

C.I.I.C.S.

Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale

Sede di Torino

Tesi

**Applicazione dell'ipnosi nella gestione
del dolore:
- Casi clinici -**

Candidata: Dott.ssa Alessandra Di Cola

Relatore: Dott.ssa Laura Papi Grasso

Anno Accademico 2010

*"E' importante di tanto in tanto rallentare,
estranarsi, e semplicemente 'essere'"*

Eileen Caddy

- INDICE GENERALE -

PREMESSA	5
CAPITOLO 1: Dolore e Ipnosi	
1.1 Cenni storici	11
1.2 Definizione di dolore	12
1.3 Classificazione del dolore	13
1.4 Aspetti psicologici e psicopatologici del dolore	15
1.5 Ipnosi: definizione	18
1.6 Ipnosi e dolore: alcuni cenni	19
CAPITOLO 2: Rosina - Un Caso di Sindrome della Bocca Urente	
2.1 Invio e motivo della richiesta	25
2.2 Assessment ed ipotesi diagnostica	25
Primo colloquio	25
Anamnesi	26
Strumenti utilizzati	26
Ipotesi diagnostica	27
2.3 Percorso terapeutico	30
2.4 Esito del trattamento	33
CAPITOLO 3: Daniela - Un Caso di Sindrome Fibromialgica	
3.1 Invio e motivo della richiesta	39
3.2 Assessment ed ipotesi diagnostica	39
Primo colloquio	39
Anamnesi	40
Strumenti utilizzati	40
Ipotesi diagnostica	41
3.3 Percorso terapeutico	44
3.4 Esito del trattamento	47

CAPITOLO 4: Roberta - Un Caso di “Algie toraciche”

4.1 Invio e motivo della richiesta	51
4.2 Assessment ed ipotesi diagnostica	51
Primo colloquio	51
Anamnesi	51
Strumenti utilizzati	51
Ipotesi diagnostica	52
4.3 Percorso terapeutico	53
4.4 Esito del trattamento	55

CAPITOLO 5: Alessia - Un Caso di “Distonia cervicale”

5.1 Invio e motivo della richiesta	59
5.2 Assessment ed ipotesi diagnostica	59
Primo colloquio	59
Anamnesi	59
Strumenti utilizzati	60
Ipotesi diagnostica	61
5.3 Percorso terapeutico	63
5.4 Esito del trattamento	65

RIFLESSIONI CONCLUSIVE	67
-------------------------------------	-----------

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	73
--	-----------

-PREMESSA-

Ognuno di noi, nel corso della propria vita ha sperimentato una qualche forma di dolore e gran parte di essa è volta ad evitarlo. Dolore non è solo una sensazione fisica, un mal di testa, una ferita che brucia, una cicatrice che “tira” dopo un intervento o la cornice di un evento traumatico quale potrebbe essere una malattia; dolore è anche una ferita dell’anima derivante dalla perdita di una persona cara, dalla fine di una storia sentimentale che è stata importante o, semplicemente, il “dolore” di crescere e farsi carico di nuove responsabilità ...

Il dolore, in ogni sua espressione, sottolinea la propria presenza: entra nel corpo, prende i colori delle emozioni, è presente nelle relazioni e investe la persona nel suo insieme e nelle sue dimensioni.

Il dolore, quindi, rappresenta un’esperienza soggettiva nella quale si intrecciano stati emozionali e fisici e proprio per questo può avere delle ricadute importanti sulla qualità di vita della persona.

Il lavoro che andrò presentando si avvale della collaborazione tra la S.C. di *Psicologia* e la S.C. di *Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica – Ambulatorio di Terapia Antalgica del Dolore Cronico* del P.O. S. Andrea, ASL “VC” di Vercelli e si inserisce nel contesto dell’esperienza di collaborazione volontaria che da anni svolgo presso tale ambulatorio.

Ho deciso di intraprendere questo lavoro nell’ambito della terapia del dolore spinta dalla “curiosità” di indagare ed inserire l’ipnosi come strategia di intervento alternativa o coadiuvante alla terapia farmacologica.

L’obiettivo che mi sono prefissata è stato quello di valutare l’impatto che hanno i fattori emotivi sull’espressività della sintomatologia algica e, di conseguenza, di un intervento psicologico, costituito da una fase psico-educazionale e da un approccio ipnotico, nel controllo del dolore e sul benessere psicologico di alcuni pazienti con differenti tipologie di dolore afferenti all’ambulatorio. In particolare, si è valutato l’effetto dell’intervento sulla qualità di vita, sulla gestione del dolore, sul sonno e sul disagio psicologico, in termini di stati ansiosi e depressivi derivanti dall’eventuale patologia organica in atto.

Tale lavoro si articola in una prima parte teorica relativa alle caratteristiche del dolore e alle sue implicazioni psicologiche focalizzando l'attenzione agli aspetti dell'informazione e dell'educazione e ad una modalità di gestione psicologica del dolore che utilizza l'ipnosi.

Segue poi una seconda parte dedicata alla descrizione di alcuni casi clinici.

Questa si propone di indagare, come già accennato, con l'utilizzo dell'induzione ipnotica, un eventuale miglioramento nella gestione dei sintomi algici e nella percezione di altri aspetti legati alla qualità di vita.

Capitolo 1

- Dolore e Ipnosi -

*Dai parole al dolore
La pena che non parla
Mormora in fondo al cuore
E lo invita a frantumarsi
W. Shakespeare*

1.1 Dolore: cenni storici

Il dolore è stato, da sempre, oggetto di paura, di curiosità, d'interesse e di studio nelle varie discipline. Ciononostante è sempre stato difficile giungere ad una soddisfacente definizione di questo termine.

Nelle popolazioni primitive, il dolore veniva considerato un'espressione del mondo magico, in cui la natura e l'uomo vi erano immersi; esso veniva interpretato come effetto della presenza o dell'azione di spiriti malvagi o di demoni e rientrava nella sfera di competenza dell'esperto di pratiche magiche: lo "stregone".

Questo tipo di credenza persistette, in Occidente, fino alla nascita della medicina ippocratica. Ippocrate interpretò il dolore in termini biologici come la conseguenza di un'alterazione quantitativa, in eccesso o in difetto, degli "umori", i quali secondo lui, erano i quattro elementi costitutivi fondamentali (sangue, flemma, bile gialla e bile nera) che, equilibrandosi fra loro, regolavano anche l'armonia del corpo (<http://www.aisd.it/tiengobellucci.php>).

Fu Aristotele ad imprimere una svolta concettuale ed interpretativa, considerandolo correlato ad un organo di senso - il tatto - e deputato a svolgere una funzione fondamentale nel salvaguardare l'integrità fisica dell'essere vivente.

Cartesio poi approfondì e sviluppò il concetto del dolore come sistema di autodifesa: non solo a favore della tutela del singolo essere vivente ma, in prospettiva, nella salvaguardia della specie.

Un allarme che segnala un pericolo in atto, uno spiacevole ma prezioso avvertimento senza il quale ogni forma di vita finirebbe con l'estinguersi, aggredita e distrutta da condizioni avverse.

Verso la fine del Settecento e per tutto l'Ottocento, gli studi di anatomia hanno portato al riconoscimento e alla descrizione sempre più accurata di recettori e vie

nervose preposti alle varie sensibilità, ma per il dolore restava il dubbio se si trattasse di un senso autonomo anch'esso, con recettori e vie specifici, come vista, olfatto, tatto e gusto, o se rappresentasse solo una particolare "variazione", uno "squilibrio" quantitativo - qualitativo delle altre differenti sensazioni.

Saranno soltanto gli studi compiuti dalla neurofisiologia moderna che ci permetteranno di iniziare il cammino per l'interpretazione di una percezione sensoriale così complessa.

1.2 Definizione di dolore

Il termine "dolore" è una definizione genericamente assegnata a tutti i tipi di esperienze spiacevoli.

Nel 1979 l'International Association for the Study of Pain descrive il dolore come una "*esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a danno tessutale reale o potenziale, o descritta nei termini di tale danno, segnalata da una qualche forma di comportamento rilevabile*", e ancora "*il dolore è sempre soggettivo*" e *quando una persona sostiene di provarlo, anche in assenza di evidenza organica e funzionale, esso "deve essere accettato come dolore"* (IASP, 1979).

Il dolore, tuttavia, non può essere definito unicamente come un fenomeno sensoriale, ma va considerato come l'insieme di una parte percettiva e una sensoriale.

La prima, che comprende la nocicezione, costituisce la modalità sensoriale che veicola la ricezione e il trasporto al sistema nervoso centrale di tutti quegli stimoli potenzialmente lesivi mentre la seconda corrisponde allo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.

Tale distinzione è stata ben illustrata già dagli antichi Greci, i quali differenziavano le due dimensioni con l'utilizzo del termine *algos* per indicare l'aspetto neurologico e la dimensione fisica e percettiva, dal termine *pathos* per includere la sofferenza emotiva e psichica.

Il dolore quindi è un'esperienza spiacevole multidimensionale articolata in tre principali dimensioni: sensoriale (aspetto fisiologico), discriminativa, motivazionale (aspetto emozionale) e affettiva e cognitivo – valutativa.

1.3 Classificazione del dolore

Considerando il dolore in base alla sua durata possiamo suddividerlo in (L. Brasseur, M. Chauvin, G. Guilbaud, 1999):

- **Acuto:** che rappresenta quel tipo di dolore che insorge inaspettatamente ed è di durata limitata poichè generalmente cessa con la guarigione della causa che lo ha provocato.

Il dolore acuto svolge una duplice funzione:

- rappresenta un segnale d'allarme per l'organismo per evitare un danno maggiore (come ad esempio quando lo obbliga a tenere a riposo la parte traumatizzata);
- può essere un sintomo precoce di richiamo per giungere ad una diagnosi.

Questo tipo di dolore viene quindi considerato come “utile”, e prima di essere affrontato e trattato va capito ed interpretato per un'adeguata terapia della patologia.

- **Cronico:** una tipologia di dolore che deve essere considerato in modo differente:

- se la condizione patologica che provoca il dolore è nota e in buona parte non aggredibile;
- se il dolore è persistente nel tempo, in genere da 3 a 6 mesi;
- se la sua presenza continua instaura un circolo vizioso di depressione, ansia e altri disturbi emotivi, e il dolore diviene allora sindrome autonoma con pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali caratteristici della persona.

In tal caso il dolore diviene un sintomo “inutile” e va trattato nel modo più tempestivo e completo possibile.

In questo senso, il dolore cronico non rappresenta solo un'estensione temporale del dolore acuto, ma assume caratteristiche qualitative completamente diverse, che necessitano di un approccio mentale, culturale e professionale opposto.

Per “dolore cronico o persistente” si intende dunque un dolore che continua per un periodo prolungato di tempo associato o meno ad una patologia nota.

Le cause e le manifestazioni cliniche di un dolore persistente sono in genere varie. Per questo le scelte terapeutiche sono spesso difficili.

La classificazione del dolore persistente in termini fisio-patologici può aiutare il clinico a scegliere la terapia più appropriata e a determinare la prognosi.

Le principali classi del dolore sono:

- *Dolore nocicettivo*: che può essere viscerale o somatico, ed è più spesso originato dalla stimolazione di recettori del dolore. Il dolore nocicettivo può originare da un tessuto infiammatorio, da una alterazione meccanica conseguente ad un trauma. Sono riconducibili a questa categoria per esempio un'artrite infiammatoria o una lesione traumatica, sindromi dolorose miofasciali, patologie ischemiche. Il dolore di origine nocicettiva in genere risponde bene agli approcci tradizionali di gestione del dolore, per esempio i comuni farmaci analgesici e strategie non farmacologiche.
- *Dolore neuropatico*: che origina da un processo patologico che coinvolge il sistema nervoso centrale o periferico. Per esempio una neuropatia diabetica, una nevralgia del trigemino o postherpetica. Queste sindromi dolorose rispondono meno bene alle terapie analgesiche convenzionali rispetto al dolore nocicettivo.
- *Dolore misto o non specificato*: per esempio mal di testa, e alcune sindromi dolorose di origine vascolare. Possono essere presenti altre rare condizioni in cui problemi psicologici sono responsabili dell'insorgenza, della gravità e della durata del dolore; in questi casi può essere d'aiuto una psicoterapia.

1.4 Aspetti psicologici e psicopatologici del dolore

Il dolore rappresenta un'esperienza soggettiva e solo chi lo vive è l'unico vero conoscitore di tale esperienza; esperienza, nella quale si intrecciano stati emozionali e fisici e proprio per questo può avere delle ricadute devastanti sulla percezione di benessere e sulla qualità di vita.

Accade ancora troppo spesso che il paziente si trovi ad affrontare sintomi talvolta estremamente dolorosi del tutto inconsapevole o erroneamente informato circa la reale possibilità di contenimento delle proprie sofferenze, non solo da un punto di vista fisico ma anche psicologico. La malattia non è soltanto il fenomeno morboso in quanto tale, ma anche e particolarmente *l'esperienza che di questo fenomeno ha il soggetto ed in particolare i vissuti di sofferenza, dolore, stanchezza, le paure, gli aspetti psicologici e relazionali che ne derivano.*

In realtà nessuno sa descrivere il dolore, che si comprende solo quando c'è, e che talvolta è quasi impossibile raccontare.

È dimostrato che il dolore incide nella memoria del cervello una specie di solco, che scompare quando il dolore cessa. Allorché il dolore si ripresenta, la memoria lo amplifica e lo peggiora.

Si rende dunque indispensabile “correre davanti al dolore”, per evitare che esso ritorni.

Capita spesso che l'episodio di malattia non si esaurisca con la remissione del quadro clinico; esistono patologie che presentano residui di cronicità ed altre che, anche quando tutto sembra procedere per il meglio, come ad esempio in una neoplasia a prognosi benigna, nascondono paure o angosce depressive che portano la persona ad una condizione di disagio psicologico.

Diviene particolarmente importante identificare ed analizzare gli aspetti psicologici implicati nell'esperienza dolorosa, soprattutto se intensa, cronica o maligna, perché la comprensione di questo sintomo richiede un approccio che si sviluppi su molteplici dimensioni. Infatti il dolore rappresenta un evento in cui vi è una stretta connessione tra aspetti biologici e aspetti mentali, i quali interagiscono nel determinare le risposte emotive, adattative e comportamentali del soggetto che prova dolore.

Un'adeguata analisi della situazione di dolore non può quindi limitarsi ad una lettura biologica di quanto accade, ma deve confrontarsi con il dato psicologico. La rilevanza di fattori psicologici si riscontra sia in termini causali (dove la funzione psico-sensoriale, di percezione, di valutazione, incide nel determinare, almeno in parte, le caratteristiche del dolore esperito) sia in termini concomitanti poiché ad esso, più facilmente che ad altri sintomi, si possono associare vissuti di particolare disagio emotivo, reazioni psicologiche ed atteggiamenti di sofferenza e profondo disagio.

Parlare di "multidimensionalità" significa anche riconoscere che nell'esperienza della persona che prova dolore, sono numerosi gli elementi che possono incidere, sia in senso specifico sulla sensazione dolorosa, che in senso generale sul vissuto di sofferenza dell'individuo.

Gli studi hanno dimostrato che un intervento psicologico precoce ha importanti effetti sul livello di dolore riferito dal paziente, sulla capacità di adattamento e sull'aderenza alla terapia medica.

I fattori psicologici in comorbilità comunemente messi in luce in letteratura includono i disturbi d'ansia, la depressione, i disturbi del sonno, i disturbi di somatizzazione e l'abuso di sostanze.

L'ansia è la risposta più comune al dolore e i sintomi dell'ansia spesso persistono quando il dolore diventa cronico e molto invalidante. Inoltre, l'ansia aumenta la percezione di dolore. Anche la depressione e il dolore cronico sono spesso associati, con una percentuale che si aggira attorno al 50% di depressione maggiore entro 5 anni dallo sviluppo di un dolore cronico. Anche la mortalità, purtroppo è elevata, e il suicidio è stato segnalato nel 10-15% di casi con dolore prolungato e scarso supporto sociale e affettivo.

Depressione, ansia e cattive abitudini nel dormire sono le cause più frequenti di disturbi del sonno in pazienti con dolore cronico.

Come possiamo quindi vivere a pieno la nostra vita quando il dolore ci torce? Nel dolore fisico c'è sempre una forte componente psichica, spesso maggiore della componente corporea. Se la nostra mente si concentra sulla zona del dolore fisico,

esso si fa più acuto; se invece la nostra mente riesce a staccarsene, il dolore subito si mitiga e persino scompare.

Coi farmaci anestetici la coscienza si stacca dal corpo in modo totale o parziale; questo può altrettanto verificarsi con i mezzi psichici, ad esempio con l'utilizzo dell'ipnosi.

Spesso la medicina moderna si domanda fin dove la mente può spingersi sul corpo. E la risposta che ne deriva è che, in realtà, non esistono limiti.

Sappiamo ormai che la malattia - da cui in genere il dolore prende origine - risiede gran parte nella mente. Agendo sulla mente noi possiamo gestire meglio il dolore e in alcuni casi prevenirlo od evitarlo.

Il dolore è dunque un messaggio che la nostra coscienza ci invia per dirci che si sente a disagio e in disarmonia. Così essa scarica questo disagio sul corpo affinché noi ne prendiamo coscienza.

Per vincere il dolore e liberarsene, bisogna intervenire subito sulla componente psichica che assume a seconda dei casi diverse sfumature: dall'inquietudine all'ansia, al tremore, allo sgomento, alla paura passando attraverso la rabbia. La componente psichica del dolore esalta la componente fisica e diviene l'aggiunta di una nuova e più forte dose di dolore in una spirale crescente. A un certo punto basta l'accento iniziale del dolore fisico, per scatenare quello psichico, che comincia come paura, ma poi diventa una concentrazione sulla zona dolente: il dolore così ingigantisce, si esaspera e diviene insopportabile.

Immaginiamo per esempio un bambino che si è fatto male ad un dito e corre piangendo dalla mamma, la quale soffia sul punto dolente e dice: "Ecco, adesso passa tutto!" e, magicamente, il dolore passa. La maggior parte delle mamme si comportano così e nella maggior parte dei casi funziona. Anche noi possiamo fare la stessa cosa in caso di dolore, magari chiudendo gli occhi e soffiare sopra al punto dolente, come nello spegnere la candela o spostando l'attenzione su un altro punto.

Il nostro corpo in un certo senso, tende spontaneamente alla guarigione: se così non fosse, la medicina e la chirurgia fallirebbero sempre. Per raggiungere il benessere bisognerebbe aiutare il corpo con un soccorso psichico guaritore senza non propinaragli i veleni di previsioni spaventose oppure di concentrazioni nocive,

proprio sul punto dolente che chiede aiuto. La mente ha nel corpo il suo strumento e quindi lo può dominare.

1.5 Ipnosi: definizione

L'uomo, in tutta la sua storia, ha escogitato difese dall'ambiente esterno e interno per la sua sopravvivenza e per migliorare la sua qualità di vita. Nelle varie epoche dello sviluppo della civiltà i mezzi difensivi venivano adattati ed affinate alle mutevoli esigenze. Con le tecniche difensive ed offensive, l'uomo sviluppava anche mezzi antalgici e curativi, scoprendo empiricamente le virtù delle erbe, delle radici, dei loro miscugli e l'effetto della loro presentazione. Soggetti con particolare carisma, con ruoli di poteri speciali, ottenevano per molti disturbi, remissioni o guarigioni considerate miracolose quando l'unico mezzo terapeutico era solo la loro presenza, la loro parola, il loro modo di proporsi.

La mitologia ci tramanda la storia di Medusa, bellissima dea che tramutava in pietra chi osava guardarla negli occhi: fascinazione che è un metodo induttivo tra gli animali come il serpente che rende catalettica la preda per mangiarsela. In tempi relativamente recenti, storici, si hanno documentazioni di alcune trascrizioni di manoscritti su incontri di questo tipo riferiti a un Tempio del Sonno (seduta di Ipnosi) su una Stele di Ramsesse II della 20 dinastia.

Questa forma particolare di comunicazione, verbale e non verbale, poi definita Ipnosi, è stata oggetto di studio e di interesse da parte degli scienziati.

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 obiettive, di quanto viene intensamente immaginato".

L'ipnosi pertanto 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 relazionale medico-paziente.

Quest'ultimo aspetto contribuisce pertanto ad avviare e mantenere lo stato che, a sua volta, influenza il rapporto. Secondo quanto sostiene Granone, il massimo grado di profondità dell'ipnosi avviene quando tutto il rapporto tra medico e paziente viene ad essere costituito dal transfert emotivo, irrazionale ed infantile. Altro aspetto di fondamentale importanza senza il quale il fenomeno ipnotico non si verificherebbe è il *monoideismo plastico* che 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.

1.6 Ipnosi e dolore: alcuni cenni

Nel campo del dolore, l'ipnosi ha avuto degli importanti riconoscimenti dalla comunità scientifica sull'efficacia nella gestione del dolore. Dal 1994 la IASP (International Association for the Study of Pain) ha incluso l'ipnosi nel curriculum dei professionisti che si occupano di terapia del dolore in America. Nel 1996 il Panel Report del National Institute of Health ha definito l'ipnosi come uno strumento affidabile, efficace per alleviare il dolore da cancro e altre condizioni di dolore cronico. Questo, in aggiunta alla voluminosa letteratura clinica e sperimentale, conferma che l'analgesia ipnotica è un fenomeno concreto e replicabile. Nel 2000 la meta-analisi di Montgomery, DuHamel e Redd, pubblicata nell'*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, rivista leader del settore, su 18 studi controllati, basata sul dolore riferito da 933 soggetti, mostra un risultato rilevante: le suggestioni ipnotiche alleviano il dolore nel 75% della popolazione, comprendendo diversi tipi di dolore sperimentato, supportando l'efficacia delle tecniche ipnotiche nella gestione del dolore.

Come forma di psicoterapia, attualmente in moltissime parti del mondo l'ipnosi viene utilizzata esclusivamente sotto forma di *cognitive hypnotherapy*, per aggiungere all'efficacia evidence-based della terapia cognitiva e comportamentale, i vantaggi dell'ipnosi. Questa forma di psicoterapia ipnotica è

l'evoluzione naturale dell'ipnosi classica e direttiva. L'obiettivo dell'ipnosi è quello di conferire al paziente la piena autonomia per superare e gestire il problema nel modo ottimale rinforzandone la personalità.

Numerosi studi confermano la stretta correlazione tra pensiero positivo, motivazione psicologica positiva alla vita e decorso di alcune patologie organiche; la mente è infatti intrinsecamente adattiva, volta a superare le difficoltà. Questo contribuisce a rinforzare la motivazione alla salute e all'adozione di comportamenti congrui rispetto al disagio e alla sofferenza.

Ogni reazione abnorme riguardo la malattia comporta inevitabilmente una maggiore sofferenza non solo sul piano fisico ma anche psichico ed una minore positività rispetto al decorso naturale della malattia stessa.

In questo caso si inserisce bene tutta quella parte di trattamento che lavora con la mente sfruttando l'immaginazione e la suggestione.

Gli studi degli ultimi cinquant'anni dimostrano che l'ipnosi è in grado di ridurre o eliminare una grande varietà di dolori, sia sperimentalmente (dolore ischemico, da pressione, da freddo o da caldo, da stimolazione elettrica) che clinicamente. L'ipnosi si è dimostrata maggiormente efficace rispetto ad altre tecniche psicologiche come la distrazione, il biofeedback e altre tecniche di rilassamento. Parlando di fenomenologia ipnotica, si può affermare che la sensibilità può essere modulata sia in eccesso (iperalgisia), sia qualitativamente (parestesie), sia in difetto (analgesia, anestesia).

L'anestesia ipnotica è stata documentata nella sua forma più eclatante in interventi chirurgici quali ad esempio, la tonsillectomia, l'appendicectomia, nella plastica per ernia inguinale, nella piccola chirurgia ambulatoriale, nel dolore procedurale (esami strumentali dolorosi), in numerosi interventi odontoiatrici e nel taglio cesareo (sostegno al parto).

Si è dimostrata in grado, durante l'intervento chirurgico, di ridurre l'emorragia, per l'intensa vasocostrizione e successivamente di abbreviare il decorso postoperatorio, di favorire la cicatrizzazione delle ferite, di ridurre il dolore ed altri sintomi associati (ad es. nausea, vomito, prurito).

De Benedittis ed al. hanno dimostrato in un esperimento con dolore ischemico che soggetti altamente ipnotizzabili presentavano un aumento della tolleranza al dolore del 113% verso un incremento di tolleranza di solo il 26% in soggetti scarsamente ipnotizzabili.

L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva, corrispondente alla sofferenza ed, in alcuni casi, è stato osservato un maggior effetto sulla componente motivazionale affettiva dell'esperienza stessa. Una scissione tra la componente sensoriale - discriminativa e quella motivazionale affettiva risulterebbe responsabile della normale attivazione d'indicatori involontari del dolore quali un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, della sudorazione, ecc. E' stato dimostrato che l'analgesia ipnotica non dipende da sistemi neuro-umoral, come quelli endorfinergici, inoltre la sua instaurazione può essere praticamente immediata, così come il suo effetto può essere immediatamente abolito con la sola verbalizzazione del terapeuta. Il sistema endorfinergico necessiterebbe di tempi dell'ordine dei minuti per instaurare la sua azione.

Le tecniche di rilassamento hanno dimostrato di possedere un'importante utilità nella gestione del dolore. Nell'ultimo periodo, si ritiene inoltre che spesso, con questi pazienti, l'impiego di strategie ipnotiche ed autoipnotiche sia da preferirsi alla mera applicazione delle tecniche di rilassamento. Le tecniche ipnotiche infatti, consentono anche lo sviluppo di abilità di rilassamento, ma con notevoli vantaggi e grande flessibilità. L'ipnosi infatti di per sé è un rilassamento, una tecnica di rilassamento ma è anche un rilassamento muscolare che funge da miorilassante naturale. L'ipnosi offre la possibilità di dominare l'ansia rappresentando un ansiolitico. Infine, va considerato un riequilibratore psicofisico che contribuisce a rafforzare l'Io.

L'apprendimento delle tecniche di autoipnosi risulta semplice e naturale rispetto all'apprendimento di una tecnica di rilassamento quale potrebbe essere il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson (sebbene questa tecnica possa essere impiegata anche per l'induzione della trance ipnotica).

Consentono inoltre di implementare in maniera particolarmente efficace strategie di “autoterapia” basate sull’esposizione immaginativa, gestibili dal paziente in modo autonomo e permettono la creazione di condizioni di apprendimento virtuali – “*realtà ipnotiche*” – vivide e flessibili, ampiamente sganciate dalle limitazioni logico-spaziali e razionali proprie dello stato di coscienza ordinario.

Alla base di tutto vi è però la capacità di comprendere la logica che può produrre lo stato di coscienza desiderata, all’interno di una relazione terapeutica connotata da accoglienza, permissività, sintonizzazione e accettazione delle peculiarità della persona.

Capitolo 2

- ROSINA -

Un caso di Sindrome della Bocca Urente

2.1 Invio e motivo della richiesta

La signora Rosina accede all'Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore nella zona orale caratterizzato da bruciore intenso e dolore da sfioramento alla guancia destra.

2.2 Assessment ed ipotesi diagnostica

Primo colloquio

Ho visto per la prima volta la signora Rosina in data 07 Aprile 2010 presso l'Ambulatorio di Terapia Antalgica dell'ASL "VC" di Vercelli su invio del medico anestesista.

Rosina è una signora dall'aspetto sciupato verosimilmente a causa del profondo disagio che sta vivendo in questo periodo.

La collaborazione è buona. La signora si è da subito dimostrata disponibile al dialogo e ansiosa di poter raccontare quello che l'angosciava così tanto.

Riferisce di non essere più in grado di svolgere le normali attività di sempre a causa del dolore e profondo fastidio alla bocca. Mentre racconta è piuttosto agitata e infastidita.

Attualmente Rosina riferisce di '*sentirsi strana*', lamenta una stanchezza diffusa ("*mi sento sfinita*") e la mancanza di reagire ("*non so più dove sbattere la testa*"; cosa che la preoccupa molto in quanto si ritiene "*una donna forte che ha sempre lottato di fronte alle difficoltà*"); riporta inoltre inappetenza accompagnata da un forte senso di nausea e progressivo calo ponderale per l'impossibilità di alimentarsi correttamente; disturbi del sonno (in particolare difficoltà di addormentamento e di mantenimento del sonno) e irritabilità.

Mentre parla è visibilmente agitata, cambia spesso posizione sulla sedia, muove nervosamente le mani e talvolta è presente una certa labilità emotiva.

Anamnesi

Rosina è una signora di 57 anni, figlia unica. È sposata da 25 anni con un uomo più grande di lei di due anni. Non ha figli.

Riferisce di avere un rapporto conflittuale con il marito, soprattutto in questo ultimo periodo, in quanto lo sente un po' distante e "*poco accogliente*" nelle sue richieste di aiuto.

Ha sempre vissuto in un paese in provincia di Vercelli dove ha trascorso l'infanzia con i suoi genitori, ancora viventi e in buona salute e con i quali la paziente è attualmente in buoni rapporti. Ha frequentato la scuola dell'obbligo con profitto buono e successivamente ha cominciato a lavorare presso la ditta di un suo parente fino a una quindicina di anni fa. Attualmente non lavora.

Nell'ultimo periodo ritiene di aver avuto cambiamenti rilevanti soprattutto nella salute.

Strumenti utilizzati

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti diagnostici:

Colloqui clinici della durata di un'ora (un'ora e mezza) ciascuno a cadenza settimanale;

Somministrazione di una batteria testistica composta da:

- Hospital anxiety and depression scale (HADS) - breve questionario autosomministrato sviluppato per essere utilizzato in pazienti con patologia organica. I 14 items compongono due sottoscale che misurano ansia (7 items) e depressione (7 items). Il paziente è invitato a valutare la presenza del disagio psicologico durante la settimana corrente su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3). Il punteggio totale dunque varia da 0 (assenza di distress) a 42 (massimo disagio). Si tratta di un test ampiamente utilizzato in ambito ospedaliero poiché non contiene item relativi alla componente somatica del disagio psicologico. La versione italiana dello strumento ha buone caratteristiche psicometriche;
- VAS (Scala Visivo – Analogica, PJ Scott e EC Huskisson, 1976): consiste in un segmento lungo 10 cm, alle cui estremità si posiziona, a sinistra, l'assenza del sintomo e, a destra, la sua massima gravità; al paziente viene chiesto di

collocare tra queste due estremità la gravità del sintomo. Il punteggio viene espresso dai millimetri che intercorrono tra lo 0 e il punto indicato dal paziente;

- QUID – Questionario Italiano del Dolore (De Benedittis e coll., 1994) che consiste in una lista di 42 aggettivi che il paziente deve scegliere tra quelli che meglio descrivono il suo dolore;
- SF-36 (Short Form 36 Items Health Survey) questionario di autovalutazione multidimensionale, breve, di rapida e facile compilazione; tradotto in numerose lingue in quanto inserito nel progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment), tiene in considerazione il punto di vista del Paziente e il Suo "Io" interiore. Composto da una scheda contenente 36 domande che esplorano 8 aree, l'Attività fisica, il ruolo e la salute fisica, il Dolore fisico, la Salute in generale, la Vitalità, le Attività sociali, il Ruolo e lo stato emotivo e la Salute mentale. Più il punteggio è elevato più è indicativo del benessere della persona.

Ipotesi diagnostica

Il sintomo doloroso della signora Rosina è esordito nel 2002, in relazione temporale con un intervento odontoiatrico ed è andato peggiorando gradualmente. Successivamente, la paziente si è sottoposta ad una serie di accertamenti medici, tutti di esito negativo. La sintomatologia depressiva è esordita nel 2004, in concomitanza con alcuni problemi in ambito familiare. All'esordio dell'episodio depressivo si è verificata un'esacerbazione importante del sintomo algico alla cavità orale. Nel tempo, la paziente ha intrapreso numerose terapie con farmaci antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, neurolettici e farmaci antalgici, tutti senza beneficio. Giunge al nostro Ambulatorio nell'Aprile 2010 dopo diversi ricoveri presso il S.C.D.U. Psichiatria dell'A.S.O. San Giovanni Battista di Torino, visite specialistiche e altrettanti vani tentativi di arginare tale sensazione di dolore.

La paziente, alla presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso, tipo intenso bruciore localizzato al cavo orale, in particolare

all'arcata gengivale superiore con irradiazione al palato e alle labbra e un dolore da sfioramento alla guancia destra. Il bruciore era presente durante tutto l'arco della giornata e si esacerbava in corrispondenza di ansia e situazioni stressanti. Il tono dell'umore era volto al polo depressivo, con tendenza alla labilità emotiva (presente anche nei colloqui) ma senza idee anticonservative. Il pensiero era polarizzato sul sintomo algico. Erano inoltre presenti sensi di colpa nei confronti del marito. Sono emersi diminuzione dell'appetito e alterazione del ritmo sonno-veglia con insonnia all'addormentamento e di mantenimento. Il funzionamento psico-sociale ne risultava compromesso in maniera importante.

Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: ***Disturbo Algico (Sindrome della bocca urente - stomatopirosi)*** e ***Depressione maggiore, episodio ricorrente*** (DSM- IV – Tr).

La stomatopirosi o sindrome della bocca urente (*burning mouth syndrome*) contrariamente a quanto si possa pensare, è una malattia di frequente riscontro nella pratica clinica ma di difficile trattamento. La caratteristica principale dei pazienti che ne sono affetti è che soffrono di un bruciore orale diffuso in assenza di lesioni mucose. I sintomi vengono riferiti come bruciore o dolore di gravità variabile, che può essere associato a secchezza delle fauci e ad un'alterata sensibilità gustativa. Altre volte vengono riportate descrizioni bizzarre come "punture di spilli", "freddo tipo ghiaccio" e "carboni ardenti". Le funzioni sensoriali quali la termica e la tattile rimangono in genere inalterate. Il bruciore colpisce la lingua (specie il dorso e la punta), il palato, le labbra, le superfici mucose in rapporto con protesi mobili e più raramente il pavimento della bocca. Nella maggior parte dei casi il bruciore è generalizzato a tutta la mucosa orale. La sintomatologia può insorgere in maniera improvvisa o graduale. Il bruciore talvolta è già presente al mattino e peggiora con il trascorrere delle ore, raggiungendo un'intensità massima nel tardo pomeriggio. I disturbi solitamente hanno un andamento continuo con temporanee remissioni in coincidenza dei pasti, del sonno o di attività che distolgono l'attenzione del paziente.

Nell'eziologia della stomatopirosi sono stati chiamati in causa svariati fattori locali e sistemici. In alcuni pazienti è possibile identificare una o più cause ma nella maggior parte dei casi la malattia rimane idiopatica. Tra i possibili fattori locali sono da tenere in considerazione l'allergia da contatto ai componenti acrilici di protesi mobili o ai materiali utilizzati in odontoiatria conservatrice. Queste forme di allergia, da quanto si evince dalla letteratura, sono comunque molto rare. Altre cause possono essere le irritazioni meccaniche provocate da protesi incongrue e abitudini masticatorie parafunzionali come serramento e digrignamento e ipermobilità della lingua. La *Candida albicans* e alcune specie batteriche fusospirillari possono dare bruciore orale particolarmente nei portatori di protesi rimovibili. La stomatopirosi si associa anche a *gastrite cronica* e a un'*esofagite da reflusso*. Il bruciore linguale si può accompagnare talvolta alla lingua a carta geografica. Vista la maggiore frequenza della stomatopirosi nel sesso femminile in postmenopausa, è stato a lungo studiato il legame con il deficit estrogenico. Un'associazione tra variazioni dell'assetto estrogenico, alterata funzione delle ghiandole salivari (con modificazioni qualitative e quantitative della saliva) e presenza di bruciore orale è stata osservata in alcune pazienti, ma questi dati non sono stati sempre confermati. Le carenze vitaminiche e di ferro sono state chiamate in causa nella genesi della stomatopirosi, ma tali situazioni sono di raro riscontro. Tra le cause di origine sistemica è da citare anche il diabete che, attraverso un meccanismo patogenetico in parte relativo alla neuropatia e microangiopatia, potrebbe essere responsabile dell'insorgenza del bruciore.

Nei pazienti con stomatopirosi si osserva di frequente un'associazione con disordini di origine psicosomatica. Questi pazienti avrebbero una personalità ansiosa, introversa, tendente alla depressione, all'ipocondria e allo stress. Tali alterazioni si riscontrano di sovente nelle donne in menopausa e vengono aggravate dalla percezione della perdita della propria identità femminile. I meccanismi attraverso cui queste alterazioni della sfera psicologica possano tradursi in un disturbo somatico come la stomatopirosi restano ancora del tutto ignoti. Sembra comunque rispondere positivamente all'impiego di psicofarmaci come le benzodiazepine e gli antidepressivi triciclici.

L'incidenza della stomatopirosi è maggiore sopra i 50 anni e nel sesso femminile, con un rapporto M/F intorno a 1:7. La stomatopirosi non è mai stata osservata nei bambini.

Da quanto risulta dagli studi, non esiste un trattamento specifico e risolutivo della stomatopirosi. Di volta in volta, per ogni singolo paziente, vanno individuati i fattori causali e quindi l'approccio terapeutico deve essere consequenziale.

Anche la signora Rosina, fino ad ora, non ha mai avuto un trattamento che fosse risolutivo e non ha mai intrapreso un trattamento di tipo psicologico. Già dai primi incontri mi sono resa conto che informarla sulla natura dei suoi disturbi è stato fondamentale e, in particolar modo, è stato importante rassicurarla che il bruciore orale non era causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica. E la nostra idea era un po' quella di valutare l'efficacia di un intervento esclusivamente psicologico di prima scelta, ed eventualmente supportarlo in un secondo momento con una terapia farmacologica.

2.3 Percorso terapeutico

Tenendo presente gli elementi sopra esposti, ho pensato di impostare un percorso terapeutico breve e mirato che lavorasse da un lato, sui sintomi di aumentata attivazione fisiologica (ad esempio, le difficoltà di addormentamento, i frequenti risvegli e lo stato di ipervigilanza ed esagerate risposte di allarme) fornendo alla paziente degli strumenti efficaci per meglio gestire tale attivazione fisiologica e per ridurre l'intensità del dolore percepito e dall'altro, sull'integrazione ed elaborazione cognitiva ed emotiva della situazione.

Pertanto, la pianificazione terapeutica è stata così articolata:

- tranquillizzare la paziente per poter instaurare una solida *alleanza terapeutica*;
- *fase educativa* in cui le sono state fornite, insieme al medico, le informazioni necessarie circa la sua patologia e le modalità di trattamento sia psicologico che farmacologico;

- *fase di intervento* in cui, dopo aver illustrato a Rosina gli strumenti necessari per fronteggiare il disturbo, abbiamo lavorato intensamente per il superamento del disagio.

Ho proposto a Rosina cinque colloqui a cadenza settimanale di circa un'ora (un'ora e mezza).

Sono stati poi concordati i seguenti obiettivi per la riduzione del dolore e la gestione delle reazioni fisiologiche e comportamentali correlate ad esso:

- sviluppo dell'alleanza terapeutica;
- individuazione delle sensazioni corporee e della relativa iperattivazione;
- individuazione delle convinzioni disfunzionali;
- apprendimento di tecniche di riduzione dell'attivazione fisiologica e della componente algica;
- indicazioni per il miglioramento del sonno;
- apprendimento di abilità di fronteggiamento del disturbo;
- consolidamento dei cambiamenti.

Nel corso delle prime sedute ho lavorato molto sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, necessaria per poter entrare maggiormente in contatto durante la fase di trance al fine di ottenere dei cambiamenti. È stato di fondamentale importanza, come primo passo, tranquillizzare la paziente e normalizzare la situazione facendole percepire la "base sicura" a cui poteva ancorarsi per fronteggiare il suo disagio. Importante, prima di poter avvicinare la paziente all'ipnosi, è stato infatti l'intervento di psicoeducazione che ha permesso in qualche modo di ri-attribuire un significato alle reazioni che la paziente stava vivendo. Sempre nel corso della stessa seduta ho somministrato la batteria testistica di cui riporto i risultati nella tabella sottostante.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)		SF-36			
Ansia	13	Attività fisica	45	Ruolo e stato emotivo	66
Depressione	20	Ruolo e salute fisica	75	Salute mentale	56
Totale	33	Dolore fisico	100	Ind. Sint componente fisica	43,57
VAS		Salute in generale	35	Ind. Sint componente mentale	38,93
9		Vitalità	30		
		Attività sociali	50		

Per quanto riguarda il QUID si è valutato solamente l'aspetto qualitativo delle risposte riferite dalla paziente; in particolare, Rosina descriveva il suo dolore come *persistente, fisso e bruciante, come un cane che morde, assillante, deprimente ed angosciante*.

Nel corso della seconda seduta, ho utilizzato un'induzione ipnotica di rilassamento per mezzo della quale la paziente ha avuto un riscontro obiettivo di quanto fosse potenzialmente in grado di rilassarsi perfettamente e di stare bene dentro al proprio corpo; un'esperienza intensa e diretta che è valsa più di molte parole sentite in tutti gli anni passati a cercare di risolvere il suo problema. Ho poi deciso di approfondire lo stato di trance contando lentamente da 1 a 10, in modo che ad ogni numero la paziente potesse fare un passo verso un luogo sereno – il suo *“posto al sicuro”* – precedentemente concordato e, a mano a mano, che si sarebbe avvicinata il suo livello di rilassamento si sarebbe fatto più profondo e avrebbe avuto la possibilità di percepire se stessa come una *base sicura* e di ritornarvi ogniqualvolta lo desiderasse mediante l'installazione del comando post-ipnotico. Ho poi proseguito con la fase di *riorientamento dello stato di coscienza ordinario*, invitando Rosina a lasciare il suo posto al sicuro, rinforzandone la piacevolezza e la preziosità delle abilità che gli consentono di accedere ad una simile condizione di sicurezza psicofisica.

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento era quello di ridurre, in primo luogo, lo stato di iperarousal della paziente aiutandola a gestire le sue manifestazioni e attivare una risposta di rilassamento mediante la focalizzazione interna dell'attenzione.

Al contempo, per ridurre le problematiche legate al sonno, ho fornito a Rosina delle indicazioni riguardanti l'Igiene del Sonno e le ho consigliato di ricorrere all'utilizzo di tali tecniche qualora avesse incontrato difficoltà all'addormentamento o nel mantenimento del sonno.

L'ho poi invitata ad allenarsi, tra una seduta e l'altra, con gli esercizi effettuati in seduta, lasciando a lei la scelta del momento.

La paziente ha riferito di essersi allenata in maniera costante traendone beneficio.

Nel corso delle successive tre sedute ho ripreso il lavoro fatto in precedenza ma l'attenzione si è focalizzata sul dolore percepito alla zona orale, motivo dell'invio. Parlando con la paziente è emerso che, all'esordio della sintomatologia, riusciva a trarre un lieve sollievo dal bruciore se gustava una caramella alla menta. In accordo con lei, ho deciso di utilizzare un'induzione che sfruttasse proprio il canale percettivo del gusto, invitandola a percepire, in stato di trance, il gusto piacevole di una caramella alla menta lasciandosi incuriosire dal suo lento dissolversi nella sua bocca e lasciandosi trasportare dalle sensazioni di benessere (in termini di detensione del dolore e della sensazione di bruciore) che il contatto di quella caramella le procurava all'interno della sua bocca. Si è poi proseguito con l'installazione del comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente.

L'utilizzo della tecnica ipnotica è stata anche un'ottima occasione per far apprendere alla signora una nuova prospettiva di intervento e gestione del dolore nonché migliorare le sue abilità di coping in modo da renderla meno vulnerabile ai fattori stressogeni dell'andamento quotidiano e più abile nell'affrontarli.

2.4 Esito del trattamento

Il trattamento ha avuto una durata complessiva di 5 sedute durante le quali la paziente ha lavorato costantemente per il superamento del suo disagio ed ha imparato a valutare in modo adeguato le proprie sensazioni fisiche e a gestire la componente algica.

Ha modificato le sue convinzioni disfunzionali relative alla sua patologia e alle ripercussioni sulla quotidianità.

Riassumendo, al termine del trattamento Rosina riferisce di aver ottenuto i seguenti benefici:

- *miglioramento della sensazione di bruciore e della sensibilità e reattività al dolore;*
- *riduzione dell'attivazione fisiologica;*
- *miglioramento del sonno.*

La paziente riferisce di *“riuscire a dormire tranquilla, avere dei momenti della giornata liberi da dolore, aver ripreso le attività di prima ma soprattutto aver ripreso a gustare i cibi senza più provare quel senso di nausea”*.

Già nel corso degli ultimi colloqui, infatti, la paziente era più tranquilla ed anche il suo volto era visibilmente più rilassato e colorito.

A distanza di circa un mese ho effettuato un colloquio di follow-up, nel corso del quale, le ho somministrato nuovamente la batteria testistica per avere un confronto con i punteggi ottenuti prima del trattamento confermando una diminuzione dei punteggi, indicativo dell'efficacia del trattamento terapeutico.

Re – test della paziente:

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	13	7	Attività fisica	45	65	Ruolo e stato emotivo	66	79
Depressione	20	10	Ruolo e salute fisica	75	75	Salute mentale	56	67
Totale	33	17	Dolore fisico	52	100	Ind. Sint componente fisica	43,57	61,50
VAS			Salute in generale	35	67	Ind. Sint componente mentale	38,93	57,92
	PRE	POST	Vitalità	30	50			
	9	4	Attività sociali	50	75			

Dal confronto testistico è possibile notare 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 Rosina la possibilità di un'eventuale ricomparsa di una reattività fisiologica in concomitanza con possibili eventi stressanti, specie se ripetuti nel tempo. Tuttavia, 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.

Ho sottolineato e condiviso con lei anche la convinzione che, un'eventuale ripresa del trattamento, non solo psicologico ma anche da un punto di vista farmacologico, non avrebbe comunque avuto la valenza di "fallimento". Mi sono quindi resa disponibile ad essere ricontattata per eventuali difficoltà.

Capitolo 3

- Daniela -

Un caso di Sindrome Fibromialgica

3.1 Invio e motivo della richiesta

La signora Daniela, al momento dell'invio, era ricoverata presso la S.C. di Neurologia per un senso di stanchezza diffusa, dolore localizzato e scarsa sensibilità principalmente agli arti inferiori.

3.2 Assessment ed ipotesi diagnostica

Primo colloquio

Ho visto per la prima volta la signora Daniela in data 27 Aprile 2010 presso il reparto di Neurologia del Presidio Ospedaliero S. Andrea di Vercelli in accordo con il medico anestesista della Terapia Antalgica.

Daniela è una signora dall'aspetto non molto curato, verosimilmente anche in seguito alla circostanza in cui ci siamo conosciute.

La collaborazione, inizialmente, è discreta: la paziente non era particolarmente disponibile al dialogo. In un primo momento decido di pormi in una condizione di osservatrice, accanto al medico, per cogliere il momento opportuno nel quale inserirmi. In realtà, col passare del tempo, la signora ha sciolto parte delle difese iniziali e si è dimostrata collaborativa sia nei miei confronti che in quelli del medico.

Riferisce di essere stata ricoverata in seguito ad una caduta avvenuta in casa nei giorni scorsi in cui lei ricorda di *“non aver sentito per un po' le gambe”* e successivamente di aver provato una forte stanchezza che le impediva di svolgere le normali attività quotidiane. I sintomi che lei riferisce sono inoltre polarizzati su dolori localizzati agli arti inferiori, un dolore che *“partendo dalla coscia si estende ai lati dei polpacci”*, a volte tale dolore è *“così forte”* da impedirle di svolgere le normali faccende domestiche o il lavoro e di prendersi cura del figlio.

Anamnesi

Daniela è una signora di 42 anni, sposata da circa 8 anni dopo 10 anni di fidanzamento con un suo coetaneo conosciuto in adolescenza. Ha un figlio di 6 anni in buona salute.

Attualmente vive in un paese in provincia di Vercelli; durante l'infanzia ha vissuto in provincia di Biella con i suoi genitori, ancora viventi e in discreta salute. Ha frequentato la scuola dell'obbligo con profitto buono ottenendo poi un diploma in ragioneria e successivamente ha cominciato a lavorare come segretaria presso lo studio di un commercialista. Nello stesso periodo conosce il suo attuale marito che lavorava presso l'edicola del padre.

Dopo un periodo di inattività lavorativa dapprima per cessazione dell'incarico e successivamente per la maternità, attualmente anche lei lavora presso l'edicola che da un paio di anni è di proprietà del marito.

Apparentemente non sembrano emergere particolari problemi in ambito familiare; in ambito lavorativo manifesta difficoltà legate all'organizzazione a causa degli attuali problemi di salute.

Strumenti utilizzati

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti diagnostici:

Colloqui clinici della durata di un'ora (un'ora e mezza) ciascuno a cadenza settimanale;

Somministrazione di una batteria testistica composta da:

- Hospital anxiety and depression scale (HADS) - breve questionario autosomministrato sviluppato per essere utilizzato in pazienti con patologia organica. I 14 items compongono due sottoscale che misurano ansia (7 items) e depressione (7 items). Il paziente è invitato a valutare la presenza del disagio psicologico durante la settimana corrente su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3). Il punteggio totale dunque varia da 0 (assenza di distress) a 42 (massimo disagio). Si tratta di un test ampiamente utilizzato in ambito ospedaliero poiché non contiene item relativi alla componente somatica del disagio psicologico. La versione italiana dello strumento ha buone caratteristiche psicometriche;

- VAS (Scala Visivo – Analogica, PJ Scott e EC Huskisson, 1976): consiste in un segmento lungo 10 cm, alle cui estremità si posiziona, a sinistra, l'assenza del sintomo e, a destra, la sua massima gravità; al paziente viene chiesto di collocare tra queste due estremità la gravità del sintomo. Il punteggio viene espresso dai millimetri che intercorrono tra lo 0 e il punto indicato dal paziente;
- QUID – Questionario Italiano del Dolore (De Benedittis e coll., 1994) che consiste in una lista di 42 aggettivi che il paziente deve scegliere tra quelli che meglio descrivono il suo dolore;
- SF-36 (Short Form 36 Items Health Survey) questionario di autovalutazione multidimensionale, breve, di rapida e facile compilazione; tradotto in numerose lingue in quanto inserito nel progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment), tiene in considerazione il punto di vista del Paziente e il Suo "Io" interiore. Composto da una scheda contenente 36 domande che esplorano 8 aree, l'Attività fisica, il ruolo e la salute fisica, il Dolore fisico, la Salute in generale, la Vitalità, le Attività sociali, il Ruolo e lo stato emotivo, la Salute mentale ed il Cambiamento dello stato di salute. Più il punteggio è elevato più è indicativo del benessere della persona.

Ipotesi diagnostica

Il sintomo doloroso della signora Daniela è esordito circa un anno e mezzo fa, senza un apparente motivo, anche se sembra quasi coincidere, in termini di relazione temporale, con l'acquisizione dell'edicola da parte del marito. Da quel momento ha eseguito diverse indagini, sia di laboratorio che strumentali, come la risonanza magnetica nucleare del cervello e del tratto lobo-sacrale della colonna vertebrale e ha praticato diverse terapie mediche, con prevalente utilizzo di analgesici. La negatività dei referti e la risposta non soddisfacente ai trattamenti farmacologici hanno incrementato, col passare del tempo, la preoccupazione di avere una *“malattia grave che non si riesce a capire bene cosa sia”*.

Dal punto di vista fisico, Daniela ha sempre goduto di discreta salute, fatto eccezione un periodo di depressione insorto dopo il parto e trattato farmacologicamente con antidepressivi per circa quattro mesi con remissione soddisfacente della sintomatologia, tanto da consentire la sospensione del trattamento. Due anni più tardi ha incominciato a sviluppare disturbi gastrici, persistenti e fastidiosi, anch'essi trattati con terapia medica prevalentemente a base di antispastici e benzodiazepine, della durata di circa sei mesi. Segue un periodo di riferito benessere fino ad un anno e mezzo fa quando compaiono i sintomi attuali. La storia della paziente richiama un po' l'attenzione sull'importanza di prendere in considerazione i fattori legati alla personalità nella valutazione di un quadro clinico caratterizzato dall'intrecciarsi di componenti psichiche e somatiche.

La paziente, infatti, al momento della presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso localizzato prevalentemente agli arti inferiori sottoforma di pesantezza, presente per la maggior parte del giorno anche in condizione di riposo. Al colloquio è emersa una deflessione del tono dell'umore sul versante depressivo senza idee anticonservative. Il pensiero era polarizzato sul sintomo algico e sulle sensazioni di affaticamento e debolezza. Erano inoltre presenti sensi di colpa per la sua incapacità momentanea ad occuparsi del suo bambino. Sono emersi diminuzione dell'appetito e lieve alterazione del ritmo sonno-veglia di tipo situazionale (ricovero). Anche il funzionamento psico-sociale ne risultava compromesso.

Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: ***Disturbo Algico (Sindrome Fibromialgica) in comorbilità con Disturbo dell'Adattamento, con sintomatologia depressiva.***

La fibromialgia è una sindrome complessa caratterizzata da dolore cronico e diffuso, aumentata reattività a stimoli innocui e nocicettivi, affaticamento, rigidità, disturbi del sonno e spesso associata ad altri disturbi, quali ad esempio disfunzioni della tiroide e sindromi ansioso-depressive. Il dolore è persistente e localizzato alle strutture profonde che induce una drastica riduzione dell'attività fisica ma non

è associato ad alcuna alterazione patologica di muscoli o articolazioni. Può colpire persone di ogni età e cultura; ha eziologia ignota e trattamento non risolutivo. Da alcuni studi emerge che si ritrova nel 2% circa della popolazione ed è molto più frequente nel sesso femminile. Spesso la diagnosi arriva tardivamente e dopo molti controlli medici, in quanto essendo un insieme di sintomi, spesso viene mal interpretata.

La causa esatta di tale malattia è ancora sconosciuta: attualmente si pensa che alla base di questa sindrome possa esserci un disturbo che coinvolge il sonno (nello stadio 4), o comunque fattori di stress sia di tipo fisico che psicofisico. Per quanto riguarda l'eziologia dolorosa della malattia, recentemente si è dimostrato un ruolo centrale per la neurotrasmissione dopaminergica nella percezione del dolore, quindi una diminuzione di dopamina probabilmente contribuisce al nascere dei sintomi dolorosi che si presentano nella fibromialgia. Frequentemente, molte persone che soffrono di fibromialgia soffrono anche di depressione talvolta anche grave. La depressione sembrerebbe derivare dalla mancanza di comprensione delle cause di tali dolori e soprattutto dall'intensità e dalla durata dei dolori. Talvolta il dolore è talmente rilevante che la persona non riesce nemmeno a muoversi.

Secondo alcuni studi, la terapia non farmacologica che negli ultimi anni ha radicalmente modificato l'approccio terapeutico e la prognosi della fibromialgia è sicuramente quella che include il rilassamento muscolare. Ultimamente sta prendendo piede anche l'utilizzo dell'ipnosi come trattamento alla fibromialgia. L'ipnosi, secondo una ricerca ha dimostrato d'avere un successo per il trattamento del dolore che supera l'80%.

Rispetto alle tecniche classiche di rilassamento il cui principale limite risiede nella scarsa adesione dei pazienti al programma terapeutico a causa della lunga durata dello stesso e talvolta della sua complessità, l'approccio ipnotico è invece preferibile per la rapidità dell'effetto terapeutico e per l'efficacia su tutti i parametri esaminati (numero di punti tender, disturbi del sonno, astenia, dolore globale) nonchè per la durata dell'effetto nel lungo termine.

Fino ad ora la paziente non ha mai intrapreso un trattamento di tipo psicologico.

2.3 Percorso terapeutico

Per la persona che soffre di fibromialgia, 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 sottoforma 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 a loro volta influiscono negativamente sullo stato fisico del paziente. Si crea, dunque, un complesso circolo vizioso, nel quale lo stato psichico è uno dei tanti fattori, ma certo non l'origine prima della malattia. È vero, anche le depressioni - specie quelle dette "mascherate" o "nascoste" - provocano sbalzi d'umore, disturbi del sonno, dolori alla testa o addominali, bocca secca, disturbi cardiaci e molti altri sintomi comuni alla fibromialgia. Ma ci sono segni evidenti che distinguono quest'ultima dalla depressione mascherata: i sintomi fisici nel depresso sono il più delle volte variabili, migranti e meno definibili che non nel fibromialgico. Ma soprattutto è determinante il fatto che nel depresso non si evidenzia dolore in alcuni punti definiti trigger. I cambiamenti nello stato psichico del paziente si spiegano come una conseguenza della malattia cronica.

Tenendo presente gli elementi sopra esposti, ho pensato di impostare un percorso terapeutico breve e mirato che lavorasse principalmente sul corpo imparando ad ampliare questa fase di rilassamento appresa in terapia e poterla realizzare nel corso della giornata anche autonomamente.

Pertanto, la pianificazione terapeutica è stata così articolata:

- instaurare una solida *alleanza terapeutica*;

- *fase educativa* in cui le sono state fornite, insieme al medico, le informazioni necessarie circa la sua patologia e le modalità di trattamento sia psicologico che farmacologico;
- *fase di intervento* volta al superamento del disagio.

La presa in carico e parte delle sedute si è svolta in regime di ricovero; il piano terapeutico proposto consisteva in cinque colloqui a cadenza settimanale di circa un'ora (un'ora e mezza) con l'obiettivo di lavorare per la riduzione del dolore e del senso di astenia riferiti.

Nel corso delle prime sedute l'attenzione è stata rivolta alla costruzione di una solida alleanza terapeutica, necessaria per poter entrare maggiormente in contatto durante la fase di trance al fine di ottenere dei cambiamenti. Prima di avvicinare la paziente all'ipnosi, le sono state illustrate le procedure utilizzate. Sempre nel corso della stessa seduta ho somministrato la batteria testistica di cui riporto i risultati nella tabella sottostante.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)		SF-36			
Ansia	7	Attività fisica	65	Ruolo e stato emotivo	68
Depressione	10	Ruolo e salute fisica	60	Salute mentale	60
Totale	17	Dolore fisico	40	Ind. Sint componente fisica	37,91
VAS		Salute in generale	45	Ind. Sint componente mentale	43,45
	7	Vitalità	25		
		Attività sociali	50		

Le risposte al test QUID relative alla descrizione del dolore risultano le seguenti: *persistente, fisso, penetrante, come un peso, dà indolenzimento, debilitante e snervante, noioso e torturante.*

Nel corso della seconda seduta, ho utilizzato un'induzione ipnotica di rilassamento frazionato per mezzo della quale la paziente ha avuto un riscontro obiettivo di quanto fosse potenzialmente in grado di rilassarsi e di percepire le

sensazioni del proprio corpo. Si è poi approfondito lo stato di trance contando lentamente da 1 a 10, in modo che ad ogni numero la paziente potesse fare un passo verso un luogo sereno – il suo “*posto al sicuro*” – precedentemente concordato e, a mano a mano, che si sarebbe avvicinata il suo livello di rilassamento si sarebbe fatto più profondo e avrebbe avuto la possibilità di percepire se stessa come una *base sicura* e di ritornarvi ogniqualvolta lo desiderasse mediante l’installazione del comando post-ipnotico. Ho poi proseguito con la fase di *riorientamento dello stato di coscienza ordinario*, invitandola a lasciare progressivamente il suo posto al sicuro, rinforzandone la piacevolezza e la preziosità delle abilità che gli consentono di accedere ad una simile condizione di sicurezza psicofisica.

Anche le altre tre successive sedute si sono basate principalmente sul rilassamento muscolare profondo: inducendo il rilassamento muscolare si riduce l’iperattività neurovegetativa alla base della fibromialgia. Come approfondimento della trance ipnotica e per alleviare il dolore e il senso di affaticamento è stata utilizzata un’induzione derivante da una azione che la paziente definisce “*un rituale*” – il momento della doccia. Pertanto, con la paziente in stato di rilassamento ipnotico, le ho suggerito di immaginare di trovarsi sotto il getto di una doccia calda e piacevole e di immaginare che l’acqua che scorreva delicatamente su di lei si portasse via con sé il dolore e la fatica che avvertiva sul suo corpo, insistendo sulle sensazioni e sugli effetti benefici che l’acqua calda, scendendo dalla testa fino alle dita dei piedi, le trasmetteva liberandola dal dolore.

Si è, quindi, installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L’obiettivo era quello di riuscire ad ottenere nella paziente un buon rilassamento muscolare e un senso di benessere e calma interiore. Nel corso delle sedute la paziente ha riferito un effetto sulla sintomatologia che ha portato ad una attenuazione delle principali manifestazioni (in particolare della astenia e del dolore) ed un miglioramento della qualità del sonno. L’ho invitata ad allenarsi, tra una seduta e l’altra, con gli esercizi effettuati in seduta, lasciando a lei la scelta del momento.

L’utilizzo della tecnica ipnotica, come per il caso precedente, è stata anche un’occasione per valutare e veicolare le risorse di Daniela in modo produttivo non

solo nella gestione della sintomatologia dolorosa ma anche nella gestione di eventuali fattori stressogeni dell'andamento quotidiano.

2.4 Esito del trattamento

Il trattamento ha avuto una durata complessiva di 5 sedute durante le quali la paziente ha imparato a “familiarizzare” con il proprio corpo valutandone in modo adeguato le proprie sensazioni fisiche e a gestire la componente algica.

Ha modificato inoltre parte del suo atteggiamento nei riguardi del corpo stesso e della sua patologia e alle conseguenze sulla quotidianità.

In particolare riferisce di provare *“un piacevole stato di profonda calma interiore e di rilassamento fisico”*.

A distanza di circa un mese ho ricontattato la paziente per effettuare un colloquio di follow-up, nel corso del quale, le ho somministrato nuovamente la batteria testistica per avere un confronto con i punteggi ottenuti prima del trattamento confermando una diminuzione dei punteggi, indicativo dell'efficacia del trattamento terapeutico.

Re – test della paziente:

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	7	4	Attività fisica	65	74	Ruolo e stato emotivo	68	79
Depressione	10	4	Ruolo e salute fisica	60	69	Salute mentale	60	73
Totale	17	8	Dolore fisico	40	80	Ind. Sint componente fisica	37,91	78,24
VAS			Salute in generale	45	67	Ind. Sint componente mentale	43,45	66,02
	PRE	POST	Vitalità	25	84			
	7	3	Attività sociali	50	100			

Dal confronto testistico è possibile notare un abbassamento dei valori, indicativi della buona riuscita dell'intervento terapeutico e del mantenimento dei benefici.

Sempre in questa fase, ho esplicitato alla paziente la possibilità di un'eventuale ricomparsa di una reattività fisiologica in concomitanza con possibili eventi stressanti, specie se ripetuti nel tempo. Tuttavia, l'aspetto più rilevante di questa fase è racchiuso nel ricordare alla paziente come, nel corso della terapia, avesse imparato a riconoscere eventuali campanelli d'allarme ed acquisito strategie di gestione del dolore che avrebbe potuto applicare nel momento in cui fossero ricomparsi momenti di difficoltà e di crisi.

Ho sottolineato e condiviso con lei anche la convinzione che, un'eventuale ripresa del trattamento, non solo psicologico ma anche da un punto di vista farmacologico, non avrebbe comunque avuto la valenza di "fallimento". Mi sono quindi resa disponibile ad essere ricontattata per eventuali difficoltà.

Capitolo 4
- Roberta -
un caso di "Algie toraciche"

4.1 Invio e motivo della richiesta

La signorina Roberta accede all’Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore localizzato alla gabbia toracica sinistra che sembra interferire con la respirazione e sporadici episodi di parestesia ulnare sinistra.

4.2 Assessment ed ipotesi diagnostica

Primo colloquio

Ho visto per la prima volta la signorina Roberta in data 20 Marzo 2010 presso l’Ambulatorio di Terapia Antalgica dell’ASL “VC” di Vercelli.

Roberta è una piacevole ragazza dall’aspetto ben curato.

La collaborazione è buona in quanto la paziente si è da subito dimostrata disponibile al dialogo e motivata ad intraprendere un percorso di tipo psicologico. Lamenta, da circa una ventina giorni, un dolore di tipo trafittivo alla gabbia toracica ingravescente con forte limitazione nei movimenti e difficoltà a respirare.

Anamnesi

Roberta è una ragazza di 25 anni, figlia unica, che vive a Vercelli con i suoi genitori, in buona salute e con cui ha degli ottimi rapporti. Frequenta l’ultimo anno della facoltà di Scienze dell’Educazione a Torino con un profitto buono. Attualmente non ha alcuna relazione affettiva.

Strumenti utilizzati

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti diagnostici:

Colloqui clinici della durata di un’ora (un’ora e mezza) ciascuno a cadenza settimanale;

Somministrazione di una batteria testistica composta da:

- Hospital anxiety and depression scale (HADS) - breve questionario autosomministrato sviluppato per essere utilizzato in pazienti con

patologia organica. I 14 items compongono due sottoscale che misurano ansia (7 items) e depressione (7 items). Il paziente è invitato a valutare la presenza del disagio psicologico durante la settimana corrente su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3). Il punteggio totale dunque varia da 0 (assenza di distress) a 42 (massimo disagio). Si tratta di un test ampiamente utilizzato in ambito ospedaliero poiché non contiene item relativi alla componente somatica del disagio psicologico. La versione italiana dello strumento ha buone caratteristiche psicometriche;

- VAS (Scala Visivo – Analogica, PJ Scott e EC Huskisson, 1976): consiste in un segmento lungo 10 cm, alle cui estremità si posiziona, a sinistra, l'assenza del sintomo e, a destra, la sua massima gravità; al paziente viene chiesto di collocare tra queste due estremità la gravità del sintomo. Il punteggio viene espresso dai millimetri che intercorrono tra lo 0 e il punto indicato dal paziente;
- QUID – Questionario Italiano del Dolore (De Benedittis e coll., 1994) che consiste in una lista di 42 aggettivi che il paziente deve scegliere tra quelli che meglio descrivono il suo dolore;
- SF-36 (Short Form 36 Items Health Survey) questionario di autovalutazione multidimensionale, breve, di rapida e facile compilazione; tradotto in numerose lingue in quanto inserito nel progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment), tiene in considerazione il punto di vista del Paziente e il Suo "Io" interiore. Composto da una scheda contenente 36 domande che esplorano 8 aree, l'Attività fisica, il ruolo e la salute fisica, il Dolore fisico, la Salute in generale, la Vitalità, le Attività sociali, il Ruolo e lo stato emotivo, la Salute mentale ed il Cambiamento dello stato di salute. Più il punteggio è elevato più è indicativo del benessere della persona.

Ipotesi diagnostica

L'esordio della sintomatologia di Roberta risale ad una ventina di giorni fa e sembra apparentemente non essere il risultato di alcun evento traumatico, come confermato dalle radiografie effettuate la settimana scorsa. La nostra prima ipotesi

vista la sintomatologia, ci portava a diagnosticare una frattura o un incremento delle costole, ipotesi scartata con l’esito negativo delle radiografie. La paziente, alla presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso che lei stessa definiva “*vivo e trafittivo*” e che, per certi aspetti, incuriosiva poiché sembrava arrivare dal nulla. Il dolore era presente per la maggior parte della giornata e si esacerbava in corrispondenza di alcuni momenti o situazioni che la paziente “*non sopportava*”. Il tono dell’umore era in asse. Era presente uno sfondo ansioso che tendeva ad accentuare le difficoltà respiratorie. Il funzionamento psico-sociale non risultava compromesso in maniera importante.

Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: ***Disturbo Somatoforme NAS*** (DSM – IV- Tr).

Roberta fino ad allora aveva goduto di buona salute e il fatto di trovarsi in questa situazione e non sapere esattamente la causa del suo malessere la faceva sentire ancora più in ansia. È stato quindi necessario, da parte mia e del medico, rassicurarla sul fatto che il dolore non era causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica.

4.3 Percorso terapeutico

Tenendo in considerazione la sintomatologia esperita dalla paziente, ho pensato di proporle un piano terapeutico articolato in cinque colloqui a cadenza settimanale di circa un’ora (un’ora e mezza) con l’obiettivo di lavorare, in primo luogo, sulla regolarizzazione del respiro, cercando di limitare gli episodi di iperventilazione e, successivamente sul dolore toracico utilizzando la tecnica *della traslazione dell’anestesia*.

Dopo aver costruito un’alleanza terapeutica con la paziente, illustrandole le procedure utilizzate le ho somministrato la batteria testistica di cui riporto i risultati nella tabella sottostante.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)		SF-36			
Ansia	6	Attività fisica	76	Ruolo e stato emotivo	68
Depressione	4	Ruolo e salute fisica	67	Salute mentale	70
Totale	10	Dolore fisico	50	Ind. Sint componente fisica	57,01
VAS		Salute in generale	50	Ind. Sint componente mentale	63,23
	8	Vitalità	55		
		Attività sociali	97		

Le risposte al test QUID relative alla descrizione del dolore risultano le seguenti: *periodico, pulsante, fisso, penetrante, come un pugnale, vivo, trafigge, mette in agitazione, acuto, fastidioso ed esasperante.*

Nel corso della seconda seduta, ho focalizzato l’attenzione di Roberta al suo respiro che, oltre al dolore, rappresentava uno dei motivi di preoccupazione e tensione, al fine di stimolare il rilassamento fisico e mentale incrementando la focalizzazione percettiva e creando un’aspettativa di cambiamento svincolata dalle abilità coscienti.

Ho pertanto invitato Roberta a lasciarsi cullare dal ritmo del suo respiro, senza forzarlo ma semplicemente osservandolo e notando i cambiamenti che avvenivano nel suo corpo. I cambiamenti prodotti dall’induzione sono stati di volta in volta evidenziati e restituiti alla paziente con l’obiettivo di ratificare i cambiamenti in atto – in termini di approfondimento del benessere - e agevolare in modo naturale lo sviluppo della modificazione dello stato di coscienza.

Tutto lo sviluppo del processo è stato proposto in maniera indiretta, senza richiedere cambiamenti espliciti prestabiliti e creando dei legami causa-effetto tra l’aumento del rilassamento e la possibilità di comprendere in modo profondo e creativo il proprio mondo interiore, stimolando la curiosità della paziente.

Si è poi approfondito lo stato di trance con il “*posto al sicuro*” e, a mano a mano, che si sarebbe avvicinata il suo livello di rilassamento si sarebbe fatto più profondo e avrebbe avuto la possibilità di percepire se stessa come una *base sicura* e di ritornarvi ogniqualvolta lo desiderasse mediante l’installazione del comando post-ipnotico. Ho poi proseguito con la fase di *riorientamento dello*

stato di coscienza ordinario, invitandola a lasciare progressivamente il suo posto al sicuro, rinforzandone la piacevolezza e la preziosità delle abilità che gli consentono di accedere ad una simile condizione di sicurezza psicofisica.

Durante le successive sedute sono state riprese le piacevoli sensazioni sperimentate nella seduta precedente mediante la focalizzazione sul ritmo respiratorio e si è proseguito con la tecnica della “*traslazione dell’anestesia*” che prevede la formazione di una zona di anestesia su una parte del corpo diversa da quella colpita da dolore, generalmente una delle mani (nel caso della paziente la mano destra) ed il suo successivo trasferimento sulla zona dolente.

È stato in seguito installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L’obiettivo era quello di distogliere la paziente dal suo dolore suggerendole la sensazione di averlo annientato. Nel corso delle sedute la paziente ha riferito una riduzione del dolore a livello toracico ed una attenuazione degli episodi di iperventilazione.

L’ho invitata ad allenarsi, tra una seduta e l’altra, con gli esercizi effettuati in seduta, lasciando a lei la scelta del momento.

4.4 Esito del trattamento

Il trattamento ha avuto una durata complessiva di 5 sedute durante le quali la paziente ha imparato a ri-attribuire un nuovo significato alle proprie sensazioni corporee e a gestire la componente algica.

A distanza di circa un mese ho ricontattato la paziente per effettuare un colloquio di follow-up, nel corso del quale, le ho somministrato nuovamente la batteria testistica per avere un confronto con i punteggi ottenuti prima del trattamento confermando una diminuzione dei punteggi, indicativo dell’efficacia del trattamento terapeutico.

Re – test della paziente:

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	6	4	Attività fisica	76	89	Ruolo e stato emotivo	68	89
Depressione	4	0	Ruolo e salute fisica	67	86	Salute mentale	70	90
Totale	10	4	Dolore fisico	50	100	Ind. Sint componente fisica	57,01	89,28
VAS			Salute in generale	50	82	Ind. Sint componente mentale	63,23	86,00
	PRE	POST	Vitalità	55	100			
	8	0	Attività sociali	97	100			

Dal confronto testistico è possibile notare un abbassamento dei valori, indicativi della buona riuscita dell'intervento terapeutico e del mantenimento dei benefici.

Durante il colloquio di follow up, ho esplicitato alla paziente la possibilità di un'eventuale ricomparsa della sintomatologia e di una reattività fisiologica verosimilmente in concomitanza con possibili eventi stressanti, specie se ripetuti nel tempo. Tuttavia, l'aspetto più rilevante di questa fase è racchiuso nel ricordare alla paziente come, nel corso della terapia, avesse acquisito strategie di gestione del dolore che avrebbe potuto applicare nel momento in cui fossero ricomparsi i sintomi.

Ho sottolineato e condiviso con lei anche la convinzione che, un'eventuale ripresa del trattamento, non solo psicologico ma anche da un punto di vista farmacologico, non avrebbe comunque avuto la valenza di “fallimento”. Mi sono quindi resa disponibile ad essere ricontattata per eventuali difficoltà.

Capitolo 5

- Alessia -

un caso di "Distonia cervicale"

5.1 Invio e motivo della richiesta

La signorina Alessia accede all’Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore localizzato al collo accompagnato da rigidità muscolare accompagnato talvolta a senso di nausea e capogiri.

5.2 Assessment ed ipotesi diagnostica

Primo colloquio

Ho visto per la prima volta la signorina Alessia in data 20 Marzo 2010 presso l’Ambulatorio di Terapia Antalgica dell’ASL “VC” di Vercelli.

Alessia è una ragazza minuta dall’aspetto abbastanza curato.

La collaborazione è buona in quanto la paziente si è da subito dimostrata disponibile al dialogo e motivata ad intraprendere un percorso di tipo psicologico.

Riferisce di essere affetta da una patologia a cui i medici hanno dato un nome quattro anni dopo la comparsa dei sintomi, esorditi senza apparente motivo traumatico nel 2002. Da circa tre anni si sottopone a cicli di iniezioni botuliniche ogni tre mesi alternati a cicli di fisioterapia e ginnastica posturale con benefici limitati al breve termine.

Attualmente le difficoltà riportate riguardano un incremento della rigidità muscolare nella zona del collo con limitazione nello svolgimento di determinati movimenti e accentuazione della tensione ai cambi di temperatura.

Riferisce inoltre che al mattino sono presenti talvolta un senso di nausea e capogiri che la rallentano nello svolgimento delle attività.

Anamnesi

Alessia ha 26 anni, è figlia unica e vive in famiglia con i genitori. La madre è casalinga e da circa due anni impegna parte del suo tempo facendo da baby-sitter a due bambini, figli di un’amica di vecchia data. Il padre, invece, è proprietario di una ditta di impianti idraulici di cui la paziente è co-adiuvante ma svolge

un'attività lavorativa saltuaria perchè ancora in fase di apprendimento delle diverse mansioni.

Alessia definisce il rapporto con i genitori discreto e caratterizzato da un clima sostanzialmente affettuoso, anche se ultimamente non è molto soddisfatta del rapporto che intercorre con il padre.

La paziente ha un diploma di scuola media superiore (operatrice turistica) che ha ottenuto con rendimento sufficiente. Riferisce di non essere riuscita a dare il meglio di sé a causa di alcune difficoltà con un'insegnante e con alcuni compagni che la prendevano spesso in giro. Attualmente ha limitato drasticamente gli incontri con le sue amiche per paura che si accorgano che sta male (le sente saltuariamente e solo al telefono) e non ha una relazione affettiva (e da quanto appreso, non ha mai avuto relazioni sentimentali importanti) ma non sembra rappresentare un problema per la paziente.

Strumenti utilizzati

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti diagnostici:

Colloqui clinici della durata di un'ora (un'ora e mezza) ciascuno a cadenza settimanale;

Somministrazione di una batteria testistica composta da:

- Hospital anxiety and depression scale (HADS) - breve questionario autosomministrato sviluppato per essere utilizzato in pazienti con patologia organica. I 14 items compongono due sottoscale che misurano ansia (7 items) e depressione (7 items). Il paziente è invitato a valutare la presenza del disagio psicologico durante la settimana corrente su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3). Il punteggio totale dunque varia da 0 (assenza di distress) a 42 (massimo disagio). Si tratta di un test ampiamente utilizzato in ambito ospedaliero poiché non contiene item relativi alla componente somatica del disagio psicologico. La versione italiana dello strumento ha buone caratteristiche psicometriche;
- VAS (Scala Visivo – Analogica, PJ Scott e EC Huskisson, 1976): consiste in un segmento lungo 10 cm, alle cui estremità si posiziona, a sinistra, l'assenza del sintomo e, a destra, la sua massima gravità; al paziente viene

chiesto di collocare tra queste due estremità la gravità del sintomo. Il punteggio viene espresso dai millimetri che intercorrono tra lo 0 e il punto indicato dal paziente;

- QUID – Questionario Italiano del Dolore (De Benedittis e coll., 1994) che consiste in una lista di 42 aggettivi che il paziente deve scegliere tra quelli che meglio descrivono il suo dolore;
- SF-36 (Short Form 36 Items Health Survey) questionario di autovalutazione multidimensionale, breve, di rapida e facile compilazione; tradotto in numerose lingue in quanto inserito nel progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment), tiene in considerazione il punto di vista del Paziente e il Suo "Io" interiore. Composto da una scheda contenente 36 domande che esplorano 8 aree, l'Attività fisica, il ruolo e la salute fisica, il Dolore fisico, la Salute in generale, la Vitalità, le Attività sociali, il Ruolo e lo stato emotivo, la Salute mentale ed il Cambiamento dello stato di salute. Più il punteggio è elevato più è indicativo del benessere della persona.

Ipotesi diagnostica

La sintomatologia di Alessia è esordita nel 2002, senza un apparente motivo di origine traumatica, con un dolore sordo localizzato al collo e piegamento dello stesso da un lato che si protraeva nel tempo e causava limitazioni funzionali. Per diverso tempo le sono stati somministrati farmaci antiinfiammatori con un sollievo nell'immediato ma scarso beneficio sul lungo termine. Successivamente la paziente si è sottoposta ad una serie di accertamenti medici che però non hanno portato ad una diagnosi definitiva. Alessia nel frattempo notava che alcuni fattori sia esterni che interni portavano ad esacerbazione della sintomatologia, in particolare i cambiamenti climatici repentini o alcune posture da un lato e, oscillazioni del tono dell'umore o incremento dell'ansia dall'altro. Dopo un periodo di relativo benessere, nel 2006, in seguito ad una riacutizzazione della sintomatologia e ad una insufficiente risposta alla terapia farmacologica si rivolge all'Istituto Neurologico Besta di Milano dove viene effettuata la diagnosi di Distonia cervicale e proposto un programma riabilitativo, a medio termine,

finalizzato a migliorare le problematiche acute e croniche derivanti dalla patologia stessa con blocchi neuromuscolari selettivi con tossina botulinica ogni tre mesi, che riducono la contrazione dei muscoli iperattivi, associati all'esercizio terapeutico.

La distonia cervicale - denominata anche distonia focale - è una sindrome neurologica caratterizzata da contrazioni muscolari prolungate con difficoltà di controllo della muscolatura del capo e del collo. Nel paziente affetto da tale patologia si evidenziano alterazioni nel controllo della postura con conseguenti atteggiamenti del capo in torsione, flessione, estensione e inclinazione laterale. Le posture distoniche portano ad una alterazione delle caratteristiche morfostrutturali dei muscoli, in particolare nelle componenti viscoelastiche. La fatica, lo stress, gli stati emotivi possono aggravare la distonia cervicale aumentando la difficoltà del controllo del capo, della postura seduta e di quella eretta. Tutto ciò può avere ripercussioni importanti sulla qualità della vita dei pazienti durante la vita di relazione e l'attività lavorativa. Il programma riabilitativo dovrebbe occuparsi della persona nella sua globalità. Si evidenzia quindi la necessità di valutare la persona nel suo complesso con adeguati supporti ad ogni livello: terapeutico, psicologico, sociale e lavorativo.

La paziente, giunge all'Ambulatorio di Terapia antalgica per valutare l'eventuale possibilità di integrare la terapia iniettiva con la tossina botulinica con altri blocchi neuromuscolari con anestetici locali. Data la complessità e la peculiarità del caso, in accordo con il medico e la paziente, decido di optare in primo luogo per un trattamento di tipo psicologico breve mirato alla detensione del senso di rigidità nel tratto cervicale.

Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: ***Disturbo Algico associato ad una condizione medica generale (Distonia cervicale).***

5.3 Percorso terapeutico

Fino ad ora per la sua patologia, la paziente aveva sempre intrapreso trattamenti di tipo medico, talvolta anche invasivi. Quando giunge da noi, la richiesta era principalmente focalizzata su un ulteriore trattamento farmacologico. L’obiettivo primario di Alessia era liberarsi dal fastidioso dolore e dal senso di rigidità che la accompagnavano costantemente senza darle un attimo di tregua; rigidità che, per certi aspetti, sembrava rispecchiare la spigolosità della sua personalità e il suo bisogno di tenere tutto “sotto controllo”. Per una persona con questi tratti di personalità, l’entrare in contatto con le proprie sensazioni corporee può essere inizialmente difficoltoso ma, una volta abbattuti i pregiudizi e le difficoltà, il ritrovare nel proprio corpo dei momenti di benessere, di buona cooperazione con la propria mente, può rappresentare un momento particolarmente intenso e produttivo.

Tenendo presente questi aspetti, ho cercato di avvicinarmi ad Alessia quasi in “punta di piedi” spiegandole innanzitutto che la terapia psicologica non si sarebbe sostituita a quella farmacologica ma che poteva essere un percorso da svolgere in parallelo fornendole delle strategie utili ed efficaci per poter meglio gestire questa fastidiosa sintomatologia in modo autonomo nel corso della giornata.

Le ho quindi proposto un percorso terapeutico articolato in cinque colloqui a cadenza settimanale di circa un’ora (un’ora e mezza).

Nel corso delle prime sedute l’attenzione è stata rivolta alla costruzione di una solida alleanza terapeutica, necessaria per poter entrare maggiormente in contatto durante la fase di trance al fine di ottenere dei cambiamenti. Prima di avvicinare la paziente all’ipnosi, le sono state illustrate le procedure utilizzate e rassicurata su quello che sarebbe accaduto. Sempre nel corso della stessa seduta ho somministrato la batteria testistica di cui riporto i risultati nella tabella sottostante.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)		SF-36			
Ansia	3	Attività fisica	75	Ruolo e stato emotivo	68
Depressione	2	Ruolo e salute fisica	67	Salute mentale	83
Totale	5	Dolore fisico	60	Ind. Sint componente fisica	62,39
VAS		Salute in generale	67	Ind. Sint componente mentale	74,00
	6	Vitalità	73		
		Attività sociali	100		

Le risposte al test QUID relative alla descrizione del dolore risultano le seguenti:
periodico, fisso, come un peso, dà indolenzimento, dà nausea e opprimente.

Nel corso della seconda seduta, ho invitato Alessia a focalizzare la sua attenzione al corpo e attraverso un’induzione ipnotica di rilassamento frazionato ho accompagnato la paziente nel suo “*posto al sicuro*” – precedentemente concordato e, le ho suggerito che a mano a mano che si sarebbe avvicinata il suo livello di rilassamento si sarebbe fatto più profondo e avrebbe avuto la possibilità di percepire se stessa come una *base sicura* e di ritornarvi ogniqualvolta lo desiderasse mediante l’installazione del comando post-ipnotico. Ho poi proseguito con la fase di *riorientamento dello stato di coscienza ordinario*, invitandola a lasciare progressivamente il suo posto al sicuro, rinforzandone la piacevolezza e la preziosità delle abilità che gli consentono di accedere ad una simile condizione di sicurezza e benessere psicofisici.

Le sedute successive hanno utilizzato come punto di partenza il rilassamento muscolare profondo per poi approfondire la trance ipnotica e ridurre la sensazione di rigidità al collo con la tecnica del *fascio di luce*.

Pertanto, con la paziente in stato di rilassamento ipnotico, le ho suggerito di concentrarsi sulla parte del corpo che le faceva male e di immaginare di lasciarsi inondare e avvolgere delicatamente da un fascio di luce purificatrice, pacifica e dorata che scioglie lentamente la tensione e la rigidità che avvertiva sul suo collo portando via con sé questa sensazione sgradevole e, lasciandosi raggiungere e toccare dalla luce in ogni parte di lei rinforzando le sensazioni di beneficio che la luce purificatrice, scendendo dalla testa fino alle dita dei piedi, le trasmetteva

liberandola dal dolore. Si è installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L’obiettivo era quello di farle apprendere questa tecnica per poterla utilizzare al domicilio in modo autonomo. L’ho pertanto invitata ad allenarsi, tra una seduta e l’altra, con gli esercizi effettuati in seduta, lasciando a lei la scelta del momento.

5.4 Esito del trattamento

Il trattamento ha avuto una durata complessiva di 5 sedute durante le quali la paziente ha imparato a “familiarizzare” con il proprio corpo valutandone in modo adeguato le proprie sensazioni fisiche e a gestire la componente algica.

Ha modificato inoltre parte del suo atteggiamento nei riguardi del corpo stesso e della sua patologia e alle conseguenze sulla quotidianità.

La paziente ha riportato un elevato grado di soddisfazione per i risultati ottenuti; in particolare, ha notato una *“maggiore fluidità nei movimenti dal capo e una diminuzione della contrazione muscolare”*.

A distanza di circa un mese ho ricontattato la paziente per effettuare un colloquio di follow-up, nel corso del quale, le ho somministrato nuovamente la batteria testistica per avere un confronto con i punteggi ottenuti prima del trattamento confermando una diminuzione dei punteggi, indicativo dell’efficacia del trattamento terapeutico.

Re – test della paziente:

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	3	3	Attività fisica	75	75	Ruolo e stato emotivo	68	77
Depressione	2	0	Ruolo e salute fisica	67	72	Salute mentale	83	85
Totale	5	3	Dolore fisico	60	90	Ind. Sint componente fisica	62,39	76,89
VAS			Salute in generale	67	79	Ind. Sint componente mentale	74,00	81,35
	PRE	POST	Vitalità	73	86			
	6	3	Attività sociali	100	100			

Dal confronto testistico è possibile notare un abbassamento dei valori, indicativi della buona riuscita dell'intervento terapeutico e del mantenimento dei benefici.

Durante il colloquio di follow up, ho inoltre esplicitato alla paziente la possibilità di un'eventuale ricomparsa di una reattività fisiologica in concomitanza con possibili eventi stressanti, specie se ripetuti nel tempo. Tuttavia, l'aspetto più rilevante di questa fase è racchiuso nel ricordare alla paziente come, nel corso della terapia, avesse imparato a riconoscere eventuali campanelli d'allarme ed acquisito strategie di gestione del dolore che avrebbe potuto applicare nel momento in cui fossero ricomparsi momenti di difficoltà e di crisi.

Ho sottolineato e condiviso con lei anche la convinzione che, un'eventuale ripresa del trattamento, non solo psicologico ma anche da un punto di vista farmacologico, non avrebbe comunque avuto la valenza di “fallimento”. Mi sono quindi resa disponibile ad essere ricontattata per eventuali difficoltà.

- RIFLESSIONI
CONCLUSIVE -

I casi trattati in questo lavoro riguardano aspetti del dolore cronico benigno che rimane un problema di difficile studio, nonostante l'imponente mole di lavori pubblicati.

La scelta di presentare dei casi clinici in cui la componente "dolore" fa da padrona e porta verso aspetti più nascosti della mente e degli affetti, dei desideri e delle paure è derivata dalla possibilità di intraprendere un percorso terapeutico che limitasse il più possibile l'utilizzo dei farmaci al fine di poter valutare la "potenza" dell'ipnosi.

Se il dolore acuto è una sorta di allarme che ci avvisa che qualcosa non sta andando per il verso giusto e tutti gli riconoscono un ruolo indispensabile per la conservazione della salute, il dolore cronico è una sofferenza inutile e vana, diviene malattia, portando con sé significati che fino ad ora erano nascosti, una malattia non tanto del corpo quanto dell'anima, un malessere che spesso viene identificato come *sofferenza depressiva o disturbo di somatizzazione*.

Come sostengono Ercolani e Pasquini (2007), il messaggio che il dolore cronico vuole comunicare non riguarda tanto il corpo, quanto un malessere che non si riesce a comunicare attraverso categorie psicologiche, verbali, facilmente riconoscibili ma, che si evidenzia attraverso il corpo il quale diviene visualizzatore di ansie, paure, rabbia e risentimenti mal riconosciuti ed elaborati, traumi rimossi e identità malformate. Il corpo parla, dunque, un linguaggio difficile, che pur essendo nel corpo, vuole esprimere una difficoltà dell'essere nel mondo, con se stessi e nelle relazioni. Se ad un messaggio nel corpo rispondiamo con attenzioni rivolte solo al corpo, rischiamo di non cogliere quella richiesta di aiuto, spesso non consapevole, che viene comunque gridata dal corpo stesso.

L'utilizzo dell'ipnosi presuppone un'integrazione corpo-mente ed un'integrazione paziente-terapeuta; uno degli aspetti essenziali affinché l'ipnosi possa verificarsi con successo risiede nel fatto che venga stabilita con il paziente una relazione di 'comprensione empatica' che costituisca uno spazio nel quale il paziente si senta riconosciuto ed accettato con i suoi bisogni di rassicurazione, con le sue ansie, le sue paure e la possibilità di esprimere le proprie emozioni.

Questo per me ha rappresentato il primo approccio con l'ipnosi e da "ipnologa naif" che si mette alla prova, a conclusione del lavoro, dai casi trattati ho potuto constatare un 'effetto psicologico' che aiuta il malato a stare bene. Molto dipende dal tipo di relazione che si instaura con lui, una relazione che comporta una condivisione e un accoglimento del dolore esperito dal paziente. A tal proposito riporto una frase tratta da *"Io e gli altri"* di Ram Dass e Paul Gorman, che ho trovato quasi per caso e che secondo me rappresenta un po' l'essenza della relazione che si instaura tra ipnotista e ipnotizzato: *"Mi è venuta l'idea di andare in giro portandomi dietro i pop corn. Quando un bambino piange, do dei colpetti alle lacrime con i pop-corn e poi li lancio nella mia bocca o nella sua. Sediamo insieme e mangiamo le lacrime"*. Ed è proprio questo aspetto di condivisione che mi ha affascinata che, all'interno della seduta ipnotica, si concretizza in una sincronizzazione tra paziente e terapeuta. Ho imparato infatti a non avere fretta nel raggiungere dei cambiamenti perché questi arrivano da sé, con i tempi e i ritmi della persona; questo avvicinamento all'ipnosi mi ha portato a sviluppare una maggiore flessibilità e creatività nel trovare insieme al paziente le induzioni che meglio si plasmano con le sue caratteristiche di personalità o le sue difficoltà.

Un altro aspetto che ho potuto constatare è che di fronte ad un dolore con una forte componente psicogena l'ipnosi è uno strumento potente, per alcuni casi, nell'estinzione del dolore stesso; quando, invece, si intrecciano componenti somatiche e psichiche è più difficile da estinguere ma l'ipnosi ne facilita la gestione e soprattutto rende il paziente autonomo e "capace di fare qualcosa" per trovare sollievo.

Nel corso della mia esperienza professionale utilizzo molto le tecniche a mediazione corporea, in particolare il rilassamento e la visualizzazione guidata. In questi primi approcci con l'ipnosi mi sono resa conto che, non solo si dimezzano i tempi di apprendimento, ma si offre alla persona una grande opportunità per gestire i momenti critici o pre-critici, non solo legati all'esperienza di dolore ma più in generale dovuti a situazioni stressanti, in maniera rapida ed efficace con un effetto di beneficio che dura nel tempo e che può essere richiamato ogni volta che la persona ne avverta la necessità.

Ed, inoltre, permette di ritrovare un equilibrio nel rapporto con il proprio corpo, soprattutto quando questo viene negato o tenuto eccessivamente sotto controllo proprio a causa del dolore.

In conclusione, questo lavoro, seppur costituito da un numero ridotto di casi clinici, mi ha permesso di esplorare in un certo senso la 'reazione' dei pazienti di fronte ad un trattamento - per loro e per me - nuovo e sconosciuto, i cui risultati hanno messo in luce un miglioramento della qualità della vita, relativo allo stato generale di salute. Come è stato verbalizzato esplicitamente da alcuni pazienti, durante questo percorso hanno progressivamente abbandonato l'attitudine a crogiolarsi in preoccupazioni e hanno ripreso attività e contatti sociali temporaneamente ridotti a causa della forte imponenza del dolore. In questo senso si può anche fornire una possibile interpretazione del cambiamento nella sintomatologia ansiosa e depressiva rilevata tramite la HADS.

Per quanto riguarda nello specifico la dimensione dolore, si è riscontrato un abbassamento nella sua intensità percepita dai pazienti al termine dell'intervento psicologico. Il riscontro positivo avuto riguarda proprio l'effetto benefico dell'ipnosi sul controllo del dolore nel corso della giornata favorendo l'apprendimento di nuove strategie da utilizzare in maniera autonoma ed, al contempo, facilitando la costruzione di una nuova relazione con il corpo incrementando il senso di autocontrollo.

- RIFERIMENTI
BIBLIOGRAFICI -

Bibliografia selezionata:

American Psychiatric Association (2002). *DSM IV – Text Revision. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Masson, Milano

Ballantyne J.C. (2006) *Trattamento del dolore. Il manuale del Massachusetts General Hospital*. Lippincott Williams & Wilkins

Bonica J.J. (1985) *Treatment of cancer pain: current status and future needs*. In: Fields H.L., Dubner F., Cervero F., (eds.) *Advances in pain research and therapy*, vol. 9. Raven Press, New York, pagg. 589-616

Cilia S., Sica C. (1998) *Assessment Cognitivo Comportamentale: le strategie CBA 2.0*. Tecnoscuola, Gorizia

Corli O. (1988) *Che cos'è la medicina palliativa*, in Corli O. (ed.) *Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia*. Città Nuova, Roma

Davison G.C., Neale J.M. (2000) *Psicologia clinica*. Zanichelli, Bologna

De Conno F., Martini C., Zecca E. (1996) *Fisiopatologia e terapia del dolore*. Editore Masson, Milano

Del Castello E., Casilli C. (2007) *L'induzione ipnotica. Manuale pratico*. Franco Angeli – Psicoterapie, Milano

D'Zurilla T. J., Goldfried M. R. (1971) *Problem solving and behavior modification*. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 78, pagg. 107-126

D'Zurilla T. J. (1986) *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention*. Springer, New York

Foley K.M. (1979) *Pain syndromes in patients with cancer*. In: Bonica J.J., Ventafridda V. (eds.), *Advances in pain research and therapy*, vol. 2 Raven Press. New York. 59-75

Galeazzi A., Meazzini P. (2004) *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Giunti Editore, Firenze

Granone F. (1989) *Trattato di ipnosi. Volume 1 e 2*. UTET, Torino

Giusti E. (2007) *Tecniche immaginative. Il teatro interiore nelle relazioni d'aiuto*. Sovera Multimedia s.r.l., Roma

Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003) *Manuale pratico di Psico-oncologia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

- Goldwurm G.F., Sacchi D., Scarlato A. (1993) *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*. Franco Angeli
- Herbert C., Didonna F. (2006) *Capire e superare il trauma*. Centro Studi Erickson, Trento
- Hoffmann Bernt H. (1980) *Manuale di training autogeno*. Casa Editrice Astrolabio, Roma
- Horowitz M. J. (1986) *Stress responses sindrome*. Aronson, Northvale
- Marchi I., (2002) *Teoria e pratica del Training Autogeno*. Demetra, Milano
- Maritano M. *Dolore e dolori. Manuale di diagnosi e terapia*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche
- Markham U. (1993) *La visualizzazione. Immagini per dominare la realtà*. Xenia Edizioni, Milano
- Marnati L. (1996) *Il rilassamento*. Xenia Edizioni, Milano
- Mascetti G.G., (1994) *Gli ormoni, i neurotrasmettitori, il sistema immunitario e il comportamento*. Domeneghini Editore, Padova
- Mercadante S., Ripamonti C. (2000) *Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro*. Masson
- Pellegrino F. (2008) *Il dolore. Aspetti psicologici e psicopatologici*. Mediserve s.r.l., Milano
- Reitano M.S. (a cura di) (1986) *Psicofisiologia dello stress*. Kappa, Roma
- Regnard C.F.B., Tempest S., Toscani F. *manuale di medicina palliativa*. 3° edizione italiana. CIS Editore
- Rolla E., Manca M. (1984) *Il rilassamento muscolare secondo Jacobson*. Terapia del comportamento, vol. 1, 95-108
- Sanavio E. (1991) *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. Nis: La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., Zotti A.M. (1997) *CBA 2.0 – Cognitive Behavioural Assessment 2.0: Scale Primarie*. O.S., Organizzazioni Speciali, Firenze
- Schultz H.G. (1968) *Il Training Autogeno. Esercizi Inferiori*. Feltrinelli, Milano

Torta R., Mussa A. (1997) *Psiconcologia. Basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici*. Centro Scientifico Editore. Torino

Torta R., Mussa A., (2000) *Psiconcologia*. Centro Scientifico Editore, Torino

Ventafridda V. (1990) *Providing continuity of care for cancer patients*. J. Psychosocial Oncology. Vol. 8(2/3)

Siti web:

<http://www.aisd.it/tiengobellucci.php>

RINGRAZIAMENTI

A conclusione del lavoro, vorrei ringraziare la **dott.ssa Laura Papi Grasso** per i suoi insegnamenti ed incoraggiamenti, la sua professionalità e la disponibilità dimostratami in questo percorso; il **dott. Lapenta** e tutti i **docenti** della Scuola per i loro insegnamenti ed, infine, tutti i **pazienti** che si sono affidati a me, per il prezioso arricchimento che mi hanno dato, per la dedizione al trattamento, per la loro forza e il loro coraggio nell'affrontare il disagio.