

Il mio percorso con l'ipnosi ha inizio in un ambito differente da quello in cui quotidianamente svolgo il mio lavoro (DEA, Terapia Intensiva) perché mi sono piacevolmente imbattuta nel servizio ambulatoriale di terapia antalgica dove sempre più spesso si rivolgono persone con dolore cronico come quello che affligge pazienti con la Fibromialgia.

INTRODUZIONE

La sindrome fibromialgica è una sindrome cronica molto complessa, caratterizzata non solo da dolore muscolo scheletrico diffuso, ma anche da profondo affaticamento e da numerosi altri sintomi a carico di diversi organi e apparati.

A differenza di altre patologie reumatiche la FM non si manifesta con segni clinici visibili, come l'arrossamento e l'edema a carico delle articolazioni, l'obiettività è assai limitata ed è essenzialmente rappresentata da una maggiore sensibilità a livello delle masse muscolari e , in particolare in punti specifici definiti *tender points*.

SINTOMI PRINCIPALI

Dolore cronico diffuso

Il dolore è solitamente diffuso a tutto il corpo dalla testa ai piedi, descritto talora come "bruciante" e associato spesso a contrattura muscolare. I pazienti, generalmente, percepiscono il dolore a livello dei muscoli ma alcuni di essi lo riferiscono anche a carico delle articolazioni. Il dolore può variare come intensità non solo da un giorno all'altro, ma anche nell'ambito della stessa giornata.

Le caratteristiche nella distribuzione e soprattutto nella variabilità dell'intensità del dolore non sono quindi uniformi nei diversi pazienti; esse dipendono da numerosi fattori quali, ad esempio, il tipo di attività lavorativa e la concomitanza di altre malattie a carico dell'apparato locomotore. In alcuni casi il dolore può diventare così intenso durante la giornata da interferire con

l'esecuzione di normali attività di vita quotidiana.

Il ruolo dello stress, sia esso fisico o psichico, è da tempo noto come fattore di peggioramento sia del dolore sia di tutti i sintomi sotto elencati

- Affaticamento e astenia
- Cefalea e dolore facciale
- Dolore toracico
- Rigidità
- Sensazione di gonfiore
- Parestesie
- Alterazioni cutanee
- Disturbi della sensibilità
- Alterazioni visive
- Alterazioni delle mucose
- Sintomi pseudo-allergici
- Alterazioni dell'equilibrio
- Alterazioni della motilità degli arti inferiori
- Disturbi gastrointestinali
- Disturbi genito-urinari
- Disturbi del sonno
- Disturbi cognitivi
- Ansia e depressione

Patogenetica

Il dolore cronico diffuso a carico dell'apparato muscolo scheletrico rappresenta il sintomo cardine della FM.

Quando pensiamo al dolore, istintivamente, ne percepiamo solo l'aspetto negativo, non desiderato, e difficilmente lo consideriamo una sensazione utile, come il tatto, l'udito e così via.

Percepire uno stimolo estremo come una sensazione intensa e piacevole, in realtà è qualche cosa di estremamente utile per l'organismo, in quanto il dolore va inteso come sistema di allarme che avvisa della presenza di uno stimolo potenzialmente dannoso, quindi a un'azione protettiva di difesa; questo segnale di allarme fa sì che vengano messe in moto tutta una serie di contromisure per evitare conseguenze spiacevoli e danni a carico del nostro organismo. In questo caso si parla di "dolore sintomo" o dolore nocicettivo e alla base di queste sensazioni così spiacevoli ma anche così utili, vi è un sistema estremamente specializzato rappresentato dal Sistema Nervoso Centrale e Periferico.

In molte situazioni, tuttavia il dolore perde la prerogativa di segnale d'allarme e dura non più attimi, ma mesi, anni o... per sempre. Ciò può avvenire nel caso in cui un organo o un apparato siano lesionati in modo irreversibile per cui, da essi, continuano ad arrivare al sistema nervoso segnali nocicettivi; in molte situazioni però il dolore persiste anche quando non vi è più una causa esterna riconoscibile. Ciò è possibile in quanto a carico del sistema nervoso si sono verificate delle modificazioni irreversibili.

Tutto il sistema di controllo che normalmente modula le sensazioni derivanti dall'esterno, stabilendo di volta in volta quali debbano essere interpretate come dolorose e come no, si altera, diventando più sensibile. La conseguenza è che uno stimolo che in una persona normale viene percepito, ad esempio come pressione in queste condizioni di alterata condizione del sistema nervoso viene considerato come uno stimolo algico (tender points). Da quanto detto si può capire come sia possibile provare dolore, o per attivazione del sistema di ricezione (recettori periferici, fibre nervose), oppure ogniqualvolta i circuiti centrali, localizzati nel midollo spinale e nel cervello, normalmente coinvolti nel controllo e nell'integrazione delle afferenze dolorifiche, sono lesi nella loro morfologia o anche nella loro funzione.

Negli ultimi anni inoltre si è compreso che l'esperienza del dolore non può essere spiegata considerando solo i meccanismi fisiologici che sottostanno alla percezione di uno stimolo come nocivo. Infatti, la definizione di dolore deve

tenere conto sia di un'azione di uno stimolo potenzialmente lesivo su un sistema di ricezione specializzato, sia dell'interpretazione di questi messaggi, sulla base dell'unicità del soggetto.

Secondo queste constatazioni il dolore è definito come *“un’esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno attuale o potenziale del tessuto, o descritta con termini riferentesi a tale danno.”*

In questa definizione sono implicite alcune caratteristiche dell'esperienza dolorosa che può essere interpretata come risposta ad un danno anatomico ma anche come esperienza sensoriale individuale, come “stato mentale” in cui intervengono fattori educativi, sociali e cognitivi strettamente individuali.

Il problema del dolore fibromialgico può essere quindi, affrontato da due modelli concettuali:

- 1) **modello biomedico**, in cui la causa del dolore è ricercata in alterazioni dei tessuti, degli organi o degli apparati a livello dei quali è percepito;
- 2) **modello biopsicosociale**, che sta raccogliendo ultimamente più ampi consensi, in cui è sottolineata l'importanza di fattori emotivi, cognitivi e comportamentali sulla percezione e soprattutto sulla cronicizzazione del dolore.

Aspetti psichiatrici

Depressione

La depressione, nella sua forma “maggiore”, è stata studiata con particolare attenzione, sia per la sua frequenza nel corso della vita dei soggetti con FM, stimata attorno al 70% (valore da 6 a 7 volte superiore a quello riscontrato nella popolazione generale), sia per l'impatto negativo sulla tolleranza al dolore sia sulla funzionalità socio-lavorativa del paziente.

La diagnosi di depressione maggiore è particolarmente complessa nel soggetto fibromialgico perché molti dei sintomi propri della FM sono presenti nell'episodio depressivo quali il sonno disturbato e poco riposante, la difficoltà di concentrazione, la stanchezza persistente, i pensieri di inadeguatezza e di morte.

L'ipotesi alternativa che la FM possa prendere origine da un sottostante disturbo psichiatrico contrasta con l'osservazione che molti soggetti con FM non presentano né sviluppano alcun disturbo psichiatrico.

Negli ultimi anni si sono accumulate sempre più numerose evidenze a sostegno della possibilità che la FM e la depressione condividano comuni alterazioni a livello del SNC e questa condizione favorisca la frequente associazione clinica delle due patologie.

I risultati di diverse indagini convergono a suggerire che l'umore altera selettivamente la dimensione affettiva del dolore e non interferisce sulla percezione della sua intensità. Questa conclusione è sorretta da studi clinici che dimostrano che nei pazienti con FM, i sintomi depressivi non sono in relazione all'entità del dolore spontaneo o indotto ma si correlano alla percezione del paziente di uno scarso benessere, bassa qualità della vita e deterioramento delle prestazioni lavorative e sociali.(Jensen KB, Petzke,et al 2010).

Altri studi dimostrano che la presenza di depressione altera l'atteggiamento globale del paziente fibromialgico sia nei confronti della malattia sia delle strategie per affrontarla. Tra i fattori che sostengono questo atteggiamento disfunzionale sono stati individuati la bassa autostima ed elevati livelli di evitamento del pericolo, elemento che appare correlato ad un'aumentata percezione del dolore anche in soggetti sani.(Consoli G, Maraazziti D,et al 2012).

APPROCCIO TERAPEUTICO

Il trattamento della FM è multimodale e non standardizzato. Si basa su un approccio farmacologico integrato con altri trattamenti non farmacologici. La terapia farmacologica può dare risultati soddisfacenti, anche se solo una percentuale dei pazienti risponde al trattamento farmacologico in modo efficace.

La molteplicità dei trattamenti proposti per la FM supporta il fatto che la terapia ideale non sia ancora stata trovata. Le evidenze attuali suggeriscono che l'approccio terapeutico migliore debba essere multimodale associando, all'utilizzo di farmaci sintomatici, l'educazione del paziente, l'approccio cognitivo comportamentale e l'esercizio fisico per mantenere nel tempo il recupero delle funzioni deficitarie.

Terapia farmacologica

Gli obiettivi della terapia farmacologica sono rappresentati dalla riduzione del dolore, dei sintomi associati e del miglioramento della qualità di vita, obiettivo non raggiungibile con il solo utilizzo di farmaci ma che necessita un approccio riabilitativo e psicoterapeutico correlato.

I farmaci che si sono dimostrati maggiormente efficaci sono quelli che agiscono a livello del SNC, come gli antidepressivi, i miorilassanti e gli anticonvulsivanti; queste sostanze agirebbero a livello dei neuro mediatori (serotonina, noradrenalina, ecc...) le cui modificazioni avrebbero un ruolo patogenetico nel determinare questa malattia.

Dalla revisione critica degli studi randomizzati e controllati emerge che gli analgesici e i FANS non sono efficaci; l'utilizzo degli oppioidi andrebbe limitato per i frequenti effetti indesiderati e per l'alta possibilità di indurre tolleranza, e andrebbe considerato solo nel caso in cui tutte le altre terapie fossero fallite e comunque a basso dosaggio; con gli antidepressivi triciclici si ottengono effetti terapeutici limitati, mentre dati più recenti suggeriscono l'utilità dell'utilizzo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina e di

antiepilettici a loro associati. Sono da aggiungersi i cannabinoidi perché il loro utilizzo in differenti tipi di dolore è attualmente estensivamente studiato. I dati dagli studi clinici di cannabinoidi sintetici o di origine vegetale forniscono un approccio promettente nel trattamento del dolore cronico neuropatico di diversa origine.

Terapia non farmacologica

L'approccio non farmacologico comprende l'esercizio fisico che riveste un ruolo molto importante all'interno di un programma riabilitativo poiché aiuta il paziente a comprendere e migliorare il proprio pattern motorio interrompendo il circolo vizioso del dolore cronico. In questa chiave di lettura va inteso infatti come un aiuto che deriva dal maggior benessere generato dall'attività motoria :il problema che si evidenzia, infatti, è l'instaurarsi di un coping maladattivo, rappresentato dalla paura di accentuare il dolore con il movimento.

I pazienti fibromialgici ricorrono spesso inoltre a terapie con mezzi fisici per il controllo dei sintomi tra questi i più in auge risultano essere la termoterapia, la balneoterapia e la massoterapia.

Nel trattamento non farmacologico trova ampio impiego e beneficio la terapia cognitivo-comportamentale che ha come scopo l'individuare e modificare pensieri disfunzionali del dolore. Il catastrofismo è infatti una modalità disfunzionale molto frequente nei soggetti con FM . Gli interventi della terapia cognitivo-comportamentale si basano sull'accettazione del dolore, costituita da un processo attivo di consapevolezza rispetto alle proprie esperienze interne che facilita il distanziamento emotivo e il raggiungimento di traguardi personali.

IPNOSI E FM

L'utilizzo dell'Ipnosi per il trattamento della FM ha dimostrato, secondo studi scientifici, di avere successo per più dell'80% dei casi.

Rispetto alle tecniche classiche di rilassamento il cui principale limite risiede nella scarsa adesione dei pazienti al programma terapeutico, della lunga durata dello stesso e talvolta della sua complessità, l'approccio ipnotico invece è preferibile per la rapidità dell'effetto desiderato, per l'efficacia su tutti i parametri esaminati (numero di tender points, disturbi del sonno, astenia, dolore globale...) per la durata dell'effetto nel lungo termine e in primis perché agisce immediatamente a livello inconscio dove sappiamo risiedere l'88% delle funzioni del nostro cervello. Inoltre, l'apprendimento di tecniche di autoipnosi risulta essere semplice e naturale rispetto all'apprendimento di una tecnica di rilassamento.

Si può in altro modo dire che l'Ipnosi by-passa le perturbazioni della mente analitica cosciente e si collega direttamente all'inconscio, intervenendo quindi rapidamente a favorire quelle modificazioni che permettono all'individuo di ritrovare il proprio equilibrio psicofisico.

Franco Granone sostiene che *“l'ipnosi insorge ogni volta che si suscitano, insieme ad un certo grado di dissociazione psichica e di regressione, fenomeni di ideoplasia, più o meno controllati, con conseguenti trasformazioni somato-viscerali od obbiettive di quanto viene intensamente immaginato”*.

L'Ipnosi è uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale è possibile osservare numerose modificazioni psichiche, somatiche viscerali, per mezzo di *monoideismi plastici* e che non può prescindere dal rapporto terapeuta-paziente. Pertanto il monoideismo plastico è quel fenomeno ipnotico che determina il raggiungimento dello stesso e si esprime con la presenza, nel cervello, di una sola unica idea con l'esclusione di tutte le altre, che ha la possibilità di suscitare azioni, movimenti e sensazioni che si realizzano

nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.

PERCORSO TERAPEUTICO

Abbiamo visto che per la persona che soffre di FM, il ritrovare nel proprio corpo dei momenti di benessere, di buona cooperazione con la propria mente può essere intensamente positivo.

Con l'Ipnosi, è la componente ansiosa, talvolta traumatica del disturbo espressa sotto forma di dolore spesso farmaco-resistente, ad essere affrontata nel corso della terapia con l'obiettivo di sviluppare nel paziente l'autonomia e la riattivazione delle sue risorse personali.

Come la maggior parte delle malattie croniche, tale malattia provoca anche uno stato di abbattimento, di tristezza fino a sfociare in depressione. Aspetti questi che influiscono, a loro volta, negativamente sullo stato fisico del paziente.

Si crea, dunque, un complesso circolo vizioso, nel quale lo stato psichico è uno dei tanti fattori, ma non certo l'origine prima della malattia.

Anche le depressioni dette "mascherate" o "nascoste" provocano sbalzi di umore, disturbi del sonno, dolori addominali, bocca secca e molti altri sintomi comuni alla FM. Ci sono però segni evidenti che distinguono quest'ultima dalla depressione mascherata: i sintomi psichici del depresso sono il più delle volte variabili, migranti e meno definibili che non nel fibromialgico. Ma soprattutto è determinante il fatto che nel paziente depresso non si evidenzia dolore nei definiti e prima citati punti trigger. I cambiamenti dello stato psichico del paziente si spiegano come una conseguenza della malattia cronica.

Lo strumento Ipnosi sappiamo possa essere efficace per tutta quella costellazione di sintomi associati al dolore che, come si evince dalla letteratura disponibile, sono fortemente connessi ad un significativo abbassamento della

qualità di vita del paziente affetto dalla FM.

Ho pensato quindi, tenendo presente la complessità del paziente fibromialgico e gli elementi sopracitati, di impostare una fase di rilassamento appresa in terapia e poterla realizzare nel corso della giornata anche autonomamente. Spesso, meno consapevolmente, ho piacevolmente riconosciuto, grazie al feedback ricevuto dalle pazienti in carico, di aver contribuito al rinforzo dell'IO altra componente vincente in situazioni come quelle che si trovano a vivere i soggetti fibromialgici.

I criteri di reclutamento delle pazienti al trattamento sono stati indicati dal medico anestesista responsabile del servizio di terapia antalgica durante visite di controllo e questi consistono in:

- FM moderata/severa secondo punteggio questionario FIQ-R somministrato;
- Refrattarietà a trattamento farmacologico e refrattarietà a trattamento non farmacologico.
- Età maggiore di 18 anni
- Diagnosi di FM posta da almeno 6 mesi

La scala Fibromyalgia Impact Questionnaire(FIQ) è uno strumento costruito da Burckhardt allo scopo di valutare lo stato attuale di pazienti affetti da FM nel contesto della ricerca sulla malattia (Burckhardt,et al 1991). La FIQ è stata sviluppata sulla base di informazioni raccolte dai pazienti,da strumenti di valutazione dello stato funzionale e dalle osservazioni cliniche. Questo strumento misura la funzionalità fisica, lo stato lavorativo(giorni di lavoro persi a causa della patologia e difficoltà nello svolgere l'attività lavorativa), la depressione, l'ansia, la spossatezza mattutina ,il dolore, la rigidità, la stanchezza e benessere nel corso della settimana precedente alla somministrazione della relativa.

I criteri di esclusione hanno previsto che le pazienti non potessero essere reclutate al percorso nel caso in cui fossero presenti:

- Patologie reumatiche
- Patologie psichiatriche in atto o pregresse

Pertanto, le quattro pazienti assegnate al percorso hanno accolto la possibilità di potersi prendere cura di sé in un modo non ancora convenzionale ma che ha dato fin da subito uno stimolo definito da loro stesse “nuovo” e in quanto tale scevro da convinzioni limitanti e colmo di aspettative ritenute da loro raggiungibili.

Il primo incontro tra me e ciascuna paziente ha avuto come scopo quello di un'attenta e quanto più dettagliata raccolta anamnestica conoscitivo-sociale della storia del soggetto, oltre che della creazione del rapporto terapeutico, indispensabile al fine di un buon esito del trattamento.

Uno dei presupposti fondamentali della comunicazione ipnotica, infatti, è la speciale relazione che si instaura tra paziente ed ipnoterapeuta. Tale relazione è caratterizzata da sincero interesse da parte del terapeuta nei confronti del mondo interno del paziente, da curiosità benevola e da completa accettazione. Secondo Erickson il rapporto si instaura attraverso la ricerca e la creazione di un “*mondo tra le due parti al lavoro*” (Erickson, 1983). Lo stesso autore ha evidenziato come non sia il paziente a doversi adattare al mondo e alle tecniche proprie del terapeuta, ma che sia compito di quest'ultimo quello di lasciarsi accompagnare nella realtà della persona. Non è quindi il paziente che deve adattarsi e imparare il gergo e il linguaggio proprio della terapia, ma il contrario. Quindi è stata mia premura cercare di conformare la comunicazione il più possibile familiarmente alle pazienti, sia per spiegare in cosa consiste l'ipnosi, sia per condividere i contenuti propri del percorso terapeutico. La curiosità aperta e sincera nei confronti del paziente, per Erickson, aiuta anche a individuare alcune delle risorse che il paziente possiede, risorse che nel momento di trance andrebbero “ricordate” al fine di attingere dal bagaglio specifico di quel soggetto. La raccolta della storia di vita è risultata fondamentale allo scopo di progettare e attuare un percorso quanto più personalizzato e tarato sulle necessità terapeutiche e di vita delle pazienti. La letteratura mette in luce infatti l'importanza di evidenziare il

contributo unico del soggetto sottolineando che la suggestione data dall'ipnotista non rimane affatto un fenomeno a sé, ma dà il via a una serie di altri processi mentali che cambiano a seconda delle caratteristiche peculiari del soggetto (G.P.Mosconi,1998). Lo stesso stimolo presentato a pazienti diversi cambia a seconda del repertorio individuale di esperienze e dello stile cognitivo-comportamentale.

Durante questa prima fase è stato lasciato ampio spazio nel corso della prima seduta, ma anche nelle seguenti, alle domande delle pazienti e al chiarimento dei dubbi emersi.

CASI CLINICI

1. Elisabeth

Ho visto per la prima volta Elisabeth in Aprile, è una giovane donna curata, la collaborazione è buona, si è subito dimostrata disponibile al dialogo.

Attualmente riferisce di vivere nella paura che torni il dolore tale da costringerla a letto nuovamente come all' esordio della malattia un anno fa, sente di aver subito un forte stress dalla malattia di sua mamma che muore dopo una lunga assistenza quando lei per due anni si dedica totalmente trasferendosi a casa dei genitori. La sua vita sentimentale è soddisfacente, ha un impiego che non la appaga del tutto, vive in allerta, sempre, sentendo di non potersi rilassare mai completamente. Ha inoltre subito due aborti spontanei e il desiderio di maternità che per ora ha accantonato sa che dovrà affrontarlo prima che l'età biologica decida definitivamente per lei.

Mentre mi parla è visibilmente agitata, muove nervosamente le mani e talvolta è presente una certa labilità emotiva specie quando mi parla di sua mamma.

Presenta un quadro clinico caratterizzato da dolore lieve diffuso, specie agli arti inferiori che sente spesso molto pesanti e non in grado di rilassarsi nemmeno nella fase che precede il sonno che risulta essere di scarsa qualità. Assume Cannabis

terapeutica con scarso beneficio da circa un mese, segue indicazioni dietetiche restrittive del glutine e di latticini ritenuti dalla letteratura spesso coadiuvanti nel peggioramento dei sintomi della FM.

Ho proposto ad Elisabeth 5 colloqui a cadenza settimanale di circa un' ora.

La prima seduta ho utilizzato un' induzione ipnotica di rilassamento per mezzo della quale la paziente ha avuto un riscontro obbiettivo di quanto fosse potenzialmente in grado di rilassarsi perfettamente e di stare bene dentro al proprio corpo; un' esperienza intensa e diretta che è stata in grado di stabilire una solida alleanza tra lei e l' esperienza ipnosi, condizione che farà da base ai prossimi incontri.

Nel corso delle successive sedute ho ripreso il lavoro svolto in precedenza utilizzando subito l' ancoraggio come mezzo di induzione sia per favorire e promuovere l' autonomia sia per raggiungere la trance in tempi più brevi e questo è stato sempre possibile.

L' obbiettivo di tutte le sedute è stato quello di alleviare il sintomo predominante in quel momento, ma anche di far rientrare nel momento di trance profonde metafore volte a rafforzare le potenzialità insite in lei e a promuovere le miriadi di risposte che l' organismo, specie in condizioni di ipnosi, riesce a mettere in atto come forma di difesa. In particolare la metafora del *posto sicuro* (in precedenza descritto dalla paziente) dove Elisabeth doveva farsi strada aprendo un piccolo varco per il proseguimento della sua passeggiata lungo la spiaggia ostacolata dalla presenza di alcuni sassi, su ciascuno di essi c' era chiaramente scritto il nome di un problema e/o di un pensiero limitante di cui Elisabeth ha dovuto sbarazzarsi buttandoli in mare, uno in particolare è risultato essere fondamentale per poter proseguire la passeggiata, il più grande, il più pesante su cui c' era scritto: "la morte di mamma". Ho ovviamente ricevuto questi dettagli solo dopo il riorientamento nel qui ed ora e ho percepito sin da quel momento la sensazione di leggerezza che finalmente Elisabeth manifestava.

La paziente ha lavorato costantemente per il superamento dei piccoli disagi quotidiani applicando l' autoipnosi in più momenti delle sue giornate con costanza

imparando a gestire in modo adeguato anche la componente algica.

Ad oggi riferisce di *“riuscire a dormire tranquilla, avere momenti della giornata liberi dal dolore”*.

E' stato possibile attraverso il confronto del test FIQ-R un abbassamento dei valori, indicativi della buona riuscita dell'intervento terapeutico e del mantenimento dei benefici.

Durante il colloquio di follow-up, ho esplicitato ad Elisabeth la possibilità di un'eventuale comparsa di sintomi in concomitanza a possibili eventi stressanti, specie se ripetuti nel tempo.

L'aspetto più rilevante di questa fase è racchiuso nel ricordare alla paziente come, nel corso della terapia, avesse sviluppato abilità specifiche ed acquisito strategie di gestione del dolore che avrebbe potuto applicare nel momento in cui fossero ricomparsi momenti di difficoltà e di crisi. L'eventuale comparsa di sintomi, ho ribadito, non avrebbe comunque avuto la valenza di “fallimento” e mi sono resa disponibile ad essere ricontattata.

2. Giorgia

A fine Marzo ho avuto modo di conoscere Giorgia nell'ambito di una visita di controllo, ha 30 anni, l'aspetto stanco e preoccupato per il suo futuro, 5 anni or sono dall'esordio della malattia la cui diagnosi è avvenuta in ambito reumatologico. Assume duloxetina 50 mg da circa un anno, dolore muscolo scheletrico diffuso, fatigue, sonno discreto. Lavora come educatore presso struttura che ospita soggetti diversamente abili in età adolescenziale, ama il suo lavoro che ha dovuto sacrificare a part-time a causa proprio dei sintomi, specie per l'affaticamento, controlla i sintomi, in maniera poco soddisfacente comunque, con cannabis da alcuni mesi. Segue un percorso di psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Durante la prima seduta Giorgia riferisce di *“sentirsi strana”*, lamenta stanchezza diffusa, e la mancanza di reagire e irritabilità. Convive con un suo coetaneo da due anni, sente il peso di contribuire economicamente al nucleo

familiare in maniera non soddisfacente e di aver dovuto lasciare attività sportiva che seguiva da anni in maniera costante. Nel raccontare la sua storia in maniera confidenziale sin da subito, riferisce come sintomo predominante nelle ultime settimane, la sensazione urente allo stomaco, ed è la rabbia l'emozione che menziona più volte durante il suo racconto.

Il bruciore era presente durante tutto l'arco della giornata e si esacerbava in corrispondenza di ansia e situazioni stressanti. Il pensiero era polarizzato sul sintomo che insieme alla stanchezza limitavano di molto la sua qualità di vita.

La trance avviene subito grazie anche al buon grado di rilassamento che Giorgia raggiunge in autonomia, ma è il monoideismo plastico (la catalessi del braccio dx) a rafforzare positivamente in lei la convinzione che l'ipnosi sia uno strumento avanzato e l'idea, fino ad ora limitante, di possedere delle risorse nascoste che risultano quindi solo da stimolare correttamente.

Al raggiungimento del luogo sicuro (precedentemente concordato) tramite il ritmo del suo respiro via via più lento e più profondo, le suggerisco la visione del bosco innevato, in alta montagna, la neve fresca e candida suscita in lei sensazioni piacevoli ed è invitante al tatto, e anche al palato, come quando da bambini la neve la si mangiava. La invito quindi a deglutire un po' di quella neve soffice al punto da percepire un raffreddamento di quella sensazione urente e fastidiosa nel suo stomaco, ma di non spegnerla del tutto, di accettare la sua presenza e di percepirla come una risorsa preziosa ma non debilitante per affrontare le vicissitudini quotidiane. Questa è risultata essere anche un'ottima occasione per farle apprendere una nuova prospettiva di intervento e gestione del dolore nonché a migliorare le sue abilità di coping in modo da renderla meno vulnerabile ai fattori stressogeni e più abile nell'affrontarli.

Le successive quattro sedute sono state indirizzate al rafforzamento dell'Io mediante metafore diverse di volta in volta (il seme nel terreno ostico da cui sboccia un fiore meraviglioso, la palla di pece dalla quale entra un fascio di luce e man mano si sgretola liberandola da situazioni paralizzanti, ecc..) e ad incrementare la qualità del sonno che si è dimostrato viepiù ristoratore col

passare dei giorni, Giorgia riferisce di utilizzare l'ancoraggio prima di addormentarsi tutte le sere.

Il test FIQ-R anche in questo caso, nel momento di follow-up , ha subito un importante riduzione del valore numerico di "gravità" e questo ha fatto sì che in Giorgia oltre che migliorare la sua qualità di vita, si consolidassero credenze di possibilità di guarigione fino a prima del percorso mai prese in considerazione. Rimango a tutt'oggi a disposizione per eventuali sedute di rafforzamento dell'ancoraggio o suggestioni in trance volte a sensazioni di benessere che Giorgia periodicamente si concede.

3. Floriana

Floriana ha 48 anni, mi contatta tramite il medico responsabile del servizio di terapia antalgica che conosce in AISF, ha vissuto 17 anni in Francia dove l'ipnosi viene utilizzata dal SSN per il trattamento di patologie come la FM.

Al primo appuntamento si presenta con tanto di documentazione clinica ed in particolare con uno scritto che riassume apparato per apparato i suoi problemi di salute, esordisce dicendomi che la FM risulta essere ad oggi l'ultimo dei suoi problemi, è affetta da MSC (sensibilità chimica multipla) che limita oltre il suo vissuto quotidiano anche l'approccio a cure farmacologiche a cui lei tramite diversi episodi di anafilassi acuta risulta essere allergica. Ha in sé una sfiducia molto radicata sul sistema sanitario italiano contro cui si è scontrata più volte e tutt'ora combatte per il riconoscimento delle patologie in termini di supporto economico. "In Francia tutto funzionava meglio, ciò per cui io oggi combatto lì era a portata di mano per tutte le persone bisognose". E' tornata in Italia in seguito alla separazione da un marito violento, vive a casa dei suoi genitori, economicamente non è indipendente, che lei ritiene essere altamente limitanti al suo vivere e alla sua realizzazione, non si sente riconosciuta in particolare da suo padre che le ha dichiarato in passato di non avere desiderato il suo arrivo, né al momento della sua nascita e nemmeno il suo ritorno ora. Peraltra lavora come assistente ad uno studio medico privato dove riferisce di subire mobbing da anni,

ha messo in atto però le dimissioni.

Non nego una mia iniziale riluttanza alla presa in carico di Floriana che risulta essere più complessa ancora delle altre pazienti, lei ha un atteggiamento verso la malattia da autodidatta quasi, per cui si esprime dandomi risposte certe a problemi che lei ha già di suo definito con tanto di diagnosi e mira a quella cura specifica per ciascuno di essi, conosce già effetti e durata di ciascun trattamento ed è fondamentalmente disperata. Capisco quindi che per il suo bene sarebbe utile un approccio psicoterapeutico, ma al momento lei non può permetterselo in termini economici. Non le nego per cui la possibilità di avvicinarsi all'ipnosi, strumento nel quale lei crede molto ma che associa al modello Eriksoniano di cui lei è appassionata e che studia con assiduità. A questo punto sono io ad avere l'ansia da prestazione, ma comunque propongo a Floriana un percorso di 5 sedute a cadenza bisettimanale.

Durante la prima seduta l'induzione tramite la focalizzazione della sua attenzione sul respiro al fine di stimolare il rilassamento fisico e mentale e creando un'aspettativa di cambiamento svincolata dalle abilità coscienti. Approfondendo lo stato di trance con il "posto sicuro" Floriana ha rilassato definitivamente i muscoli del viso quasi fino a sorridere e al riorientamento, dopo l'installazione dell'ancoraggio, riferisce di essersi rilassata piacevolmente ma mai del tutto e di avere però rivissuto un episodio della sua vita in un luogo da lei amato profondamente. Rimango concorde con lei a risentirci l'indomani per avere un iniziale feed-back dopo la notte. E così accade, mi telefona l'indomani dicendomi di avere trascorso una notte insonne proprio a causa del suo posto sicuro, luogo francese che ha dovuto lasciare ma del quale lei sente profondamente la mancanza al punto da privarla del sonno al suo ricordo. Sentendo di aver fallito nel mio intento capisco e faccio leva sull'unico aspetto positivo, Floriana non si arrende e nemmeno io.

Le successive sedute sono sempre precedute da una lunga chiacchierata in cui lei sente l'esigenza di aggiornarmi passo passo sui vari iter in cui lei si imbatte per ottenere supporto e riconoscimenti da parte del sistema sanitario regionale. La

qualità della trance risulta essere buona e le sensazioni di benessere sono protratte anche per i giorni a seguire i nostri incontri.

L'ultima in particolare credo abbia significato la reale svolta al cambiamento per Floriana, a trance ottenuta mediante l'ancoraggio, monoideismo plastico raggiunto con la catalessi delle palpebre, le comunico l'intento di raccontarle semplicemente una favola. E' la metafora dei "sette guaritori" che si accingono ad assistere un Re di un regno lontano affetto da una profonda ferita che non guarisce mai da diversi anni. Uno ad uno, i sette guaritori apportano a favore della guarigione il loro personale supporto in base al bagaglio di conoscenze diverse per ciascuno di loro. (C.Casula "Giardinieri, principesse e porcospini" metafore per l'evoluzione personale e professionale, 2002). Al riorientamento Floriana appare incuriosita e mi chiede il dettaglio di questa favola che io non ritardo a fotocopiarle in maniera che possa rileggerla. Una settimana dopo suona sul mio telefono l'arrivo di un suo Whatsapp che cito fedelmente: "ho incontrato 6 dei 7 guaritori della metafora. Ho capito che sono già in cammino nella mia personale guarigione. Sono felice! E' stata una settimana travolgente ed emozionante. Sto lavorando per quanto possibile per migliorare. La strada è quella giusta. Incontro sempre i guaritori nei miei momenti di trance, 3 di loro mi dicono di vivere il presente, il qui e ora. Devo vincere la mia resistenza. Ti ringrazio di cuore."

Da qui in poi Floriana è meno tecnica nei suoi racconti percepisco insieme a lei un cambiamento avvenuto e in corso per alleviare al minimo la sua ipersensibilità e il suo bisogno di controllo, si fida della vita. I nostri incontri si sono diradati, spesso ci sentiamo al telefono, ha lasciato il suo lavoro, gode dei precursori della sua tanto ambita e desiderata libertà.

4. Stefania

Conosco Stefania durante una visita di controllo, ha 52 anni, affetta da FM dal 2011. Esordio con blocco motorio durante una partita di pallavolo. E' stata bene per diversi anni assumendo nicotile continuativamente. I sintomi sono peggiorati

da circa un anno dopo sospensione periodica del farmaco. Alla ripresa non stesso effetto. Preferisce non assumere farmaci classici per la cura dei sintomi, pertanto accoglie con piacere la possibilità di un ciclo di sedute di ipnosi.

Al primo incontro Stefania si mostra incuriosita ma al contempo scettica, vuole sapere dettagliatamente in cosa consistono le varie fasi dell'induzione, trance, ancoraggio, riorientamento. Non mi parla di sé, riesco solo a farmi raccontare che è convivente da alcuni anni ed è soddisfatta. Con la tecnica del "fissa un punto" raggiunge la trance e il monoideismo plastico(levitazione del dito con palloncino), il suo luogo sicuro (precedentemente concordato) fa sì che sul suo volto si manifestino sorriso e commozione, al suo riorientamento mi ringrazia incredula di quanto sia stata benefica come esperienza ed acquisisce fiducia nella tecnica. Il giorno dopo mi scrive di un sonno ristoratore e manifesta una piacevole impazienza verso il prossimo incontro.

Dal secondo incontro in poi il dialogo con Stefania diventa via via più confidenziale al punto da mettere da parte una sua iniziale sfiducia e paura del giudizio altrui (espresse chiaramente al primo incontro) e mi confida di avere subito abusi sessuali da suo padre (deceduto un anno fa) insieme a sua sorella gemella e suo fratello per buona parte della sua infanzia, di avere intrapreso negli anni un percorso di psicoterapia ma di sentire ancora oggi il forte disagio nel verbalizzare questo vissuto perché si sente come responsabile di quanto è accaduto e nel manifestare la propria femminilità, che lei ritiene eventuale responsabile di un possibile approccio maschile di quel tipo. Sono lusingata di tanta fiducia ma al contempo non nego un coinvolgimento empatico profondo che placo razionalmente per non deludere tante aspettative.

Durante la successiva seduta Stefania appare più "leggera", feed-back che ricevo subito da un suo racconto in cui mi dice che anche la sua psicoterapeuta nota un cambiamento in lei in questo senso. Durante la trance, racconto a Stefania la metafora del "pavone timido", talmente timido che faceva la ruota di nascosto per evitare che qualcuno lo vedesse."Un giorno questo pavone, sicuro che nessuno lo vedesse, sente la forte esigenza di sgranchire le sue piume, e fa una bellissima

ruota. Ma non era solo, lì vicino c'era un gruppo di naturalisti che rimangono affascinati dalla bellezza, armonia e varietà dei colori delle sue piume. Si avvicinano per complimentarsi ma il pavone intimidito scappa. Loro lo raggiungono e lo rassicurano che desiderano solo mostrare la loro ammirazione. Il pavone fatica a crederci. Troppe volte un gruppo di fatui lo ha criticato quando faceva la ruota, gesto così naturale per lui. I fatui pensavano che volesse esibirsi, attirare la loro attenzione, ostentare la vivacità dei suoi colori delle sue piume o l'ampiezza della sua ruota. I naturalisti sanno che i superficiali non sono in grado di cogliere la naturalezza del gesto del pavone, anzi ne colgono solo l'ostentazione. Rassicurano allora il pavone e gli consigliano di dimenticare i commenti negativi dei fatui che, in quanto tali, non possono apportare nessun giudizio costruttivo al pavone meritevole di vivere in tutta la sua naturalezza. "Al riorientamento Stefania piange, mi ringrazia, *"sento che qualcosa dentro di me sta cambiando, non so cosa e come, ma io sto bene"*.

Le successive sedute sono volte al far vivere esperienze positive e rafforzanti le potenzialità di Stefania, che al termine dei 5 incontri a distanza di una settimana dall'ultimo mi dice con un messaggio: "ciao Antonella condivido con te questo evento. Ieri sera sono andata a giocare a pallavolo con la mia vecchia squadra...erano 8 anni che non potevo più giocare, ieri ci sono riuscita!"

Vedo Stefania sporadicamente, quando lei ne sente l'esigenza, sta meglio, l'ipnosi anche in lei è stato il trampolino di lancio verso il cambiamento.

CONCLUSIONI

Concludo dicendo che il mio piccolo case report suggerisce che l'IPNOSI con immagini guidate potrebbe essere anche di profilassi e beneficio nella riduzione del dolore e nel controllo dei disturbi che la FM include;

nello specifico, l'intervento terapeutico deve essere finalizzato soprattutto a mettere a fuoco e a ristrutturare, attraverso lo strumento dell'ideoplasia, le regole cognitive seguite dal soggetto che sono alla base della personale risposta emozionale;

sappiamo inoltre che le modificazioni indotte dallo strumento ipnotico sono "biologiche" e inducono un rimaneggiamento dei circuiti attivati dalle esperienze e dai comportamenti (PNEI).

Il percorso didattico di questo corso ha fatto sì che la mia esperienza con l'ipnosi fosse nuova, totale e coinvolgente; al contempo è avvenuta la presa di coscienza di quanto sia delicato approcciarsi all'inconscio delle persone qualunque sia il fine, dall'analgesia, all'esperienziale o volto a profondi cambiamenti che risultano sempre obiettabili dai pazienti presi in carico ed è quello che a me basta per poter proseguire con altrettanta fame di conoscenze e colma di motivazioni volte a fare dell'Ipnosi e della comunicazione ipnotica il mio personale apporto alla vita di pazienti la cui componente dolore è solo la punta di un iceberg come quelle affette da FM.

Vorrei ringraziare tutti i docenti del CIICS per i loro insegnamenti, per il loro entusiasmo contagioso, per le loro preziose esperienze condivise, gli incoraggiamenti e la loro professionalità; e infine le mie pazienti che si sono affidate a me sapendo di avere a che fare con una terapeuta "in corso di opera", per il prezioso arricchimento che mi hanno dato, per la loro forza e il coraggio nell'affrontare il disagio.

BIBLIOGRAFIA

Jensen KB, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, Choy E, Mainguy Y, GR, Ingvar M, Kosek E. Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis Rheum.* 2010;62:3488-95

Consoli G, Maraazziti D, Ciapparelli A, Bazzichi L, Massimetti G, Giacomelli C, Rossi A, Bombardieri S, Dell'Osso L. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Compr Psychiatry* 2012;486590. Epub 2011 Nov 19
Nordahl HM, Stiles TC.

Personality Styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:9.

Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Di Franco M, Buskila D, Alciati A, Giacomelli C, Rossi A, Bazzichi L. Dysfunctional Syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. *Clin Exp Rheumatol.* 2012;30 (6 Suppl 74): 143-51

de Rooij A, Roorda LD, Otten RH, van der Leeden M, Dekker J, Steultjens MP. Predictors of multidisciplinary treatment outcome in fibromyalgia: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2013;35:437-49.

Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia syndrome, *JAMA* 2004;292:2388-95.

Skrabek RQ, Galimova L, Ethansand daryl K, Nabilone for the Treatment of Pain in Fibromyalgia. *J.Pain* 2008,9:164-173. fiz J.Duran M, Cappella D, Carbonell J, Farré M. Cannabis use in the patients with fibromyalgia. effect on symptoms relief and health-related quality of life. *PloS One* 2011;21 e 1844

Consuelo Casula. Giardinieri, principesse e porcospini. 2002.

A. Fonzi. E. Negro Sancipriano, La magia delle parole: alla riscoperta delle metafore. 1975

F. Granone. Il trattato di Ipnosi . 1994

Dispense corso CIICS anno 2019