

IPNOSI E ASMA BRONCHIALE
PROPOSTA PER UN PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLA PATOLOGIA

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 4
IPNOSI E ASMA	pag. 6
ASPETTI NEUROFISIOLOGICI	pag. 7
ASPETTI PSICOLOGICI	pag. 8
PROPOSTA PER UN PROTOCOLLO	pag. 12
DESCRIZIONE DEL CICLO DI SEDUTE	pag. 15
SELEZIONE DEI PAZIENTI	pag. 18
PRIME VALUTAZIONI	pag. 22
CONCLUSIONI	pag. 23
ABSTRACTS	pag. 25
BIBLIOGRAFIA	pag. 26

"Un bambino che da quando è nato respira senza nemmeno rendersene conto non sa quanto l'aria che gonfia così dolcemente il suo petto tanto da non accorgersene neppure, è essenziale alla sua vita. Gli succede, durante un accesso di febbre, una convulsione, di soffocare? Nello sforzo disperato del suo essere, è per la sua vita, che lotta, è per la sua tranquillità perduta, che egli non ritroverà che con l'aria dalla quale non la sapeva inseparabile".

Marcel Proust

INTRODUZIONE

L'asma bronchiale è una delle patologie croniche più comuni del mondo occidentale ed ha rilevanti effetti sulla salute e sulla qualità di vita dei pazienti.

Si stima che attualmente 300 milioni di persone al mondo soffrano d'asma e che 250.000 pazienti muoiano ogni anno a causa della malattia. Secondo l'OMS la prevalenza della malattia è andata costantemente aumentando: negli ultimi 30 anni il numero dei pazienti asmatici nel mondo sarebbe più che raddoppiato e le proiezioni per il futuro indicherebbero in 400 milioni il numero di asmatici sul pianeta nel 2025.

L'impatto economico è enorme, la spesa sanitaria globale per l'asma nei paesi sviluppati corrisponde all'1 – 2% del totale; negli Stati Uniti la somma di costi diretti e indiretti e delle giornate lavorative e scolastiche perse ammonta attualmente a 10 milioni di dollari all'anno: si tratta di un'incidenza finanziaria superiore a quella per HIV e tubercolosi insieme.

Definizioni

L'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree caratterizzata da:

- ostruzione bronchiale più o meno accessoriale solitamente reversibile, spontaneamente o in seguito a terapia
- iper - reattività bronchiale
- accelerato declino della funzione respiratoria che può evolvere nel corso di alcuni anni in una ostruzione irreversibile delle vie aeree

Nella **patogenesi** si ha compartecipazione di numerosi fattori, in particolare infiltrazione di cellule infiammatorie, rilascio di mediatori flogistici e rimodellamento delle vie aeree.

Manifestazioni cliniche sono dispnea, respiro sibilante, tosse, senso di costrizione toracica le cui intensità variano in rapporto all'entità dell'ostruzione bronchiale e al grado della sua percezione da parte del paziente.

La **diagnosi** è clinica, strumentale (Prove di Funzionalità Respiratoria) e laboratoristica (Testi allergologici).

Trattamento

Normalmente la terapia dell'asma bronchiale è di tipo farmacologico: secondo lo stadio di gravità broncodilatatori a breve e a lunga durata d'azione e corticosteroidi per via inalatoria, antimuscarinici, antagonisti dei leucotrieni e steroidi per os o per via parenterale trovano precisa indicazione. Ovviamente non è questa la sede per approfondire indicazioni e modalità del trattamento convenzionale, né di altri approcci terapeutici differenti, quali fitoterapia, omeopatia, agopuntura, ecc.

IPNOSI E ASMA

Al progressivo aumento di incidenza e prevalenza della patologia asmatica corrisponde un crescente interesse per cure complementari a quelle farmacologiche: da almeno 50 anni l'ipnosi viene utilizzata per il trattamento dell'asma bronchiale, e disponiamo ormai di un consistente numero di dati che ci permettono di valutarne l'efficacia. Nelle meta-analisi di Flammer e Bongartz (2002) e di Flammer e Alladin (2007) sull'efficacia dell'ipnosi in genere e nel trattamento dei disturbi psicosomatici, si è evidenziata un'efficacia di grado elevato nella gestione della malattia asmatica in tutti gli studi considerati: come spesso accade però, il numero di lavori specifici presi in esame era ancora troppo basso perché permetta un giudizio conclusivo.

La più recente revisione critica che valuta specificamente l'effetto dell'ipnosi sull'asma (D. Brown, 2007) evidenzia una probabile efficacia dell'ipnosi stessa nel trattamento della severità dei sintomi e dei comportamenti legati alla patologia, ed una sicura efficacia nella gestione degli stati emotivi che aggravano l'ostruzione respiratoria.

L'ipnosi ha dimostrato inoltre di essere probabilmente efficace nel ridurre l'ostruzione respiratoria e nello stabilizzare l'iper - reattività bronchiale in alcuni pazienti, mentre non si hanno ancora dati sufficienti che dimostrino un'influenza sul processo infiammatorio alla base della malattia.

Nella stessa revisione critica viene peraltro sottolineata la necessità di studi numericamente più significativi e meglio disegnati, con particolare attenzione al tipo di suggestione ipnotica utilizzata: la questione cruciale riguarda quindi, come sempre, le modalità di utilizzo dell'ipnosi. I dati esistenti suggeriscono, infatti, che l'efficacia della metodica aumenta con l'aumentare della suscettibilità e delle attese del paziente, con l'esperienza dell'ipnotizzatore, con l'aumentare del numero delle sedute e con il rinforzo costituito dall'addestramento del paziente all'autoipnosi. Particolari successi sembrano essere presenti nell'età infantile. Di tutto questo, con l'eccezione dell'esperienza dell'ipnotizzatore ancora tutta da costruire nel nostro caso, si è tenuto conto nel disegnare il nostro protocollo. Proponiamo infatti un ciclo di sedute di ipnosi da

somministrare parallelamente al trattamento farmacologico con l'obiettivo di migliorare la risposta a quest'ultimo.

ASPETTI NEUROFISIOLOGICI

Esiste un sistema biologico profondo che mette in relazione allergia, resistenza alle infezioni e psiche, elementi di sostanziale importanza nella genesi della flogosi cronica asmatica: questi fattori sono correlati in modo dinamico, e ognuno può interagire con gli altri innescando o interrompendo un circolo vizioso.

Questo comportamento ci rimanda al modello di comunicazione evoluto tipico della rete immuno -neuro - endocrina; nel micro ambiente intercellulare si realizza un flusso costante d'informazioni tra i diversi distretti dell'organismo, ed ogni attività di tipo psichico e nervoso si può tradurre in reazioni corporee. Sono idee e concetti presenti da millenni in tradizioni mediche diverse da quella occidentale, come ad esempio la Medicina Tradizionale Cinese e la Medicina Ayurvedica, per le quali non esiste reale distinzione tra soma e psiche: in questi approcci medici si suggerisce piuttosto che ogni singola parte del nostro corpo, arriveremmo a dire ogni nostra singola cellula, possieda una propria attività psichica ed emotiva, e che di conseguenza ogni perturbazione psico-emotiva non possa che riverberare e manifestarsi su ogni singola cellula.

Con il diffondersi delle conoscenze legate alla psico-neuro-endocrino-immunologia, anche la medicina convenzionale occidentale ha finito per riconoscere le strette correlazioni esistenti tra psiche e risposte somatiche, specie a livello del sistema immunitario e delle reazioni allergiche, così decisivi nella patogenesi della patologia asmatica.

Per quanto riguarda il sistema nervoso autonomo parasimpatico, è stata sottolineata la possibilità di una sua diretta influenza su reclutamento immunitario come pure su stimolazione e attivazione mastocitaria, tramite la liberazione di acetilcolina da parte delle terminazioni nervose parasimpatiche vagali che vanno a interferire con i recettori di

membrana: in tal modo il sistema parasimpatico potrebbe innescare la reazione a cascata all'interno dei mastociti e la conseguente reazione flogistica immuno - allergica di tipo I; è nota inoltre l'azione bronco costrittiva del parasimpatico.

Dall'altro lato il sistema nervoso autonomo ortosimpatico possiede potente azione broncodilatatrice ed antiallergica, e normalmente si ha un'azione di equilibrio para/ortosimpatico a livello bronchiale nella quale il paziente non sviluppa sintomatologia asmatica; ma quando le condotte psichiche si cronicizzano in un'automatica reazione di "fuga" (parasimpatica) le stimolazioni colinergiche si amplificano favorendo la liberazione dei mediatori dell'allergia e la risposta bronco spastica. Solo una reazione di "attacco" ortosimpatica potrebbe a questo punto intervenire liberando adrenalina e quindi dilatando le vie bronchiali e interrompendo la reazione allergica, ma spesso si instaura purtroppo una modalità di risposta cronica a situazioni stressanti che permette alla malattia di manifestarsi e radicarsi.

ASPETTI PSICOLOGICI

Elementi anatomico - funzionali

Il polmone è un organo molto particolare: alla nascita modifica la propria funzione da passiva (contenitore di liquido amniotico) ad attiva, e in questo passaggio l'essere umano sperimenta per la prima volta la propria capacità di autonoma sopravvivenza, realizzandosi nel polmone il primo distacco, la prima separazione dalla totale dipendenza materna. Non è un passaggio indolore: si tratta della prima vera prova di come l'istinto di sopravvivenza possa permettere di superare la paura dell'inadeguatezza del proprio corpo, ancora non percepito come un "sé" autonomo e separato dalla madre, e la paura dell'ambiente esterno sconosciuto ma ancora non chiaramente identificato come "altro da sé".

Questo primo vissuto di fragilità, di limitazione e d'inadeguatezza si associa alla prima reazione di risposta istintiva volta alla sopravvivenza autonoma ed espressa dal grido che

accompagna la vita che nasce. Il passo successivo è l'elaborazione mentale dell'ambiente esterno con le sue risorse, di un mondo "altro da sé" che deve però essere in grado di rispondere ai nostri bisogni; e insieme compare la percezione di un sé – corpo dipendente dall'ambiente esterno per adeguate sorgenti di vita, come l'aria che respiriamo: il territorio in cui questi processi si compiono è l'apparato respiratorio, l'attività alla loro base è la ventilazione.

Ancora una volta troviamo in tradizioni mediche antiche (ancora una volta mi riferisco alla Medicina Tradizionale Cinese) una visione funzionale e simbolica del polmone come elemento di separazione tra ciò che siamo e ciò che sta invece al di fuori di noi, che non ci appartiene: nella tradizione medica Cinese viene infatti attribuito al polmone anche il controllo della pelle, separazione evidente tra proprio e non proprio, del naso, dell'ano, dell'intestino crasso (ultimo e definitivo luogo di separazione tra ciò che deve restare a fare parte di noi e ciò che invece dobbiamo eliminare. Inoltre, sempre secondo la Medicina Tradizionale Cinese, qualunque evento di traumatica separazione, cioè lutti, allontanamenti, perdite, finirà per esercitare la propria azione negativa proprio sull'apparato respiratorio e a volte sulle funzioni e apparati che per analogia gli appartengono (ancora pelle, intestino crasso, ecc.).

Generalmente la funzione ventilatoria diviene automatica in pochi minuti e la consapevolezza del respiro viene rimossa; ma quando ci viene sottratta l'aria, in senso concreto e materiale come anche in senso figurato, possono riemergere i ricordi delle prime terrorizzanti esperienze di sopravvivenza. Le crisi d'asma ripetute risvegliano proprio quelle profonde sensazioni di inadeguatezza, solitudine, fragilità e dipendenza, in una parola di separazione.

Elementi genetici

L'asmatico, e soprattutto l'asmatico allergico, sperimenta una particolare vulnerabilità del proprio corpo, segnato dal terreno genetico atopico: potranno spesso coesistere una cute delicata e disidratata, particolarmente sensibile ad aggressioni chimico – fisiche, o mucose facilmente irritabili nell'intestino e nelle vie aeree superiori, e ancora rimandiamo a quanto detto a proposito della Medicina Tradizionale Cinese.

La comparsa di multiple sensibilizzazioni porta poi a una profonda sfiducia verso il proprio corpo, percepito come inaffidabile e in qualche modo traditore, imprevedibile nelle reazioni anche verso sostanze o situazioni in precedenza del tutto tollerate. L'atopico avrà quindi grandissime difficoltà a integrare queste modalità di reattive del proprio organismo all'interno di una consapevolezza del "self" corporeo, come invece accade quando si tratta di altre caratteristiche genetiche costituzionali stabili, fisse, come ad esempio l'altezza, il colore degli occhi o quello della pelle. Così gli allergici diventano persone confuse e spaventate di tutto perché tutto potrebbe essere pericoloso: pensiamo a quale può essere il terrore di chi vive questo genere di insicurezza proprio in una funzione così vitale, fisicamente e simbolicamente, come quella respiratoria.

Fin dalla prima infanzia, quindi, l'esperienza corporea del bambino allergico registra soprattutto un fondo biologico ipersensibile e vulnerabile conseguente all'atopia, accanto al timore per lo sviluppo di nuove allergie, ovviamente su tutto questo esercita la propria influenza la familiarità atopica, per la quale oltre alle reattività biologiche vengono trasmessi anche comportamenti e modelli di pensiero particolari.

Elementi ambientali

La costituzionale fragilità dell'asmatico, e soprattutto dell'asmatico atopico, lo porta a una maggiore suscettibilità alle infezioni delle vie aeree; inoltre ogni infezione respiratoria, anche limitata alle vie superiori, può scatenare una crisi asmatica. Tutto ciò che potrebbe costituire un elemento di rischio ambientale è inevitabilmente oggetto di grande attenzione da parte del paziente asmatico: stagione invernale, comuni patologie da raffreddamento, presenza di irritanti nell'aria ambientale (polluzione, fumo anche passivo), ma anche sforzi fisici, bruschi cambiamenti di temperatura e/o umidità nell'ambiente, riso o pianto prolungati, ecc.

Tutto questo può causare sentimenti di ansia, angoscia e fobia verso tutto ciò che non è perfettamente controllabile e gestibile dal paziente; si può strutturare l'interiore convinzione di essere imprigionati, costretti in una sorta di gabbia che impedisce di vivere liberamente. Rabbia e aggressività nei confronti di coloro che invece non sono

sottoposti a queste limitazioni, o al contrario un atteggiamento rinunciatario, timido e sottomesso possono essere le conseguenze di quanto abbiamo detto.

PROPOSTA PER UN PROTOCOLLO D'INTERVENTO CON IPNOSI

I dati della letteratura degli ultimi 30 anni riportano un gran numero di metodi psicologici e psicosomatici proposti per il trattamento dell'asma bronchiale e della reattività allergica. Tra questi, come già segnalato in precedenza, l'ipnosi ha dimostrato di essere in grado di modificare i parametri laboratoristici di reattività immunitaria, le risposte ai tests epicutanei e il broncospasmo. Inoltre l'ipnosi permette di interferire direttamente sul modello cognitivo e sulla struttura reattiva emotiva del paziente, data la sua capacità di legare le risposte corporee ai movimenti psichici e viceversa; è facile da somministrare, non richiede particolari strutture o apparecchiature, né di coinvolgimenti familiari.

Un intervento con ipnosi ha lo scopo di permettere al paziente di imparare a rilassarsi, a concentrarsi, a sviluppare la propria immaginazione; inizialmente questo dovrà avvenire accanto al terapeuta e in un secondo tempo autonomamente, grazie a tecniche di autoinduzione. Fondamentale sarà portare il paziente ad una graduale progressiva autonomia.

CARATTERISTICHE GENERALI

- IPNOSI DIRETTA
- AUTOIPNOSI IN AGGIUNTA
- CICLO DI 7 INCONTRI ALMENO (RIPETIBILI A SEI MESI)
- FREQUENZA SETTIMANALE

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

BASALE – AL TERMINE DEL PROTOCOLLO - III° MESE – VI° MESE

- SPIROMETRIA SEMPLICE
- QUESTIONARIO ACT (ASTHMA CONTROL TEST)

Today's Date: _____

Patient's Name: _____

FOR PATIENTS:

Take the Asthma Control Test™ (ACT) for people 12 yrs and older.
Know your score. Share your results with your doctor.

Step 1 Write the number of each answer in the score box provided.

Step 2 Add the score boxes for your total.

Step 3 Take the test to the doctor to talk about your score.

1. In the past 4 weeks, how much of the time did your asthma keep you from getting as much done at work, school or at home?						SCORE				
All of the time	1	Most of the time	2	Some of the time	3	A little of the time	4	None of the time	5	<input type="text"/>
2. During the past 4 weeks, how often have you had shortness of breath?						<input type="text"/>				
More than once a day	1	Once a day	2	3 to 6 times a week	3	Once or twice a week	4	Not at all	5	<input type="text"/>
3. During the past 4 weeks, how often did your asthma symptoms (wheezing, coughing, shortness of breath, chest tightness or pain) wake you up at night or earlier than usual in the morning?						<input type="text"/>				
4 or more nights a week	1	2 or 3 nights a week	2	Once a week	3	Once or twice	4	Not at all	5	<input type="text"/>
4. During the past 4 weeks, how often have you used your rescue inhaler or nebulzer medication (such as albuterol)?						<input type="text"/>				
3 or more times per day	1	1 or 2 times per day	2	2 or 3 times per week	3	Once a week or less	4	Not at all	5	<input type="text"/>
5. How would you rate your asthma control during the past 4 weeks?						<input type="text"/>				
Not controlled at all	1	Poorly controlled	2	Somewhat controlled	3	Well controlled	4	Completely controlled	5	<input type="text"/>
										TOTAL
										<input type="text"/>
<small>Copyright 2002, by QualityMetric Incorporated. Asthma Control Test is a trademark of QualityMetric Incorporated.</small>										

If your score is 19 or less, your asthma may not be controlled as well as it could be. Talk to your doctor.

FOR PHYSICIANS:

The ACT is:

- A simple, 5-question tool that is self-administered by the patient
- Clinically validated by specialist assessment and spirometry¹
- Recognized by the National Institutes of Health

Reference: 1. Nathan RA et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;113:5965.

ASPETTATIVE PSICOLOGICHE

- RIDUZIONE DELL'ANSIA
- AUMENTO DELLA CONSAPEVOLEZZA DI SE'
- AUMENTO DEL CONTATTO CON IL PROPRIO CORPO
- MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLA VITA
- MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE

ASPETTATIVE MEDICHE

- RIDUZIONE DELL'UTILIZZO DI FARMACI, SOPRATTUTTO DI QUELLI AD AZIONE IMMEDIATA, UTILIZZATI AL BISOGNO
- RIDUZIONE DELL'ACCESSO A STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO

La proposta che portiamo è dunque di un ciclo di almeno sette sedute settimanali: un programma che potrebbe apparire eccessivamente lungo, ma che si rivolge a una patologia cronica e a pazienti la cui struttura di pensiero è sovente fortemente rigida e radicata. Tale struttura non può essere modificata immediatamente ma deve piuttosto essere messa progressivamente in discussione da nuove esperienze.

DESCRIZIONE DEL CICLO DI SEDUTE

Prima seduta

Sarà preceduta da una chiara ed elementare spiegazione dell'anatomia e della fisiologia dell'apparato respiratorio e da una valutazione anamnestica del paziente, del suo rapporto con la patologia, delle situazioni vissute come pericolose.

Insisteremo inizialmente con un rilassamento progressivo, lento e tranquillo cercando di indurre nel paziente una prima confidenza verso se stesso e una reale fiducia nei confronti del trattamento; daremo importanza alle sensazioni cenestesiche provenienti da tutto il corpo, sottraendo attenzione proprio alla respirazione polmonare profonda, sulla quale sorvoleremo per concentrare l'attenzione, nello stato modificato di coscienza proprio dell'ipnosi, sulla facilità e automaticità del respiro migliorando così la fiducia del paziente in questi meccanismi spontanei. Daremo al paziente un ancoraggio e lo porteremo a uscire progressivamente dalla condizione ipnotica.

Seconda seduta

Riportato il paziente in condizione ipnotica, cercheremo di indurre sensazioni positive attraverso immagini conosciute di benessere respiratorio (es. passeggiata in un bosco, panorama montano, brezza marina, ecc.). Richiamato al paziente l'ancoraggio, termineremo con tranquillità la seduta.

Terza seduta

E' il momento di potenziare, attraverso la proposta di suggestioni e immagini, la capacità del paziente di affrontare i cambiamenti, le difficoltà relazionali, i differenti contesti ambientali e di aiutarlo a rompere le sue rigidità. Dovremo portarlo a vivere durante l'ipnosi situazioni per lui potenzialmente pericolose, potenzialmente scatenanti cioè la crisi asmatica: sostenendolo e rassicurandolo con le nostre parole, recuperando le sensazioni opposte di benessere vissute nelle sedute precedenti, dovremo offrirgli l'opportunità di trasformare la minaccia in un'opportunità. Opportunità, ovviamente, di dimostrare a se stessi la possibilità di controllare e gestire le reazioni del proprio corpo.

Quarta seduta

Richiamata la descrizione dell'apparato respiratorio prima della seduta, con un "ripasso" necessario allo scopo che ora ci prefiggiamo, cercheremo di portare il paziente a vivere una nuova esperienza: quella di fidarsi dei propri bronchi e polmoni, stabilendo con la propria respirazione un contatto completo, una sorta di complicità. E' a questo punto che dovremo somministrare al paziente delle metafore che lo conducano a poter gestire in modo ottimale il proprio respiro; sarà ovviamente opportuno cercare di individualizzare il più possibile tale passaggio per ogni singolo paziente, considerando le sue precedenti esperienze, la sua cultura, la sua sensibilità. A titolo esemplificativo riportiamo quanto proposto dal dott. Rocco Iannini, docente CIICS, il quale suggerisce di far immaginare al paziente i suoi bronchi principali come due lunghi palloncini di diverso colore che possano essere gonfiati alternativamente con profonde inspirazioni, per vederli poi sgonfiare durante l'espirazione. A ogni atto inspiratorio il paziente immaginerà che la resistenza elastica dei palloncini stessi si riduca, e che quindi sia sufficiente un'inspirazione sempre meno profonda e forzata per mantenerli gonfi, cioè aperti.

Tali metafore, suggerite durante la seduta, dovranno poi essere nuovamente sperimentate in autonomia dal paziente con autoipnosi quotidiana, in un progressivo allenamento e apprendimento.

Quinta seduta

In questa fase, sempre attraverso la somministrazione di metafore, dovremo portare il paziente a rinforzare la propria capacità di controllo e a sperimentare il proprio progressivo, crescente benessere nella gestione del respiro. E' fondamentale un momento di ulteriore rinforzo e rassicurazione, che gli permetterà di affrontare serenamente e in modo produttivo i passaggi successivi.

Sesta seduta

Si tratta di un momento cruciale, quello in cui un evento percepito come minaccioso si può invece trasformare in un'opportunità di cambiamento: per ottenerlo proveremo a somministrare durante l'ipnosi una progressiva desensibilizzazione verso un evento temuto, come ad esempio la percezione dell'allergene nell'aria. Proporremo quindi l'immagine di un contatto evocando una situazione a rischio di attacco asmatico, ma faremo subito seguire immagini e metafore come quelle sopra citate che inducano un graduale distacco e controllo, riportando il paziente a un stato di quiete e tranquillità. Possono essere rievocati i sintomi precoci dell'attacco asmatico come l'irritazione delle alte vie respiratorie, per portare il paziente a reagire a questa sensazione adottando una respirazione lenta e tranquilla: a tale scopo utilizzeremo immagini, suggestioni e metafore che spostino l'attenzione dalle sensazioni sgradevoli e penose alla consapevolezza rassereneante della possibilità di utilizzare al meglio la propria funzione respiratoria. Al termine della seduta richiameremo l'ancoraggio, che il paziente potrà utilizzare a questo punto anche durante una crisi asmatica: non abbiamo l'ambizione di sostituire sempre e comunque l'ancoraggio ipnotico alla terapia di primo soccorso, ma certamente quella di migliorarne rapidità d'azione ed efficacia.

Settima seduta

Durante quest'ultimo incontro proveremo a far rivivere al paziente l'esperienza della seduta precedente, ma in autoipnosi. Lo scopo è di permettere, se possibile, all'asmatico di sperimentare la possibilità di controllare autonomamente la propria funzione ventilatoria e di gestire al meglio una crisi asmatica, in una situazione protetta. La funzione dell'ipnotista sarà essenzialmente di sostegno e incoraggiamento; il paziente si rinforzerà ulteriormente, confermando a se stesso la propria capacità di essere autonomo.

SELEZIONE DEI PAZIENTI

Ai pazienti asmatici che afferiscono all'ambulatorio di Medicina Generale del quale sono titolare, viene proposta la possibilità di integrare alla loro abituale terapia inalatoria un ciclo di sedute di ipnosi secondo il protocollo sopra descritto.

L'adesione è quindi del tutto volontaria e non è richiesto alcun pagamento o contributo economico; gli unici criteri di selezione sono la maggiore età, l'assenza di patologie psichiatriche conclamate, l'assenza di gravi disturbi dell'udito. Si propone di acquisire per tutti i pazienti arruolati consenso informato scritto alla pratica dell'ipnosi.

All'inizio del trattamento viene eseguita una spirometria semplice (programma WinSpiro Pro) e i pazienti vengono sottoposti al questionario ACT (Asthma Control Test), sopra riportato; tali parametri, come già suggerito, andrebbero rivalutati a tre mesi e a sei mesi dal ciclo di trattamento ipnotico.

Sono valutate infine la presenza di allergie note e le circostanze che più facilmente possono scatenare, nel singolo paziente asmatico, una crisi respiratoria: ad esempio condizioni ambientali (polluzione atmosferica, clima, ecc.), stagione, sforzo fisico, buschi cambiamenti di temperatura e/o di umidità, ecc. Questo è molto importante in quanto, come abbiamo visto, durante il ciclo di sedute si tenterà di portare il paziente a immaginare condizioni per lui abitualmente rischiose o pericolose, per condurlo a trasformare ciò che è vissuto come una minaccia in una opportunità di cambiamento.

All'inizio di ogni seduta, fin dalla prima, andrà valutato l'uso di farmaci antiasmatici, soprattutto di quelli ad azione immediata, utilizzati in caso di crisi respiratoria.

La cartella clinica utilizzata è quella riportata nella pagina successiva.

CARTELLA CLINICA ASMA - IPNOSI

COGNOME	E
NOME	
SESSO	
DATA	DI
NASCITA	

ANNO DI DIAGNOSI
STADIO DI MALATTIA SECONDO LINEE GUIDA G.I.N.A.
RISULTATO SPIROMETRIA
RISULTATO A.C.T.

TERAPIA CRONICA IN ATTO
TERAPIA AL BISOGNO E FREQUENZA D'UTILIZZO
ALLERGIE NOTE
CIRCOSTANZE EVENTUALMENTE SCATENANTI LA CRISI

Ia Seduta

IIa seduta

IIIa Seduta

IVa Seduta

Va Seduta

VIa Seduta

VIIa Seduta

Al termine del ciclo di sedute, terapeuta e paziente valuteranno insieme l'efficacia dello stesso sia per quanto riguarda gli aspetti medici sia per quelli psicologici: saranno ripetute spirometria e A.C.T., e verrà riconsiderata la terapia medica, primo indicatore, specialmente per quanto riguarda l'uso di farmaci "al bisogno", di un miglior controllo della patologia.

L'efficacia a lungo termine del trattamento ipnotico sarà valutata a tre e a sei mesi dal termine del protocollo mediante spirometria e A.C.T..

PRIME VALUTAZIONI (Al 10 Ottobre 2015)

Sono stati finora arruolati sei pazienti: si tratta di 4 femmine e due maschi, di età compresa tra i 30 e i 61 anni. Per due di loro al momento della pubblicazione del lavoro sono state effettuate due sedute; per altri due, tre sedute; e per altri due quattro sedute.

Per quattro di loro era nota un'anamnesi allergica.

Tutti assumevano correttamente terapia steroidea e broncodilatatrice inalatorie, a tutti era prescritto uso di broncodilatatore "short acting" (Salbutamolo) al bisogno.

Sono state valutate spirometria e A.C.T.: la prima è risultata normale in quattro pazienti, in due era presente ostruzione delle vie aeree di piccolo calibro. L'A.C.T. mostrava un punteggio complessivo compreso tra 15 e 20.

Tutti si sono sottoposti con curiosità ed entusiasmo al trattamento ipnotico: in cinque di loro si è indotta con successo l'ipnosi già dalla prima seduta, mentre per una paziente non si ha la certezza di aver raggiunto una vera condizione di coscienza modificata, potendo trattarsi di un rilassamento profondo e non di una vera induzione.

I riscontri al momento sono stati tutti positivi, i pazienti riferiscono di sentirsi più tranquilli e di vivere con minor angoscia la loro patologia; tre di loro segnalano anche una riduzione nell'uso del Salbutamolo al bisogno.

E' una situazione ancora molto fluida, che andrà valutata nel corso del tempo con il proseguire delle sedute.

CONCLUSIONI

Scopo del lavoro è unicamente quello di offrire uno strumento di agevole applicazione, maneggevole e soprattutto standardizzabile, con risultati facilmente misurabili secondo i criteri dell'evidenza. Caratteristiche fondamentali devono essere, a nostro avviso, l'omogeneità nella raccolta dei dati e nella misurazione degli esiti, così che il metodo sia ripetibile anche da altri ipnotisti; d'altra parte le sedute potranno e dovranno essere adattate al singolo paziente, nell'ambito di un rapporto terapeuta-malato il più possibile profondo e fruttifero.

Nel costruire il protocollo abbiamo cercato di metterci nei panni del paziente: per un asmatico il traguardo fondamentale è avere una migliore gestione complessiva della patologia, un minor numero di crisi, un approccio psicologico più sereno alle piccole difficoltà quotidiane che l'asma comporta, in una parola un miglioramento della propria qualità di vita, indipendentemente dai dati strumentali.

Riteniamo che nella valutazione di questi aspetti sia notevolmente più importante l'A.C.T. rispetto alla spirometria: per questo il protocollo potrebbe essere utilizzato anche da chi non ha possibilità di far eseguire facilmente la spirometria stessa.

Pur essendo il protocollo necessariamente standardizzato, crediamo vada lasciato spazio per adattare alle caratteristiche del singolo paziente le sedute d'ipnosi, con immagini e suggestioni quanto più possibile individualizzate: uno schema di lavoro che sia insieme rigoroso e duttile è infatti fondamentale per poter valutare in modo obbiettivo i risultati ottenuti, senza per questo trascurare le differenze di personalità, cultura, abitudini, ed esperienze dei diversi soggetti.

Importantissimo è anche riuscire a spiegare con estrema semplicità il funzionamento dell'apparato respiratorio e i meccanismi di scatenamento dell'asma bronchiale: il paziente deve arrivare a prendere confidenza con la propria respirazione, e gradualmente a fidarsi della propria capacità di gestire in completa autonomia i momenti di crisi. A questo scopo è fondamentale che conosca, per quanto in modo elementare, anatomia e fisiologia dei propri bronchi e polmoni.

La pratica personale, va ammesso senza reticenze, è assolutamente modesta: nessun paziente ha ancora concluso il trattamento, e la mia abilità tecnica di ipnotista è tutta da costruire. Mi sento, e sono, solo all'inizio di un percorso.

ABSTRACTS

L'asma bronchiale è una delle malattie psicosomatiche più conosciute. Diversi modelli psicogenetici descrivono in che modo l'esperienza psichica dei primi mesi di vita si riflette sull'asse immunoendocrino, determinando le condizioni sulle quali si potranno esprimere i fattori genetici ed ambientali che scateneranno la patologia. Nel caso dell'asma la familiarità atopica e la presenza di sensibilizzazioni ad allergeni inalanti confluiranno con la risposta agli "stressors" biochimici, determinando quell'insieme di flogosi e di risposta neuroautonoma alterata che provoca il broncospasmo. Alla luce di queste considerazioni, abbiamo elaborato un protocollo di intervento specifico, con l'obiettivo, in primo luogo, di ridurre l'ansia anticipatoria correlata all'esperienza broncospastica, e quindi di intervenire sull'atteggiamento di profondo scoraggiamento e sfiducia che osserviamo in questi soggetti. A questo scopo abbiamo ritenuto particolarmente idoneo un intervento di tipo ipnotico individuale: riteniamo che il protocollo di intervento proposto sia di facile applicazione, riproducibile e valutabile in modo oggettivo nei risultati..

Bronchial asthma is one of the best-known psychosomatic illnesses. Several psychogenetic models describe how the first months of life psychic experience is reflected on the immunoendocrinological axis, determining the conditions on which the amount of genetic and environmental factors that trigger the disease will express. In the case of asthma the familiarity and the presence of atopic sensitization to inhalant allergens will converge with the response to biochemical "stressors", determining the combination of inflammation and neuroautonomic altered response which will causes bronchospasm. Following these considerations, we developed a specific protocol of intervention, with the purpose, first of all, to reduce anticipatory anxiety related with bronchospastic experience, and then to interfere on the attitude of deep discouragement and distrust we can observe in these subjects. For this purpose we considered particularly suitable an individual hypnotic intervention: we believe that the proposed protocol is easy to apply, reproducible and objectively measurable in its results .

BIBLIOGRAFIA

Anbar R.D., Hemmell K.E. TEAMWORK APPROACH TO CLINICAL HYPNOSIS AT A PEDIATRIC PULMONARY CENTER, *American Journ. Of Clinical Hypnosis*, 2006, 48 (1), 45-49

Barbagelata F. ASMA BRONCHIALE: PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO PSICOSOMATICO CON CICLO BREVE DI IPNOTERAPIA, *Relazione Convegno Società Italiana di Medicina Psicosomatica*, 2001

Biondi M., Kotzalidis G.D. HUMAN PSYCHONEUROIMMUNOLOGY TODAY, *Jour. Clin. Lab. Anal.*, 1990, 4 (1), 22-38

Brown D. EVIDENCE BASED HYPNOTHERAPY FOR ASTHMA: A CRITICAL REVIEW, *Int. Journ. Of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 55, Issue 2, 2007

Fernandez O.F. HYPNOSIS. ITS USE IN ACUTE ATTACKS OF BRONCHIAL ASTHMA, *Hypnosis*, 1993, 20, 236-245

Flammer E., Alladin A. THE EFFICACY OF HYPNOTHERAPY IN TREATMENT OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS. META ANALYTICAL EVIDENCE, *Int. Journ. Of Exper. Hypnosis*, 2007 July

Flammer E., Bongartz W. ON THE EFFICACY OF HYPNOSIS: A META ANALYTIC STUDY, *Contemporary Hypnosis*, 2003, 179-197

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA 2015, [www. ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)

Hackman R.M., Stern J.S., Gershwin M.E. HYPNOSIS AND ASTHMA: A CRITICAL REVIEW, *Journal of Asthma*, 2000, 37, 1-15

Jankovic B.D. THE NEURO-IMMUNE NETWORK. SOME RECENT DEVELOPEMENTS, *Rec. Prog. Med.*, 1992, Feb., 83(2), 93-99

WHO FACT SHEET n° 307: Asthma 2011