



CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2016

**INTEGRAZIONE DELL'IPNOSI NELLA
RIABILITAZIONE DELLA LESIONE MIDOLLARE**

Case report

Candidata

Daniela Arervo

Relatrice

Dott.ssa Milena Muro

Lieve è il dolore che parla.

Il grande dolore è muto.

Seneca

Indice

1. Premessa.
 2. La lesione midollare: definizione e classificazione.
 3. Complicanze: cenni sul dolore neuropatico, nocicettivo, algodistrofia, spasticità.
 4. Note e implicazioni psicologiche sul dolore cronico.
 5. Obiettivi della riabilitazione nella lesione midollare.
 6. Scale di valutazione nella mielolesione (inerenti al caso).
 7. Integrazione dell'ipnosi come supporto al trattamento riabilitativo-obiettivi.
 8. Caso clinico - note a proposito dell'aspetto psico-emotivo della paziente.
 9. Obiettivi specifici del trattamento riabilitativo.
 10. Metodologia utilizzata e integrazione dell'ipnosi al trattamento riabilitativo.
 11. Riscontro della paziente.
 12. Commento dei risultati.
 13. Conclusioni.
- Ringraziamenti.
- Bibliografia.

1. Premessa

Da molti anni lavoro come fisioterapista all'Unità Spinale Unipolare di Torino, che si occupa specificatamente della riabilitazione dei pazienti con **Lesione Midollare**.

Per quanto riguarda il trauma spinale spiegherò in breve di cosa si tratta e mi occuperò soprattutto delle complicanze secondarie e croniche della fase sub acuta e cronica. Esse sono molteplici e, molto spesso, difficili da contenere, come il **dolore neuropatico, la spasticità, le problematiche viscerali**, che possono inficiare pesantemente sulla qualità di vita della persona, già colpita da questa grave disabilità.

Sono tante le tecniche e gli approcci riabilitativi che hanno l'obiettivo di risolvere o alleviare questi problemi, ma spesso non sono sufficienti, laddove nemmeno i farmaci più mirati e potenti sono efficaci.

Questo è il **primo motivo** per cui mi sono interessata all'ipnosi: cercavo uno strumento che potesse integrarsi "morbidamente" al mio lavoro e che mi sostenesse con un approccio che non passasse solo dall'intervento sul corpo.

Il **secondo motivo** è l'autonomia del paziente: il lavoro del riabilitatore dovrebbe includere l'educazione del paziente a prendersi cura di se stesso, insegnare tecniche di autogestione e aumentare l'attenzione alle cattive abitudini che possono causare sintomatologie croniche. Oggi una buona parte del lavoro del fisioterapista è rivolta a sintomatologie croniche e la questione "educativa" diventa fondamentale al fine di responsabilizzare il paziente.

Nelle Lesioni Midollari vale la stessa cosa: nel momento in cui la persona entra in una fase subacuta e ha svolto tutto il percorso riabilitativo, se si trova a dover combattere con il dolore neuropatico, la spasticità o altre condizioni croniche deve imparare necessariamente ad autogestirsi.

Ho pensato che l'ipnosi potesse inserirsi bene in questa situazione come strumento che permette al paziente di alleviare queste condizioni, per gestirle meglio e per ottenere addirittura un certo distacco emotivo. Ho sentito spesso dire al Corso CIICS "dare all'altro il potere e sviluppare il suo potenziale". Questa esperienza mi ha dato la conferma che l'ipnosi non aiuta il paziente solo a gestire meglio il dolore, ma anche a prenderne distanza, sdrammatizzarlo, o "passarci attraverso", oppure a "dialogare" con lui.

La condizione fisica per molte persone con lesione midollare diventa una gabbia pesante e stritolante che non lascia tregua. Poter spaziare con la mente, percepire di nuovo il corpo leggero e libero, anche se per poco, immaginare delle azioni ormai impossibili da compiere, può sembrare una piccola cosa. Gli individui però possono normalmente decidere liberamente come gestire il loro corpo, possono sentirlo e muoverlo nello spazio, avere relazioni, toccare... possono stirarsi al mattino, bere un caffè e sentire il calore della tazzina, camminare... per altri ogni azione diventa una "questione di stato" e fonte di forzata dipendenza.

Il caso che tratto in questa esposizione è una paziente con una **lesione midollare NON traumatica**, di origine vascolare. Nello specifico ho cercato di agire sul dolore neuropatico/algodistrofico, di ottenere un aumento della mobilità e di offrire alla paziente uno strumento di autogestione del

dolore. Espongo brevemente alcuni argomenti inerenti al caso per meglio introdurlo, approfondendo solo gli argomenti collegati alla sua sintomatologia.

2. La lesione midollare

La lesione midollare consiste nell'interruzione del canale di comunicazione tra il cervello e i nervi spinali, il midollo, comportando l'impossibilità, da parte di questi ultimi, di trasmettere ai muscoli l'impulso del movimento. Secondo il livello in cui tale interruzione del sistema si verifica (cervicale, dorsale, lombare, sacrale), la paralisi del movimento che ne consegue può comportare una **paraplegia o una tetraplegia**, che possono a loro volta suddividersi tra **complete e incomplete**; ciascuna di queste forme di lesione al midollo spinale presenta un livello di irreversibilità e quindi di compromissione motoria differente.

- **Paraplegia:** paralisi di segmenti del tronco, degli organi pelvici e degli arti inferiori, derivante da una lesione midollare avvenuta a livello dorso-lombare-sacrale.
- **Tetraplegia:** paralisi di arti superiori, tronco, organi pelvici e arti inferiori, derivante da una lesione midollare localizzata a livello cervicale.
- **Para-Tetraplegia completa:** interruzione totale di tutte le comunicazioni nervose al di sotto del livello di lesione.
- **Para-Tetraplegia incompleta:** interruzione di una parte delle comunicazioni nervose al di sotto del livello di lesione, con residui di stimoli del movimento.

Si tratta di una forma di disabilità che richiede un grande impegno riabilitativo, in primis per recuperare il più possibile le funzioni perse, in secondo luogo per consentire alla persona di adattarsi ad un nuovo assetto corporeo. Ciò significa inoltre che una lesione midollare ha un impatto socio-sanitario molto elevato, per le inevitabili conseguenze psicologiche.

Dal punto di vista eziologico, le lesioni midollari si dividono in due grandi gruppi: **lesioni traumatiche e non traumatiche**. Le lesioni al midollo spinale traumatiche sono causate da un evento esterno accidentale e improvviso, mentre l'origine non traumatica può essere ricondotta ad una molteplicità di disturbi interni all'organismo.

Lesioni midollari non traumatiche:

Le cause che conducono a questo gruppo di lesioni midollari sono definite "non traumatiche" perché provengono dall'interno dell'organismo e possono essere determinate da una molteplicità di disfunzioni delle condizioni cliniche (per quanto alcune di queste possano comparire in maniera improvvisa, rappresentando in qualche modo degli eventi traumatici). L'eziologia è suddivisa tra le seguenti origini:

- Neoplastica
- Vascolare
- Infiammatoria
- Degenerativa
- Altre cause (Stenosi del Canale, Ernia del Disco, Siringomielia, Iatrogena, Infezioni)

Il numero di persone con lesione midollare di origine non traumatica negli ultimi anni è aumentato, soprattutto nei paesi maggiormente industrializzati, come testimoniato dalla bibliografia nazionale e internazionale, ma la scarsità di studi epidemiologici non consente di stimarne l'attuale incidenza, probabilmente sottostimata. La letteratura di cui si dispone evidenzia una notevole variabilità nella distribuzione percentuale delle lesioni al midollo spinale non traumatiche rispetto alle traumatiche, oscillando tra il 20 e l'80%. In Italia i dati più recenti di cui si dispone derivano dallo studio del Gruppo Italiano Studio Epidemiologico Mielolesioni (GISEM), che suddivide le lesioni midollari tra un 67% traumatiche e un 33% di origine non traumatica (Grafico 1), e da una ricerca condotta dalla Fondazione ISTUD, più recente e aggiornata, che evidenzia una componente di lesioni non traumatiche registrate nel 2009 presso tutte le Unità Spinali italiane del 45% (Grafico 2).

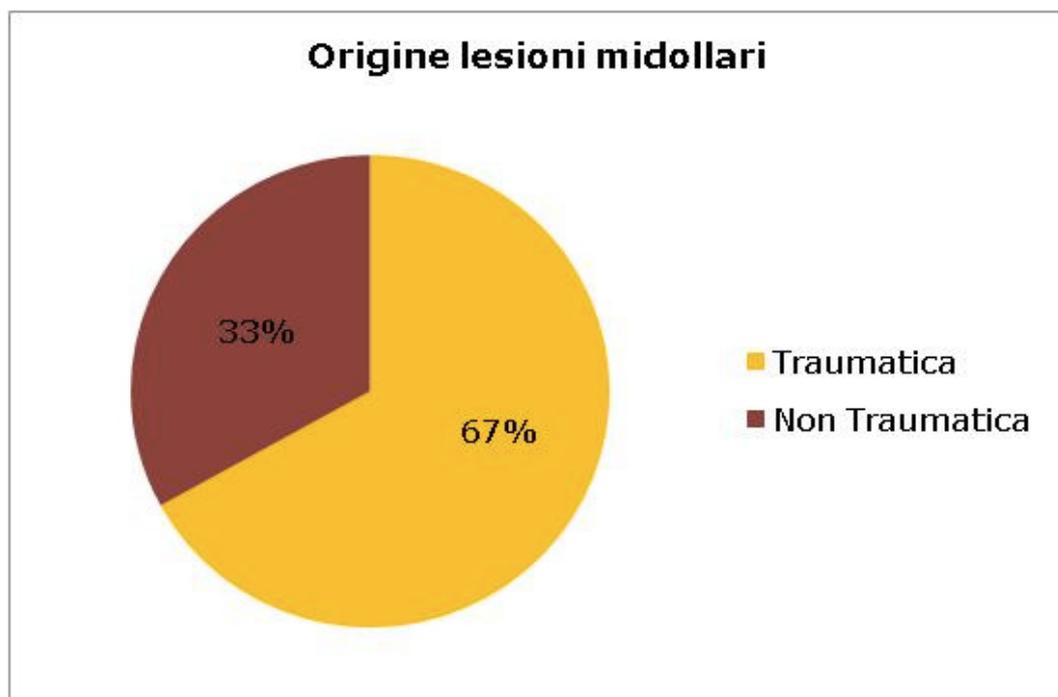


Grafico 1 – Studio GISEM, 2000

Secondo uno studio della Fondazione ISTUD del 2010 le cause della lesione midollare si sono modificate e consistono di un 55% da trauma e il 45% sono non traumatiche.

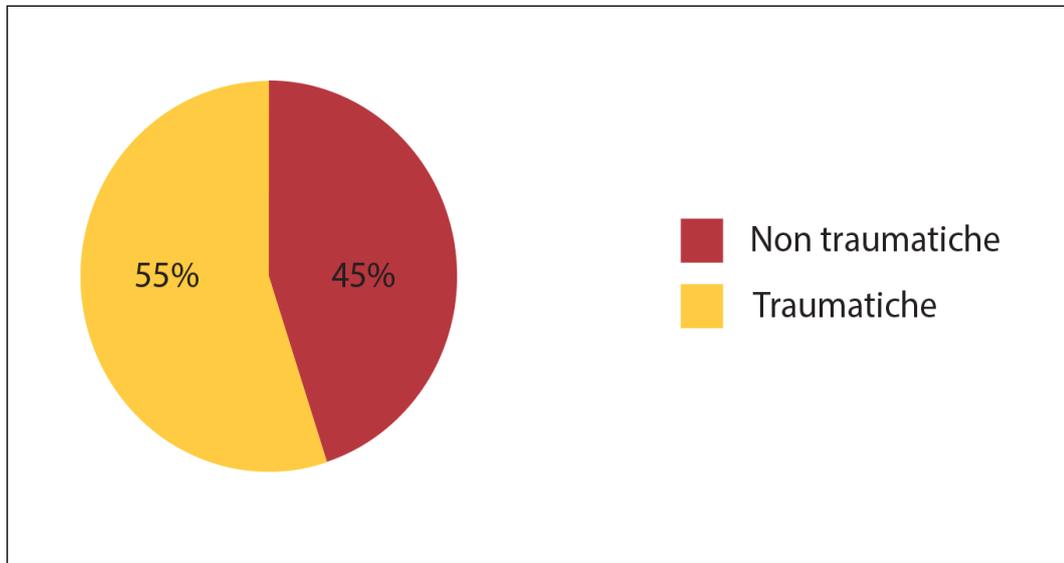


Grafico 2 - Fondazione ISTUD 2010

Lesione midollare vascolare.

Questo tipo di lesione, che comprende il 18% delle lesioni, può originare da una malformazione vascolare che porta al verificarsi di trombosi, embolie o aneurismi, che possono comportare ematomi a livello del midollo spinale, causando la lesione. Spesso l'evento di trombosi porta anche alla formazione di una fistola, un condotto tubulare che s'insinua tra i canali arteriosi e venosi, interferendo con il sistema vascolare.

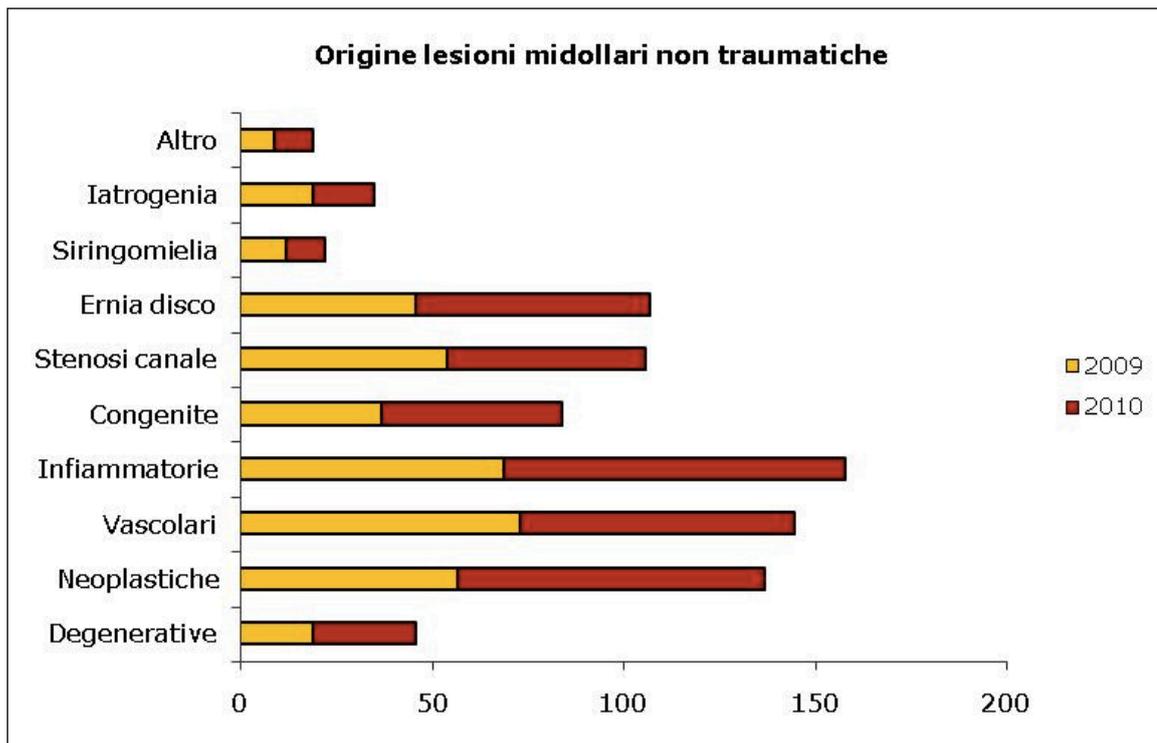


Grafico 3 - Fondazione ISTUD 2010

3. Complicanze

Una delle complicanze riconosciute nella lesione midollare e altamente invalidante è il **dolore neuropatico**, che incide nel 21% dei casi. Il dolore neuropatico insorge come diretta conseguenza di un danno o di una malattia che colpisce il sistema nervoso, è una forma di esperienza dolorifica che deriva dalla disfunzione del sistema somatosensoriale. Questo tipo di dolore è definito centrale o periferico a seconda che il problema interessi il sistema nervoso centrale (SNC) o quello periferico (SNP).

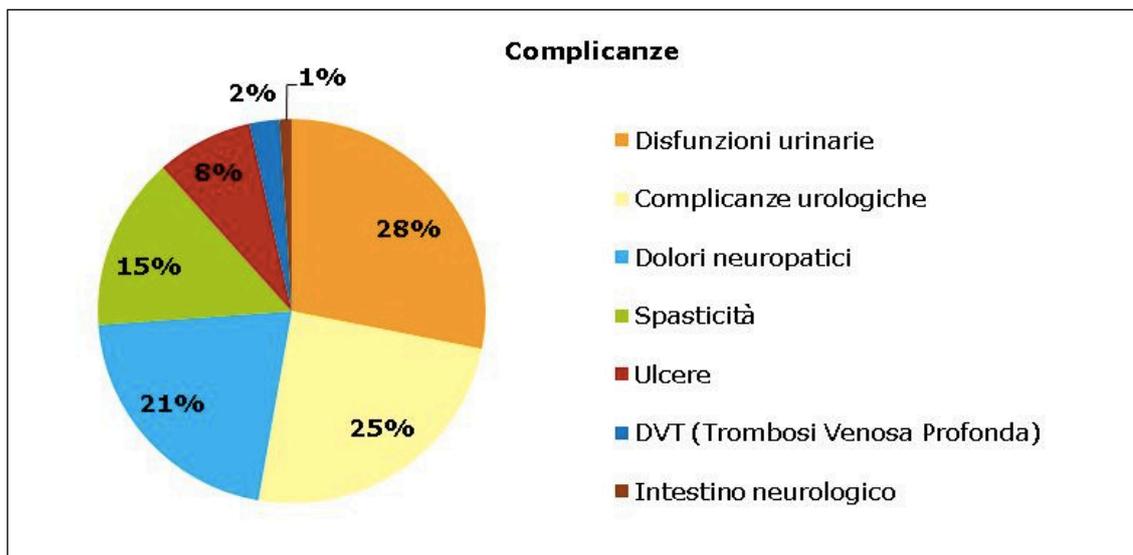


Grafico 4 - Fondazione ISTUD 2010

Il meccanismo con cui si produce il dolore neuropatico non è ancora totalmente chiaro, ma sembra dipendere dal fatto che i nervi danneggiati diventano ipereccitabili, provocando un'alterazione del meccanismo che, attraverso le fibre nervose, trasmette gli stimoli avvertiti dalla periferia alle strutture del cervello deputate alla percezione del dolore.

Quali sono le cause: varie condizioni possono coinvolgere il sistema nervoso provocando dolore neuropatico. Ne sono esempi: la neuropatia diabetica (una complicanza che può insorgere in corso di diabete), la nevralgia post-erpetica (dopo infezione da herpes zoster), la nevralgia del trigemino, la neuropatia che può verificarsi nei malati di tumore (indotta dal tumore stesso o dalla chemioterapia) e in seguito a ictus, sclerosi multipla, infezione da HIV, alcolismo, trauma con lesione nervosa o amputazione di un arto (dolore da arto fantasma). È bene sapere che la gravità del dolore spesso non corrisponde alla gravità della condizione sottostante. Per esempio, si può verificare una nevralgia post-erpetica con intenso dolore anche in assenza di manifestazione cutanea (rash) o altro segno d'infezione residua da herpes zoster.

Diagnosi differenziata: nelle lesioni midollari il dolore neuropatico, secondo uno studio fatto nel 2003-2004 risultava colpire il 56,5 % dei pazienti. In realtà è molto difficile una diagnosi differenziata che prende in considerazione anche il **dolore di tipo nocicettivo** (dolori vertebrali: oltre a quelli traumatici immediati localizzati a livello del focolaio di frattura) e a quelli posturali (dovuti al carico vertebrale: deambulazione, trasferimenti, carrozzina), vi possono essere dolori muscolari, che cedono al riposo e alla fisioterapia locale; possono essere il sintomo di una alterazione della statica del rachide, ma anche, più semplicemente, di una carrozzina non adeguata alle caratteristiche somatiche del paziente.

Algodistrofia

L'algodistrofia è una malattia rara multisintomatica e multisistemica le cui cause sono per lo più sconosciute. La principale manifestazione della malattia è del tutto aspecifica: dolore bruciante associato a edema. I casi di algodistrofia riguardano in maniera pressochè esclusiva il **tratto mano-spalla o i piedi**. Spesso questa condizione segue un evento traumatico. Più frequente nel sesso femminile. Per la diagnosi differenziale si valuta il dolore regionale e l'evento traumatico; altri segni che indirizzano possono essere un cambiamento della pelle, che diviene pallida, secca, sottile e atrofica; altro segno rilevato da RX mostra spesso un'osteoporosi a chiazze, limitata alla sola parte infiammata.

Spasticità

È un sintomo frequente nelle lesioni del midollo spinale (15% secondo studio ISTUD 2010) ed è dovuta ad un aumento patologico del tono muscolare, causato dalla lesione delle vie nervose motorie corticospinali. Quando queste vie nervose sono lese, prendono il sopravvento i centri motori spinali (con aumento di attività dei neuroni eccitatori, e diminuzione di attività dei neuroni inibitori). Il risultato è che i muscoli interessati aumentano il loro tono di base, mantenendosi in uno stato di contrazione maggiore del normale, provocando diversi disturbi come mancanza di coordinamento dei movimenti (atassia), tremori, mioclonia (contrazioni ritmiche, rapide, involontarie dei muscoli), crisi dolorose parossistiche, ecc. Segni tipici sono: il *fenomeno del coltello a serramanico* e i riflessi patologici e riflessi primitivi, ad esempio il segno di Babinski.

4. Note e implicazioni psicologiche del dolore cronico.

Quando il dolore ha perso la sua funzione primaria, deve essere tempestivamente trattato per non alterare l'equilibrio psico-fisico della persona e non compromettere la sua qualità di vita. Infatti, il dolore mina il benessere sia della persona sia di chi vive al suo fianco, la rende inabile non solo fisicamente ma anche emotivamente, portandola a modificare le proprie consuetudini, le relazioni, l'intera esistenza.

Interessante un lavoro che afferma: "Il dolore si può definire come un'esperienza soggettiva, influenzata da fattori culturali, dal significato della situazione specifica e da altre variabili psicologiche. Il dolore, quindi, non è semplicemente il prodotto finale di un sistema di trasmissione sensoriale lineare, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni con il sistema nervoso. Perciò, considerare solamente la caratteristica sensoriale del dolore e ignorare la sua proprietà motivazionale-affettiva, porta ad avere una visione del problema limitata. Alcuni autori hanno identificato tre elementi psicologici principali del dolore: 1) discriminativa-sensoriale 2) motivazionale-affettiva 3) cognitiva-valutativa. Secondo questi dati possiamo dire che il dolore è MULTIDIMENSIONALE, cioè è formato da numerose parti che includono: i suoi comportamenti (le smorfie, l'atto di zoppicare ecc.), l'intensità, la componente affettiva, le credenze (senso di controllo, credenze sul significato), la qualità della vita. Le diverse dimensioni sono espresse in modo differente nel dolore acuto o in quello cronico. Infatti, nel dolore acuto la dimensione sensoriale è la più importante, nel dolore cronico i fattori affettivi e valutativi assumono una rilevanza maggiore".

5. Fasi e obiettivi del percorso riabilitativo nella lesione midollare

L'assistenza a una persona con lesione midollare è un processo molto complesso e delicato, articolato su diverse fasi che si susseguono nell'ordine ma con modalità, tempistiche e risultati variabili per ciascun individuo:

| FASE DELL'EMERGENZA | FASE ACUTA | FASE DI STABILIZZAZIONE | FASE POST STABILIZZAZIONE |
|---|---|--|--|
| <i>DOVE</i> 118 - OSPEDALE DEA II/ TRAUMA CENTER | <i>DOVE</i> OSPEDALE DEA II/ TRAUMA CENTER - UNITA' SPINALE | <i>DOVE</i> UNITA' SPINALE | <i>DOVE</i> UNITA' SPINALE - CENTRO DI RIABILITAZIONE |
| <i>INTERVENTI</i> - Primo soccorso per garantire la sopravvivenza delle persone traumatizzate | <i>INTERVENTI</i> - Interventi chirurgici di stabilizzazione della colonna vertebrale - Stabilizzazione clinica generale | <i>INTERVENTI</i> - Riabilitazione fisica - Riabilitazione psico- sociale | <i>INTERVENTI</i> - Riabilitazione di mantenimento - Follow-up - Cura delle eventuali complicanze |
| <i>TEMPI</i> Prime 12 ore dall'evento lesivo | <i>TEMPI</i> Alcune settimane dopo l'evento lesivo | <i>TEMPI</i> 4-6 mesi per paraplegia; 8-12 mesi per tetraplegia | <i>TEMPI</i> Variabili |

Immagine 1 - Fondazione ISTUD 2010

Qui tratteremo solo le fasi di stabilizzazione e post stabilizzazione, dopo le quali la paziente è stata dimessa e seguita periodicamente e secondo necessità dal DH.

Gli obiettivi principali della riabilitazione delle L.M. sono: far raggiungere alla persona con lesione midollare il miglior stato di salute, il più alto livello di autonomia e capacità funzionali e la maggior partecipazione sociale possibile, compatibilmente con il livello della lesione.

L'approccio è multidisciplinare e comprende la rieducazione respiratoria, neuromotoria, viscerale, l'autonomia, la valutazione e prescrizione ausili, il trattamento del dolore e della spasticità, la sessualità, l'inserimento sociale e lavorativo, l'aspetto psicologico, l'avviamento allo sport etc.

6. Scale di valutazione nella mielolesione (utili al caso trattato)

Nota: nel maggio 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha presentato l'International Classification of Functioning, Disability and Health (**ICF**), in cui vengono definite le norme per la classificazione della disabilità (WHO 2001), riconosciuta da 191 paesi. La classificazione ICF è uno strumento dell'OMS per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni, cioè l'interazione dinamica tra lo stato di salute del soggetto e i fattori ambientali e personali.

Il concetto di **disabilità** è associato al concetto di **funzione** e il concetto di **menomazione** è associato a quello di **funzione e struttura corporea**.

ASIA (American Spinal Injury Association): comprende il livello di deficit e di risparmio motorio e la valutazione della sensibilità sensitiva tattile e dolorifica.

Si parte dal livello "A" che significa una lesione completa e si riferisce al livello sacrale S4 – S5, con insensibilità totale e assenza di movimento nei territori innervati, fino al livello "D" della mia paziente, in cui la motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3 (vedere scheda).

Scala SCIM

Ci sono varie scale validate per misurare l'**autonomia** della persona con lesione midollare (MBI, FIM, QUIF, SCIM). Presento la scala SCIM da noi più utilizzata e considerata la più affidabile: valuta le abilità nella cura di sé, nella respirazione e gestione sfinteri, nelle attività della vita quotidiana (AVQ).

| SCIM- SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE- Versione III | | |
|--|--|---|
| CURA DI SE' | RESPIRAZIONE E GESTIONE DEGLI SFINTERI | MOBILITA' (stanza e bagno) |
| <p>AUTONOMIA</p> <p>E</p> <p>FUNZIONE</p> <p>1. Alimentarsi (tagliare, aprire contenitori, versare, portare il cibo alla bocca, tenere una tazza con liquidi)</p> <p>2. Lavarsi (insaponarsi, sciacquarsi, asciugarsi il corpo e la testa, manipolare il rubinetto)</p> <p>A. parte superiore del corpo</p> <p>B. parte inferiore del corpo</p> <p>3. Vestirsi (vestiti, scarpe e ortesi permanenti: indossarli, vestirsi e spogliarsi)</p> <p>A. parte superiore del corpo</p> <p>B. parte inferiore del corpo</p> <p>4. Toilette (lavarsi faccia e mani, lavarsi denti, pettinarsi, radersi, truccarsi)</p> <p>SUBTOTALE (0 – 20)</p> | <p>5. Respirazione</p> <p>6. Gestione sfinterica: vescica</p> <p>7. Gestione sfinterica: intestino</p> <p>8. Uso della toilette (igiene perineale, sistemare gli abiti prima e dopo, uso di asciugamani o assorbenti, pannolini)</p> <p>SUBTOTALE (0 – 40)</p> | <p>9. Mobilità' a letto e azioni per prevenire piaghe da decubito</p> <p>10. Trasferimenti: letto-carrozzina (frenare la carrozzina, sollevare le pedane, rimuovere e sistemare i braccioli/le spondine, trasferirsi, sollevare i piedi)</p> <p>11. Trasferimenti: carrozzina-water (se si usa la comoda: trasferimento per e da; se si usa la carrozzina manuale: frenare la carrozzina, posizionare le pedane,</p> <p>MOBILITA' (interni e esterni su superficie piana)</p> <p>12. Mobilità per gli interni</p> <p>13. Mobilità' per distanze medie(da 10 a 100 metri)</p> <p>14. Mobilità per esterni (più di 100 metri)</p> <p>15. Fare le scale</p> <p>16. Trasferimenti: carrozzina-macchina (avvicinamento all'automobile, frenare la carrozzina, rimuovere i braccioli e le</p> <p>17. Trasferimenti : terreno-carrozzina</p> <p>SUBTOTALE (0 – 40)</p> |

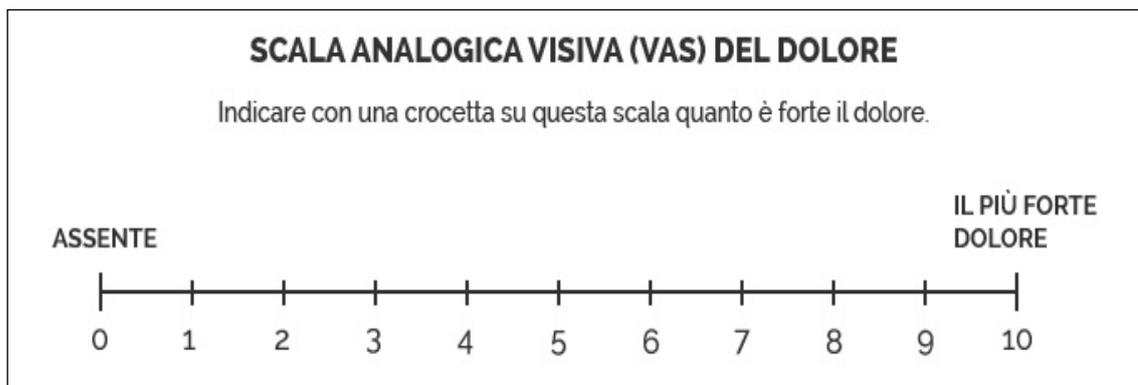
Scheda 2- scala SCIM

Scala Ashworth: misura il livello di **spasticità** dei muscoli.

SPASTICITA'

| MOD. ASWHORTH SCALE | Score |
|--|-------|
| 0-non aumento del tono | 0 |
| 1- Leggero aumento del tono muscolare, si manifesta con un iniziale impedimento del movimento e poi rilascio o da una resistenza minima alla fine dell'escursione quando la parte interessata viene spostato in flessione o estensione | 1 |
| Leggero aumento del tono muscolare, si manifesta con un fermo, seguito da una resistenza minima per tutto il resto (meno della metà) del ROM | 1+ |
| 2-Più marcato incremento del tono muscolare, ma l'arto è mobilizzato con facilità | 2 |
| 3-Considerevole incremento del tono con difficoltà alla mobilizzazione dell'arto | 3 |
| 4-Arto rigido in flessione o estensione | 4 |

Scala VAS (scala analogica visiva per misurare il dolore)



Scala VRS (Visual Rating Scale)

| |
|----------------------|
| Nessun dolore |
| Dolore moderato |
| Dolore lieve |
| Dolore intenso |
| Dolore molto intenso |

Serie di definizioni descrittive dal più debole al più intenso (assenza di dolore/il peggior dolore possibile). Un punteggio di 0 è assegnato al descrittore di minore intensità, 1 a quello successivo ecc, fino a 10 (o da 0 a 100). Il paziente sceglie il descrittore che più si avvicina alla sua sensazione dolorosa. L'ordinamento casuale evita la scelta preferenziale, dovuta alla posizione, facendo puntare l'attenzione sul valore semantico del descrittore.

7. Integrazione dell'ipnosi come supporto al trattamento riabilitativo – obiettivi.

Lo scopo del mio lavoro è di indagare se l'uso dell'ipnosi associata al trattamento riabilitativo in una paziente con un quadro neurologico di tetraplegia incompleta, con sindrome di dolore cronico e algodistrofico, permette di ottenere:

- Velocizzazione del recupero
- Miglioramento della mobilità articolare

- Incremento del controllo volontario della muscolatura residua
- Risoluzione o miglioramento della sintomatologia dolorosa
- Miglioramento dello stato di benessere della persona
- Infine che possa rappresentare uno strumento per gestire autonomamente la sintomatologia dolorosa.

8. Caso clinico

La Sig.ra M. M. di 65 anni presentava:

Diagnosi: Tetraplegia incompleta C5, ASIA D (vedi scheda)

Causa: ischemia midollare C5-D1, insorta il giorno 11/12/'15.

Situazione iniziale in data 18/01/'16: infezione da enterococco, paziente allettata in isolamento, trasferimenti con sollevatore elettrico, spostamenti con carrozzina elettrica, aiutava attivamente in alcuni spostamenti sul letto con gli AAll ma completamente dipendente per le attività della vita quotidiana, autonomia personale, nutrizione e funzioni viscerali (svuotamento intestinale e vescicale).

Programma riabilitativo nella prima fase: mobilizzazione passiva ai quattro arti per il mantenimento della libertà articolare, mobilizzazione passiva AS dx, attiva assistita AS sx, attiva agli AAll per il mantenimento e il rinforzo della muscolatura residua, miglioramento dei passaggi posturali e ADL, riadattamento alla posizione seduta, controllo del tronco, riabilitazione

respiratoria, sfinterica, individuazione degli ausili e confezionamento tutori per mani e polsi, fondina e ausilio per guida con carrozzina elettrica.

Situazione clinica al momento della mia presa in carico:

In data 26/04/2016, a cinque mesi dall'insorgenza della lesione e di costante fisioterapia in Unità Spinale, M.M. mi viene affidata dalla collega per verificare alcuni aspetti, in accordo col fisiatra di riferimento.

La sintomatologia residua era tipica di una **lesione centro midollare**: la paziente muoveva autonomamente gli AAll, camminava e si spostava nello spazio, anche se con base allargata, controllava il tronco; gli AASS invece presentavano limitazioni articolari, deficit motori e sensitivi, dolori di tipo sia nocicettivo che algodistorfico, con linfoedema e parestesie in particolare all'AS dx, cui si aggiungevano dolori al tratto cervicale.

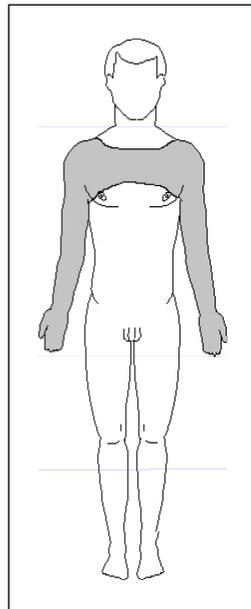


Immagine 2 – Sindrome centro midollare, deficit motorio e sensitivo.

Inoltre la paziente utilizzava una carrozzina elettrica aiutata da un tutore per joystick, indossava un tutore per il sostegno del braccio dx con una tasca, dove riponeva la bottiglia da cui beveva con una cannuccia e tutori di polso bilaterali. Era parzialmente autonoma nella nutrizione con tutore a fondina per posata, beveva con cannuccia, usava il cellulare con un tutore e auricolare, aveva iniziato a usare il PC con comando vocale.

Aveva fatto il botulino al bicipite sx per ottenere maggior rilassamento e contrastare la spasticità (vedi capitolo complicità).

Nota a proposito dell'aspetto psico-emotivo della paziente:

La paziente nel confrontarsi con me ha fatto alcune considerazioni sulla sua situazione: mi disse di essersi sempre “spesa totalmente per gli altri” (è una persona molto credente) e di “aver sempre dato tanto”. Questo l'ha portata a curarsi sempre meno di sé stessa, caricata anche da una situazione familiare in cui “doveva fare tutto lei”.

La spiegazione che si è data del trauma midollare che ha lesso il suo collo e ha colpito in particolare le braccia e le mani, era secondo lei una “ribellione del corpo” che non ne poteva più e amaramente ha detto “ho sempre dato a tutti e ora non riesco a prendere nemmeno in braccio il mio nipotino”.

M. M è una donna forte, attiva socialmente, che, prima della lesione, non delegava nulla e tendeva a controllare tutto. Nella fase che stava attraversando, era molto arrabbiata per la situazione, anche se si presentava sempre molto gentile; era incollerita anche col marito che era andato in depressione proprio quando lei aveva più bisogno e non poteva

contare su di lui. Aveva fortunatamente intorno a sé una buona rete sociale e di sostegno che proveniva dal mondo che lei frequentava.

9. Obiettivi specifici del trattamento riabilitativo di M. M.

Gli obiettivi specifici del mio approccio in questo caso, integrandomi al lavoro della collega, erano:

- Aumentare la percezione e le sensazioni degli AASS e indurre senso di rilassamento, di leggerezza e maggior libertà, utilizzando tecniche diverse rispetto alla fisioterapia classica (tocchi differenziati, flussi, movimenti passivi etc.).
- Migliorare la mobilità articolare, il reclutamento attivo della muscolatura degli AASS, la funzionalità motoria. Ottenere maggior mobilità della colonna vertebrale in toto, in particolare il dorso, le spalle, il collo, insegnare a rilassare la gola e il viso.
- Indagare la componente emotiva utilizzando situazioni di stress e verificare se corrispondevano all'intensificarsi del dolore, stimolando l'attenzione alle reazioni fisiche automatiche nella parte sofferente per poterle meglio gestire. Lo scopo era di sbloccare la "postura" (serrare la mandibola, bloccare la gola, irrigidire le spalle, ridurre il respiro etc.) che M. innescava quando era arrabbiata e si sentiva impotente etc.) e imparare a "stopparla". Più specificatamente individuare aspetti che esulavano dalla lesione stessa e che potesse imparare a gestirsi in autonomia, soprattutto se peggiorativi verso il dolore. Esempio: mettere attenzione all'attitudine che aveva nelle sue relazioni, ai momenti di rabbia, di

frustrazione e provare a modificare l'atteggiamento utilizzando le sensazioni del corpo, modificandole (respirare, lasciare la mandibola e le spalle, rilassare il dorso etc.) e verificare cosa cambiava in lei e nei riguardi del dolore. Una volta iniziato il percorso con me, infatti, sentiva un aumento della sintomatologia dolorosa in tutte le situazioni in cui si sentiva impotente e doveva dipendere da altri.

- Supporto psicologico per l'elaborazione della sua nuova situazione di vita.

10. Metodologia utilizzata e integrazione dell'ipnosi al trattamento riabilitativo

Il trattamento riabilitativo si è svolto in cinque sedute, di cui tre si sono svolte veramente con l'integrazione dell'ipnosi alla fisioterapia.

Obiettivi nella prima seduta:

- Riduzione della sintomatologia dolorosa
- Miglioramento dei movimenti attivi agli AASS
- Testare la capacità di suggestionabilità della paziente.

Nella prima seduta ho fatto una valutazione delle limitazioni funzionali degli AASS, del collo e della colonna vertebrale, a quali gradi articolari si scatenava il dolore. Il braccio maggiormente colpito era il dx, che presentava una sindrome algodistrofica (vedi definizione nel capitolo: complicanze), difficoltà a flettere ed estendere il gomito e limitazioni alla

spalla sia in abduzione sia in flessione anteriore. Ho intervistato la paziente per capire le sensazioni che maggiormente la disturbavano, le parestesie e in quali momenti del giorno aumentavano. Sentiva le braccia pesantissime, dolore a livello cervicale, le mani “gomgnose ed estranee”. In questo primo incontro ho fatto un lavoro di rilassamento del collo, la gola, coinvolgendo piano piano le braccia con movimenti passivi, tocchi leggeri e flussi. Ho insistito sulle mani che alla fine M. sentiva più leggere e più sue.

Già nel primo incontro è emerso che il dolore aumentava nelle situazioni di stress, quando cioè la paziente si sentiva dipendente e impotente. Le ho chiesto di mettere attenzione al collo e alla gola (il dolore si scatenava a livello di C6-D1, perché insaccava il collo e provocava un aumento delle parestesie). La richiesta era fattibile perché erano parti che poteva controllare così come la respirazione, che tendeva a ridurre. La paziente si è dimostrata attenta e ricettiva così ho deciso di proporle l’ipnosi.

Obiettivi della seconda seduta:

- Riduzione della sintomatologia dolorosa
- Recupero dei movimenti attivi agli AASS
- Dare strumenti di autogestione del dolore attraverso l’ipnosi.

In questa seduta mi sono confrontata con lei e ho **“raccolto il bisogno terapeutico”**, **le ho spiegato che** avrei provato un nuovo strumento per rilassarla e gestire il dolore. Ho iniziato con un lavoro sul lettino cercando di provocare un rilassamento del collo, della gola e delle spalle con delle tecniche miofasciali e tocchi leggeri. Il fatto di utilizzare da subito il tocco e

il contatto diretto con la persona è un privilegio che velocizza il rilassamento e la fiducia.

Monoideismo plastico

Per stimolare i movimenti attivi delle braccia, **focalizzare la sua attenzione** e indurre la paziente in uno stato d'ipnosi ho utilizzato delle **suggestioni** per stimolare la realizzazione del monoideismo plastico di leggerezza: "Pensa di avere delle lunghe ali leggere che muovi nell'aria fresca, sono lunghe come quelle di un'aquila che con poco sforzo fluttuano e ti sostengono"... Per ottenere un movimento gradualmente più ampio ho chiesto l'aiuto della collega che la seguiva e insieme muovevamo le braccia bilateralmente. Nel frattempo davo delle **ratifiche per aumentare la fiducia** e per sbloccare la paura del dolore che s'innescava col movimento. Per ridurre il dolore ho continuato con la comunicazione ipnotica utilizzando altri **input sensitivi**: "Immagina l'aria fresca che entra nei tuoi polmoni e mentre fai dei grandi respiri, il petto si estende piano piano, è più morbido e il laccio che senti sul costato si allenta; anche le tue spalle sono più morbide, fai poco sforzo per volare sopra il paesaggio che stai vedendo, la tua testa piano piano si svuota dai pensieri e diventa anch'essa più leggera..." Davo altre ratifiche. Poi l'ho fatta riposare per il facile esaurimento della forza muscolare.

Ratifica: mentre utilizzavo queste immagini, ho visto il flatter. In seguito la verifica è arrivata dal movimento stesso, visivamente più ampio e meno doloroso.

L'esperimento funzionava e l'ipnosi si è dimostrata un ottimo strumento per gli obiettivi prefissati. La paziente sembrava predisposta alle suggestioni e a creare velocemente il monoideismo plastico, aveva reagito con estrema soddisfazione e curiosità, l'esercizio l'aveva alleggerita e rasserenata.

Ratifica: il corpo era più leggero, più espanso e meno dolente.

A quel punto della seduta abbiamo sperimentato un secondo esercizio per ottenere un maggior controllo della flessione del gomito sx e portare la mano alla bocca (contratto terapeutico: la paziente fino a quel momento non era mai riuscita a nutrirsi autonomamente per la comparsa del dolore e per l'impotenza funzionale nella flessione del gomito e della spalla nel raggiungere la bocca, né in posizione sdraiata né seduta.

Ho iniziato l'esercizio chiedendo a M. di entrare in uno stato ipnotico portando lo sguardo al centro della fronte; la paziente era presto d'accordo nel chiudere gli occhi e isolarsi dal resto dell'ambiente. Ho tolto il tutore di polso e ho iniziato con forme di tocco leggere su tutto il braccio per ridurre la sensazione di peso. Come suggestione ho utilizzato l'aria fresca che ad ogni respiro passava attraverso il braccio, fino alla mano e lo rinfrescava e alleggeriva. Conseguentemente sono passata a un'altra visualizzazione per ottenere una partecipazione attiva del braccio: "Prova a immaginare un luogo dove ti sei sentita bene...(lei mi dice la montagna) e ora ti trovi di fronte ad una fontana di acqua limpida e fresca. Ti avvicini e non vedi l'ora di berne un sorso...allora immergi la mano nell'acqua...è fredda ma assai piacevole, ti rinfresca...muovi piacevolmente la mano nell'acqua (facevamo i movimenti insieme per ottenere un movimento a livello di tutte le articolazioni del braccio, polso e mano) e ora provi a

portarne un sorso alla bocca... tocchi le labbra con la tua mano bagnata e fresca...e gusti l'acqua di montagna" (monoideismo plastico).

L'esercizio le ha permesso per la prima volta di trovare la strategia per flettere il gomito e soprattutto la spalla sufficientemente per arrivare con la mano alla bocca. La paziente era felicissima. Quando ha messo la mano alla bocca, sembrava davvero che bevesse acqua di fonte.

Ancoraggio: alla fine della seduta ho dato l'ancoraggio a M. per ripetere l'esperienza della leggerezza e gestire il senso di dolore in autonomia. Il problema è che il tipico ancoraggio con il pugno o con le dita era impossibile, così ho riproposto di utilizzare lo sguardo verso l'alto (up gaze) e di isolarsi piano piano dai rumori esterni. La paziente dimostrava di non avere grandi difficoltà.

Nel week end è andata a casa e mi ha riferito di essere riuscita a ripetere l'esperienza e ad avere meno dolore, nonostante lo stress che la situazione le provocava.

Terza seduta

Nella terza seduta ho dovuto fare prevalentemente un lavoro fisioterapico classico (non c'era la collega di riferimento). Solo alla fine in posizione seduta ho utilizzato la comunicazione ipnotica per stimolare M. a chiudere gli occhi e provare a fare delle azioni con il tronco e le braccia immaginando dei gesti di vita quotidiana per aumentare l'articolarietà e la forza. In questa seduta la paziente era concentrata ma non è entrata in uno stato ipnotico.

Quarta seduta

Ho iniziato la seduta con M. seduta per provare a fare l'esercizio di flessione del braccio sx contro gravità e portare la mano alla bocca.

Ho fatto un test senza tutore con paziente in stato normale di veglia (video 1), poi un test in ipnosi senza tutore (video 2) e un terzo momento col tutore (video 3). La paziente dimostrava di riuscire nel monoideismo plastico; la ratifica era l'aumento dell'escursione articolare e la resistenza allo sforzo. Il controllo del gomito migliorava anche senza tutore se aumentava la fiducia.

Ancoraggio: alla fine della seduta ho dato l'ancoraggio a M. per ripetere l'esperienza della leggerezza, del controllo in autonomia e del dolore, mantenendo l'up gaze. In ogni momento poteva così concedersi di entrare in quello stato di rilassamento.

Quinta seduta

L'ultima seduta l'abbiamo fatta nuovamente in posizione seduta. Volevo fissare i risultati e ripetere gli esercizi per dare la possibilità a M. di essere autonoma dopo la sua dimissione e per tutta la durata della sua assenza (almeno 2 mesi) nella quale non ci saremmo più riviste.

L'esercizio è stato simile a quello della quarta seduta, ma gestito con maggior disinvoltura dalla paziente e con più fiducia. Il movimento di flessione del gomito e della spalla che fino a 3 settimane prima era impossibile per la presenza del dolore e della paura che esso stesso provocava, era ormai fluido. Purtroppo non era cambiata la situazione

delle mani e dei polsi per cui il movimento dell'arto rimaneva ancora poco funzionale.

11. Riscontro della paziente

La paziente ha gradito fin dall'inizio la proposta dell'ipnosi. Dimostrava di essere facilmente suggestionabile, e decisamente ben disposta, a creare il monoideismo plastico. Dopo la quarta seduta ha dichiarato che " Il braccio era più leggero e più attaccato al corpo e non era per niente stanca", nonostante l'avesse tenuto sospeso per parecchi minuti. In generale l'ipnosi le ha permesso di gestire meglio il dolore, dimenticarlo addirittura per qualche tempo, acquisire fiducia nella sua capacità di recupero e di resistenza. Ha avuto soprattutto una conferma che la sua mente aveva un grande potere e che lei stessa era in grado di attingere a un altro tipo di forza, non più basata solo sulle azioni. Questa scoperta l'aveva in parte tranquillizzata, oltre a permetterle di "giocare" con l'immaginazione.

12. Commento dei risultati

L'ipnosi si è dimostrata un ottimo strumento per il paziente neurologico con trauma midollare. Lo stato ipnotico ha permesso a M. di gestire meglio il dolore, migliorare l'escursione articolare dei movimenti degli AASS, aumentare la resistenza alla fatica e raggiungere di conseguenza delle azioni funzionali prima impedita dal dolore e dalla paura del dolore stesso.

Il limite della proposta non è stato inerente allo strumento di per sé ma al limite funzionale che il quadro neurologico di M.M. imponeva.

Penso che possa essere utilizzata con successo nelle sintomatologie da dolore cronico e tentare di sperimentarla nel dolore neuropatico.

13. Conclusioni

Ho avuto difficoltà nel proporre a M.M. l'ipnosi nel nostro trattamento per una serie di motivi, legati alla paziente, e in parte personali.

Il primo aspetto aveva relazione col timore che l'ipnosi avrebbe potuto rappresentare uno strumento per aumentare la fiducia e il controllo fisico di M. M., o per sbloccare qualcosa a livello emotivo, ma c'era anche un alto rischio di provocarle frustrazione, scatenarle più rabbia e causare danno, vista la gravità del quadro neurologico. Il mio era perciò un dubbio di carattere etico.

Per quanto riguarda invece gli aspetti personali ammetto che ho dovuto lottare con la mia insicurezza, con la paura di mettermi in gioco e di sbagliare.

Un altro aspetto, più tecnico, che mi ha sempre creato confusione nell'utilizzo dell'ipnosi e che mi ha limitato nello sperimentare maggiormente riguarda la mia pratica riabilitativa: nel mio lavoro utilizzo da sempre una comunicazione simile a quella ipnotica per guidare il paziente nell'esperienza che sta vivendo e per dare input immaginifici allo scopo di modificare sensazioni sgradevoli di cui soffre. Ho fatto perciò fatica a capire qual è il limite in cui finisce una cosa e inizia l'altra. Inoltre il contatto fisico è naturale nel mio lavoro per cui anche in questo senso non

è una novità utilizzare tocchi e movimenti per indirizzare l'attenzione del paziente.

L'aspetto invece che mi affascina molto e che vorrei approfondire è l'approccio al **dolore cronico**. L'esperienza di M. M. mi ha dato la conferma di ciò che afferma il Prof. Enrico Facco nel suo libro "Meditazione e ipnosi" in cui si definisce il dolore come una *"Esperienza sensoria ed emotiva spiacevole, associata a un danno tissutale reale o potenziale, o descritta nei termini di tale danno"* (Merskey 1994) definizione accettata dalla IASP. Dice ancora: *"Questa definizione indica come la natura del dolore sia essenzialmente materia di esperienza, quindi ben lungi dall'essere espressione della sola attività delle fibre nocicettive. In altri termini, senza esperienza non esiste dolore, mentre il dolore cronico è sinonimo di sofferenza, che coinvolge sempre l'intera persona ed è quindi molto più di un semplice sintomo. L'esperienza è inseparabile dal vissuto, dalla personalità e dallo stato emotivo: l'ansia, la paura e il ricordo di precedenti esperienze sono potenti catalizzatori del dolore, mentre tutti i metodi in grado di modulare questi fattori sono da considerarsi elementi importanti del suo trattamento"*.

Sono sempre di più i pazienti che soffrono di dolore cronico e che oggi siamo chiamati a riabilitare, e non solo le persone con mielolesione. In ambito urologico per esempio si è alzata la percentuale della popolazione giovane che presenta sintomatologie croniche di origine poco chiara, che diventano molto invalidanti per la qualità di vita e di relazione.

Il dolore sembra quasi rappresentare un "alibi" e non perché il paziente non sia credibile, il suo dolore è reale e meritevole di rispetto, ma nel senso letterale del termine, rappresenta cioè un "altro luogo" occupando

il posto delle parole che la persona non si dice, delle azioni che non ha la forza di fare etc. Esso diventa perciò “necessario” per riportare un equilibrio nella persona, un bilanciamento, non sbloccandosi la situazione. Penso che sia questo un ambito in cui l’ipnosi può rappresentare uno strumento valido per migliorare la qualità di vita del paziente, ma anche un “ponte” per ritrovare il proprio potenziale e recuperare la propria creatività.

Ringraziamenti

Ringrazio tutti i docenti dell'Istituto Franco Granone che, con passione e dedizione, mi hanno accompagnato in questa nuova dimensione. Ho scoperto un mondo ricco di stimoli e strumenti meravigliosi per svolgere meglio il mio lavoro e attingere a un potenziale personale dimenticato. Ringrazio in particolare il Dott. Massimo Somma che mi ha presa per mano fin dall'inizio. Ringrazio infine Milena Muro per la sua passione contagiosa e la sua generosità.

14. Bibliografia

La persona con lesione midollare - L'intervento assistenziale globale, a cura di Maru Marquez, Alberto Nobile, Donato Santandrea, Laura Valsecchi - Carocci Faber, Le professioni sanitarie, 2013

La composizione dell'offerta socio-sanitaria per le persone con lesione midollare: censimento delle strutture, delle professioni e delle tipologie assistenziali esistenti in Italia - Fondazione ISTUD-INAIL, Osservatorio di cure alla persona con Lesione Midollare, 2010 - www.istud.it

Analisi delle lesioni midollari non traumatiche: assistenza, regole, equipe, statistiche - Report Studio Antares, Fondazione ISTUD, 2010

Approccio al dolore nel paziente mieloleso, protocollo terapeutico in unità spinale - F. Rizzi, E. Guzzetti, W. Prandi, C. Ausenda, S. Feller - EUR MED PHYS 2008; 44 (Suppl. 1 to No. 3)

Come misurare la lesione midollare - D. Nicolotti, Ospedale G. Verdi Villanova sull'Arda, AUSL Piacenza Unità Spinale 2014

Le scale di valutazione della disabilità motoria - ICF S. Mazzoleni - Scuola superiore S. Anna - Università di Pisa - 2010 /2011

Algodistrofia tratto da OMAR Osservatorio Malattie Rare di Ilaria Ciancaleoni Bartoli, 2011 - www.osservatoriomalattierare.it

Ipnosi sperimentale e clinica - E. Casiglia et al. - Edizione Artistica, Bassano, 2006

Meditazione e ipnosi - Tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio - Enrico Facco - Edizioni Altavista, 2014

PNEI e la gestione delle malattie stress correlate - R. Iannini, corso base CIICS 2016

Altre fonti consultate:

IASP – International Association for the Study of Pain - www.iasp-pain.org

American Chronic Pain Association - theacpa.org