

**CIICS**  
**Centro Italiano Ipnosi Clinica Sperimentale**  
**Torino**

**Può l'ipnosi incidere sull'impiego di farmaci  
antidolorifici e sulla qualità di vita nel paziente  
oncologico terminale?**

Tesi di

**Paolo Bellingeri**

Relatore Dr. G. Regaldo

Anno Accademico 2009

“Ciò di cui non ti rendi conto, Sid,  
è di come la maggior parte della tua vita  
è determinata dall'inconscio”  
M. H. Erickson , 1983<sup>1</sup>

# Indice

Indice.....	3
Introduzione.....	4
L'ipnosi.....	6
Definizione.....	6
Cure palliative.....	8
Il Dolore.....	10
Analisi.....	12
Obiettivi.....	12
Soggetti.....	12
Metodo.....	12
Casi Clinici.....	14
Caso 1.....	14
Caso 2.....	14
Caso 3.....	14
Caso 4.....	15
Caso 5.....	15
Discussione.....	17
Conclusioni.....	17
Bibliografia.....	18

## Introduzione

Il dolore è tra tutti i sintomi, quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e maggiormente angoscia e preoccupa i familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita, la capacità lavorativa e le relazioni sociali. Il dolore oncologico è un sintomo presente nel 96% dei malati in assistenza palliativa ed il dolore non oncologico rappresenta "un'emergenza" sanitaria che interessa tutte le età, ed in particolare nella forma cronica, ha un'incidenza nella popolazione di circa il 25- 30% (Pain in Europe. EJP 2006). Si distinguono tre tipologie diverse di dolore (acuto, cronico e procedurale), ciascuna con differenti caratteristiche cliniche di durata e risposta alla terapia. Il dolore cronico, definito come un dolore che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto, rappresenta quello con l'impatto sociale maggiore e con costi elevati per il Servizio Sanitario Nazionale. Sempre a livello europeo, esistono diversi studi che quantificano il peso economico del dolore cronico, evidenziando un'incidenza notevole sia in termini di costi diretti per l'assistenza sanitaria, sia in termini di giornate di lavoro perse. Va sottolineato che il dolore cronico invalidante non si presenta solo in campo oncologico, ma riguarda una serie di patologie a grande diffusione<sup>2</sup>.

L'OMS ha stabilito che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non è solo l'assenza di malattie e infermità. Il raggiungimento dello stato di salute ottimale è un diritto umano fondamentale", ne consegue che il medico impegnato quotidianamente nel controllo e gestione del dolore debba inequivocabilmente, impegnarsi nel prendersi cura e non semplicemente curare (concetto mutuato dalla cultura anglosassone con i termini *to care/to cure*).

È a questo livello che si pone il paziente oncologico in fase terminale di vita, quel paziente per cui è sopraggiunto il momento di limitare al minimo gli interventi procedurali, sia farmacologici che fisici per passare alla fase di assistenza intesa come cura globale finalizzata al benessere psico fisico. Momento in cui si deve favorire lo sviluppo di un modello organizzativo, mirato a garantire un'assistenza continuativa, fortemente legata con quella di altri specialisti (cosiddette "Simultaneous Care"), che attenui il senso di abbandono del paziente e dei familiari, favorisca una buona integrazione tra oncologia e cure palliative, permettendo di limitare i ricoveri impropri nella struttura ospedaliera, migliorando l'appropriatezza prognostica al paziente. Fase in cui è prioritario garantire un'assenza totale del dolore, o meglio una percezione soggettiva che limiti la sofferenza del malato. È inoltre importante in questo momento, saper valutare quanto l'intensità del sintomo sia in grado di permettere alla persona di esplicitare quel bisogno, così come indispensabile la capacità dell'operatore di saperlo recepire.

In questo contesto si inserisce l'esperienza dell'ipnosi, vista come metodo ponte tra l'approccio psicologico e quello farmacologico, tra loro integrati e finalizzati al benessere soggettivo dei pazienti. Il concetto dei bisogni inespressi si pone come prioritario nell'assistenza al malato terminale, in quanto spessissimo la nostra attenzione viene attratta dai sintomi più appariscenti, quali episodi transitori di esacerbazione del dolore (D.E.I.) dolore episodico intenso, o BTP (*breakthrough pain*) che necessitano di una terapia analgesica "rescue" con farmaci da somministrare al bisogno, ma difficilmente ci addentriamo nell'analisi di ciò che si pone "dopo" la risoluzione dell'episodio acuto, non è possibile dimenticare che il bisogno non è la semplice espressione del disturbo, ma interessa la globalità della persona in tutta la sua individualità. Non sono disponibili medicine per i bisogni, questi evolvono

singolarmente, slegandosi oggettivamente dal sintomo e dal controllo che questo può generare.

Sicuramente non è facile pensare di impiegare l'ipnosi in questo campo, molti pregiudizi e scorretta informazione fanno sì che difficilmente si pensi di applicarla a pazienti con un'abreve aspettativa di vita, come ben ricorda Monia Belletti nel suo lavoro *“si è constatato che vige una distorsione di significato della parola ipnosi. Le persone, condizionate dai mass-media, riportano sinonimi di ipnosi come “magia”, “sonno profondo”, “dipendenza”... Purtroppo questo pensiero non è presente solo nei pazienti ma anche nella gran parte del personale sanitario il quale ha dichiarato, spesso, che “l'ipnosi è una tecnica passiva, inutile soprattutto per la gente che sta morendo e non ha tempo da perdere”.* Anche a livello internazionale ci sono ancora pochi studi a riguardo poiché la variabile “prognosi breve” potrebbe essere, a volte, un ostacolo per questa terapia. Dalla letteratura internazionale si può rilevare che esistono pochi articoli a riguardo: lavori svolti soprattutto in America ed in Inghilterra. Alcuni scritti prendono in considerazione l'applicazione dell'ipnosi su soggetti ai quali si riscontra ansia, depressione o rabbia (stati emotivi tipici di questa patologia) ma, sono veramente pochi gli articoli che riguardano il trattamento ipnotico al fine di contrastare il dolore oncologico o altri sintomi nelle cure palliative”.<sup>3</sup>

Da queste considerazioni lo stimolo a ricercare una possibile applicazione nella quotidianità di assistenza, col sostegno del personale, fortemente motivato a percorrere la strada dell'innovazione, ma soprattutto alla condivisione di soluzioni ottimali per pazienti che necessitano di attenzioni anche maggiori rispetto alla routine di un Hospice o nella peggiore delle ipotesi di un reparto ospedaliero.

# L'ipnosi

## Definizione

L'**ipnosi** è un fenomeno che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica del soggetto. È una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni sia fisiche, sia psichiche e sia di comportamento. In particolare "oggi sappiamo che l'ipnosi non è altro che la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione"<sup>4</sup>. Attualmente l'ipnosi non è più solo interpretata come uno stato rigido da ricercare (trance) per poi inserire suggestioni, ma come un modo di funzionare dinamico caratterizzato dall'abilità del soggetto a realizzare ideoplasie (monoideismi plastici) attraverso l'orientamento adeguato della propria rappresentazione mentale, per cui si sono ben definiti i criteri per l'elaborazione di tecniche efficaci.

È necessario che l'ipnotista abbia ben chiaro e ben definito l'obiettivo da raggiungere, ossia qual è l'idea che deve esprimersi plasticamente, qual è il comportamento da realizzare e qual è la rappresentazione mentale che li definisce in maniera adeguata. L'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso.

Le fonti più remote, nelle diverse culture, che fanno pensare all'uso dell'ipnosi in ambito terapeutico illustrano tale impiego prevalentemente rivolto al controllo del dolore, quindi come metodica analgesica. Da quando l'ipnosi è maggiormente conosciuta come modalità particolare del funzionare umano, che può essere tecnicamente controllata da esperti professionisti, è utilizzata in ambito extraterapeutico nello spettacolo, nello sport e nella ricerca, e in ambito terapeutico nelle diverse specializzazioni della medicina, della psicologia clinica e dell'odontoiatria. Viene sempre più utilizzata con buoni risultati nel controllo delle emozioni, attraverso le varie forme di psicoterapia e ipnositerapia. È impiegata in ostetricia, in odontoiatria, in dermatologia e negli ultimi anni anche in oncologia come strumento del sostegno psicologico (quando è impiegata come tecnica di rilassamento) e nella eliminazione degli effetti collaterali alle diverse terapie quali la nausea, il vomito, l'eccessiva stanchezza e ovviamente nella gestione delle diverse emozioni negative. In questa situazione si colloca l'impiego della tecnica ipnotica adattata a pazienti oncologici in fase terminale per controllare quei sintomi a volte non controllabili con i farmaci.<sup>5</sup>

Ma perché l'ipnosi può funzionare nel paziente oncologico? Varie sono le teorie proposte e importante il materiale bibliografico a riguardo, dalla Teoria del Gate control, alla Teoria della neuro matrice, dei Modelli dissociativi, dei Modelli socio-cognitivi e dei Modelli costruttivistici: pur tuttavia una teoria potrebbe ben adattarsi a spiegare questi meccanismi, la Teoria dei livelli multipli: cioè che l'ipnosi operi su livelli multipli; il dolore è infatti notoriamente un'esperienza multidimensionale che coinvolge fattori sensoriali, dissociativi, motivazionali, cognitivi ed emozionali. L'ipnosi potrebbe agire riducendo i riflessi nocicettivi spinali R-III nel midollo spinale, la sensazione di dolore sopra e oltre R-III, sfruttando i meccanismi cerebrali che prevengono o impediscono la consapevolezza del dolore quando lo stimolo nocicettivo ha raggiunto i centri più elevati e la qualità spiacevole del dolore al di là della mera riduzione della sensazione algica; quest'ultimo effetto di ridimensionamento affettivo del dolore potrebbe conseguire ad una vera e propria reinterpretazione del significato associato alla sensazione dolorifica<sup>1716</sup>. La teoria dei livelli multipli implica

1) in periferia una down regulation sull'input degli stimoli dolorifici attraverso la stimolazione di

fibre  $\delta$  e C (riducendo così anche l'attivazione del simpatico),  
2) a livello spinale una riduzione dei riflessi poli-simpatici,  
3) a livello corticale un ridimensionamento della dimensione percettiva e affettiva del dolore;  
processi di controllo consci o più verosimilmente inconsci potrebbero infine essere associati ad un sistema di supervisione di carattere attentivo coinvolgente la corteccia fronto-temporale e il sistema limbico. Questi sistemi di controllo del dolore multipli e gerarchici forniscono una descrizione plausibile circa le basi neuro-biologiche della Hypnotic Focused Analgesia (HFA) sottolineando specifici aspetti di attivazione centrale e periferica associati allo stato ipnotico.<sup>7</sup>

Nel campo della fenomenologia ipnotica la psicobiologia è la scienza che si interessa dei rapporti tra psiche e soma mettendo in evidenza vie e mezzi attraverso cui essi si realizzano. Partendo dal dato di fatto che l'emisfero cerebrale sinistro è l'emisfero della logica ed il destro quello dell'emozione, l'esperienza nell'emisfero sinistro è registrata preminentemente come parola, nell'emisfero destro è conservata come emozione. Ciò viene descritto ed illustrato da R. Shone nelle pagine 31-33 del libro "La tecnica dell'autoipnosi" (Astrolabio – 1994) riportando un esperimento fatto su un soggetto che aveva subito la resezione dei peduncoli cerebrali del corpo calloso.

Il nostro psichismo dispone di una energia vitale complessiva da cui originano le cariche psicodinamiche che esplicano, secondo la loro natura, una azione favorevole o meno sull'organismo. Le parole, le idee, le immagini, le emozioni, man mano che entrano a far parte del vissuto e quindi dell'esperienza della persona, provocano una eccitazione psichica ed acquisiscono una carica psicodinamica che ne ricalca il significato. Tale carica può essere utilizzata, secondo il principio dei riflessi condizionati, usando come stimolo suggestivo proprio la parola o l'immagine o l'emozione, che l'hanno realizzata. Nel momento in cui una persona richiama alla sua mente una idea e la mantiene per un po' di tempo, questa idea realizza il suo contenuto (ideoplasia). È una legge dell'interazione mente-corpo trasformare in azione le cariche contenute nelle idee. Se si sottopone all'attenzione di una persona in stato ipnotico una idea che richiama una carica psicodinamica da cui ci si aspetta una determinata azione, questa, dopo un tempo di latenza ragionevole, si realizza, come ci si attendeva. Le parole, le idee, le immagini richiamano e mobilitano nel cervello psichico le energie che ricalcano, le quali, a loro volta, danno origine ad eventi a catena per evidenziare un'azione a livello periferico.

Durante lo stato ipnotico si può influire sulle funzioni dell'organismo abolendole, inibendole, potenziandole o normalizzandole. Le vie di cui la mente si serve per influire sul somatico, sul viscerale o sull'umorale sono le stesse di cui si serve lo stress per provocare i suoi effetti. Dal punto di vista neurofisiologico, la mente comunica col corpo principalmente attraverso il sistema ipotalamo-limbico, centro di affluenza di stimoli provenienti dal talamo e quindi dalla corteccia, dal sistema limbico e dal sistema reticolare. L'ipotalamo poi funziona come un trasformatore di energia perché trasforma l'informazione neuronale (fornita di energia psichica) in informazione neurormonale che mediante messaggeri raggiunge la periferia. Il funzionamento del sistema nervoso autonomo porta in periferia l'informazione in maniera digitale (mentre quella di ormoni, peptidi e mediatori è di tipo analogico). Attraverso queste vie si possono ottenere risultati terapeutici significativi.<sup>8</sup>

## Cure palliative

Le cure palliative possono essere definite come "il trattamento del paziente affetto da patologie evolutive ed irreversibili, attraverso il controllo dei suoi sintomi e delle alterazioni psicofisiche, più della patologia che ne è la causa". Lo scopo principale delle cure palliative è quello di migliorare anzitutto la qualità di vita piuttosto che la sopravvivenza, assicurando ai pazienti e alle loro famiglie un'assistenza continua e globale<sup>9</sup>. La peculiarità della medicina palliativa è il nuovo approccio culturale al problema della morte, considerata non più come l'antagonista da combattere ma accettata a priori come evento inevitabile. Da questa premessa teorica nasce una pratica clinica che pone al centro dell'attenzione non più la malattia, ma il malato nella sua globalità (Corli, 1988). La consapevolezza della morte induce un'attenzione più acuta alla qualità della vita ed alla sofferenza di chi sta per morire. Come riporta Spinsanti "la medicina delle cure palliative è e rimane un servizio alla salute. Non dunque una medicina per morente e per aiutare a morire, ma una medicina per l'uomo, che rimane un vivente fino alla morte" (Spinsanti, 1988).

Alla base di questa filosofia resta sempre il rispetto dell'essere umano sofferente, l'attenzione al dettaglio, a tutto quello che si può e si deve fare quando "non c'è più niente da fare": l'attenzione alla vita del paziente, anche se brevissima, privilegiandone gli aspetti qualitativi e arricchendo ogni suo istante di significati e di senso; la capacità di ascoltare, dare presenza, restaurare i rapporti umani ed entrare in rapporto emotivo con pazienti e familiari. Infine, una corretta "filosofia" nell'approccio palliativo deve comprendere la capacità di saper riconoscere i propri limiti come curanti e terapisti, recuperando il senso profondo della medicina come scienza ed arte per la salute psicofisica dell'essere umano. Cure palliative non vogliono dire eutanasia, ma sono l'espressione di un approccio medico basato su conoscenze scientifiche e sull'attenzione continua nella loro applicazione.

Le cure palliative sono rivolte soprattutto ai pazienti colpiti da cancro. Dai dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si comprendono rapidamente le dimensioni del problema: vengono diagnosticati ogni anno 5.9 milioni di nuovi casi di cancro di cui 4.3 milioni giungono a morte. Il rischio di ammalarsi di tumore è in costante aumento nella maggior parte dei paesi sia per l'aumento della durata media della vita sia per l'aumento dei fattori di rischio.

Le cure palliative si rivolgono anche a tutta una serie di patologie che, pur non essendo neoplastiche, sono considerate inguaribili. In Italia la carenza di strutture sanitarie specializzate tipo Hospice e reparti di cure palliative fa sì che la casa del malato diventi il luogo di cura più idoneo. È chiaro come la scelta tra casa e ospedale si pone come una alternativa tra naturalità della sofferenza e rimozione in un ambiente "estraneo". Nel momento in cui le necessità diagnostiche e terapeutiche possono comunque trovare una adeguata risposta, assistere un malato di cancro in fase avanzata in ospedale rappresenta una scelta che rende "diverso" questo periodo di sofferenza, come se questa stessa sofferenza non fosse una consueta componente dell'esperienza umana.

Occuparsi di un malato terminale significa infatti confrontarsi continuamente con i bisogni del malato e della sua famiglia. Più spesso nel paziente oncologico l'idea della morte si palesa solo quando la progressione della malattia obbliga il paziente a dipendere fisicamente e socialmente da altre persone.

La perdita del ruolo sociale e familiare e la nascita di nuovi rapporti dipendenti dallo stato di malattia vengono a pesare fortemente sull'emotività del paziente. L'adattamento alle limitazioni fisiche imposte dal progredire della malattia e la conservazione della propria dignità spesso sono resi difficili dalla mancanza di adeguate condizioni socio-ambientali.

I problemi più rilevanti sono quelli psicologici, anche se la connessione con i problemi fisici è in molti casi diretta

Oltre alla sofferenza e alle conseguenze emotive prodotte dalla malattia e dagli effetti collaterali delle terapie, ritroviamo nell'ammalato:

la paura che il dolore possa divenire incontrollabile

la paura di morire



la paura di perdere l'autocontrollo mentale e/o fisico

la preoccupazione di perdere il proprio ruolo in famiglia e sentirsi di peso.

L'obiettivo principale da un punto di vista medico è il controllo dei sintomi (Ventafridda, 1990).

L'obiettivo primario è garantire un congruo numero di ore di sonno, scomparsa del dolore statico ed incidente.

Per il medico il controllo del dolore nel paziente con cancro è un obiettivo importante sia per la prevalenza di questo sintomo sia perché spesso costituisce un problema diagnostico e terapeutico.

La valutazione e il trattamento dei pazienti con neoplasia e dolore richiede un approccio multidisciplinare che include la conoscenza dei meccanismi neurofisiologici e dell'eziopatogenesi del dolore, l'identificazione di sindromi dolorose, la conoscenza della storia naturale e delle possibilità di trattamento del tumore, il riconoscimento non solo delle componenti biologiche, ma anche di quelle psicologiche di ogni sintomatologia.

Il controllo efficace del dolore, in particolare nei pazienti in fase terminale, è uno dei punti cardinali del programma oncologico dell'OMS, accanto alla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce e alla terapia (WHO, 1986)<sup>10</sup>.

Il dolore compare fino al 50% dei pazienti in trattamento antineoplastico e sale al 70% nei pazienti con cancro avanzato (Bonica, 1985), tuttavia può comparire anche in fase precoce, è riportato infatti che il 15% dei pazienti con cancro non metastatico ha dolore (Twycross, 1982).

## Il Dolore

In termini fisiopatologici moderni il dolore corrisponde ad una "sensazione spiacevole e ad una esperienza emozionale ed affettiva associata a danno dei tessuti o descritto nei termini di tale danno". Non si tratta quindi solo della semplice attivazione di un sistema nervoso complesso, ma corrisponde sempre ad uno stato psicologico sul quale giocano le loro influenze lo stato emozionale e precedenti esperienze spiacevoli. Più precisamente, dal concetto di dolore (o meglio di nocicezione) andrebbe distinto quello di sofferenza che comprende soprattutto la risposta emotiva ed affettiva ad una stimolazione dolorosa o anche ad altri eventi quali paura, minaccia e presentimenti. Il dolore è quindi, un'esperienza soggettiva, influenzata da fattori culturali, dal significato della situazione specifica e da altre variabili psicologiche.

I processi del dolore non cominciano con la semplice stimolazione dei recettori. Infatti ferite o malattie producono segnali neuronali che entrano in relazione con il sistema nervoso il quale comprende un substrato di passate esperienze, cultura, ansia e depressione. Questi processi mentali partecipano attivamente nella selezione, astrazione e sintesi delle informazioni che provengono dagli input sensoriali.

Il dolore, quindi, non è semplicemente il prodotto finale di un sistema di trasmissioni sensoriali lineare, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni con il sistema nervoso.<sup>11</sup>

La risposta conseguente al dolore pertanto è determinata da fattori costituzionali, come la personalità, l'individualità, la fisiologia, e la genetica, oppure da fattori cognitivi, come la cultura, le opinioni, le aspettative, il pensiero e il significato. Oppure ancora, può essere determinata da fattori comportamentali-esistenziali, quali l'apprendimento strumentale, operante, istruttivo e sociale. infine da fattori affettivi, come i sentimenti e le emozioni (AA.VV., 2004).

E' importante riconoscere l'interazione che avviene tra le risposte fisiologiche e quelle psicologiche al dolore. Ad esempio, è noto che la paura di un intervento chirurgico incrementa la pressione sanguigna e prolunga il processo ulteriore di eliminazione del dolore, diminuendo la soglia del dolore. Secondo la Gate Control Theory, ..., la distrazione può funzionare modulando il dolore dalle vie corticali discendenti e inibendolo su quelle periferiche (Melzack R.W., 1996; Melzack R.W., 1965:971-979; Megel, M.E., Houser, C.W., & Gleaves, L.S., 1998:129-145).<sup>12</sup>

Nei pazienti oncologici la stimolazione algica è più frequentemente dovuta alla crescita della massa neoplastica. Dallo studio di Foley (1979) risulta che nel 77% dei casi il dolore è provocato dal tumore, nel 19% dai trattamenti e nel 3% da cause non collegate né alla malattia né alle terapie. è particolarmente importante l'analisi degli aspetti psicologici implicati nell'esperienza dolorosa, soprattutto se intensa, cronica o maligna, perché la comprensione di questo sintomo richiede un approccio che si sviluppi su molteplici dimensioni. Infatti il dolore rappresenta un evento in cui stretta è la connessione tra aspetti biologici e aspetti mentali, i quali interagiscono nel determinare le risposte emotive, adattative e comportamentali del soggetto che prova dolore. Un'adeguata analisi della situazione di dolore non può quindi limitarsi ad una lettura biologica di quanto accade, ma deve confrontarsi con il dato psicologico. La rilevanza di fattori psicologici si riscontra sia in termini causali (dove la funzione psicosensoriale, di percezione, di valutazione, incide nel determinare, almeno in parte, le caratteristiche del dolore esperito) sia in termini concomitanti poiché ad esso, più facilmente che ad altri sintomi, si possono associare vissuti di particolare disagio emotivo, reazioni psicologiche ed atteggiamenti di sofferenza.

Parlare di multidimensionalità significa anche riconoscere che nell'esperienza del soggetto che prova dolore, numerosi sono gli elementi che possono incidere, sia in senso specifico sulla sensazione dolorosa, che in senso generale sul vissuto di sofferenza dell'individuo e che a fatica l'esperienza del dolore può essere ricondotta esclusivamente ad un problema psicofisiologico.

Un lavoro sperimentale recente ha evidenziato che le dimensioni rilevanti del dolore percepito da pazienti con cancro sono: intensità, qualità emotiva e dimensione somatosensoriale e ricalcano da vicino quelle proposte a priori da Melzack e Casey: sensoriale-discriminativa, emozionale-affettiva e cognitivo-valutativa. In questo stesso studio si evidenziava come la componente intensità fosse la più importante per i pazienti con cancro, seguita da vicino dalla componente emotiva, e che i termini usati per definire un livello di intensità elevato assumevano anche un'elevata valenza nella dimensione emotiva (Clark, 1989).

E' osservazione comune che lesioni simili vengono associate molto spesso a sintomi di intensità da nulla a estremamente severa da pazienti diversi e che quindi le caratteristiche dello stimolo periferico possono essere secondarie a determinare la qualità e l'intensità della percezione. Fattori psicologici e sociali si sono dimostrati importanti nel determinare e modificare le caratteristiche di molte forme di dolore cronico benigno e nella valutazione di stimoli dolorosi indotti sperimentalmente (Mount, 1989)<sup>10</sup>.

La misurazione del dolore percepito si effettua mediante scale di autovalutazione, tecniche di osservazione e misurazioni fisiologiche. L'utilizzazione di scale di autovalutazione per il dolore e la sofferenza, come la Visual Analog Scale (VAS) e la Numerical Rating Scale (NRS) (Fig. 1), permette al paziente di riferire una valutazione del proprio vissuto percettivo, riportandolo all'interno di uno strumento statisticamente valido per la misurazione psicometrica. Ai pazienti viene chiesto di segnare il punto in cui si trova il loro dolore su una linea di 10 cm, tra due valori estremi di "nessun dolore" e 'peggior dolore immaginabile'. L'intensità del dolore, che è una sensazione estremamente soggettiva e dipendente non solo dalle soglie personali, ma anche dal trascorso emotivo e dalla personalità/identità del paziente, viene quantificata attraverso un indice ad essa correlato (oltre ai parametri fisiologici, al comportamento osservato ed alla dimensione del vissuto individuale).

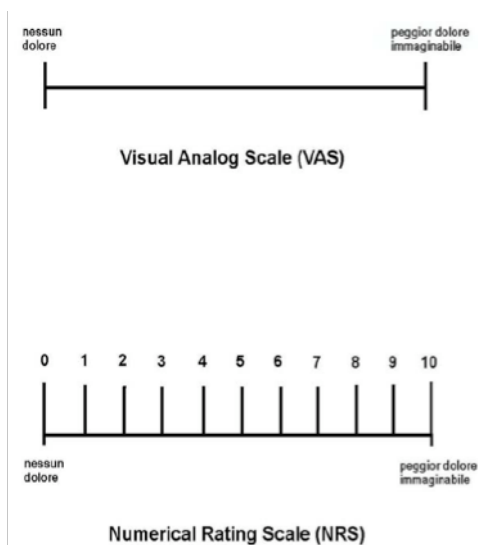


Figura 0

## **Analisi**

### **Obiettivi**

Il lavoro che é stato svolto sui pazienti oncologici terminali per il controllo del sintomo nasce da più ipotesi:

- 1) l'ipnosi può essere una terapia complementare a quella farmacologica al fine di migliorare la qualità di vita del paziente terminale?
- 2) l'ipnosi accompagnata da una terapia farmacologica può ridurre o eliminare il sintomo al paziente terminale?
- 3) si può riscontrare una variazione di terapia farmacologica con l'applicazione dell'ipnosi nelle cure palliative?

### **Soggetti**

Nell'arco di sei mesi sono stati sottoposti al trattamento ipnotico, con il loro consenso, 5 pazienti oncologici con aspettativa di vita media di tre mesi. E' stato rilevante considerare l'età, la conoscenza di diagnosi e prognosi, il tipo di sintomo e di patologia. Il trattamento ipnotico è stato applicato ad un gruppo con un'età variabile dai 62 ai 75 anni (età media 65,8), due donne e tre uomini. Il campione era rappresentato da pazienti afferenti all'Unità di Cure Palliative dell'ASL A1, ambito territoriale di Acqui Terme, Novi ligure, Ovada, tutti seguiti al domicilio per l'intera durata dello studio.

### **Metodo**

Ad ogni soggetto é stato somministrato il test VAS pre e post seduta, con ulteriore valutazione a T0 e T3, l'ipnosi é stata somministrata, inizialmente, soprattutto per un maggior controllo del dolore. Per ogni paziente é stato utilizzato un trattamento ipnotico "personale": cambiava da paziente a paziente e da seduta a seduta. Anche la durata delle sedute poteva variare da 30 minuti a 1 ora, una o due volte la settimana. Per facilitare la trance al paziente sono state utilizzate tecniche immaginative di rilassamento e strategie per entrare maggiormente in contatto con l'apparato sensoriale più sviluppato nel soggetto. In particolare con tutti i pazienti si è ricorsi al "luogo sicuro", ampiamente utilizzato nella tecnica EMDR, che ben si presta al paziente oncologico spesso spaventato o in preda a alterazioni dell'umore relati alla patologia in atto. Con tutti i pazienti sono state introdotte metafore, specifiche per ognuno e personalizzati al sentire di ogni persona, ponendo particolare attenzione a non relarle con lo stato di malattia. Alcuni schemi di trattamento ipnotico per alleviare il dolore, come ad esempio la dissociazione corporea, la suggestione ipnotica indiretta, lo spostamento ipnotico della sede del dolore, il ricalco e guida venivano adottati in funzione della risposta dei soggetti. In ogni seduta si è attentamente evitato di produrre abreazioni che avrebbero indotto reazioni di rifiuto nella tecnica adottata.

Si è inoltre valutata la qualità della vita attraverso la scala o indice di Karnofsky (Karnofsky Performance Status) che serve a misurare la qualità di vita di un malato oncologico o terminale. Esso è un indice "di attività" per la misurazione dei risultati dei trattamenti antitumorali: lo stato fisico del paziente, le prestazioni e la prognosi successiva all'intervento terapeutico. Tale indice è anche adatto per determinare l'idoneità del paziente alla terapia.

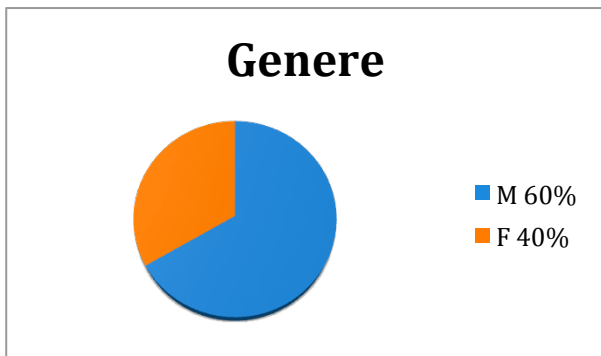


Figura 2

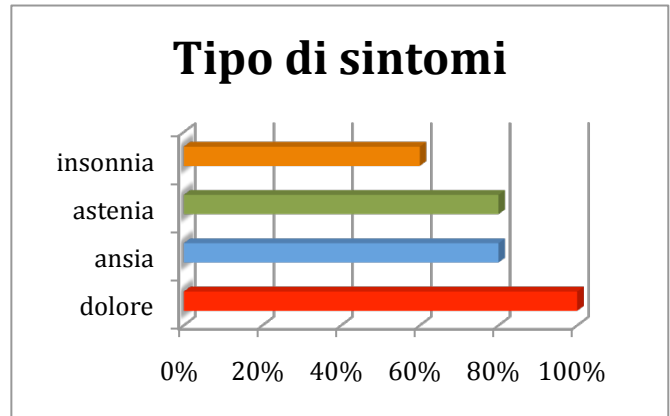


Figura 3

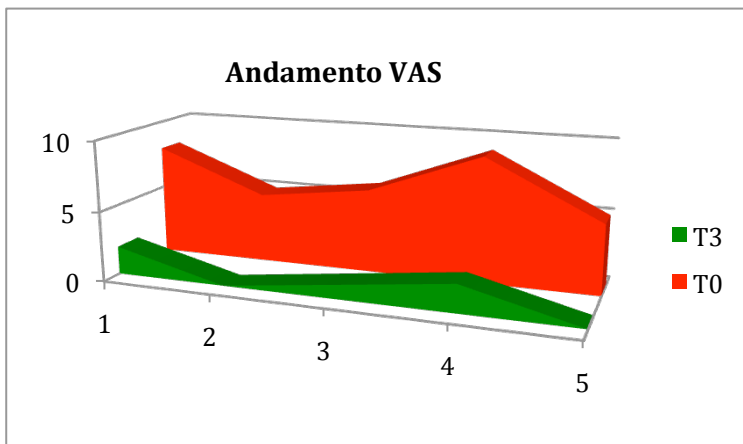


Figura 4

#### Karnofsky Performance Status

- K: 100%** : paziente in salute
- K: 90%**: paziente con segni e sintomi tali da svolgere un'attività lavorativa normale
- K: 80%**: paziente svolge attività normale con fatica
- K: 70%**: paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso
- K: 60%**: paziente incapace di lavorare, richiede assistenza per camminare
- K: 50%**: paziente richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
- K: 40** : paziente inabile; richiede cure continue, allettato per più del 50%del giorno
- K: 30%**: paziente con indicazioni al ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio;supporto domiciliare intenso
- K: 20%**: paziente con gravi compromissioni di funzioni di organi una o più irreversibili
- K: 10%**: paziente moribondo

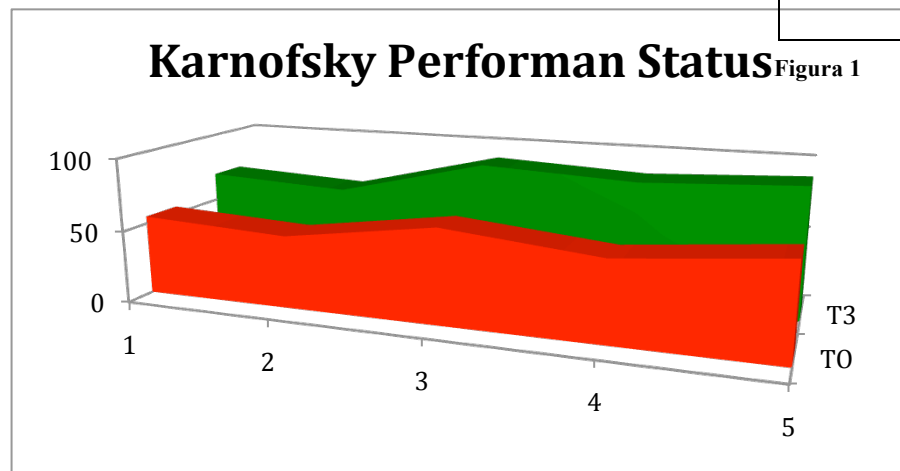


Figura 1

Figura 6

## Casi Clinici

### Caso 1

Paziente maschio, 75 anni, ca prostata da 10 anni, all'osservazione per dolore non controllato da metastasi (MTS) ossee diffuse, con particolare interessamento compressivo al nervo sciatico sx e relativo irradiazione di dolore "bruciante" a tutto l'arto inferiore. Le lesioni ossee vertebrali hanno indotto paresi agli arti inferiori.

In trattamento con Fentanyl transdermico (TTS) a 175 µg/ora per tre giorni e utilizzo di morfina solfato (75 gt se dolore superiore a 5 di VAS) per uso orale alla comparsa di dolore incident non relato a movimento o alterazioni termiche all'arto inferiore di sinistra.

Il soggetto è stato seguito per tre mesi, con due sedute settimanali della durata di 30-60 minuti, in cui dopo l'induzione dello stato ipnotico si passava alla realizzazione di Metafora definita "della lavagnina", in cui il soggetto ricordava i momenti piacevoli trascorsi a pescare in un lago della zona. Tale metafora gli permetteva di estraniarsi completamente dal contesto ambientale in quanto concentrato nell'esito positivo della pesca. L'induzione ipnotica raggiungeva livelli molto profondi tanto da renderlo completamente insensibile agli stimoli esterni.

Le sedute già dalla prima settimana permisero di ridurre l'incidenza degli attacchi di dolore incontrollato, mentre alla fine dei tre mesi il paziente non assumeva più le gocce di morfina orale.

Durante tale periodo riferì di notevole miglioramento della qualità del sonno (era sufficiente pensare al "luogo sicuro" della "lavagnina" per passare immediatamente ad un sonno profondo.

VAS all'inizio delle sedute 8, finale 2. Karnofsky all'inizio delle sedute 55, finale 70.

### Caso 2

Paziente maschio, 70 anni, ca polmone, sottoposto a radioterapia palliativa su lesioni isolate ossee, invasione metastatica al mediastino e multiple ossee costali, giunge all'osservazione per dolore non controllato, alla regione toracica dx. A seguito di titolazione con morfina solfato per os necessaria a controllare il dolore di base, viene sottoposto a trattamento con Fentanyl TTS a 300 µg/ora per tre giorni e utilizzo di Fentanyl transmucoale (OFTC) 400 µg/ora alla comparsa di break true pain in ragione di 1-2 somministrazioni nelle 48 ore.

Nel periodo in cui il soggetto fu sottoposto alle sedute ipnotiche, nel tentativo di ridurre l'assunzione di Fentanyl OFTC, si utilizzò la metafora del "calore amico", che sfruttava l'irradiazione del calore, attraverso l'applicazione della mano del soggetto stesso (metodica appresa durante il corso di ipnosi CIICS), alla regione toracica, capace di sottrarre dolore alla zona affetta. Con questo paziente fu molto utile la metafora di richiamo del suo "luogo sicuro" rappresentato da un ambiente molto caldo cui era particolarmente affezionato, nel quale rientrava dopo una permanenza a contatto con neve. Le sedute all'inizio furono tre nella prima settimana di un ora l'una, in presenza della moglie, che si era dichiarata scettica sulla possibilità di ridurre l'impiego di "morfina". Nelle settimane successive le sedute si ridussero ad una di 40 minuti, sufficiente a creare una condizione di benessere all'insorgenza dei primi sintomi. La risoluzione delle crisi dolorose si ebbe dalla quarta settimana. Nel contempo si notò un netto miglioramento della qualità di vita. Anche in questo caso la terapia si protrasse per tre mesi.

VAS all'inizio delle sedute 5, finale 0. Karnofsky all'inizio delle sedute 50, finale 65.

### Caso 3

Paziente donna di 63 anni, affetta da ca della mammella operata 10 anni prima e sottoposta a tre linee di chemioterapia. Giunge all'osservazione per dolore discontinuo riferito a lesione cutanea neoplastica estesa a tutto la zona toracica anteriore. La lesione, di difficile gestione infermieristica, per il continuo sanguinamento, induceva sensazioni dolorose simili a "scosse" con percezione di essere trafitta da oggetti appuntiti. La paziente era solita assumere Paracetamolo monodose da 1 g in tre somministrazioni die a orari fissi non riuscendo però a contrastare le "scosse". Dopo un lungo periodo di colloqui per definire la reale possibilità di un intervento ipnoterapico e la sostituzione del paracetamolo con cerotto di Fentanyl TTS a 25 µg/ora per tre giorni che compensò il dolore lasciando però inalterata la percezione delle "scosse" insorgenti nei momenti in cui la donna rimaneva sola in casa. Si iniziò con sedute di rilassamento che in breve tempo si trasformarono in vere e proprie ipnosi con l'utilizzo di visualizzazioni guidate che portarono la paziente a creare un'ideoplasia di "congelamento" della parte affetta. La scelta di Metafore generiche inerenti il freddo, permise anche di ridurre sensibilmente il sanguinamento della lesione, che alla medicazione si presentava, immediatamente dopo la seduta ipnotica, meno vascolarizzata.

Nel periodo di due mesi la VAS passò da 5 a 0, con notevole soddisfazione della paziente e degli operatori, in quanto anche il personale infermieristico ricordava prima di ogni medicazione alla paziente di andare nel "luogo sicuro", realizzando così la sensazione di freddo, per facilitare le operazioni infermieristiche. L'indice di Karnofsky all'inizio delle sedute 65, finale 90.

#### **Caso 4**

Paziente uomo di 59 anni, affetto da ca della prostata all'esordio della diagnosi, con invasione metastatica a "colata" della colonna lombo-dorsale con interessamento delle radici posteriori delle due ultime vertebre lombari. Sottoposto a trattamento chirurgico e radioterapico, permane dolore di tipo neuropatico, che non recede completamente al trattamento con Fentanyl TTS a 100 µg/ora per tre giorni, Paracetamolo 1 g monodose a orario costante per tre volte die e Gabapeptin 900 mg frazionato in tre somministrazioni. Di base era prescritto anche Prednisone 25 mg in mono somministrazione entro le ore 12. Il paziente si presentava con sindrome da fadigue e grave compromissione dello stato emotivo. Inizialmente vennero somministrate due sedute settimanali di ipnosi terapia della durata di un'ora ciascuna, preferibilmente nel pomeriggio al fine di assicurare una ulteriore permanenza del personale coinvolto nelle sedute affinché il paziente si sentisse completamente tranquillo. La Metafora verteva sull'obiettivo di ricreare emozioni piacevoli riferite alla sua passione di agricoltore, in grado di coltivare e rendere produttivi, terreni incolti. Il "luogo sicuro" era la casa di campagna. Alla fine del terzo mese la terapia rimase costante ma il dolore neuropatico era pressoché scomparso. In questo caso attraverso l'induzione ipnotica si cercava di creare una intensa sensazione positiva associata con il "luogo sicuro", grazie al quale il paziente riusciva a rilassarsi riacquistando fiducia nelle proprie capacità di controllo del dolore. La VAS scese, da 9 a 2 e l'indice di Karnofsky da 55, a 85.

#### **Caso 5**

Paziente donna di 62 anni, affetta da ca della mammella con carcinosi peritoneale, disturbi della canalizzazione e MTS della teca cranica. Alla presa in carico assumeva Fentanyl TTS a 50 µg/ora per tre giorni, Paracetamolo 1 g monodose a orario costante per tre volte die e amitriptilina cloridrato 5 gt tre volte il di. Nonostante la terapia si presentavano crisi di cefalea a "casco di parrucchiere" più volte nella giornata. Il trattamento ipnotico, protratto sino alla scomparsa della paziente, con sedute bisettimanali di un ora. Le sedute prevedevano il raggiungimento di uno stato ipnotico profondo e Metafore che permettessero di liberare i vincoli e le costrizioni. La paziente, molto recettiva, riferiva che già alla fine della seduta e per alcuni giorni successivi la cefalea diminuiva di intensità azzerando quasi la scala VAS. Alla fine del ciclo gli attacchi si presentavano

raramente e senza la necessità di introdurre altri farmaci per il controllo del dolore, permettendo di eliminare l'amitriptilina.

VAS all'inizio 5, alla fine 0, mentre l'indice di Karnofsky riferito al sintomo da 65, a 90.



## Discussione

Il trattamento di un paziente alla fine della vita si pone certamente come una sfida che coinvolge tutta l'equipe di assistenza, ma che mette sostanzialmente in discussione l'operato di ogni singolo individuo, visto in tutta la sua complessità, a contatto con la morte. Proprio quella morte che deve innanzitutto imparare a conoscere e indagare per se stesso, solo così sarà in grado di capire ed aiutare una persona che improvvisamente si sente sola e abbandonata, dove non è il solo dolore il sintomo più importante, ma soprattutto è la componente emotiva che viene messa in discussione. L'ipnosi ci ha permesso di entrare, con semplicità, in rapporto diretto con i pazienti, quasi come amici di vecchia data che discutono della malattia e dei sintomi, senza assolutamente dimenticare la prognosi, con serenità.

L'interazione ipnotica, che all'inizio veniva proposta come una opportunità per rilassare e senza riferimento al dolore, era sempre accettata con qualche dubbio, superato però già dalla prima seduta. La scelta di utilizzare la tecnica del "luogo sicuro" si è basata sulla possibilità di interagire familiarmente con i soggetti, di dare loro una possibile via di fuga nel momento in cui, soli, al domicilio, non avrebbero potuto appoggiarsi ad un terapeuta. Calibrando il procedimento terapeutico, si raggiungeva una condizione di sicurezza psicofisiologica, in cui il paziente in pratica non rimaneva mai solo.

Analizzando i grafici è possibile notare che la riduzione della VAS, misurata all'inizio delle sedute e rivalutata alla fine del ciclo terapeutico, si avvicinava allo zero, in due pazienti, mentre negli altri tre la variazione era altamente significativa. All'interno delle singole sedute la variazione era significativa allorché il dolore era già presente con intensità superiore a VAS 5.

*La qualità della vita, valutata con l'indice di Karnofsky*, ha permesso a tutti i pazienti di cambiare comportamento ed atteggiamento nei confronti della malattia, potendo riappropriarsi della loro vita, autonomi nel gestire il sintomo dolore e pertanto nuovamente inseriti in un contesto familiare di partecipazione attiva.

Per quanto riguarda l'apporto farmacologico, non è diminuito l'uso del Fentanyl trans dermico, ma neppure aumentato, mentre in tutti i casi l'uso del farmaco al bisogno (oppiaceo, cortisonico, antidepressivo o analgesico/antipiretico) si è reso inutile. La mutata percezione del sintomo, il diverso contesto ambientale e la condivisione instaurata tra i pazienti e l'equipe, tramite l'ipnosi, ha radicalmente cambiato il sentire dei soggetti e ponendo le basi per un nuovo tipo di assistenza.

## Conclusioni

Il lavoro svolto ha permesso di validare le domande poste negli obiettivi:

1) l'ipnosi può essere una terapia complementare a quella farmacologica al fine di migliorare la qualità di vita del paziente terminale, in quanto i parametri valutati sono mutati nel corso dello studio, pur assistendo ad una progressione della patologia di base.

2) l'ipnosi accompagnata da una terapia farmacologica può ridurre o eliminare il sintomo al paziente terminale con netto miglioramento della percezione dolorosa.

3) si può riscontrare una variazione di terapia farmacologica con l'applicazione dell'ipnosi nelle cure palliative, con significativa riduzione dei farmaci adiuvanti.

# Bibliografia

---

<sup>1</sup> M. H. Erickson, "la mia voce ti accompagnerà", 1983, Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini editore, Roma, 17.

<sup>2</sup> Conferenza Stato Regioni del 25 marzo 2009 per la realizzazione degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009

<sup>3</sup> M. Belletti "L'IPNOSI NELLE CURE PALLIATIVE", 2008; 1.

<sup>4</sup> Casiglia E. et al. "Ipnosi sperimentale e clinica", 2006, Bassano del Grappa, Editrice Artistica Bassano, 42. *Veneto Ipnosi* Atti del Convegno Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale e Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale, Padova, 26-27 gennaio 2007.

<sup>5</sup> [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it), 09/08/2009-19,15.

<sup>6</sup> Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD. Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 1995; 60:39-47

<sup>7</sup> Margherita Giacomello in CASIGLIA E. ROSSI, "TEORIA E PRATICA DELL'IPNOSI", 2008, Libreria Editrice: 86-90.

<sup>8</sup> <http://it.wikipedia.org/wiki/Ipnosi>; 12/09/2009, h 14:50

<sup>9</sup> Ventafriida V, De Conno F, Ripamonti C, Gamba A, Tamburini M. "Quality of life assessment during a palliative care programme." *Ann Oncol.* 1990 Nov;1(6):415-20.

<sup>10</sup> <http://www.legatumori.mi.it/Assistenza/Curepalliative/tabid/117/Default.aspx?PageContentMode=1>, 12/09/2009, h16:40

<sup>11</sup> Fabrizio Tallarita "Infermiere e dolore" RIFERIMENTI

<sup>12</sup> A. Bertirotti S. Cobianchi, "La musica nel trattamento del dolore. Società, medicina e neuroscienze", 2006, Firenze, University Press; 17.