

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2019

TESI FINALE

CASO CLINICO DI FIBROMIALGIA TRATTATO CON IPNOSI

Candidato Dott. Riccardo Bartaletti

Relatore Prof. Enrico Facco

Indice

1 – Riassunto..... pag. 1

2 – Introduzione..... pag. 2

3 – Caso clinico..... pag. 8

3.1-materiali e metodi..... pag. 8

3.2-risultati..... pag. 14

3.3-discussione..... pag. 15

4 – Conclusioni..... pag. 17

5 – Bibliografia..... pag. 18

1 - RIASSUNTO

Benché se ne parli fin dal secolo scorso (Gowers coniò il termine di *fibrositis* nel 1904, Graham negli anni '50 parlò di "*pain syndrome*" per indicare una patologia dolorosa in assenza di una patologia organica, finché negli anni '70 Smythe e Moldofsky introdussero il termine di *fibromyalgia*), la fibromialgia resta a tutt'oggi una malattia di difficile inquadramento nosologico, tant'è vero che da un lato può essere definita solo descrivendo la polimorfa sintomatologia che la caratterizza, e dall'altro può essere diagnosticata soltanto "per esclusione".

In una situazione del genere è logico che, in mancanza di una etiologia e una patogenesi certe, anche la terapia è molto incerta e discussa; trattandosi di un problema che sicuramente coinvolge il dolore, con tutte le sfaccettature anche psicologiche che questo sintomo comporta, tra le tecniche proposte trova spazio anche l'ipnosi, che è in grado (ormai è documentato) di intervenire sul modo in cui una persona può percepire e vivere il proprio dolore.

Verrà quindi descritto qui di seguito un caso clinico in cui è stata provata, dopo vari tentativi di terapie di altro genere che avevano avuto alterne fortune, questa tecnica.

2 - INTRODUZIONE

La prima difficoltà che incontra chi deve parlare di fibromialgia è trovare una definizione:
“Fibromyalgia is a disorder characterized by widespread musculoskeletal pain accompanied by fatigue, sleep, memory and mood issues. Researchers believe that fibromyalgia amplifies painful sensations by affecting the way your brain processes pain signals”^[1]: questa (come altre definizioni, peraltro) ha il merito di stigmatizzare l'importanza dei processi mentali nella percezione del dolore, ma nello stesso tempo conferma la difficoltà di un inquadramento nosologico preciso di questa sindrome, che trova definizione soltanto nella descrizione dei sintomi che la caratterizzano.

Mancano infatti dati sulla sua etiologia: senza escludere una componente genetica (può manifestarsi in modo ricorrente nella stessa famiglia), sembra che la fibromialgia possa insorgere dopo traumi, sia fisici (anche di natura chirurgica) che psicologici, dopo infezioni, ma spesso sembra anche costituire la manifestazione finale di sintomi che si accumulano gradualmente nel tempo.

Dal punto di vista della patogenesi si ipotizza una sorta di sensibilizzazione del SNC per effetto di un'aumentata eccitabilità dei neuroni: gli stimoli dolorosi di pari intensità successivi al primo vengono avvertiti come più intensi anche in condizioni normali, ma nei pazienti fibromialgici il fenomeno viene vissuto in maniera più accentuata, anche, forse, per effetto di una disfunzione delle vie discendenti inibitorie che dovrebbero modulare le risposte del midollo spinale agli stimoli dolorosi stessi^[2]. In alternativa (o in aggiunta) secondo alcuni autori potrebbe esserci una riduzione, sia nel plasma che nel liquor, della concentrazione di alcuni neurotrasmettitori cerebrali, in particolare la serotonina (che entra in gioco anche nella regolazione del tono dell'umore e del sonno, spiegando in tal modo anche l'associazione della fibromialgia con disturbi a questi livelli).

D'altra parte il dolore cronico *“non è semplice sintomo di una malattia, ma un fenomeno funzionale molto complesso, che prescinde da qualsiasi lesione organica possa esservi associata e nel quale possono essere implicati i potenti meccanismi di modulazione delle afferenze nocicettive”*^[5]. Proprio per questo la fibromialgia è inserita in un gruppo di sindromi di natura ancora poco definita (MUPS, *Medical Unexplained Physical Symptoms*), che potranno essere meglio comprese, probabilmente, quando ne verranno presi in considerazione anche gli aspetti psicosomatici ad esse correlati: l'esperienza dolorosa, infatti, è condizionata da *inputs* sensitivi somatici e viscerali, ma anche da componenti affettive, cognitive e comportamentali, che fanno parte dell'esperienza personale di ognuno, e che possono essere gestite e modulate dalla mente; è stato infatti dimostrato^[6, 7] che la distrazione dallo stimolo doloroso comporta l'attivazione di aree cerebrali connesse con la componente affettiva (sostanza grigia periacqueduttale, parte ventrale della corteccia cingolata anteriore della regione orbitofrontale), e una contemporanea disattivazione di aree coinvolte nella componente cognitiva (parte dorsale della corteccia cingolata anteriore) e di quelle aree più direttamente implicate nella percezione del dolore (talamo, insula),

col risultato finale di “distogliere” l’attenzione della persona dal dolore stesso, che quindi viene percepito in misura più ridotta.

Come accennato, la sintomatologia è caratterizzata da

- Dolore non articolare generalizzato e diffuso, (spesso definito dalle pazienti come un “indolenzimento costante e fastidioso” di muscoli e aree adiacenti a inserzioni tendinee), talvolta intenso, che dura da almeno tre mesi, e che, in assenza di qualsiasi obiettività, fa apparire queste pazienti come “malate immaginarie” già nell’ambito familiare; questo indolenzimento è particolarmente localizzato a circoscritte aree muscolari (“tender points”), dolorabili alla palpazione e alla digitopressione, ma non arrossate né gonfie o calde, localizzate soprattutto a livello della regione cervico-occipitale, del cingolo scapolare e del dorso, del torace, della regione lombare e delle cosce;
- Rigidità muscolare, con stanchezza e facile affaticabilità fin dal risveglio, anche dopo diverse ore di sonno; quest’ultimo, peraltro, è spesso negativamente condizionato dal dolore, e/o da altri disturbi (sindrome delle gambe senza riposo, apnee notturne),
- Difficoltà di concentrazione (“fibro fog”).

Accanto questi sintomi possono coesistere anche

- colon irritabile,
- emicrania o cefalea muscolo-tensiva,
- cistiti, o comunque sindromi dolorose della vescica,
- disturbi dell’ATM.

Di sicuro la carenza di sonno e i dolori che caratterizzano la fibromialgia interferiscono con qualunque attività quotidiana routinaria, e condizionano sia l’attività professionale, sia le relazioni interpersonali anche familiari, portando a depressione e disturbi d’ansia.

Da tutto questo appare chiaro come la diagnosi sia, di fatto, una diagnosi “di esclusione”, che parte dalla considerazione del dolore diffuso, che dura da più di tre mesi, in assenza di qualsiasi condizione obiettiva che ne giustifichi la presenza, e in assenza di alterazioni di qualsiasi parametro ematochimico. In passato si doveva anche valutare la dolorabilità di 18 punti da ricercare in varie zone sulla superficie del corpo (v. Figura 1), ma le nuove linee guida dell’ACR (American College of Rheumatology) non prevedono più l’esame di questi *tender points*^[3].

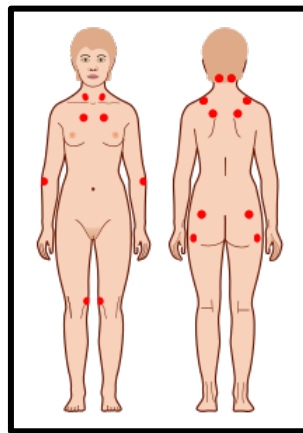


Figura 1: tender points dolorabili in caso di fibromialgia

A questo punto diventa quasi ovvio che, in assenza di una esatta definizione clinica, la terapia della fibromialgia può soltanto essere sintomatica, e prevede l’uso di farmaci e/o tecniche che puntano (ma non sempre ci riescono) a minimizzare i disturbi, ma non sono in grado di modificare evoluzione e decorso della sindrome. Tra i farmaci più utilizzati

- analgesici di vario tipo (ma non oppiacei, che potrebbero indurre dipendenza, e, nel tempo, peggiorare la percezione del dolore), anche con l’utilizzazione eventuale di anestetici locali per l’infiltrazione dei punti dolorosi,
- antidepressivi, che possono invece aumentare la soglia dolorosa, migliorando la percezione del dolore, oltre a facilitare il sonno e, in alcuni casi (amitriptilina, benzodiazepine) svolgere anche un’azione miorilassante,

- antiepilettici, che grazie alla loro capacità di legarsi ai canali del Calcio, diminuiscono l'attività di numerosi neurotrasmettitori (tra cui la sostanza P), e possono quindi interferire positivamente anche sulla percezione del dolore.

Altre modalità di trattamento sono poi proposte accanto alle terapie farmacologiche:

- terapie fisiche: esercizi di stretching (esercizi dolci di allungamento, da eseguire quotidianamente, mantenuti per circa 30 secondi, da ripetere ognuno per 5 volte);

esercizi aerobici (deambulazione veloce, bicicletta), soprattutto in acqua (nuoto): la grossa difficoltà sta però nel fatto che l'esercizio fa peggiorare il dolore, e questo a sua volta ostacola l'esercizio, in un circolo vizioso che di fatto limita qualsiasi attività fisica di queste pazienti;

massaggi dolci decontratturanti, magari con impacchi locali caldi,

- gestione dello stress: terapia occupazionale (con ottimizzazione del proprio spazio di lavoro, anche in funzione dei propri disturbi e delle proprie necessità);

supporto psicologico e counseling;

meditazione;

- magnetoterapia (rilassando le fibre muscolari, agisce sulle contratture "decomprimendo" così anche le articolazioni; inoltre il rilassamento delle fibre muscolari lisce provoca una vasodilatazione, con miglioramento della microcircolazione: la leggera iperemia così ottenuta svolge anche un'azione anti-infiammatoria; in ultimo questa tecnica favorisce il rilascio di endorfine, con aumento della soglia del dolore);
- omeopatia;
- agopuntura^[4];
- ipnosi.

Queste ultime due tecniche rientrano tra quelle utili alla neuromodulazione del dolore, ed è in particolare noto da tempo^[8, 9, 10, 11, 12] che l'ipnosi modula l'attività proprio delle aree sopracitate coinvolte nella percezione del dolore, ed è in grado di innalzare fortemente la soglia del dolore stesso, fino a indurre un'analgesia chirurgica; ed infatti anche studi clinici più recenti hanno confermato la sua efficacia nel trattamento del dolore cronico, e nella fibromialgia in particolare^[13, 14, 15].

Partendo da questi presupposti, poiché nell'attività quotidiana di terapia del dolore capita con una certa frequenza di dover affrontare situazioni diagnosticate come fibromialgia, si è deciso di applicare questa tecnica al caso di una paziente, così come descritto nei successivi capitoli.

3 - CASO CLINICO

3.1 – Materiali e metodi

Il caso clinico che viene qui di seguito descritto riguarda una signora, B. S., di 49 anni, a cui nel 2012 è stata fatta diagnosi di fibromialgia, con dolori di vario genere e sede, iniziati nel 2011-2012, in un periodo che lei stessa ha definito “di instabilità emotiva e sentimentale” (non era sposata e non aveva ancora conosciuto l’attuale marito).

Dall’anamnesi clinica è risultata una storia di dolori a tipo “tendinite” (?) a livello di polsi e ginocchia, e di discopatie multiple, sia a livello lombare sia a livello cervicale: in passato si sono manifestati in più occasioni episodi con riacutizzazioni lombosciatalgiche (anche con periodi di “blocco articolare”), alcune interpretate anche come sindrome del piriforme o come trocanterite (soprattutto a Sn); un’ernia cervicale (C5-C6) riscontrata alcuni anni prima, si è nel tempo spontaneamente disidratata, con miglioramento della sintomatologia, ma più di recente, in seguito a un “movimento anomalo”, è ricomparso un dolore persistente lungo il margine paravertebrale della scapola Sn, irradiato anche caudalmente lungo il rachide.

La paziente ha riferito anche che da alcuni anni è presente una disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM) su base muscolare, anche qui con diversi episodi di blocco: in seguito al trattamento fisioterapico (a suo dire) di uno di questi episodi si era scatenata in passato anche una nevralgia del glossofaringeo di Sn, con crisi ricorrenti di dolore intenso alla gola, all'orecchio e dietro e sotto la mandibola. Anche la realizzazione e l'applicazione di un bite notturno non aveva dato risultati apprezzabili.

Tutti questi dolori sono peggiorati dopo la comparsa della menopausa (all'età di 45 anni), risentendo favorevolmente (poco, peraltro, e per brevi periodi) di una terapia ormonale sostitutiva, sia pure a basso dosaggio, vista anche l'estrema sensibilità della paziente a trattamenti farmacologici, anche di natura non convenzionale (fitoterapia).

A parte una generica difficoltà digestiva (in passato era risultato positivo il test per l'*Helicobacter Pylori*, ma due tentativi di terapia antibiotica erano stati interrotti per effetti collaterali "insopportabili"), che si manifestava periodicamente con senso di pesantezza (non pirosi) epigastrica e lentezza nella digestione, la paziente non ha riferito altri sintomi fisici.

In compenso si è rivelata come una persona estremamente logorroica, che parla seguendo il flusso dei propri pensieri, spesso in maniera disordinata, saltando anche "di palo in frasca"; si è presentata spesso come una vittima, incompresa nella sua malattia, non solo in ambito familiare, ma anche negli altri ambiti sociali che era costretta a frequentare: nel periodo in cui è stata in trattamento, la paziente (figlia unica) ha avuto totalmente in carico la gestione del padre, parkinsoniano (diagnosi quando lei aveva 31 anni) con recente comparsa di disorientamento spazio-temporale e crisi di aggressività, anche perché l'uomo non poteva essere accolto in strutture adeguate (per carenza di posti), al punto che lei stessa "aveva dovuto ricorrere anche alla minaccia di vie legali" per far valere quelli che considerava diritti irrinunciabili. Sempre

nello stesso periodo ha anche dovuto “subire” un grosso cambiamento di ruolo nell’istituzione in cui lavorava da circa 25 anni, il Corpo Forestale dello Stato, che nel 2016 è stato assorbito dall’Arma dei Carabinieri, andando incontro, in pratica, ad una militarizzazione (sia pure più di mentalità e di organizzazione, che di fatto) a cui la paziente non è riuscita ad adattarsi: per questo si è sottoposta ad una interminabile serie di visite collegiali presso vari ospedali militari, nell’intento di vedersi trasferire ad un ruolo non più operativo ma amministrativo e, soprattutto, in ambito civile. Quando si è presentata in ambulatorio (e per tutta la durata del trattamento), le visite presso queste commissioni non erano ancora terminate, ed ogni volta che si avvicinava la data per doverne affrontare una il suo stato d’ansia subiva un notevole incremento.

All’esame obiettivo non sono emersi segni particolari, ad esclusione di una discreta dolorabilità in alcuni punti del cingolo scapolare e della parte alta del dorso, sulla faccia volare dei polsi e sulla faccia interna delle ginocchia.

In considerazione del fatto che le terapie effettuate fino a quel momento, compreso un approccio omeopatico e alcune sedute di agopuntura, avevano dato un certo miglioramento che però la paziente non giudicava sufficiente, è stato proposto alla signora un ciclo di sedute di ipnositerapia, da lei accettato di buon grado.

Si è proceduto, così, ad una prima valutazione del grado di ipnotizzabilità, utilizzando il test dell’*Hypnotic Induction Profile* (HIP), il cui risultato viene mostrato in Figura 2.

In particolare da tale test è emersa prima di tutto una buona disposizione biologica della paziente all’ipnosi (ER = 4), ma anche una buona capacità soggettiva di realizzarla, visto che la levitazione postinduzione si realizzava con un solo rinforzo verbale (LEV = 3), e che la sensazione soggettiva del diminuito controllo sul braccio levitato era praticamente immediata (CD = 2): tutto questo ha permesso di valutare un grado del profilo regolare (PG = 4, “intatto”), prospettando

Hypnotic Induction Profile
Foglio di valutazione

Nome B. S. (F) Data 13.06.17 Età 49

Posizione del soggetto: in piedi Supino Seduto su una sedia Seduto su uno sgabello

Precedente ipnosi: Sì No ; se Sì, data: Se precedente HIP, data:

A. Sguardo in alto: 4-3-2-1-0

B. 1. Sguardo in alto: 4-3-2-1-0

C. 2. Strabismo: 3-2-1-0

D. Eye Roll (1+2): 4-3-2-1-0

E. Istruzione di levitazione: 4-3-2-1-0 Braccio D S ; se D, Specificare:

F. Formicolio: 2-1-0

G. Dissociazione: 2-1-0

H. Levitazione (Postinduzione):

Sec.	0-5	+5	+5	+5	+5
No rinforzo	4	3*			
1° rinforzo		3	2*		
2° rinforzo			2	1*	
3° rinforzo				1	
4° rinforzo					0

Sorriso Sorpreso

*Segnare questo score se la Lev. inizia entro 5 sec e il movimento si protrae fino a 10 sec.

I. Differenziale di controllo: 3-1-0

J. Cut-off: 3-1-0

K. Amnesia al cut-off: 3-1-0

L. Sensazione galleggiamento: 2-1-0

Minuti..... Grado del profilo: 5-4-3-2-1-0

Item	Intatto speciale	Intatto	Debole	Decremento	Zero Speciale	Zero
D. ER	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 0	≥ 0	0
H. Lev	≥ 1+2	≥ 1	< 1 (3° rinf.)	0-4	≥ 0	0
L. CD	≥ 1	≥ 1	≥ 1	0	≥ 0	0

Puntaggio

Score Induzione (G+H(2+1)+L): 7,5
(Basso = 0-3,5; medio = 3,5-7,5; alto = 7,5-10)

Score Induzione Esteso (G+H++J+L+E(2+1)): 12,5
(Basso = 0-6; medio = 6-12; alto = 12-16)

Figura 2: test dell'Hypnotic Induction Profile (HIP) di B.S.

quindi una buona capacità ipnotica della paziente, la cui altrettanto buona ipnotizzabilità era anche indicata sia dallo score d'induzione (IS = 7,5) sia dallo score d'induzione esteso (EIS = 12,5), entrambi medio-alti.

Con l'incoraggiamento derivante da questi risultati preliminari, si è proceduto ad una serie di sedute (in totale ne sono state effettuate sei), a cadenza più o meno quindicinale, durante le quali si invitava la paziente a concentrarsi sul proprio respiro, sull'aria fresca che entrava durante la inspirazione, trasportando all'interno energia pulita, e sull'aria calda che usciva durante la espirazione, eliminando le "tossine" (comprese tensioni e preoccupazioni); una volta verificata e ratificata la regolarità e tranquillità del respiro, sempre tenendolo come riferimento, le si dava la suggestione di scendere (un gradino per ogni atto respiratorio) otto gradini di una scala a chiocciola, mentre le braccia, le gambe e tutto il corpo andavano incontro a un progressivo rilassamento sempre più evidente e apprezzabile, con la sensazione di affondare nel lettino... In fondo alla scala la paziente arrivava davanti ad una porta chiusa, di cui solo lei aveva la chiave: era l'ingresso dell'ambiente che più amava (la stanza dove giocava da bambina?... un giardino?... una spiaggia?...), un ambiente che conosceva bene e in cui si "rifugiava" ogni volta che voleva rilassarsi, sentendosi tranquilla, protetta (alla fine della prima seduta questo ambiente si è rivelato una spiaggia tropicale dalla sabbia bianchissima e finissima, con un lettino e una palma, dove la paziente è stata in ferie negli anni scorsi). Continuando a mantenere l'attenzione sul proprio respiro, le si faceva notare che in questo ambiente (attaccato alla palma, si saprà dopo) c'era anche un piccolo quadro di comando, con alcuni cursori che permettevano di controllare una serie di funzioni dell'organismo; tra questi uno in particolare era in grado di regolare il livello del dolore: *"prova a spostarlo verso destra e, alzando il dito indice della mano destra (sfiorato, mentre lo si richiamava), dimmi se il dolore aumenta"...*: una volta verificato che effettivamente questo succedeva, *"allora se spostando a destra il cursore il tuo dolore aumenta, con la manovra opposta deve diminuire: prova quindi a spostarlo verso sinistra e avvertimi, sempre con il dito indice della mano destra, quando questo si realizza"...*

Raggiunto con questo sistema un buon grado di controllo del dolore, avendo avvertito in precedenza che probabilmente non lo si sarebbe potuto azzerare completamente, tantomeno con una sola seduta, si invitava la signora ad uscire dal “suo ambiente”, in cui avrebbe potuto comunque tornare ogni volta che avrebbe voluto o che ne avesse sentito il bisogno, ripetendo da sola lo stesso tragitto, ed anzi accelerandolo ricorrendo ad una semplice manovra di ancoraggio (chiudere il pollice e l’indice della mano destra).

Lentamente, continuando a rimanere attenta al proprio respiro, si avvicinava a tre gradini, salendo i quali avrebbe riacquistato di nuovo il pieno controllo dei suoi muscoli e ripreso il pieno contatto col mondo esterno. Per seguire questo tragitto, tuttavia, doveva passare vicino ad una quercia (un albero maestoso, con una grossa radice a fittone che si affonda in profondità nel terreno, grazie alla quale riesce a resistere alle tempeste più violente): *“appoggiati al suo tronco, e senti come la sua forza ti viene trasmessa..., senti come anche dai tuoi piedi stanno spuntando delle radici che ti terranno ben salda e ancorata al terreno, impedendoti di essere travolta e abbattuta ogni volta che nella tua vita dovrai affrontare una tempesta ...: la visita davanti ad una commissione... il confronto con il direttore del reparto dove vorresti ricoverare tuo padre...”*: questo tipo di suggestione veniva evocato con l’intento di rinforzare l’autostima e la sicurezza della paziente, dato che lei sentiva aumentare il proprio stato d’ansia ogni volta che doveva affrontare una situazione di particolare impegno emotivo.

Infine, continuando a respirare regolarmente e tranquillamente, cominciava a salire i tre gradini evocati prima, uno ad ogni atto respiratorio, e al terzo avrebbe riacquistato la possibilità e la forza di riaprire le palpebre, riprendere contatto con l’ambiente e, quando si sentiva pronta, alzarsi dal lettino.

Alla fine di ogni seduta, in un rapido confronto, la paziente ha sempre giudicato positivamente la propria esperienza, riferendo di riuscire a rilassarsi completamente e ad isolarsi dall'ambiente esterno, e vivendo vividamente sia la spiaggia, sia il cursore, sia (soprattutto) la quercia.

Inoltre, all'inizio di ogni seduta è stato verificato il lavoro svolto in quelle precedenti, cercando di far dare a B.S. una valutazione quantitativa (numerica) secondo una scala visivo-analogica (VAS) sia al proprio dolore che al proprio stato d'ansia: i risultati (v. tabella 1) hanno dimostrato che nel tempo i due parametri hanno subito una progressiva riduzione che alla fine dovrebbe stabilizzarsi su valori tali da non condizionare la normale vita sociale e professionale della paziente (il condizionale è d'obbligo dato che il trattamento è ancora in corso al momento della stesura di questo lavoro).

3.2 – Risultati

Come appena accennato, nel tentativo di dare una valutazione obiettiva al lavoro svolto, all'inizio di ogni seduta è stato chiesto alla paziente di dare un voto sia al proprio dolore che al proprio stato d'ansia, secondo una scala visivo-analogica: i risultati sono mostrati nella tabella 1.

Dal loro esame è abbastanza evidente come la situazione sia andata migliorando nel corso del trattamento, probabilmente anche per effetto del fatto che la signora, molto collaborante, per

	I° seduta	II° seduta	III° seduta	IV° seduta	V° seduta	VI° seduta
VAS DOLORE	8	7	5	4	5	3
VAS ANSIA	9	7	6	6	7	4

Tabella 1: valori attribuiti dalla paziente all'inizio di ogni seduta al proprio stato d'ansia e al proprio dolore, mediante scale visivo-analogiche

la verità, aveva cercato di riprodurre lo stato di trance mediante la manovra di ancoraggio (che le era stata insegnata in ambulatorio) anche da sola, a casa, ogni volta che ne aveva sentito il bisogno, mantenendo e rinforzando, così, gli effetti ottenuti durante le sedute. Come meglio evidenziato dal Grafico 1, il miglioramento è stato più evidente per il dolore, mentre l'ansia (che evidentemente è una caratteristica "costituzionale" della paziente) ha risentito un po' meno del trattamento, richiedendo altre sedute, anche se più distanziate tra loro.

Un aspetto che colpisce, comunque, è l'andamento non lineare della diminuzione del VAS sia del dolore che soprattutto dell'ansia (particolarmente evidente nel grafico), con un peggioramento alla quinta seduta: questo è stato messo in relazione con l'approssimarsi dell'ennesima visita davanti a una delle commissioni che avrebbero dovuto decidere del suo passaggio a un ruolo civile, tanto che quindici giorni dopo, alla sesta seduta, a visita effettuata (e ottenuto un esito positivo), i due VAS hanno ripreso a scendere.

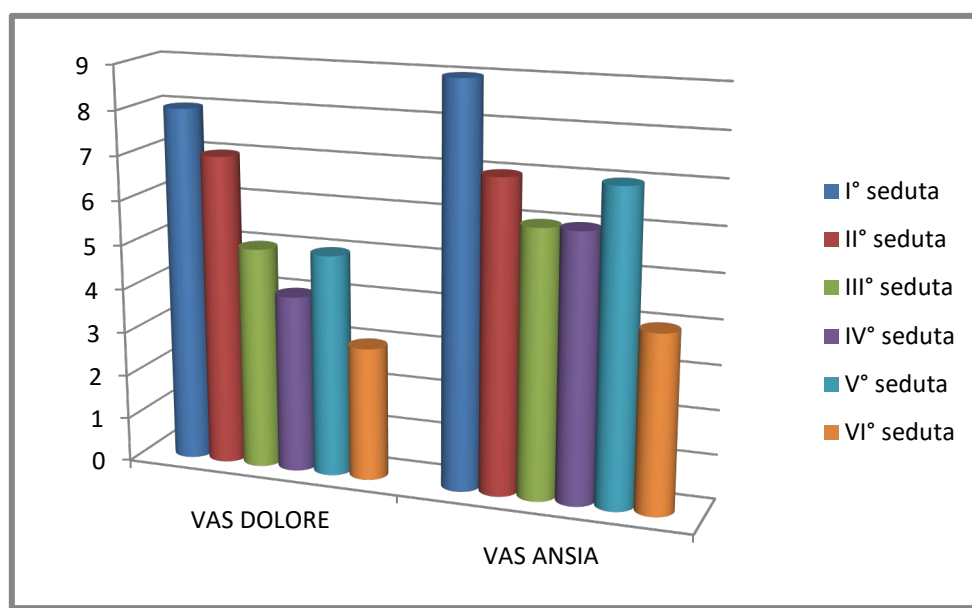


Grafico 1: espressione grafica dei valori attribuiti dalla paziente all'inizio di ogni seduta al proprio stato d'ansia e al proprio dolore, mediante scale visivo-analogiche, come da Tabella 1

3.3 – Discussione

Dall'esame dei risultati sembra abbastanza evidente che la paziente abbia tratto un discreto giovamento dalla terapia con ipnosi, soprattutto per quello che riguarda la sua capacità di controllo del dolore.

Va però segnalato che nel corso del tempo questo miglioramento non è stato lineare, soprattutto per l'ansia, e c'è stato un momento di peggioramento (evidente, osservando il Grafico 1) soprattutto al momento della quinta seduta: probabilmente non è stato un caso, visto che nei giorni successivi la signora avrebbe dovuto affrontare il giudizio finale dell'ennesima commissione; in effetti al sesto incontro (dopo la conclusione di tutto l'iter, conclusione peraltro positiva per la paziente, che si è vista spostare in un ruolo civile, come era suo desiderio) anche lo stato d'ansia si era sensibilmente ridimensionato. Dal confronto dei due andamenti, infine, quello del dolore e quello dell'ansia, vale la pena sottolineare come anche il dolore avesse subito una recrudescenza in prossimità della visita in commissione, e quindi in concomitanza con l'aumentato stato d'ansia, a conferma (se ce ne fosse bisogno) di come le condizioni psicologiche possono influenzare la soglia del dolore e il modo di vivere questa particolare esperienza, fisica ma anche emotiva.

CONCLUSIONI

Di fronte ad una patologia dai contorni ancora sfumati se non del tutto oscuri, come la fibromialgia, la farmacologia si trova spesso in difficoltà nel trovare strumenti validi ed efficaci per contrastarne l'evoluzione. In casi del genere, dove il dolore cronico è l'unico elemento dominante sia pure non giustificato da alcuna patologia organica, e quindi da sintomo diventa malattia, uno dei trattamenti che può avere più senso è lavorare sui meccanismi che modulano la sua percezione. Tra le tecniche che permettono questo tipo di approccio vi è sicuramente l'ipnosi, la cui efficacia è ormai ampiamente documentata.

Benché un singolo caso non abbia alcun valore statistico, quello descritto della signora B.S. conferma quindi una volta di più come, di fronte alla fibromialgia, una patologia in aumento ma ancora di difficile definizione sia nelle cause che nei modi di presentarsi, l'ipnosi può costituire un'arma in più a disposizione del professionista che si occupa di terapia del dolore.

BIBLIOGRAFIA

- [1] - <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fibromyalgia/symptoms-causes/syc-20354780>, sito consultato il 05 agosto 2019.
- [2] – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503476> : Bellato E., et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. Pain Res Treat. 2012; 2012: 426130. PMC3503476. Consultato il 05 agosto 2019.
- [3] – Wolfe, F., et al., The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity, Arthritis Care & Research, Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600 – 610.
- [4] – Goldie, L., et al., “BET2: Acupuncture and fibromyalgia”, Emerg Med J, 2016 Oct, 33, pp 743-4, consultato come Abstract su Pub Med il 15 agosto 2019.
- [5] – Facco E., “Ipnosi nel dolore orofacciale cronico”, in Casiglia, E., et al., “Trattato d’ipnosi e altre modificazioni di coscienza”, CLEUP, 2015, pp 443-458.
- [6] – Tracey I., et al., Imaging attentional modulation of pain in the periaqueductal gray in humans, J Neurosci 2002; 22: 2748-2752.

- [7] – Boothby J.L., et al., Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain* 2004; 109: 500-506.
- [8] – Holroyd J., The science of meditation and the state of hypnosis. *Am J Clin Hypn* 2003; 46: 109-128.
- [9] – Lipowski Z.J., Somatization and depression. *Psychosomat* 1990; 31: 13-21.
- [10] – Casiglia E., et al., Hypnosis prevent the cardiovascular response to cold pressor test. *Am J Clin Hypn* 2007; 49: 255-266.
- [11] – Facco E., Casiglia E., Zanette G., et al. Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. *Int J Clin Exp Hypn* 2011; 59: 454-468.
- [12] – Facco E., Pasquali S., Zanette G., Casiglia E. Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia* 2013; 68: 961-965.
- [13] – Castel A, et al., “Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome”, *J Pain* 2012 Mar; 13(3), pp 255-265, consultato come Abstract su Pub Med il 16 agosto 2019.
- [14] – Picard P, et al., “Hypnosis for management of fibromyalgia”, *Int J Clin Exp Hypn.* 2013; 61(1): pp 111-123, consultato come Abstract su Pub Med il 16 agosto 2019.
- [15] – Zech N, et al., “Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”, *Eur J Pain*, 2017 Feb; 21(2), pp 217-227, consultato come Abstract su Pub Med il 16 agosto 2019.