.
- Nel nostro progetto l'appuntamento della revisione di II Livello è uno dei punti più importanti dove inserire il potente strumento della comunicazione ipnotica.

Gruppo B: Senologia Clinica.

- La paziente si reca presso il servizio di Senologia per la presenza di un sintomo clinico. Questa condizione scatena quasi sempre uno stato d'ansia e gli esami strumentali spesso richiedono nella stessa seduta diversi passaggi di approfondimento.

Lo studio proposto è uno studio pilota di fattibilità basato sull'evidenza scientifica dell'utilizzo dello strumento della comunicazione ipnotica nella gestione dell'ansia e del dolore. L'ipnosi risulta uno strumento valido con un buon grado di applicabilità e di adattabilità.

Ci attendiamo che, una migliore gestione dell'ansia nelle diverse fasi del percorso diagnostico, possa:

- Aumentare il rapporto di fiducia con i sanitari
- Migliorare la percezione e quindi l'adesione delle pazienti ai programmi di screening mammografico
- Permettere alla paziente di intraprendere il percorso terapeutico con maggiore collaborazione

Disegno dello studio

Criteri di Inclusione:

- Pazienti di Senologia Clinica, di qualunque età
- Pazienti del programma di Screening, limitatamente al II Livello, età compresa tra 45 e 75 anni.

Criteri di Esclusione

- Pazienti del programma di Screening, del I Livello, età compresa tra 45 e 75 anni.

Metodologia:

1. Le pazienti selezionate firmeranno il consenso informato per la partecipazione volontaria al progetto.
2. È necessario individuare un locale idoneo nel servizio di Senologia per l'attesa degli esami da effettuare, con personale sanitario – OSS – dedicati agli **incontri conoscitivi**. Questo è uno dei punti cardine del progetto. Avere del personale sanitario capace di condividere le prassi necessarie per lo svolgimento del progetto. La presenza di un parente durante tali sessioni è facoltativa a discrezione del paziente. Il personale dovrà conoscere frasi di accoglienza e di invito codificate.
3. Al momento della firma del consenso le pazienti che hanno aderito allo studio riceveranno un questionario che dovranno compilare in forma anonima al termine della seduta diagnostica.

La corretta progettazione del questionario potrà permettere di analizzare in itinere gli effetti dell'introduzione della comunicazione ipnotica in modo oggettivo.

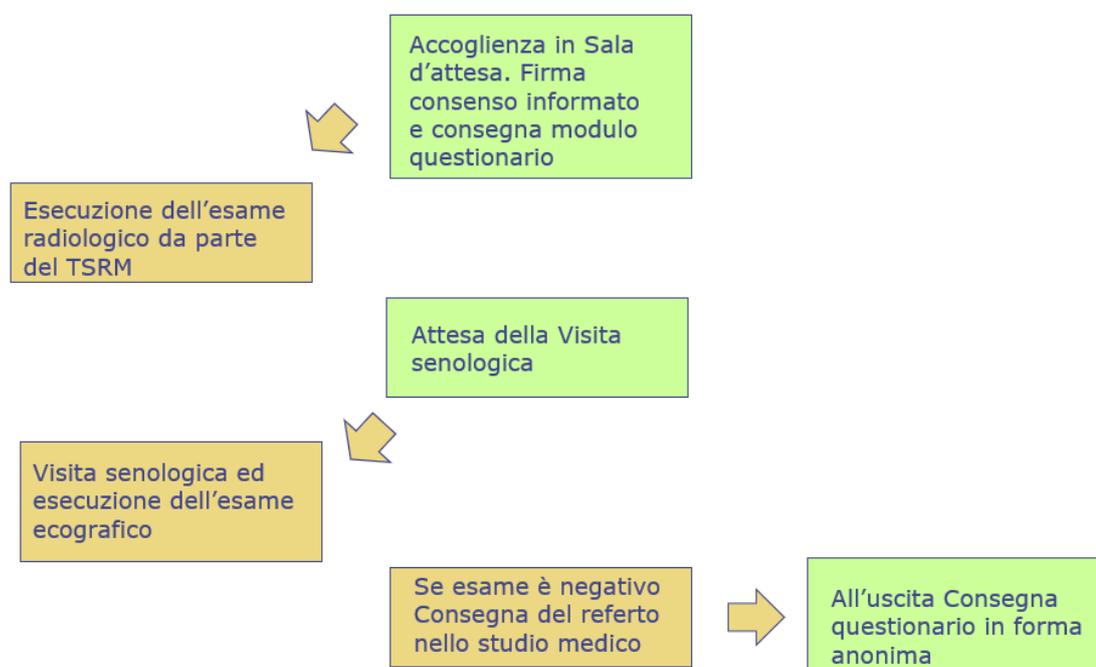


Figura 1: Schema di inserimento delle fasi di comunicazione ipnotica nel percorso diagnostico Senologico.

Gruppo A

Per le pazienti che aderiscono al programma di Screening Senologico il questionario si baserà su quesiti di confronto tra l'esperienza di I e II Livello. Nella seduta di I Livello non viene introdotta la comunicazione ipnotica sia per l'elevato numero di esami eseguiti ma soprattutto perché si ritiene che la paziente aderisca al programma con maggiore serenità.

Esempio di questionario:

È stata accolta per effettuare la mammografia di I Livello da personale sanitario dedicato durante l'attesa dell'esecuzione dell'esame: (Si) / (No)

È stata accolta per effettuare la mammografia di II Livello da personale sanitario dedicato durante l'attesa dell'esecuzione dell'esame: (Si) / (No)

Se è stata accolta da personale sanitario prima effettuare la mammografia di II Livello, da 1 a 5 quanto è stato per lei utile al fine di avvicinarsi all'esame in modo più informato: (1, 2, 3, 4, 5)

Se è stata accolta da personale sanitario prima effettuare la mammografia di II Livello, da 1 a 5 quanto è stato per lei utile al fine di avvicinarsi all'esame in modo più sereno: (1, 2, 3, 4, 5)

Ritiene che questa accoglienza dovrebbe essere introdotta anche prima dell'esame di I Livello: (Si) / (No)

Gruppo B

Per le pazienti che accedono al Servizio di Senologia Clinica il questionario si baserà su quesiti:

- di percezione dei tempi di attesa tra i vari approfondimenti strumentali nella stessa seduta;
- di confronto con esperienze precedenti.

Entrambi i campioni dei gruppi A e B saranno randomizzati introducendo in entrambi i casi test relativi a gruppi di controllo in cui non viene introdotta la comunicazione ipnotica ma le pazienti sono accolte in modo tradizionale.

Per il Gruppo A, relativo alle pazienti che aderiscono al programma di screening di II Livello si prevedono almeno 20 pazienti accolte con la comunicazione ipnotica e 20 pazienti per il relativo gruppo di controllo.

Per il Gruppo B, relativo alle pazienti che accedono alla Senologia Clinica si prevedono almeno 20 pazienti ed altrettante 20 pazienti per il relativo gruppo di controllo.

Raccolta e conservazione dati

La raccolta dati avverrà in modo anonimo e codificato nel rispetto delle leggi vigenti in materia di tutela della privacy. Ad ogni paziente arruolato verrà assegnato un codice identificativo univoco e in nessun caso vi potrà essere l'identificazione del nome e cognome del paziente, la sua data di nascita o dati relativi al SSN. I dati anonimizzati verranno raccolti su apposito registro elettronico per l'analisi statistica e la valutazione dei risultati, con accesso limitato ai collaboratori di questo Progetto di Ricerca protetta da password.

Il database sarà costituito da differenti sezioni: identificazione del paziente, dati anagrafici, tipologia di esame eseguito ed eventuali approfondimenti.

I dati clinici dei pazienti, diagnostici o la terapia medica effettuata, saranno depositati in un database dedicato con accesso protetto da password nota solo al responsabile e ai collaboratori del progetto.

Analisi dei dati

Nella valutazione dell'impatto organizzativo del progetto sarà necessario prevedere anche la presenza di una collaborazione specialistica per l'analisi dei dati.

Conclusioni

La nostra esperienza, seppure con un'applicazione parziale dei miglioramenti auspicabili, mostra un effettivo perfezionamento sia nell'approccio alle pazienti che nell'espletamento del lavoro. Per quel che mi concerne, questo lavoro è stato fondamentale per consolidare e potenziare la mia capacità comunicativa, abilità acquisita in lunghi anni di esperienza sul campo. Ho percepito che la mia sensibilità si è incrementata proprio nel corso di questi mesi, con il supporto di alcuni preziosi consigli dati dai tutor. La comunicazione ipnotica può quindi essere considerata un utile alleato nella pratica clinica.

Bibliografia

Franco Granone, Trattato di ipnosi, vol.1, 2, UTET; 1989

LINEE GUIDA F.O.N.Ca.M.

S.I.R.M.CHARTA SENOLOGICA 2004

R.Bandler, J.Grinder, Ipnosi e trasformazione. La programmazione neurolinguistica e la struttura dell'ipnosi, Casa Editrice Astrolabio

CIICS, A.M.Lapenta, Corso Base Di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica, 2020

A.M.Lapenta, M.Somma, G.Tirone, M.Tosello, E.Casiglia, A.M.Rossi, Ipnosi sperimentale e clinica, Ed. Artistica Bassano, 2006 14 R.Bandler, J.G

Bakke, A. C., Purtzer, M. Z., & Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1131–1137.

Brugnoli, M. P., Pesce, G., Pasin, E., Basile, M. F., Tamburin, S., & Polati, E. (2018). The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: A 2-year longterm follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 17–31.

Hidderley, M., & Holt, M. (2004). A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 61–65.

Lang, E. V., & Berbaum, K. S. (1997). Educating Interventional Radiology Personnel in Nonpharmacologic Analgesia: Effect on Patients' Pain Perception. *Academic Radiology*, 4(11), 753–757.

Lang, E. V., Berbaum, K. S., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M. L., Laser, E., & Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(1–3), 155–164.

Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and Clinical Pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 495–521.

Schoen, M., & Nowack, K. (2013). Reconditioning the stress response with hypnosis CD reduces the inflammatory cytokine IL-6 and influences resilience: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(2), 83–88.

Spiegel, D. (2004). Commentary on “Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time and mortality in cancer patients” by Geir Smedslund and Gerd Inger Ringdal. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 133–135.

Télliez, A., Rodríguez-Padilla, C., Juárez-García, D. M., Jaime-Bernal, L., Sanchez-Jáuregui, T., Almaraz-Castruita, D., & Vielma-Ramírez, H. (2020). Hypnosis in Women with Breast Cancer: Its Effects on Cytokines. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 62(3).

Wortzel, J., & Spiegel, D. (2017). Hypnosis in Cancer Care. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 60(1), 4–17.

