

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2017

**L'UTILIZZO DELL'IPNOSI IN CURE PALLIATIVE:
ESPERIENZA NELL'HOSPICE DELL'ASL CN1**

Candidato:

Dr ANDREA DELFINO

Relatore:

Dr ENRICO FACCO

INDICE

1. INTRODUZIONE:	3
2. LE CURE PALLIATIVE:	5
2.1 DEFINIZIONE DI CURE PALLIATIVE:	5
2.2 FINALITA' DELLE CURE PALLIATIVE:	6
2.3 LE CURE PALLIATIVE NELL'ASL CN1:	7
3. L'IPNOSI:	8
3.1 DEFINIZIONE: COS'E' L'IPNOSI:	8
3.2 COME SI SVOLGE L'IPNOSI:	9
3.3 CAMPI DI APPLICAZIONE DELL'IPNOSI:	10
4. LO STUDIO:	11
4.1 OBIETTIVI DELLO STUDIO.....	11
4.2 MATERIALI E METODI	11
4.2.1 CRITERI D'INCLUSIONE E D'ESCLUSIONE.....	11
4.2.2 METODI	12
4.2.3 TEST UTILIZZATI	13
4.2.3.1 PAP SCORE	13
4.2.3.2 TEST DI PFEIFFER	14
4.2.3.3 HYPNOTIC INDEX PROFILE	15
4.2.3.4 ESAS-r	16
4.2.3.5 PPS (KPS)	18
4.3 PARTECIPANTI	19
4.4 RISULTATI	20
4.5 DISCUSSIONE	21
5. CONCLUSIONI.....	22
6. BIBLIOGRAFIA	23

1. INTRODUZIONE

I pz che usufruiscono delle cure palliative si trovano in una fase molto particolare della loro vita: sono affetti da una patologia degenerativa che non è guaribile e per cui non sono più presenti terapie in grado di riportarli ad uno stato di "salute".

La coscienza di questa condizione permea ogni esperienza vissuta di un significato più profondo:

Il dolore non è semplice dolore ma un campanello d'allarme per una fine più imminente;

l'astenia ingravescente è il congelamento in uno stato di progressiva impotenza e passività;

la sonnolenza è un distacco progressivo da tutto ciò che era fonte di interesse e passione;

la perdita di qualsivoglia autonomia è un passo verso la condanna definitiva alla dipendenza dall'assistenza di chi sta vicino;

la mancanza d'appetito è un distacco dal cibo: fonte di vita per una vita intera;

i momenti di sconforto diventano stati di vera tristezza per l'approssimarsi di un distacco che ha l'aspetto di qualcosa di definitivo;

l'ansia è paura dell'ignoto, di un salto nel buio oltre le sicurezze delle abitudini di una vita.

Non a caso in cure palliative è stata coniata l'espressione del DOLORE TOTALE, che prova ad esprimere l'insieme dei sintomi fisici, psicologici, sociali e spirituali che possono caratterizzare questa fase della vita con un'inestricabile legame del singolo sintomo fisico con il vissuto mentale, psicologico e spirituale unico per ogni paziente.

In quest'ottica diventano importantissimi la ricerca di un senso della vita, la centratura in sè e la capacità di prendere le distanze dai problemi, di essere osservatori e non sempre attori del dramma che si sta consumando sulla scena. Ogni strumento di elaborazione, di crescita, di apertura e di esplorazione di ogni forma di spiritualità e dell'interiorità profonda può aiutare e diventare fonte di serenità: l'ipnosi è certamente uno dei mezzi che meglio si adatta a questo lavoro.

Nella ricerca proveremo a sondare quanto i sintomi fisici e psicologici che più spesso sono presenti e disturbanti per i pazienti in cure palliative possano essere modificati nel tempo da alcune sedute di ipnosi cercando di oggettivare, per quanto possibile, i risultati ottenuti con diverse scale di valutazione validate dalla letteratura scientifica.

2. LE CURE PALLIATIVE

Si inizia a parlare di cure palliative in Inghilterra dagli anni '70 quando in seguito all'intuizione e alla tenacia di Cicely Saunders è stato aperto il primo Hospice a Londra, il Saint Christopher Hospice, dove ci si prendeva cura dei pazienti terminali, non più guaribili, ormai di scarso "interesse" per la medicina.

I pazienti sono prevalentemente malati oncologici in una fase terminale della vita, ma non solo: sono curati anche pazienti affetti da SLA o altre malattie neurologiche, da cardiopatie in fase avanzata, da nefropatia in stadio V non dializzabile, da BPCO o fibrosi polmonare, tutti con una malattia non più responsiva alle terapie causali (con attesa di vita stimata inferiore a 6 mesi - 1 anno).

2.1 DEFINIZIONE DI CURE PALLIATIVE

La terminalità è definita dal Ministero della Salute come *“quella condizione non più reversibile con le cure che, nell’arco di poche settimane o qualche mese, evolve nella morte del paziente ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici (come il dolore) e psichici, che coinvolgono anche il nucleo familiare e le relazioni sociali”*.

La fase terminale di malattia è caratterizzata dal passaggio dalla terapia definita “attiva” a quella “palliativa”. Ciò non comporta che non vi sia più nulla da fare. Con “cura attiva” intendiamo l’agire contro la patologia e i suoi effetti per la salute, per allungare la vita, mentre il concetto di “terapia palliativa” fa riferimento ad un approccio medico che, data per scontata la perdita degli obiettivi di recupero della salute e di allungamento della vita, concentra ogni sforzo sul benessere psico-fisico del paziente.

2.2 FINALITA' DELLE CURE PALLIATIVE

La finalità delle cure palliative non è quindi di guarire la malattia ma di permettere alla persona di vivere al meglio, in modo dignitoso, libero da sintomi disturbanti, secondo i suoi desideri e le sue possibilità insieme ai suoi cari gli ultimi giorni o mesi di vita. Ogni scelta terapeutica orientata al “bene” del paziente, non può quindi prescindere da un ragionamento che ponga le ragioni del malato al centro delle decisioni, calcolando il bilancio tra ciò che la terapia può aggiungere come prolungamento della vita e ciò che rischia di sottrarre in qualità.

La malattia oncologica è spesso vissuta già dall'inizio come un "lutto anticipato" a volte addolcito dalla speranza di una guarigione lasciata intendere come remota possibilità, a volte con l'illusione di attese miracolistiche. Il termine delle "cure attive" e l'inizio delle "cure palliative" se nettamente demarcato può portare con sé il gusto della definitiva condanna, la vittoria della malattia senza più possibilità di lotta. Diventa importante capire e aiutare il paziente di fronte alla riduzione del tempo che rimane nella riflessione sulla direzione, i propositi e le aspettative sul breve futuro, nell'affrontare il presente tra ciò che non è più e ciò che è comunque vivibile.

In tutto questo è di cruciale importanza riuscire a controllare i vari sintomi in particolare il dolore che in questa fase della vita si configura sempre come un'esperienza complessa, che non coinvolge solo gli aspetti fisici, bensì anche quelli psichici, sociali e spirituali: è un dolore totale.

Per garantire il più possibile la migliore qualità di vita si cerca di offrire il setting di cura più idoneo e gradito al paziente e quindi si seguono i pazienti o a domicilio, o in ambulatorio o in un centro diurno oppure in un ricovero ospedaliero (Hospice).

2.3 CURE PALLIATIVE NELL'ASL CN1:

Nel servizio della ASL CN1 sono presenti:

- un servizio di consulenza ambulatoriale per i pz che hanno ancora una buona attività fisica e una certa stabilità di patologia e sintomatologica;
- un servizio di consulenze a domicilio (UOCP domiciliare) per i pz che hanno un Performance Status ridotto e/o necessità di supporto più complesso anche come aiuto per la famiglia nella gestione quotidiana;
- una struttura residenziale di cure palliative per il regime di ricovero presso l'Hospice di Busca;
- un centro diurno, al momento solo parzialmente funzionante con attività di Day Hospital per erogazione di prestazioni complesse ai pazienti ambulatoriali.

L'Hospice di Busca è l'unica struttura residenziale di cure palliative presente al momento nell'ASL CN1. Conta in tutto 11 posti letto con una frequenza di circa 150-180 pz l'anno con una degenza media di circa 20 giorni. Circa un 10% dei ricoveri esita in una dimissione a domicilio o verso altra struttura e il restante 90% circa nel decesso.

I requisiti per l'ingresso in Hospice in regione Piemonte sono la contemporanea presenza di:

- una prognosi prevista inferiore ai 4 mesi,
- un KPS (o PPS) uguale o inferiore a 50/100,
- una patologia degenerativa non più suscettibile di terapia attiva.

Se la sintomatologia e/o la situazione sociale impediscono la gestione domiciliare e sono presenti i requisiti regionali si propone il ricovero in Hospice che avviene quando disponibile il posto in base ad una lista d'attesa.

3. IPNOSI

In molte culture già in tempi molto antichi sono state usate diverse tecniche o sostanze per ottenere particolari stati mentali e fisici. Nella storia occidentale con il magnetismo animale nel '700 Mesmer parla di un "fluido magnetico" che influisce sulle funzioni corporee e di coscienza degli esseri animati. Da allora anche se il "mesmerismo" non fu accettato dalla classe scientifica dell'epoca si svilupparono degli studi che dalla metà del XIX° secolo portarono a parlare di ipnosi in chiave neurofisiologica fino agli studi più recenti sui vari campi di applicazione di questa tecnica.

3.1 DEFINIZIONE: COS'E' L'IPNOSI

L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, uno stato di coscienza fisiologico, normale, di quotidiana esperienza come lo sono la veglia e il sonno (Casiglia, 2015).

Ogni volta che siamo particolarmente assorti in un pensiero o un'attività tanto da isolarci da ciò che ci circonda siamo in uno stato di ipnosi spontanea, stato che si presenta normalmente più volte al giorno.

Nell'ipnosi utilizzata in ambito medico si utilizza questo stato di coscienza nel contesto di un rapporto medico-paziente in cui c'è la creazione guidata di un monoideismo plastico finalizzato ad ottenere modificazioni fisiche e/o spichiche del paziente.

Secondo la definizione proposta dal professor Granone (Granone F, 1989), fondatore del CIICS, l'ipnosi è la realizzazione di un monoideismo plastico nella relazione che si instaura tra ipnotista ed ipnotizzato.

Il fenomeno ipnotico è caratterizzato dall'abilità del soggetto a realizzare ideoplasie (monoideismi plastici) attraverso l'orientamento adeguato della

propria rappresentazione mentale.

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 per il paziente.

L'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso e realizzarsi il cambiamento suggerito per ottenere i benefici desiderati durante la seduta e nei giorni successivi.

3.2 COME SI SVOLGE L'IPNOSI

Semplificando al massimo la sessione d'ipnosi comprende quindi tipicamente due fasi fondamentali (Elkins, 2012):

- Induzione: durante la quale, il terapeuta aiuta il paziente a entrare in uno stato modificato di coscienza, con tecniche distrattive, di sovraccarico sensoriale o più spesso aiutandolo a rilassarsi chiedendogli di immaginare una scena pacifica che lo aiuti a concentrarsi su ciò che deve essere realizzato durante la sessione e in genere include istruzioni per raggiungere il relax e il benessere.
- Applicazione: durante questa fase, il paziente riceve suggerimenti. Le suggestioni ipnotiche, che sono l'ingrediente chiave dell'ipnosi, sono affermazioni progettate per dare sollievo dai sintomi presi in considerazione e termina con la deinduzione dopo aver lasciato un ancoraggio allo stato di ipnosi per facilitare un successivo rientro nello stato di trance ipnotica.

In questa semplice struttura di base sono comprese tutte le diverse tecniche di ipnosi che avranno diverse induzioni e diverse applicazioni in base alle caratteristiche del paziente e agli obiettivi che si vogliono perseguire.

3.3 CAMPI DI APPLICAZIONE DELL'IPNOSI

L'ipnosi è uno strumento e come tale può avere molti campi di applicazione: nello spettacolo, nello sport, nella spiritualità, nell'ambito relazionale lavorativo e nella medicina.

In campo medico in particolare è stata applicata l'ipnosi all'attività psicologica e psicoterapeutica, ma anche a livello fisico nella cura di patologie dermatologiche, algologiche, odontoiatriche, gastroenterologiche o nelle pratiche di ginecologia ed ostetricia. In tutte andando a influire in profondità in quell'unità psico-fisica che è la persona umana.

L'ipnosi trova quindi largamente impiego nella sintomatologia di varie patologie e ha sempre più campi di applicazione riconosciuti anche in ambito oncologico e palliativologico (Jensen 2009) nel controllo o nell'eliminazione dei vari sintomi quali il dolore, la nausea e il vomito, la stipsi o la diarrea, l'eccessiva stanchezza e ovviamente nella gestione delle diverse emozioni negative anche come tecnica di rilassamento.

4. LO STUDIO: L'utilizzo dell'Ipnosi in Cure Palliative: esperienza nell'Hospice dell'ASL CN1

4.1. OBIETTIVI DELLO STUDIO

Valutare l'efficacia e l'utilità dell'Ipnosi nel controllo dei sintomi per i pazienti in cure palliative nel ricovero in Hospice nel corso di un mese tramite la valutazione della sintomatologia percepita al tempo 0 a metà del percorso e alla fine del periodo con un test prima e dopo la seduta d'ipnosi e tramite la misurazione dell'utilizzo di farmaci nel periodo.

4.2. MATERIALI E METODI

4.2.1 CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Trattandosi di pazienti che sono nell'ultima parte della vita un'alta percentuale presenta caratteristiche che mal si adattano allo studio con l'ipnosi nel tempo: o per eccessiva brevità di prognosi, o per compromissione delle capacità cognitive per la profonda astenia o per processi degenerativi che coinvolgono il SNC.

Per evitare errori di questo tipo sono stati predisposti criteri di esclusione e d'inclusione.

4.2.1.1 CRITERI D'INCLUSIONE

- pazienti ricoverati in Hospice: quindi con attesa di vita inferiore ai 4 mesi di difficile gestione domiciliare.

- pazienti di età superiore ai 18 anni.
- pazienti che danno il consenso informato al trattamento ipnotico.
- pazienti con attesa di vita > di 1 mese: Pap Score A (> del 70% di probabilità di attesa di vita > di 1 mese). (vedi 4.2.3.1)
- pazienti coscienti e con integrità psichica (Test di Pfeiffer: mentale integro o lieve deterioramento. (vedi 4.2.3.2)
- HIP con SI medio o alto e GP \geq a 3. (vedi 4.2.3.3)

4.2.1.2 CRITERI DI ESCLUSIONE

- pazienti di età inferiore ai 18 anni.
- pazienti che non danno il consenso informato al trattamento ipnotico.
- pazienti con attesa di vita < di 1 mese: Pap Score A e B (> del 70% e 50% di probabilità di decesso entro il mese).
- pazienti in coma o con problemi psichici (Test di Pfeifer: mentale con deterioramento medio grave).
- HIP con SI basso e GP < a 3.

4.2.2 METODI

Ai pazienti proponibili per lo studio si richiede un consenso informato al trattamento ipnotico.

Al tempo 0 (T0) si procede a somministrare:

- ESAS-r proposto dall'operatore al paziente.
- Test HIP con esclusione dei pazienti con SI < di 3,5 o GP con profilo di decremento o zero
- si registra il KPS (o PPS)
- seduta di ipnosi (circa 30-45 minuti): Induzione, rilassamento, rinforzo

dell'io e/o un luogo sicuro e/o metodiche con suggestioni per il controllo del dolore o dei diversi sintomi disturbanti, ancoraggio per autoipnosi e reinduzione, deinduzione.

- ESAS-r.
- registrazione terapia farmacologica.

Tra i 10 e i 20 gg (T1) si somministrano:

- compilazione KPS
- ESAS-r
- Seduta di ipnosi
- ESAS-r
- registrazione terapia farmacologica.

Al termine (T2)

- compilazione KPS
- ESAS-r
- Seduta di ipnosi
- ESAS-r
- registrazione terapia farmacologica.

4.2.3 TEST UTILIZZATI

4.2.3.1 PAP SCORE: Palliative Prognostic Score. (Maltoni M, 1999)

E' un test ideato studiato per dare un'approssimazione della prognosi attesa nei pazienti oncologici non più trattabili con terapie oncologiche attive. Considera diversi parametri soggettivi del paziente (dispnea e appetito), la stima sulla sopravvivenza attesa espressa dall'operatore e alcuni parametri oggettivi di laboratorio (WBC, % dei Linfociti).

Il risultato indica l'appartenenza del paziente ad un gruppo di rischio:

- A: > di 70% di probabilità di sopravvivenza > di 1 mese;
- B: da 30 a 70% di probabilità di essere vivo a 1 mese;
- C: < del 30% di probabilità di essere vivo a 1 mese.

4.2.3.2 TEST DI PFEIFFER (Pfeiffer E, 1975).

Data →						
1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno)?						
2. Che giorno è della settimana?						
3. Qual è il nome di questo posto (casa, ospedale..)?						
4. Qual è il Suo numero di telefono?						
5. Quanti anni ha?						
6. Quando è nato?						
7. Chi è l'attuale Papa?						
8. Chi era il Papa precedente ?						
9. Qual era il nome di Sua madre, prima di sposarsi?						
10. Quanto fa "20 - 3"? (far sottrarre 3 sino alla fine)						
TOTALE						

Traduzione solo ad uso interno, Cure Palliative ASL CN1, Busca

Per la compilazione del Test di PFEIFFER bisogna riempire il quadratino corrispondente ad ogni domanda con un segno "più" se il paziente risponde correttamente e con un segno "meno" se il paziente commette un errore.

Registrare il numero totale di errori (segno "meno"). Il punteggio deve essere letto come segue:

0-2 errori: funzioni cognitive intatte

3-4 errori: lieve deterioramento delle funzioni cognitive

5-7 errori: moderato deterioramento delle funzioni cognitive

8-10 errori: severo deterioramento delle funzioni cognitive

Se il paziente ha una cultura scolastica ridotta (scuole elementari), sottrarre un errore al punteggio totale; se il paziente ha frequentato scuole oltre le medie superiori è concesso un errore in meno (aggiungere un errore al punteggio totale).

4.2.3.3 HYPNOTIC INDUCTION PROFILE: HIP

(Casiglia E , 2015. pp.273-283)

L'"Hypnotic Induction Profile" è un test ideato per stimare in modo standardizzato l'ipnotizzabilità in modo rapido, maneggevole e attendibile in grado di fornire indicazioni utili su applicabilità e utilità dell'ipnosi nella pratica clinica sul singolo paziente. In circa 10 minuti tiene conto sia degli aspetti oggettivi che soggettivi delle risposte del paziente e considera sia la rapidità che la capacità di mantenimento nel tempo dei fenomeni ipnotici.

L'HIP è composto essenzialmente da 4 parti:

1. la Preinduzione (punti A-D), che valuta la deviazione dello sguardo verso l'alto (Up-Gaze: UG) e l'eye-roll (ER) che include UG e strabismo durante la chiusura delle palpebre;
2. l'Induzione (punto E) in cui sono fornite le indicazioni per la levitazione del braccio;
3. la Postinduzione (punti F-J) in cui è richiesto al paziente di aprire gli occhi e fare una seconda levitazione;
4. la Postipnosi (punti K-L) in cui si rileva l'esperienza del paziente.

Sono raccolte 3 misure di ipnotizzabilità:

- I. Grado del Profilo con punteggio da 5 a 0 ottenuto combinando il punteggio dell'ER con le risposte in levitazione (punti E e H) e il differenziale di controllo (punto I) ;
- II. IS: score d'induzione ottenuto sommando i punti $G+1/2H+I+J+L$ con punteggio finale da 0 a 10;
- III. EIS: Score d'Induzione Esteso ottenuto sommando i punti $G+H+I+J+L+1/2E+K$ con punteggio da 0 a 16.

Hypnotic Induction Profile
Foglio di valutazione

Nome..... Data..... Et.....

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: 4-3-2-1-0

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):

Sorriso

Sorpreso

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

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

I. Differenziale di controllo: 2-1- -0

J. Cut-off: 2-1- -0

K. Amnesia al cut-off 2-1- -0 - No test

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	≥ ER+2	≥ 1	< 1 (4° rinf.)	0-4	>0	0
I. CD	≥ 1	≥ 1	≥ 1	0	>0	0

Punteggio

Score induzione (G+1/2H+I+J+L):
(Basso = 0-3.5; medio = 3.5-7.5; alto = 7.5-10)

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

4.2.2.4 EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE:

ESAS-r

Molti fattori sia psicologici che sociali si sono dimostrati importanti nel determinare e modificare le caratteristiche percepite di molte forme di dolore e nella valutazione di stimoli dolorosi indotti sperimentalmente.

La misurazione dei vari sintomi percepiti si effettua mediante scale di

autovalutazione, tecniche di osservazione e misurazioni fisiologiche.

L'utilizzazione di scale di autovalutazione per il dolore e i vari sintomi, come la Numeric Rate Scale (NRS) o la Visual Analog Scale (VAS), 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 dare un voto da 0 a 10 o segnare il punto in cui si trova il loro dolore su una linea di 10 cm, tra due valori estremi di "nessun sintomo" e "peggiore sintomo immaginabile". L'intensità del sintomo, 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 così quantificata in un numero confrontabile nel tempo sullo stesso paziente.

COGNOME E NOME Data di nascita

..... Data Ora

Setting assistenziale: HOSPICE DOMICILIO

ESAS-r (2010) Scala di valutazione dei sintomi

Per favore, indichi il numero che meglio descrive cosa Lei prova ADESSO in riferimento a questi sintomi:

No dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior dolore possibile
No mancanza di forze	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior mancanza di forze possibile
No sonnolenza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior sonnolenza immaginabile
No nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior nausea possibile
Appetito eccellente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior appetito possibile
Mancanza di fiato	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior mancanza di fiato possibile
No tristezza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior tristezza possibile
No ansia (nervosismo)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior ansia possibile
Grande benessere	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior benessere possibile
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peggior possibile

Completato da:

Paziente
 Familiare
 Personale sanitario
 Paziente (+familiare)

Si è deciso di utilizzare l'ESAS in quanto strumento validato e di facile somministrazione o autosomministrazione che dà un affidabile spaccato dell'andamento nel tempo dei sintomi percepiti.

4.2.2.5 PPS (o KPS modificato)

E' una scala che valuta lo stato di salute del paziente prendendo in considerazione le autonomie nel movimento, nella cura di sè, nella nutrizione e nel livello di coscienza. (Anderson F, 1996)

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPSv2)

Versione originale ottenuta da <http://www.victoriahospice.org/health-professionals/clinical-tools>, ultimo accesso 20/7/2012

PUNTEGGIO	Capacità di movimento	Attività fisiche ed estensione di malattia	Cura di sè	Nutrizione	Livello di coscienza
100%	Completa	Normale attività e lavoro. Non segni di malattia.	Completa	Normale	Coscienza piena
90%	Completa	Normale attività e lavoro. Qualche segno di malattia.	Completa	Normale	Coscienza piena
80%	Completa	Normale attività con fatica. Qualche segno di malattia.	Completa	Normale o ridotta	Coscienza piena
70%	Ridotta	Incapace di normale lavoro. Significativi segni di malattia.	Completa	Normale o ridotta	Coscienza piena
60%	Ridotta	Non in grado di fare lavori di casa/hobby. Significativi segni di malattia	Necessaria assistenza occasionale	Normale o ridotta	Coscienza piena o confuso
50%	Prevalentemente seduto o sdraiato	Incapace di qualsiasi lavoro. Malattia diffusa.	Richiede notevole assistenza	Normale o ridotta	Coscienza piena o confuso
40%	Prevalentemente allettato	Incapace di compiere la maggior parte delle attività. Malattia diffusa.	Principalmente assistito	Normale o ridotta	Coscienza piena o assopito +/- confuso
30%	Totalmente costretto a letto	Incapace di compiere qualunque attività. Malattia diffusa.	Assistenza totale	Normale o ridotta	Coscienza piena o assopito +/- confuso
20%	Totalmente costretto a letto	Incapace di compiere qualunque attività. Malattia diffusa.	Assistenza totale	Minima o piccoli sorsi	Coscienza piena o assopito +/- confuso
10%	Totalmente costretto a letto	Incapace di compiere qualunque attività. Malattia diffusa.	Assistenza totale	Solo cure del cavo orale	Soporoso o coma +/- confuso
0%	Deceduto	-	-	-	-

4.3 PARTECIPANTI

Nell'arco di sei mesi sono stati sottoposti al trattamento ipnotico, con il loro consenso, 6 pazienti oncologici con aspettativa di vita media > di 1 mese. Il trattamento ipnotico è stato applicato ad un gruppo con un'età variabile dai 40 ai 87 anni (età media 68), di cui 4 donne e 2 uomini.

La valutazione delle funzioni cognitive con il test di Pfeifer ha riscontrato 3 soggetti con un mentale integro e 3 con lieve compromissione delle funzioni cognitive.

All'HIP 2 pz hanno presentato un punteggio alto allo Score d'Induzione, e 4 un punteggio medio, mentre il Grado del Profilo è risultato Intatto Speciale in 1 caso, Intatto in un altro caso e Debole nei restanti 4 casi.

Il campione era rappresentato da pazienti afferenti all'Hospice dell'Unità di Cure Palliative dell'ASL CN1 tutti seguiti in Hospice per l'intera durata dello studio.

4.4 RISULTATI

I punteggi dell'ESAS da prima a dopo la seduta di ipnosi denotano un miglioramento medio di 1,3 punti e rispettivamente di 1,43 al T0, di 1,13 al T1 e di 1,33 al T2. C'è quindi un effetto positivo della seduta di ipnosi sul percepito dei singoli sintomi.

La media dei punteggi dell'ESAS al T0, T1, T2 prima dell'ipnosi è rispettivamente di 3,62 al T0, di 2,47 al T1 e di 2,67 al T2. Si può osservare un trend in miglioramento tra T0 e T1 e di stabilizzazione tra T1 e T2 mentre per la fase di malattia l'atteso è di un progressivo lento peggioramento.

Il progressivo peggioramento atteso è rilevabile però nel PPS (o KPS) che è un indice delle capacità residue del paziente, osservato dall'operatore che passa dal 40/100 del T0 al 36,67/100 del T1 fino al 35/100 del T2.

Se prendiamo i 2 pz che all'HIP hanno manifestato un SI alto e un GP intatto si vede come manifestino una maggiore tendenza al miglioramento: da un NRS medio di 4,5 al T0 si passa a 1,5 al T1 e poi a 1,45 al T2.

Manifestando un miglioramento di 3 punti medi di NRS nel mese contro l'1 punto di miglioramento dell'intero gruppo.

In media con gli altri pazienti sono invece le variazioni percepite prima e dopo le singole sedute d'ipnosi.

Per quanto riguarda il consumo di farmaci c'è stato un trend in incremento costante nell'uso dei farmaci di circa il 3.5% medio tra T0 e T1 e tra T1 e T2, con un incremento totale del 7% nel mese. E' da segnalare una variabilità importante con pazienti che hanno ridotto i farmaci (fino a -20%) ed altri che li hanno aumentati anche del 50%.

Incremento dell'utilizzo dei farmaci è comunque abbastanza contenuto.

4.5 DISCUSSIONE

La tendenza in questo studio è in generale di un miglioramento dei sintomi percepiti da parte dei pazienti, con un conseguente miglioramento della qualità della vita più marcato dopo la prima seduta di ipnosi e che tende a mantenersi nel tempo con quelle successive .

Il miglioramento percepito non sembra sempre correlarsi con un effettivo miglioramento della performance del paziente (il KPS medio è comunque in lieve riduzione come atteso in una fase di terminalità).

I migliori risultati sembrano vedersi con i pz che manifestano una migliore predisposizione all'ipnosi, confermando che il profilo di ipnotizzabilità può essere d'aiuto nella scelta della migliore strategia terapeutica da attuare.

Il consumo di farmaci è stato comunque sempre in lento progressivo incremento, con una importante variabilità individuale, pur restando a un livello minore dell'incremento medio per i pazienti afferenti alle Cure Palliative in Hospice.

Uno dei limiti della tecnica è la necessità di un pz cosciente, con un mentale integro o solo lievemente compromesso, in grado di interagire in una relazione, caratteristiche che nell'ultimissima parte della vita o in età più avanzata non sempre sono presenti.

5. CONCLUSIONI

I numeri esigui e la mancanza di una popolazione di controllo non permettono un confronto con calcoli statistici per quantificare più precisamente il miglioramento ottenuto. Sono però presenti ugualmente risultati che ci permettono di poter affermare che la pratica dell'ipnosi può certamente essere di aiuto per i pazienti ricoverati in Hospice, soprattutto vista qual'è la mission delle Cure Palliative: permettere la miglior qualità di vita possibile.

Migliorare il percepito della condizione psicofisica e dare sollievo da alcuni dei sintomi più fastidiosi del fine vita sono certamente alcune delle potenzialità dell'ipnosi.

L'ipnosi non riuscirà ad aumentare la durata della vita, ma ha certamente buone potenzialità per quanto riguarda il controllo dei sintomi e la riduzione dell'utilizzo dei farmaci.

Resta il problema dell'applicabilità delle sedute di ipnosi in modo sistematico su larga scala per un problema di variabilità individuale nell'ipnotizzabilità e nell'espressione delle abilità ipnotiche dei pazienti ed inoltre richiederebbe la presenza di un maggior numero di operatori preparati nell'utilizzo dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica.

6. BIBLIOGRAFIA

- Anderson F, et al “Palliative performance scale: A new tool”. *J Palliat Care* 1996;12(1):511
- Casiglia E, et al, Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza, Cooperativa LibrariaEditrice Università di Padova, Padova 2015.
- Elkins GR, Fisher W, Johnson AJ, Sliwinski J. (2012) Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. *Oncology (NY)*, (8), 26-30, 2012.
- Granone F. Trattato di ipnosi, UTET, Torino, 1989.
- Jensen MP. Hypnosis for chronic pain management: a new hope. *Pain*, 146(3), 235-7, 2009.
- Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C; Successful Validation of the Palliative Prognostic Score in Terminally III Cancer Patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol 17, No 4, 240-247, 1999.
- Pfeiffer E. “A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.” *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433-41.