

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE

Utilizzazione dell'Ipnosi in Psico-
oncologia: studio della letteratura,
possibilità di applicazione ed ipotesi di
ricerca

Corso di base di Ipnosi

Dott. Paolo Granone

25/11/2016

Sommario

Avvertenza	5
Premessa.....	6
Introduzione	12
Storie di cancro	12
Cenni storici sulla Psico-oncologia.....	18
Possibili ripercussioni psicopatologiche e psichiatriche dell'evento oncologico	20
Capitolo I - definizione del campo: che cosa è la Psico-oncologia	29
Principali cornici teoriche	32
Approccio neuroscientifico: il modello psicobiologico.....	32
Il modello ad orientamento psicodinamico-analitico.....	36
Cancro come simbolo.....	36
La teoria della perdita-depressione	36
La teoria delle difese dell' Io	39
I modelli ad orientamento psicodinamico non analitico	39
Cancer-prone personality: la personalità tipo C.....	40
L'orientamento comportamentista	41
L'approccio costruttivista	42
Critica ai modelli in Psico-oncologia.....	42

Tecniche specifiche in oncologia.....	43
La Terapia Psicologica Adiuvante di Moorey e Greer	44
Il Metodo Simonton	47
La Terapia di LeShan.....	49
Meaningful Life Therapy	50
Capitolo II – Definizione dello strumento: che cosa è l’Ipnosi	55
Capitolo III – Aree di applicazione dell’ipnosi in Psico-oncologia.....	60
Il dolore oncologico	60
Definizione di dolore.....	61
Componente psicologica del dolore.....	62
Casi particolari in cui non è possibile l’utilizzazione di farmaci.....	64
Paul Sacerdote.....	64
Noyes.....	66
Hilgard e LeBaron, l’ipnosi in pediatria oncologica.....	67
Franco Granone	67
H. Spiegel, D. Spiegel: il trattamento dell’Ansia e dei Disturbi dell’umore correlati al Dolore.....	68
Smettere di fumare per migliorare la qualità di vita del paziente oncologico	75
Franco Granone: l’ipnositerapia nella disassuefazione dei tabagisti..	76
Gestione della nausea anticipatoria e del vomito.....	87

Nuove prospettive e proposta di studio di ricerca.....	88
Capitolo V – Conclusione	91
Bibliografia.....	94

*A Nonna Vittoria, a Zia Piera,
e a tutte le persone care che hanno lottato
e che vivono nel cuore di chi le ama*

Avvertenza

Le argomentazioni della presente Tesi sarebbero dovute essere sostenute da un lavoro di ricerca e sperimentazione per la validazione di un Protocollo a supporto di interventi psico-oncologici, rivolti ad i pazienti toracotomizzati ricoverati presso l'Istituto di Patologia Speciale Chirurgica sotto la direzione del Professor Pierluigi Granone in collaborazione con l'U.O.C. di Psichiatria del Policlinico Gemelli di Roma, e con la Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (S.I.P.S.I.).

Per motivi *incomprendibilmente* burocratici, detta sperimentazione non ha potuto aver luogo nel corso del presente anno. Pertanto, il lavoro che segue risulta involontariamente privo della prevista esperienza probante.

Premessa

Il termine paziente deriva dal verbo latino deponente *patior*, soffrire. Questa notazione etimologica serve ad introdurci alla soggettiva unicità della situazione in cui versa la persona che ci si rivolge.

La sofferenza è una condizione umana perfetta nella quale fattori organici e fattori psichici interagiscono in un crescendo di complessità che può giungere a livelli insopportabili. Con questa consapevolezza possiamo inquadrare il nostro apporto professionale all'interno di una rete di operatori sanitari, il cui *empowerment* sarà un obiettivo primario ed indispensabile per qualsiasi tipo di intervento.

In poche righe ho riassunto concetti che, pur se attualmente risultano in apparenza semplici e condivisibili, raccontano, tuttavia, una storia di secoli di dolore dei pazienti e di frustrazione di clinici e di ricercatori, di vittorie scientifiche e di sconfitte umane.

In termini generali, la consapevolezza di una sofferenza fisica collegata con un filo di Arianna ben visibile ai pensieri consci ed all'Inconscio del paziente è necessaria per comprendere il grande sforzo che le Istituzioni stanno compiendo, tutt'ora, per fornirsi di strumenti volti alla cura della persona e non più esclusivamente alla cura della malattia.

La Psico-oncologia, nelle sue varie correnti di pensiero, nasce proprio dall'esigenza, reale ed assai concreta, di contenere e riorientare tutte le

risorse del paziente per consentirgli di affrontare una malattia, spesso improvvisa ed asintomatica, perturbante, metamorfica e sconvolgente.

Cancro è un termine di uso comune, che racchiude in sé il senso paradossale della condizione umana: una neoplasia si genera quando in un organismo le cellule diventano “immortali”. Questa percezione di sospensione tra la vita e la morte, porta la persona a fare una scelta di ruolo: essere paziente o essere malato.

Pur essendo tale scelta semplicisticamente delineata come un bivio tra due situazioni apparentemente simili, il dubbio che la persona si trova ad affrontare la porta o ad affidarsi agli operatori sanitari svolgendo un ruolo attivo nella sua vita o, più frequentemente, a deprimersi e soccombere alla lecita paura della morte nelle sue manifestazioni più deflagranti.

Il ruolo dello psico-oncologo è quello di essere presente nel momento in cui questi percorsi si parano dinnanzi alla persona per indirizzarla e coinvolgerla, dandole gli strumenti per affrontarlo, con dignità e coraggio, focalizzando ed orientando le sue risorse anche verso la ricostruzione della sua rete di affetti.

La malattia oncologica si inserisce, dunque, in una matrice caleidoscopica molto complessa, che lega scienza, cultura, storie familiari, situazioni soggettive e dati statistici e, quindi, possibilità e probabilità.

Quando si notifica alla persona la natura del disagio che prova ed i termini in cui dovrà affrontarlo, ella si sentirà subitaneamente mortale e riconsidererà tutta la sua vita in una frazione di secondo.

La prima emozione che proverà sarà la paura, ma immediatamente dopo la rabbia. Queste due emozioni potrebbero innescare meccanismi di paralisi, di fuga, ovvero reazioni etero od auto aggressive, spesso celate sotto una chiara espressione di disappunto e dolore.

Il ruolo principale dello psico-oncologo, opportunamente addestrato, è permettere di chiarire e di far emergere tali emozioni, non solo alla ricerca di un'abreazione, ma soprattutto con l'intenzione di spostare le energie dall'attenzione rivolta al proprio dolore, alla consapevolezza emotiva che possono esistere vari scenari, e che, in ogni caso, si ha la possibilità di vivere la propria vita con pienezza.

Il clinico si trova quindi ad essere contemporaneamente analista, terapeuta, motivatore, taumatologo, ma anche bersaglio transferale di paranoia, di fantasie individuali e gruppali che necessitano di essere adeguatamente riconosciute ed elaborate.

Un tale ruolo, affinché sia esercitato scientificamente, necessita di essere interpretato da una figura avente una formazione di carattere psicologico, sia per il tipo di strumenti professionali richiesti, sia per i tempi d'intervento propri di una tale pratica clinica. Infatti, non si tratta

semplicemente di avere sensibilità, senso religioso o solidarietà, ma di offrire un sostegno psicologico coerente e specifico per affrontare un periodo della vita di un paziente sospeso tra l'angoscia della morte e la paura di una vita di sofferenza. L'obiettivo non è quindi solo quello di ridare speranza, ma anche di fornire una possibile lettura alternativa, laddove *la mappa non è il mondo* (Bandler, Grinder, 1981).

Tali competenze devono essere accompagnate da una serie di conoscenze specifiche del campo in cui si andrà ad operare: il tipo di neoplasia che affligge il paziente, il tipo di percorso che esso dovrà svolgere, le pratiche burocratiche che si troverà a dover espletare, e finanche, molto banalmente, la individuazione della dislocazione delle U.O.C. all'interno della struttura sanitaria.

Questo punto sottolinea la necessità che ogni struttura clinica ed ospedaliera formi *in sinu* tale genere di figure, cosa che, solo lentamente e talora contraddittoriamente, sta avvenendo negli ultimi anni.

Da questa sintetica premessa, si delinea un quadro molto chiaro della figura dello psico-oncologo, della sua storia, del suo riconoscimento e della sua affermazione in campo ospedaliero.

Va anche detto che questa figura è di recente definizione ed è nata grazie all'esperienza dei gruppi di ascolto sorti negli Stati Uniti nel corso degli anni '50 del XX secolo, rivolti a pazienti mastectomizzate, sebbene tale

modello gruppale non fosse una novità se non per il proprio oggetto: già nel primo dopoguerra si erano creati in modo autonomo e disomogeneo specifici luoghi di incontro per veterani.

Sarebbe inutile cercare di individuare la paternità di questa branca in un solo studioso, dal momento che gli anni '50 furono un periodo prolifico di ricerche e di attività per una sensibilizzazione mondiale relativa sia alle cause ed alle possibili cure del cancro, sia alle problematiche sviluppatasi nelle persone da questo affette.

Basti pensare alle ricerche svolte da Sutherland e dalla sua squadra a New York, od alle ricerche svolte nel settore delle applicazioni dell'ipnosi in pazienti oncologici dai professori Herbert e David Spiegel (2005) in California e nel Maine. Anche le campagne di Harber per le raccolte di fondi per i pazienti affetti da leucemia infantile sono un esempio dell'interesse a seguito del quale si svilupparono applicazioni sempre più specifiche della psicologia. Disciplina che, in quegli anni, fu scossa da un rinnovato fervore scientifico che le consentì di dotarsi di un sistema di misurazione più prossimo a quello del metodo sperimentale proprio delle scienze fisico-matematiche, nel quadro riduttivista proprio della matrice positivista prevalente in quegli anni.

Anche in Italia, verso l'inizio degli anni '80, alcune realtà iniziarono a costituirsi come punti di riferimento per la psico-oncologia. come la Società Italiana di Psico-oncologia (SIPO), nata nel 1985 in concomitanza

con l'interesse dimostrato anche da Granone per le possibili applicazioni dell'ipnosi su pazienti malati di cancro.

La Psico-oncologia si presenta, dunque, come una branca recente della Psicologia, che conta, tuttavia, una rilevante mole di ricerche ed un'assai significativa diffusione in termini di pratica clinica.

Introduzione

Storie di cancro

Quando ci si avvicina alla specifica branca di intervento *de quo*, si diventa inevitabilmente attori, con uno o più ruoli, nelle *vite degli altri*. In tal senso, non si può, a mio avviso, tracciare *tout court* una storia dell'oncologia se non come insieme di *storie di cancro*, dal momento che questa deve dare conto non solo dell'evoluzione dello studio e delle conoscenze del morbo, bensì anche dell'intreccio che lega l'insieme dei soggetti che ad esso si oppongono, dal paziente e dalla sua famiglia all'oncologo, dallo psicologo al chirurgo, agli operatori sanitari generici, ed a tutti coloro che per il paziente provano empatia.

Molti testi di Psico-oncologia sono antologie di testimonianze di vita e di morte, di lotta contro l'angoscia esistenziale della fine che accompagna il paziente una volta che divenga consapevole del suo approssimarsi.

Le storie del cancro sono storie di limiti, di tante sconfitte, di qualche pareggio e di poche vittorie. Con questa consapevolezza, solo mantenendo coerentemente la diversità dei ruoli ed al contempo coltivando la capacità di soffrire lucidamente con l'altro (*συμπάθεια*), è possibile affrontare i tortuosi percorsi terapeutici, concentrandosi sul proprio ruolo clinico attivo. Le *storie di cancro* sono, dunque, la preziosa testimonianza dell'umano

non-essere onnipotenti. In particolare, degli psico-oncologi e di tutti coloro che il cancro combattono.

Queste storie, come le metastasi, affondano le loro radici in epoche molto lontane. Nel fondamentale testo di Siddharta Muckherjee *The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer*, l'autore¹ racconta, nella forma del romanzo, proprio *storie di cancro*, dando luogo ad un saggio strutturato che indaga quasi 5000 anni di ricerca sulla malattia.

Nella *fabula* di Muckherjee, la prima descrizione di un cancro al petto, attribuita al leggendario medico egiziano Imothep, risalirebbe al 2600 a.C.: [si notano] *al petto, rigonfiamenti grossi, diffusi e duri; toccarli è come toccare una palla di stracci. Come un frutto acerbo, freddo e duro al tatto.*

Assai più prossimo, Erodoto, nelle sue Storie, racconta di Atossa:

Ad Atossa, figlia di Ciro e moglie di Dario, si formò sul seno un ascesso, che dopo essere scoppiato si andava estendendo. Finché rimase di piccole dimensioni Atossa lo nascondeva e non ne parlava con nessuno, per un senso di vergogna, ma quando divenne abbastanza grave, mandò a chiamare Democede e glielo mostrò.

Queste prime testimonianze potrebbero essere plausibilmente considerate inattendibili, poiché prive di comprovati supporti documentali, ma

¹ Vincitore del premio Pulitzer nel 2011.

Ippocrate prima e Galeno poi ci lasciano le proprie osservazioni sui morbi, incurabili e mortali, derivanti dalla bile nera. E nella continua ricerca di una ghiandola che producesse tale sostanza, Andreas Vesalius, nel 1533, iniziò il primo atlante anatomico del corpo umano, senza peraltro rendersi conto del percorso del tutto nuovo che stava imprimendo alla storia della medicina: la scoperta che il cancro non dipendeva da una modificazione di fluidi biliari. Questo determinò l'abbandono progressivo della teoria galenica, già contestata dalla teoria del *realgar* di Paracelso e da quella della linfa di Cartesio.

Era quindi necessario proseguire trovando nuove direzioni. Tali spinte provennero da numerosi studiosi che si succedettero nei secoli. Accantonata definitivamente la dottrina degli umori, la causa del cancro venne identificata in anomalie del sistema linfatico. Il chirurgo tedesco Fabricius Hildanus rimosse i linfonodi ingrossati nelle operazioni di asportazione del cancro alla mammella e Johann Scultetus eseguì mastectomie totali (la rimozione completa del seno), contrariamente a quanto prescritto da Galeno, il quale suggeriva di non intervenire sulla massa ipotizzando una longevità maggiore nel paziente. Questa scelta, risultò effettivamente sensata, soprattutto a causa delle scarse condizioni igieniche dovute alla mancanza di igienizzanti ed antibiotici.

Nel 1700, Bernardino Ramazzini, professore a Modena e Pavia, pubblicò il suo libro sulle malattie dei lavoratori: "*De morbis artificum diatriba*"

ritenuto giustamente il primo trattato di Medicina del lavoro. Egli individuò la correlazione tra malattie, professioni e tipi di lavorazione di specifici materiali, dividendole in cinque categorie. Egli inserì i lavoratori dell'industria del tabacco nella seconda categoria, quella di coloro che "introducono nell'ambiente sostanze nocive sotto forma di polveri o vapori e ne restano colpiti" assieme con beccai, mugnai, vignai, fornai, vuotatori di fogne e gabinetti (Ramazzini, 1700, tradotto da Chiari, 1821). Nel 1761 il medico John Hill pubblicò a Londra "Avvertimenti contro lo smodato uso del fiutare", riferendo di sei casi di polipi cancerosi del naso in soggetti dediti al tabacco da fiuto e nello stesso anno, il dottor Percival Pott, noto per aver dato nome alla spondilite tubercolare, data la particolare frequenza negli spazzacamini di carcinoma dello scroto, per primo ipotizzò un rapporto tra cancro ed esposizione alla fuliggine. Nello stesso anno Morgagni pubblicò il *de sedibus*². Nel 1795, il dottor Samuel Thomas von

² Dall'Enciclopedia Treccani: *Il De sedibus è una vera miniera di osservazioni originali, cliniche e anatomo-patologiche: sono descritte per la prima volta la sindrome contrassegnata da polso raro permanente con crisi epilettiformi, ridescritta nel 1827 da Robert Adams e nel 1846 da William Stokes e oggi chiamata 'sindrome di Morgagni- Adams-Stokes'; la cirrosi epatica, più ampiamente illustrata nel 1819 da René-Théophile- Hyacinthe Laënnec (cirrosi di Morgagni- Laënnec); la condromatosi articolare; l'iperostosi frontale interna e la sua associazione con l'obesità e il virilismo nella donna vecchia, chiamata 'sindrome di Morgagni' da Folke Henschen (1936). Altre magistrali descrizioni riguardano varie specie di aneurismi, l'ulcera gastrica, la polmonite lobare con la descrizione dell'epatizzazione, l'atrofia giallo-acuta del fegato, la tubercolosi renale, la localizzazione controlaterale*

Soemmering segnalò casi di cancro del labbro in fumatori di pipa e nel 1798 il medico Benjamin Rush scrisse sui rischi del tabacco ed affermò che fumare o masticare tabacco poteva essere dannoso come ubriacarsi (*ibidem*). Nel 1759, Jean Astruc pubblicò il “*Traité des tumeurs et des ulcères, avec deux lettres : I. Sur la composition de remèdes dont on vante l'utilité et dont on cache la préparation. II. Sur la nature et le succès des nouveaux remèdes qu'on propose pour la guérison des maladies vénériennes*” e Bernard Peyrilhe sperimentò l’inoculazione di tessuti cancerosi umani in cavie animali per comprenderne la trasmissibilità, la

delle lesioni cerebrali nell'emiplegia (‘regola di Valsalva’), la frequente origine otitica delle suppurazioni intracraniche, in tal modo rivelando il terreno anatomico di diverse importanti malattie.

Ma più che nella descrizione di singoli contributi, il significato dell’opera di Morgagni sta nell’aver realizzato una rottura epistemologica, per cui «dopo di lui non si pensa e non si scrive più come si pensava e si scriveva prima » (M.D. Grmek, in *De sedibus, et causis...*, 1986, p. 173). La sua grandiosa opera di sintesi portò al riconoscimento dell’anatomia patologica quale parte integrante della medicina e quale premessa per il suo ulteriore sviluppo.

Morgagni è oggi concordemente definito il fondatore della patologia d’organo, l’aspetto della sua opera che ha influenzato in modo sostanziale il successivo sviluppo della medicina. **Con Rudolf Virchow il significato e l’importanza dell’opera di Morgagni trovano il definitivo riconoscimento (1894): per il fondatore della patologia cellulare il *De sedibus* è una grande opera metodologica, che rappresenta il momento della fortunata introduzione del concetto localistico.**

L’influsso del libro di Morgagni fu immediato. A pochi anni di distanza ne furono pubblicate le traduzioni inglese (1769) e tedesca (1771-1776), mentre le traduzioni francese (1820-1824) e italiana (1823-1829) furono stampate 60 anni dopo la comparsa di esso, dimostrando che l’opera manteneva valore di attualità per tutta l’Europa. Il metodo anatomo-clinico fu subito adottato nei principali centri europei, particolarmente a Leida e a Vienna.

natura, la crescita ed ipotizzare un trattamento. Con gli esperimenti di questi due scienziati nacque definitivamente l'oncologia medica.

Nel 1858, un giovane professore tedesco pubblicò il suo trattato *La patologia cellulare nella sua fondazione dall'istologia patologica e fisiologica*³ ed in seguito una raccolta delle lezioni tenute tra il 1863 ed il 1867 su *I tumori patologici*. Il suo nome è Rudolf Ludwig Karl Virchow. Grazie a questi studi, la storia dell'anatomo-patologia e quella dell'oncologia proseguono nel nuovo corso, già tracciato dalle ricerche di Morgagni: si stava entrando epistemologicamente nell'epoca della sperimentazione.

Nel 1895 Röntgen scoprì i raggi X e nel 1898 i coniugi Curie scoprirono il radio.

Il 1900 iniziò con una guerra totale al cancro; potenziati da questi nuovi strumenti, chirurghi e oncologi poterono concentrarsi sui loro rispettivi campi ed approfondire le ricerche. Nell'ambito di tali cambiamenti, nacquero i primi trattamenti radioterapici e si iniziò a pensare che alcuni agenti chimici potessero favorire una remissione del cancro: nacque così la chemioterapia.

³ *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebenlehre*

Cenni storici sulla Psico-oncologia

La Psico-oncologia è un campo molto vasto che affonda le sue origini nel 1950. Presso il Memorial Sloan-Kettering Center di New York, sotto la guida dello psichiatra Sutherland, sorse il primo servizio autonomo finalizzato all'assistenza psicologica del paziente affetto da cancro. Elisabeth Kubler Ross, psichiatra svizzera, pubblicò nel libro *La morte e il morire* (1969) la teoria delle fasi dell'elaborazione del lutto, consentendo ai medici di rendere accetta all'opinione pubblica la tematica della morte e di affrontarla esplicitamente coi pazienti. Da qui ebbe origine la branca della Psicotanatologia, finalizzata ad analizzare l'atteggiamento sociale verso la morte, nonché le modalità per realizzare una buona comunicazione col paziente oncologico in fase terminale da parte dell'équipe medica e per favorire l'elaborazione del lutto da parte dei familiari.

La nascita della Psichiatria di consultazione e collegamento favorisce dal 1970 la presenza di figure specializzate che offrono sostegno e ascolto psicologico di gruppo allo *staff* medico dei vari reparti, contribuendo conseguentemente al miglioramento della cura dei pazienti oncologici. Le tematiche trattate nei nascenti gruppi di supervisione multidisciplinare si focalizzano sul disagio psicologico del paziente neoplastico, sulle questioni etiche e sullo *stress* del personale curante. L'interesse nei confronti di questo ambito di attività favorisce il proliferare di studi incentrati sui fattori psicologici e sociali connessi alla prevenzione ed alla diagnosi precoce dei tumori, così come alla *compliance* ai trattamenti.

Tale interesse è giustificato dalle aumentate possibilità di cura dei tumori, dal crescente numero di malati che accettano di parlare apertamente della propria esperienza, dalla tendenza a coinvolgere il paziente nelle decisioni relative ai trattamenti, dalla crescente partecipazione dei professionisti della salute mentale alla cura dei soggetti affetti da cancro, e infine dalle ricerche sul ruolo dei fattori psicologici e comportamentali nella prevenzione delle patologie oncologiche.

Nascono gruppi scientifici come la *European Organization for Research in the Treatment of Cancer* (EORTC) e il *Cancer and Leukemia Group B* (CALGB), che contribuiscono alla validazione e sperimentazione di strumenti di misurazione in ambito psicosociale, creando apposite commissioni specialistiche.

Nel 1986 viene costituita la *European Society of Psychosocial Oncology*, allo scopo di accrescere le conoscenze in questo campo attraverso conferenze e rapporti di collaborazione. Negli Stati Uniti il proposito di creare una rete tra i professionisti del settore porta nel 1984 alla costituzione della *International Psycho oncology Society* (IPOS). Contestualmente alla nascita di Società ed Organizzazioni internazionali, si consolida la presenza di personale *psy* nei vari reparti ospedalieri, in particolare quelli chirurgici ed oncologici, fino alla creazione di vere e proprie Unità Operative psicooncologiche.

Ad oggi, la sorprendente radicazione di questo genere di servizi, permette di sperimentare ed osservare le modificazioni dei vissuti esperienziali e della effettiva Qualità di Vita dei pazienti e delle loro famiglie. Nascono, a seguito di questi risultati, molte delle iniziative ludiche e di evasione dalla sofferenza della malattia e della condizione ospedaliera dei degenti. Si cita per esempio la recente iniziativa del Policlinico Agostino Gemelli di Roma che ha allestito una vera e propria sala cinematografica aperta ai suoi pazienti ed alle loro famiglie nella struttura stessa.

Questa disciplina, ancora giovane, ha molto da offrire e diversi campi di ricerca e teorizzazione ancora aperti.

Possibili ripercussioni psicopatologiche e psichiatriche dell'evento oncologico

Il seguente brano è tratto dalle linee guida offerte dalla Società Italiana di Psico Oncologia: *I disturbi psicopatologici non rappresentano una rara evenienza nei pazienti con cancro. Spesso proprio la tendenza a considerare la sofferenza psicologica del paziente "comprensibile e normale date le circostanze" comporta una sottovalutazione dei sintomi ed un loro mancato trattamento. Per la valutazione di questi disturbi vengono solitamente seguiti i criteri diagnostici più usati in ambito psichiatrico, specificatamente i criteri stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (International Classification of Diseases - 10 Edition, ICD-10) o quelli messi a punto dall'American Psychiatric Association (Diagnostic*

and Statistical Manual of Mental Disorders - IV Edition, DSM-IV). I disturbi più frequentemente riscontrabili in oncologia comprendono i disturbi dell'adattamento, i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia, i disturbi della sessualità, i disturbi psichiatrici su base organica e, più raramente, i disturbi psicotici (25, 26, 27).

Disturbi dell'adattamento

Con tale termine si intendono i disturbi in cui, in assenza di una particolare vulnerabilità individuale, un evento stressante (quale la diagnosi di cancro ed i trattamenti ad essa legati) rappresenta il fattore causale ed esclusivo di insorgenza dei sintomi, che si presume non sarebbero altrimenti occorsi. Essi presentano caratteristiche ed intensità tali da influire negativamente sull'adattamento del soggetto alla malattia e sul funzionamento psicofisico generale.

I sintomi possono essere variamente rappresentati da reazioni depressive, reazioni d'ansia o miste (ansioso-depressive), reazioni con altri aspetti emozionali (irritabilità, aggressività e collera, labilità emotiva) o con disturbi della condotta (comportamenti inadeguati). Importante risulta la diagnosi differenziale con i disturbi d'ansia e depressivi.

In genere i disturbi dell'adattamento vengono superati senza residui emozionali, se il paziente riceve un adeguato sostegno psicologico. Se non trattati, essi possono cronicizzare od aggravarsi sconfinando in quadri psicopatologici più severi, quali disturbi depressivi persistenti e disturbi

d'ansia generalizzata (28). I disturbi dell'adattamento rappresentano i quadri di sofferenza psicologica più frequentemente diagnosticabili nei pazienti con cancro, avendo una prevalenza del 30-35% (29).

Disturbi d'ansia

L'ansia può rappresentare, in oncologia, uno dei sintomi o il sintomo principale di una serie di disturbi che hanno però caratteristiche cliniche, prognostiche e terapeutiche diverse tra loro.

Dal punto di vista sintomatologico, l'ansia si manifesta con sintomi di tipo psicologico (paure, sensazione di presagi vissuti in chiave pessimistica ecc.) e con sintomi di tipo somatico (sudorazione, tachicardia, fame d'aria ecc).

*I disturbi d'ansia si possono manifestare in forme acute, più frequenti nelle fasi immediatamente successive alla diagnosi di malattia o di recidiva. Tali quadri sono caratterizzati da insonnia marcata, pensieri continui della malattia, rievocazioni di immagini intrusive, similmente a quanto si verifica dopo un evento catastrofico o un trauma violento. Per tale ragione, essi vengono anche definiti col termine di *Sindrome Post-traumatica da Stress (PTSD)*. Una forma specifica di disturbo d'ansia a carattere acuto è rappresentata dalla *Sindrome di Nausea e Vomito Anticipatorio*, caratterizzata da meccanismi di condizionamento per cui i sintomi di nausea e di vomito, secondari alla chemioterapia, vengono sperimentati dal paziente prima della chemioterapia stessa.*

Forme ad andamento più cronico (quali il disturbo d'ansia generalizzata) sono caratterizzate da sentimenti di tensione soggettiva, accompagnata da problemi dell'addormentamento o di mantenimento del sonno, preoccupazione costante per la malattia (che può avere carattere ipocondriaco) e per il futuro, difficoltà nei rapporti interpersonali dovute al senso di vergogna, diversità e inadeguatezza.

I disturbi d'ansia possono essere presenti nel 10 -15% dei casi (la nausea e il vomito anticipatori anche nel 40-50% dei casi). L'intervento specialistico (supporto psicologico, psicoterapia e, se necessario, psicofarmacoterapia) rappresenta una modalità d'azione imprescindibile per il loro trattamento (30).

Disturbi depressivi

I disturbi depressivi si pongono come problema significativo in oncologia. Secondo vari studi la loro prevalenza è compresa tra il 6% ed il 30% a seconda della fase di malattia, del contesto psicosociale e delle specifiche caratteristiche cliniche di depressione. Vengono in questo ambito considerati più frequenti gli episodi depressivi maggiori, seguiti dalle forme persistenti (ad es. distimia) e dalle depressioni croniche. Se i sintomi depressivi sono presenti in maniera intensa e continua (almeno due settimane), è verosimilmente presente un quadro depressivo maggiore. Se la durata del disturbo si prolunga per un periodo di tempo più considerevole, siamo di fronte a quadri persistenti o ad andamento cronico.

La diagnosi non è sempre facile: è stabilito che, in genere, non devono essere impiegati i cosiddetti criteri somatici del disturbo (astenia, perdita di peso e dell'appetito), che sono spesso determinati dalla malattia neoplastica e che, se usati, porterebbero ad una sovrastima di depressione ("falsi positivi"). E' necessario invece basarsi soprattutto sui criteri affettivo-cognitivi quali sentimenti di anedonia, demoralizzazione, impotenza, inutilità, disperazione, colpa e idee di morte larvate o suicidarie franche.

La concomitante presenza di dolore facilita lo sviluppo di quadri depressivi, in particolare di quelli più severi, quali la depressione maggiore, aumentando anche il rischio suicidario.

Le conseguenze della depressione nei pazienti con cancro sono molteplici e comprendono, oltre al rischio di suicidio già citato, effetti negativi sulla qualità della vita del paziente e della famiglia, problemi nella compliance al trattamento e, più in generale, alterazioni della relazione medico-paziente.

Nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi depressivi un intervento psichiatrico strutturato è sempre necessario.

Disturbi della sessualità

I disturbi della sessualità (ad es. mancanza del desiderio, mancanza dell'orgasmo, disturbi dell'erezione e dell'eiaculazione) rappresentano una

terza importante categoria di problemi secondari al cancro, date le implicazioni che sia la malattia sia le terapie hanno sulla vita intima della persona (interventi chirurgici deturpanti, effetti dei farmaci chemioterapici o della radioterapia) (34).

La loro prevalenza è maggiore di quanto non sembri: infatti, quando incoraggiati ad esporre questi problemi, i pazienti rivelano spesso difficoltà e disagio, fino a quadri strutturati di disturbo sessuale. Altrettanto frequentemente, tuttavia, tali problemi e disturbi restano misconosciuti per la scarsa tendenza da parte dei medici ad esplorare questa naturale area dell'esistenza e per la reticenza dei pazienti ad aprirsi spontaneamente. Se non trattati i disturbi della sessualità tendono a cronicizzare, interferendo in misura notevole sulla qualità della vita del paziente e della coppia. Per tali ragioni interventi preventivi precoci sono assolutamente importanti e, sinteticamente, fanno riferimento:

- alla prevenzione delle possibili conseguenze della malattia sulla vita sessuale attraverso la scelta di terapie oncologiche meno invalidanti possibile o la riduzione dei rischi (ricostruzione del seno, conservazione dello sperma, lubrificanti vulvari, protesi peniene ecc.);*

- agli interventi informativi ed educazionali sull'eventualità di disturbi sessuali, sulla loro reversibilità e sull'utilità di una discussione aperta col partner;*

· *al counselling sessuale (possibilità di affrontare dettagli intimi, anche "tecnici", con la figura sanitaria di riferimento).*

In caso di situazioni in cui il problema debba essere affrontato in maniera più specialistica, interventi di psicoterapia breve e terapia sessuologica sono i punti centrali del trattamento.

Disturbi psichiatrici su base organica (stati confusionali)

Tali disturbi comprendono alcuni quadri psichiatrici che si presentano con una prevalenza compresa tra il 5% ed il 40%, a seconda del tipo di neoplasia, dello stadio e delle terapie effettuate. Sul piano eziologico sono infatti chiamati in causa sia i fattori che direttamente interessano le strutture cerebrali (ad es. neoplasie primarie cerebrali o più frequentemente metastasi cerebrali) sia i fattori che indirettamente comportano disturbi del Sistema Nervoso Centrale (ad es. processi infettivi, disturbi del metabolismo, dell'equilibrio idro-elettrolitico, della vascolarizzazione cerebrale; farmaci con azione tossica sul S.N.C., quali gli oppioidi) (31).

Tra i quadri psico-organici più frequentemente osservabili, in particolare nelle fasi avanzate di malattia, sono gli stati confusionali, oggi noti con il termine di delirium. I sintomi del delirium sono rappresentati da disturbi della memoria e dell'attenzione, disorientamento temporospaziale, agitazione psicomotoria (talvolta rallentamento psicomotorio), disturbi del

comportamento e, non infrequentemente, disturbi del pensiero (delirio) e della percezione (allucinazioni).

L'impatto del delirium sul paziente (profonda angoscia), sui familiari (preoccupazione per la "trasformazione" della personalità del proprio caro) e sullo staff (difficoltà nella gestione della situazione) rende ragione dell'utilità di monitorare le funzioni cognitive dei pazienti in maniera regolare cogliendo, quando possibile, i sintomi prodromici del disturbo (ad es. ipersonnia diurna, insonnia notturna; fluttuazioni dell'attenzione e dell'orientamento). Il trattamento è sia farmacologico (neurolettici) che interpersonale (gestione del disturbo del comportamento, riorientamento del paziente, illuminazione della stanza, presenza di figure significative più facilmente riconoscibili) (35).

Ulteriori quadri sono rappresentati dai disturbi a livello cognitivo ad andamento più cronico con interessamento delle funzioni dell'attenzione, della memoria o della concentrazione. Spesso tali quadri sono il risultato di terapie (ad es. irradiazione) che lasciano come esito danni al S.N.C. In alcune circostanze la gravità dell'interessamento delle funzioni superiori può portare a quadri di demenza (36).

Disturbi psicotici

Non frequenti in oncologia, salvo le situazioni in cui il paziente presenti una storia di grave sofferenza psicopatologica a livello anamnestico, comprendono quadri caratterizzati da agitazione intensa, disturbi del

comportamento, deliri ed allucinazioni, in assenza di un interessamento organico del S.N.C. Tali sintomi possono essere presenti quali espressione di disturbi affettivi (ad es. fase maniacale del disturbo bipolare o maniaco-depressivo, agitazione melanconica nella depressione maggiore c.d. psicotica) o di disturbi dello spettro schizofrenico (ad es. bouffees deliranti acute, episodi psicotici transitori, schizofrenia). Necessitano di un intervento psichiatrico strutturato di tipo sia farmacologico (neurolettici) che gestionale (ricovero psichiatrico).

Capitolo I - definizione del campo: che cosa è la Psico-oncologia

Grassi (2005), autore del *Manuale pratico di Psico-oncologia*, definisce il campo “una disciplina che, come molti altri settori "a cavallo" fra più specialità, è attraversata da una forte tensione che la spinge in direzioni divergenti. Da un lato, infatti, è una scienza specialistica che ha come obiettivo l'integrazione fra scienze locali e dall'altro una sorta di atteggiamento trasversale ai diversi specialismi basato sull'integrazione di competenze diverse allo scopo di migliorare l'assistenza al malato”.

La Psico-oncologia può essere intesa come un campo di ricerca, di informazione mediatica e formazione per gli operatori sanitari ed operativi.

Il **campo di ricerca** si sviluppa a seconda del *framework* teorico di riferimento. Le teorie di riferimento sono tante quanti sono gli approcci terapeutici esistenti; pertanto, si propone, per semplificazione, di raggrupparli, secondo insiemi *main-stream*, come di seguito: approcci psico-biologici, approcci psicodinamici; approcci cognitivo-comportamentali. Ad ogni insieme appartengono: una propria definizione del campo operativo, la scelta e lo sviluppo degli strumenti privilegiati, ed una concezione dell'eziopatogenesi neoplastica e delle sue correlazioni psichiche.

La **formazione** si configura come interfaccia fra oncologia, psichiatria di collegamento e psicologia. Essa fornisce competenze pratiche agli operatori e analizza principalmente due dimensioni significative legate al cancro:

a) L'impatto psicologico e sociale della malattia sul paziente, sulla sua famiglia e sugli operatori;

b) Il ruolo dei fattori psicologici e comportamentali nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella cura delle neoplasie (Grassi, 2005).

In particolare, il *focus* si sta spostando sulla sperimentazione di terapie alternative. Gli strumenti analizzati nella recente *review* pubblicata sul Cochrane (2016), ottengono attestazioni di merito molto evidenti. Tra i *paper* recensiti, si notano in maggior numero quelli sull'ipnosi, a suffragio di un notevole interesse per questo strumento "riscoperto". I numerosi lavori di Spiegel (2012, 2013, 2014, 2016, 2017) sugli impatti terapeutici positivi dell'uso di questo strumento in pazienti oncologici e le recenti applicazioni in campo anestesiologicalo (Padova, Cagliari, La Salpetrière), consentono di intravedere una possibile ed auspicabile diffusione dell'uso di tale strumento. È pertanto doveroso riconoscere, oltre alla complessità dell'oggetto di studio, l'importanza che l'**informazione** (intesa sia come divulgazione massiccia al livello mediatico che come *possibilità di riflessione sulla materia* per gli operatori del settore) svolge: ad essa appartengono infatti caratteristiche di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Si citano a tal proposito le numerose campagne di

sensibilizzazione e le diverse manifestazioni (come ad esempio quelle dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, e la maratona *Race for the Cure* organizzata ogni anno a Roma dall'associazione Susan G. Komen) che hanno un impatto *mass* mediatico e culturale imponente. La diffusione di informazioni sempre più precise riguardo alle varie tipologie di tumori, e la capacità delle persone di rivolgersi con più consapevolezza al personale medico contrasta gli effetti paradossali di una sovraesposizione del pubblico ad informazioni di ogni tipo. Per ciò che riguarda gli aspetti di prevenzione secondaria e terziaria, si rimanda alle direttive e linee guida condivise emanate dal Sistema Sanitario Nazionale.

Infine, ***l'équipe psicooncologica opera in ambito clinico-assistenziale***, fornendo servizi di *assessment*, sostegno psicologico, psicoterapia individuale e/o di gruppo, nonché di supervisione agli operatori socio-sanitari e medici. Lo psicooncologo è presente laddove vi siano pazienti oncologici degenti, che siano ricoverati nel reparto di oncologia o di chirurgia, integrandosi con il personale nelle *équipe* dei vari reparti.

Principali cornici teoriche

Si propone, per semplicità di trattazione, di suddividere i diversi approcci come segue: approcci neuroscientifici, approcci psicodinamici e approcci non psicodinamici. Per ognuno di questi gruppi saranno brevemente esposte le teorie più rappresentative.

Approccio neuroscientifico: il modello psicobiologico

Nell'insieme degli approcci neuroscientifici, sono due le branche alle quali afferiscono molti degli autori che si sono occupati di Psico-oncologia: la psico-biologia e la psiconeuroendocrinoimmunologia.

La Psicobiologia è, in particolare, quella branca delle neuroscienze che studia i comportamenti (intesi come azioni fisiche ma anche come processi mentali, quali la percezione, l'attenzione, la memoria, l'apprendimento) in relazione alla struttura ed alla fisiologia, con particolare attenzione ai processi a carico del sistema nervoso centrale.

Parafrasando Selye (Selye, 1936) possiamo definire *stress* la risposta fisiologica aspecifica dell'organismo ad eventi esterni o interni che agiscono su di esso, gli *stressor*. Il modello Psicobiologico riassume l'eziopatogenesi della neoplasia ipotizzando un nesso causale tra le modificazioni indotte dagli *stressor* e le reazioni del sistema immunitario.

Tali modificazioni, deprimendo e modificando queste attività, potrebbero incidere nella formazione o nella evoluzione del processo tumorale.

Dopo decenni di ricerca, si è assodato che lo *stress* è un fenomeno fisiologico che si verifica come risposta adattiva di durata relativamente breve. A ciò va aggiunto che se le condizioni che producono tale risposta permanessero per un tempo prolungato provocherebbero modificazioni patologiche (Greenstein, 2000). *Una delle più immediate ed evidenti risposte di adattamento allo stress è l'attivazione del sistema che provoca il rilascio di glucocorticoidi dalle ghiandole surrenali, e l'inadeguata o inappropriata attivazione di questo sistema è probabilmente la prima tappa nella cascata di alterazioni patologiche che fanno seguito ad uno stress prolungato (ibidem p. 328).* Questa ipotesi risulta attinente a quelle patologie, come infezioni, neoplasie e malattie autoimmuni, non estranee ad un meccanismo eziopatogenetico immunologico (Rogers, 1979; Riley, 1981).

Lo *stress* agirebbe quindi (Bahnson, 1981):

- al livello del sistema nervoso centrale sui tessuti attraverso le vie d'innervazione periferica (ponte nervoso)
- inducendo secondariamente delle alterazioni endocrine da parte delle strutture nervose (ponte endocrino)

- deprimendo il sistema immunitario. Questa depressione sarebbe in grado di modificare negativamente la capacità del sistema endocrino di controllare la produzione di cellule neoplastiche.

I sistemi Nervoso ed Endocrino possono considerarsi in qualità di principali analizzatori e regolatori dell'organismo orientati al mantenimento della omeostasi e della integrità corporea, mentre il Sistema Immunitario ha il compito di intervenire in difesa dell'organismo (*self*) in presenza di infezioni prodotte da elementi esterni (*non-self*) quali virus, batteri, parassiti e molecole da loro prodotte (gli antigeni).

Il processo dinamico che si innesca dalla discriminazione di *self* e *non-self* e la conseguente tolleranza o eliminazione (risposta immune) del *non-self* sono possibili grazie all'equilibrio tra differenti popolazioni linfocitarie (linfociti T e B) che interagiscono tra di loro e con altre cellule di origine leucocitaria (macrofagi, monociti, neutrofili). La comunicazione tra i diversi elementi cellulari, sia adiacenti che distanti, avviene con l'utilizzo di prodotti solubili come le immunoglobuline, le linfochine, il sistema del complemento, gli ormoni ed altro. La comunicazione tra il Sistema Nervoso Centrale, il Sistema Nervoso Vegetativo, il Sistema Endocrino e il Sistema Immunitario avviene, quindi, con modalità complesse che coinvolgono numerose strutture organiche in un circuito che si esplica con tempi, modalità ed effettori diversi (Chiari e Nuzzo, 2002).

Storicamente, la scoperta dei neuropeptidi, di cui si conoscono sempre meglio le implicazioni sul comportamento, sulla memoria, sull'apprendimento, sulla sessualità e sulla patologia mentale, nonché sui sistemi endocrino ed immunitario (Levine,1971; Scapagnini Canonico Ferrara, 1982), si deve alla ricerca delle vie attraverso cui lo *stress* può indurre una malattia organica.

Sull'eziopatogenesi delle neoplasie permangono prevalentemente più teorie che certezze, sia in campo medico-oncologico, sia in campo psico-oncologico (Rogers,1979; Ultmann e Golomb, 1980; Ryley, Fitzmaurice e Spackman, 1981; Fox, 1981; Stites, Stobo, et al. 1982; Baker, 1987), come testimoniato, ad esempio, dall'articolo consultabile sul sito dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro: *Che cos'è il cancro? A una domanda del genere gli studiosi fanno ancora fatica a dare una risposta precisa e convincente. E replicano che la domanda è mal posta. Che non bisogna parlare di cancro, ma di cancri*⁴.

Recentemente è stata proposta una correlazione tra stile di attaccamento ed eziopatogenesi di vari disturbi. In particolare, è stata ipotizzata una maggiore probabilità di rischio per la salute fisica in soggetti adulti caratterizzati da uno stile di attaccamento insicuro (Kidd, 2016).

⁴ <http://www.airc.it/cancro/cos-e/come-nasce-tumore/>

Il modello ad orientamento psicodinamico-analitico

Come suggerito da Alfano e Lubich (in Chiari e Nuzzo, 1992) le teorie psicodinamiche sull'eziologia del cancro sono numerosissime e non univoche rendendo difficile una presentazione organica dei contributi prodotti in questo campo. Tuttavia, a scopo puramente descrittivo, è possibile suddividere i vari contributi in tre grandi aree.

Cancro come simbolo

Il primo insieme di contributi delinea il processo neoplastico in termini di dinamiche inconsce, attribuendogli un significato simbolico. Agli autori appartenenti a questo filone, il processo neoplastico appare come il sintomo di un conflitto intrapsichico non risolto, assumendo quindi lo stesso valore di un qualsiasi altro sintomo nevrotico (Groddeck, 1966; Reich, 1976; Chiozza, 1976, 1978, 1979; Fornari, 1985).

Questi autori utilizzano arbitrariamente ed eterogeneamente, il concetto freudiano di disturbo di conversione: considerano la mutazione neoplastica come la manifestazione sintomatologica di un conflitto intrapsichico simbolicamente somatizzato al livello di organo o tessuto.

La teoria della perdita-depressione

Gli autori di questa corrente hanno individuato caratteristiche psicologiche peculiari del soggetto oncologico, che risulta parte attiva nel processo di

formazione della neoplasia (Evans, 1926; Meerloo, 1954; LeShan, 1956; Greene, 1966; Schmale e Iker, 1964,1966; Thomas et al, 1974; Spence, 1979).

La teoria delle relazioni oggettuali e le peculiari modalità di reazione dei soggetti di cui sopra ad esito di queste relazioni, costituiscono il nucleo centrale della teoria della perdita-depressione: la perdita di un legame oggettuale significativo determina l'insorgenza di sentimenti di depressione, impotenza e disperazione tali da innescare la patogenesi della malattia neoplastica (Chiari e Nuzzo, 1992).

Nel 1966 Lawrence LeShan propone nel suo articolo *An Emotional Life-History Pattern Associated with Neoplastic Disease* una teoria che prevede il riconoscimento di tre fasi comuni nello sviluppo della personalità del soggetto canceroso.

Dall'osservazione clinica di 450 pazienti, LeShan (1966) traccia una *historia communis* incipiente da un'infanzia ed un'adolescenza caratterizzate da sentimenti di isolamento e disperazione relativi alla percezione della pericolosità di rapporti interpersonali profondi. Quando questi soggetti stabiliscono una relazione o assumono un ruolo che consente loro di sentirsi accettati dagli altri e di dare un senso alla vita, la possibile e susseguente perdita di tale oggetto significativo farebbe riaffiorare in loro i sentimenti di inutilità e disperazione. Questa situazione,

se protratta, porterebbe allo sviluppo ed alla comparsa clinica, dopo un periodo variabile da pochi mesi a qualche anno, della malattia neoplastica.

In questo quadro possono rientrare ad esempio il pensionamento o la perdita improvvisa e prolungata del lavoro, lutti familiari o crisi di coppia. Analogamente Gianni (Gianni et al., 2006) conclude che un prolungato *stress* emotivo fungerebbe da *trigger* per lo sviluppo della **sindrome *takotsubo***, la sindrome del cuore infranto.

LeShan (1966) nell'articolo prosegue ipotizzando che:

- 1) sembrerebbe esistere una relazione tra malattia neoplastica e certi tipi di situazioni psicologiche;
- 2) il fattore psicologico più frequente sarebbe la perdita di una relazione emozionale importante vissuta prima della comparsa semeiologica della neoplasia;
- 3) sembrerebbe esistere una relazione tra l'organizzazione di personalità, il tempo intercorrente tra i primi sintomi evidenti di neoplasia e la morte del paziente;
- 4) potrebbe esserci una relazione tra l'organizzazione di personalità ed il tipo e/o la localizzazione della massa neoplastica.

La ipotesi e le ricerche di LeShan sono raccolte nel manuale *Cancer As a Turning Point: A Handbook for People with Cancer, Their Families, and*

Health Professionals (1994) nel quale l'autore fornisce anche una procedura terapeutica specifica (vd. Par. *La Terapia di LeShan*).

La teoria delle difese dell' Io

Partendo dalla teoria della perdita-depressione, autori come Kissen (1963, 1964, 1965; Kissen e Brown, 1969), Henderson (1966) e Dattore (1980) si pongono l'obiettivo di valutare la *qualità* delle risposte emotive dei soggetti che vivono esperienze di perdita, poiché ritengono che sia la diversa modalità esperienziale il fattore discriminativo per lo sviluppo della neoplasia.

Questi autori si soffermano in particolare sull'importanza dell'uso peculiare e ripetitivo di meccanismi difensivi quali la rimozione e la negazione ipotizzando che siano tipici dei soggetti neoplastici e in generale del paziente psicosomatico, mentre la proiezione e lo spostamento sarebbero peculiari dei soggetti con disturbi psichici (Chiari e Nuzzo, 1992).

I modelli ad orientamento psicodinamico non analitico

Il terzo filone di ricerca sul rapporto tra variabili psicologiche e cancro si è poi concentrato sulla valutazione dell'effettiva esistenza di una conformazione di personalità correlabile e ricorrente tra i pazienti oncologici.

Cancer-prone personality: la personalità tipo C

Nel vastissimo panorama internazionale degli studi di personalità che imperversava negli anni '80, un variegato gruppo di autori tra cui Morris (1980), Temoshok e Heller (1983; 1987), Heller, Sagebiel, Blois, Sweet, Di Clemente, Gold (1985) hanno approfondito la ricorrenza di alcune caratteristiche e tratti specifici di personalità, elaborando successivamente un *cluster* di personalità definito di tipo C o *Cancer-prone personality*.

Questa tipologia di personalità presenterebbe uno specifico *set* di atteggiamenti (accondiscendenza, conformismo, passività, scarsa assertività), di tratti emozionali (scarsa espressione della rabbia), di reazione psicobiologica allo *stress* (iperattivazione dei sistemi neurovegetativi) ed un *locus of control* esterno (Phares 1957).

I tipi specifici di personalità ad oggi teorizzate sono: i tipi A (*Coronary-prone personality*) e B elaborati da Friedman e Rosenman (1959), il tipo C da Temoshok (1987) e la personalità di tipo D descritta da Denollet (Denollet et al., 1995).

In sintesi, secondo questa ipotesi che considera la personalità come fattore aggiuntivo di rischio, sarebbero maggiormente esposte le personalità con:

- tendenza alla compiacenza o rinuncia di sé nei rapporti interpersonali. Ovvero quelle che tentano di dare un'immagine positiva e accettabile di sé;

- tendenza a non manifestare le proprie emozioni negative in particolare la rabbia, che non vengono espresse apertamente, ma bloccate e represses sul piano del comportamento;
- incapacità di affrontare in maniera adeguata gli eventi stressanti di fronte ai quali il soggetto reagisce in maniera scoordinata, sviluppando sentimenti di ineluttabilità, inermità, inutilità, perdita della speranza, fino alla rinuncia totale ed alla depressione.

L'orientamento comportamentista

I lavori di orientamento comportamentista che si sono occupati del problema del cancro hanno rivolto la loro attenzione prevalentemente agli aspetti psicoterapeutici piuttosto che allo studio delle cause e dei fattori di personalità predisponenti all'insorgenza della malattia.

Bandura (1977a) è uno dei pochi autori comportamentisti che si è preoccupato di fornire uno schema teorico che permetta di mettere in relazione la variazione dello stato di salute con determinati aspetti della personalità. Cercando di unificare le diverse teorie sul cambiamento del comportamento umano, sostiene che l'assenza di *locus of control* e la scarsa *perceived self-efficacy*, favorirebbero lo sviluppo della malattia attraverso modelli di pensiero, azioni ed attivazioni emotive, quindi fisiologiche (*ibidem*).

L'approccio costruttivista

L'approccio costruttivista considera la malattia come l'elaborazione personale dell'individuo rispetto ad una serie di eventi il cui significato non è dato, ma esiste solo se la persona lo rende tale. Il processo morboso è quindi il frutto di una elaborazione personale di alcuni eventi. Per il costruttivismo la realtà non è indipendente da chi la conosce e quindi qualsiasi fenomeno, anche il cancro, è un modo personale di organizzare la relazione tra mente e corpo (un costrutto secondo la terminologia dei costrutti personali di Kelly, 1955), uno dei tanti possibili.

Critica ai modelli in Psico-oncologia

Secondo Grassi (2009), sono circa quattrocento i modelli prodotti in questa branca relativi ad altrettante correnti di psicoterapia. Questa mole di ipotesi rende complesso ricondurle ad una teoria unitaria. Certamente, le conoscenze ad oggi acquisite, seppur impensabili rispetto a soli 50 anni fa, non sono sufficienti per definire un modello unico ed univoco, nonostante la compatibilità di alcuni concetti.

Una teoria può essere un buon punto di partenza dal quale iniziare ad impostare il lavoro di ricerca e di intervento, ma può rivelarsi un'arma a doppio taglio laddove la si accetti come un dogma. Pertanto, alcune situazioni verificabili possono risultare scarsamente interpretabili se ci si attiene acriticamente a tali visioni. Ad esempio, le teorie sin qui esposte spiegano solo l'eziopatogenesi della neoplasia in età adulta. Già questa

circostanza sembra denunciare la necessità di rendere tale branca pragmatica rifuggendo da ogni metafisica.

Ciò significa formulare teorie utili per comprendere operativamente il funzionamento della mente umana e della sua potenza nel gestire i delicati equilibri biochimici propri dell'essere umano.

In altri termini, s'impone un *approccio laico* alla materia, tale, cioè, che possa fruire delle indicazioni teoriche senza esserne aprioristicamente condizionato e che, di conseguenza, possa a seconda, creare percorsi definiti *a misura* del paziente.

Tenere in considerazione una tale flessibilità può consentire all'operatore di aggirare i possibili ostacoli che gli impediscano di agire nell'immediato, o che non gli permettano di indirizzare il percorso direttamente sulle capacità del paziente, anche in base agli strumenti ai quali sembra essere più responsivo.

Tecniche specifiche in oncologia

Bloch e Kissane (2000), sottolineano che, da un lato, il vasto e variegato scenario degli approcci psicoterapeutici e dei loro strumenti produce confusione e difficoltà nel mostrare l'efficacia prodotta dai diversi percorsi, e che, dall'altro lato, proprio per superare questo problema, gli operatori del settore hanno dovuto adottare metodiche di ricerca più scientifiche e rigorose per raggiungere e diffondere le conoscenze perseguite.

Recentemente (Cardoso Louro et Al., 2015), un'analisi della letteratura prodotta tra il 2001 ed il 2012 dalla comunità scientifica, relativa all'utilizzazione di determinati strumenti quali *Mindfulness*, *Ryoga* e terapie comportamentali per la gestione dello *stress*, ha riscontrato che un'affettività positiva permette al paziente di avere una degenza e tempi di recupero migliori. L'evidente correlazione tra *stress* e benessere personale evidenzia come l'attivazione di supporti psicologici possa coadiuvare le pratiche mediche di *routine*.

La Terapia Psicologica Adiuvante di Moorey e Greer

La terapia psicologica adiuvante (*Adjuvant Psychological Therapy*, APT) è una buona sintesi tra tecniche comportamentali e cognitive per la gestione delle diverse situazioni problematiche dovute al cancro. L'ATP è il frutto del lavoro di Greer e Moorey che l'hanno formulata e sperimentata a partire dal 1992 al Royal Marsden Hospital di Sutton (UK).

In uno studio prospettico durato 15 anni, gli autori hanno infatti osservato che pazienti con strategie cognitive e comportamentali più flessibili e differenziate, che siano riusciti a definire e ad attuare una modalità più attiva e positiva di affrontare la diagnosi, hanno minore rischio di complicanze psicopatologiche ed un miglior decorso clinico della malattia (Greer S. e Moorey S., 1992).

Come esposto da Costantini e Navarra (2011) il percorso è costituito da incontri il cui numero varia da 6 a 12, ed è reso *de facto* una terapia breve.

Il *target* degli incontri può essere l'individuo o la coppia. Lo scopo del percorso è quello di aiutare i pazienti intervenendo in diverse aree, tra cui: l'espressione delle emozioni, il recupero del senso di controllo sulla propria vita, l'identificazione di strategie mirate a gestire le problematiche connesse alla malattia, la promozione di stili di *coping* più adattivi che consentano alla persona il ridimensionamento e la ridefinizione del significato che attribuiscono alla malattia.

In particolare, ci si focalizza su problemi specifici e si mira a due principali obiettivi:

1. ridurre ansia e depressione;
2. migliorare l'adattamento mentale al cancro inducendo un positivo spirito combattivo.

A causa della longitudinalità della programmazione, si consiglia questo strumento soprattutto negli stadi iniziali della malattia. Infatti, il paziente è spinto ad assumere un ruolo attivo ed orientato al raggiungimento di obiettivi grazie all'attuazione di strategie utili da attuare nella sua quotidianità. Lo svolgersi della terapia consente al paziente di individuare il proprio stile di *coping* ed il significato che attribuisce alla malattia.

Il paziente impara così a gestire i cambiamenti subiti nel corso delle cure oncologiche, che solitamente modificano la sua percezione dell'immagine di sé, del suo aspetto fisico e del ruolo sociale che assume. Queste nuove

condizioni, per molti pazienti, risultano inaccettabili e diventano l'oggetto di pensieri persino più angoscianti della morte stessa. Pensieri che, se non si intervenisse, potrebbero far sviluppare nel paziente una condizione di demoralizzazione o di depressione, poiché il suo stato sarebbe vissuto come un'esperienza sconvolgente e disgregante del suo Io.

Lo scopo della terapia può essere, quindi, analizzare e cogliere il legame tra l'avvenimento, i pensieri negativi legati al ricovero ospedaliero e le emozioni conseguenti.

Il *partner*, nell'APT, può essere coinvolto sia come elemento di supporto alla terapia (funzione di co-terapeuta), sia come persona bisognosa a sua volta di supporto e di aiuto (co-paziente) quando la diagnosi di cancro influenzi negativamente la relazione coniugale. Non sono oggetto dell'intervento eventuali aspetti disfunzionali della coppia, ma le difficoltà legate a preoccupazioni attivate dalla malattia sul piano della comunicazione, della sessualità, dei ruoli familiari e sociali che interferiscono con la possibilità che il o la *partner* possa efficacemente svolgere il proprio ruolo di *caregiver*.

Dati sperimentali evidenziano l'efficacia dell'APT nel ridurre la sintomatologia ansiosa e depressiva e nel migliorare gli stili di *coping* sia a

breve termine (sei mesi dall'intervento), sia nel tempo (un anno dall'intervento)⁵.

Il Metodo Simonton

Oscar Carl Simonton, un radio-oncologo, e Stephanie Matthews-Simonton, una psicologa, hanno elaborato un metodo psicoterapeutico per modificare il decorso del cancro in pazienti con neoplasie incurabili (Simonton e Simonton, 1976; Simonton, Matthews-Simonton e Creighton, 1981; Simonton, Matthews-Simonton e Creighton, 1992).

Il metodo nasce dall'assunto che i pazienti incurabili o si sentono condannati ed impotenti nei confronti della loro malattia, o partecipano attivamente alla guarigione.

La differenza fondamentale tra questi due gruppi di pazienti, secondo l'autore, è determinata dalla convinzione di poter influenzare il decorso della malattia.

L'obiettivo degli interventi è quello di trasformare l'atteggiamento passivo ed il senso di impotenza e depressione manifestato dalla maggior parte degli individui affetti da neoplasia, in un atteggiamento proattivo di

⁵ Greer S, Moorey S, Baruch JD, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *BMJ* 1992; 304: 675-80.

Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 218-28.

pianificazione per il futuro. Il cambiamento delle aspettative dei pazienti e la trasformazione dei sentimenti di disperazione e di impotenza in sentimenti di speranza e di anticipazione della guarigione sono i fattori che per i Simonton possono indurre l'inversione del processo che ha portato alla malattia.

I punti salienti esposti in *Getting well again* (Simonton, Matthews-Simonton e Creighton, 1992) sono:

- identificazione degli *stressor*;
- esame dei vantaggi della malattia;
- rilassamento e visualizzazione di immagini mentali:
 - creare immagini mentali positive;
 - disegnare le immagini positive su di un foglio;
 - superare il risentimento e la rabbia che si prova;
 - pianificare le tappe e gli obiettivi della propria vita futura;
 - scoprire il proprio consigliere interiore;
 - apprendere nuove modalità per fronteggiare il dolore.
- accompagnare la terapia con l'esercizio fisico;
- superare la paura delle ricadute con immagini specifiche.

Tutte le immagini sono create *ad hoc* per ogni paziente oncologico, ma sono concepite secondo il seguente canovaccio (Pelton, 1994):

- le cellule del cancro sono deboli e confuse, e dovrebbero essere immaginate come qualcosa che potrebbe cadere a pezzi ed infrangersi;
- il trattamento è forte e potente;
- le cellule sane non hanno difficoltà a riparare qualunque danno leggero provocato dal trattamento;
- c'è un'armata di differenti tipi di globuli bianchi che sovrasteranno le cellule del cancro;
- i globuli bianchi sono aggressivi e vogliono cercare ed attaccare le cellule del cancro;
- le cellule del cancro morte sono espulse fuori dal corpo;
- la sessione di immaginazione termina con una storia che si conclude col paziente in salute e libero dal cancro;
- il paziente si visualizza mentre raggiunge i suoi obiettivi e soddisfa i propositi della sua vita.

La Terapia di LeShan

LeShan, nel già citato testo *Cancer As a Turning Point: A Handbook for People with Cancer, Their Families, and Health Professionals* (1994) modifica il *setting* classico della terapia analitica per creare nel soggetto la percezione di controllare la propria vita: terapeuta e paziente programmano insieme, ad esempio, gli orari e le tempistiche delle sedute.

L'elemento centrale di tale approccio è la consapevolezza di poter riprendere il controllo della propria vita: per molti pazienti questa idea significa ristrutturare il proprio modo di relazionarsi con gli altri e adottare una nuova filosofia di vita.

La consapevolezza di tale possibilità permette di far affiorare le resistenze psicologiche e le motivazioni inconsce che si oppongono al nuovo progetto esistenziale. Resistenze e motivazioni che sono analizzate con le metodiche psicoanalitiche classiche: il terapeuta invita il paziente ad elencare i ricordi migliori, i più felici, ed i peggiori, instradandolo verso la comprensione della relazione tra quelli e la sua personalità.

In un momento successivo, il terapeuta formulerà domande specifiche finalizzate ad esplorare queste dimensioni ed a comprendere la specificità della persona che ha di fronte, come voglia vivere la propria vita e *come vorrebbe adattare il mondo a sé e non sé al mondo* (Grassi, 2009).

L'obiettivo fondamentale di tale metodica è far acquisire al paziente questo messaggio: *non preoccuparti di cosa il mondo voglia da te, preoccupati di cosa tu vuoi dal mondo.*

Meaningful Life Therapy

La *Meaningful Life Therapy* o *Ikigai Ryoho* è stata proposta dal *legendario* medico giapponese Jinro Itami che, unendo insieme tecniche psicologiche eterogenee per contesto e cultura di riferimento, ha prodotto

un metodo ausiliario per il trattamento del cancro con profondi effetti sulla vita dei pazienti oncologici. Le uniche descrizioni di questo metodo ci giungono grazie all'articolo David K. Reynolds (Reynolds, 1989) che utilizza come fonti alcune interviste ai primi pazienti trattati con questo metodo, videoregistrazioni e diverse edizioni della *newsletter Ikigai Tsushin (ibidem)*. Ciò che si descrive di seguito è la sintesi dell'articolo di Reynolds.

La teoria si rifà esplicitamente alla *Morita Therapy* (Reynolds 1976, 1984): per questa teoria i sentimenti sono considerati un fenomeno naturale e sono guidati nella loro espressione dal carattere individuale del soggetto, dalla sua storia personale e dalle circostanze che li elicitano.

La paura della morte e l'ansia che ne deriva, che sono così presenti nei malati neoplastici, non sono solo aspetti normali per la MLT ma anzi debbono essere considerati nella loro valenza benefica; l'idea della morte, infatti, spinge con forza a guardare la vita, ed è importante non morire soli, perché è centrale l'idea di sostenersi e soffrire insieme.

Con la capacità di guardare la morte, è possibile prendere provvedimenti per la propria salvaguardia, si può usare il proprio tempo nel miglior modo possibile e si può trovare la forza per abbandonare abitudini dannose per la propria salute: tutto ciò spinti dalla paura di morire.

In tal senso, dunque, gli sforzi per eliminare la paura associata alla diagnosi di cancro sono senza senso, e quindi inutili. La paura di morire è incomfortabile, ma è anche adattiva. Si aiuta il paziente ad esserne consapevole, arrivando a mostrare un'apertura positiva, senza eliminare completamente la paura, ma eliminando solamente gli aspetti negativi che essa può causare in lui.

L'assunto della MLT si può riassumere così: *non è necessario che un individuo trovi uno scopo nella vita per poi agire, bensì che definisca piuttosto come debba agire per potersi creare uno scopo che dia senso alla vita stessa.*

I principi base della MLT sono:

- 1) essere se stessi i medici nella lotta contro la malattia;
- 2) impiegare tutte le proprie forze per raggiungere uno scopo in ognuno dei propri giorni;
- 3) fare il più possibile azioni utili per gli altri;
- 4) abituarsi a vivere con l'angoscia e la paura della morte;
- 5) qualsiasi cosa succeda, essere pronti a reagire positivamente di fronte alla realtà.

Lottando totalmente contro il cancro, il malato realizza la propria ragione di vivere e si muove elaborando quattro fasi: io soffro; io riconosco che altri soffrono e combattono come me contro il cancro; io accetto la realtà della malattia e del bisogno di combatterla; io riconosco la mia capacità di vivere pienamente e profondamente con i limiti reali imposti dalla malattia.

Seguendo questo percorso ed aderendo ai principi base il paziente nel tempo comincerà a notare come i suoi sforzi non solo modificano la sua esperienza della malattia ma anche come ciò impatti nell' ambiente sociale, medico, e delle scienze umane.

I pazienti, mentre si sforzano per prolungare ed incrementare la qualità della propria vita, danno anche un grande contributo agli altri che li circondano ed entrano in contatto con loro.

Mentre gli ultimi giorni si avvicinano il senso della vita tende sempre più ad aumentare. Ogni giorno essi incontrano nuovamente il tema dell'accettazione della realtà, che però non si deve confondere con la passività: devono accettare il cancro e combatterlo, vedere i limiti che la malattia impone e forzarli per quanto possibile.

L'orientamento che la MLT ha nei confronti della morte si può sintetizzare in quattro punti;

- 1) bisogna accettare l'inevitabilità della morte;

2) è impossibile eliminare la naturale paura che fa insorgere la possibilità di morire; ma si convivere con essa;

3) dietro la paura della morte, si nasconde un forte desiderio di vivere una vita completa e soddisfacente:

4) la paura non deve fare in modo che la vita divenga senza senso, perché si può vivere ogni giorno cercando di fare bene tutto ciò che si pensa possa essere fatto.

Un esempio dei risultati ottenuti dai pazienti del Prof. Itami è descritto in un articolo di La Repubblica del 25 agosto del 1987, in cui si descrive l'impresa di sette giapponesi che hanno scalato il monte Bianco, nonostante affetti dalla malattia oncologica e con un'aspettativa di vita molto ridotta: *Siamo stanchi, siamo molto felici. Ce l'abbiamo fatta per noi vuol dire molto, essere arrivati in cima al Monte Bianco. Significa lottare. Lottare contro la natura, ma soprattutto contro il nostro male.*

Capitolo II - Definizione dello strumento: che cosa è l'Ipnosi

Si considera qui l'ipnosi in qualità di strumento clinico a disposizione dell'operatore sanitario nella sua quotidianità professionale, non specificamente legata ad un unico quadro teorico psicologico o psicobiologico (Granone P., 2015; Granone P., Siciliani, Granone P.L., Nesci, 2016). Tale scelta concettuale ne permette la utilizzazione scevra di possibili polemiche e fraintendimenti nell'ambito di percorsi di stampo psicoterapico o psicoanalitico.

Data la poliedricità dello strumento, diversi studiosi e personalità che hanno fatto dell'ipnosi un elemento cardine del proprio lavoro si sono impegnati nella sua definizione, ancora non univoca. Si considera pertanto utile, oltre che necessario, riportare alcune definizioni per chiarire il dinamismo che caratterizza il panorama, vasto ed internazionale, che figura da scenario.

Secondo Crasilneck e Hall, *l'ipnosi è uno stato di coscienza alterato. È caratterizzata dall'accresciuta capacità di effettuare mutamenti auspicabili nelle abitudini, nelle motivazioni, nell'immagine di sé e nello stile di vita. Aggiungono inoltre che si possono produrre alterazioni in funzioni fisiologiche, come il dolore, normalmente inaccessibili all'influenza psicologica* (Crasilneck e Hall, 1977).

La definizione di Crasilneck e Hall risulta ad oggi parziale e fuorviante: la critica che, *in primis*, le si può rivolgere è di concepire l'ipnosi come stato di coscienza alterato e non modificato. L'attribuzione di questa prima caratteristica creerebbe la convinzione, erronea, che l'ipnosi sia paragonabile per effetti all'assunzione di sostanze stupefacenti quali i derivati dall'oppio o altro.

La seconda critica riguarda l'associare lo strumento allo stato di coscienza: è sicuramente più opportuno intendere l'ipnosi come uno *strumento* utile, e a volte necessario, per raggiungere lo stato ipnotico o *trance*; uno stato fisiologico naturale ed unico, individuabile tramite gli appositi esami (EEG, risonanza magnetica funzionale), differente per attivazione di aree cerebrali dallo stato di Veglia e da quello di Sonno.

Franco Granone (Granone, 1989) diede una definizione che distingueva altresì l'ipnotismo dall'ipnosi.

Per ipnotismo intendeva la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore.

Definiva, invece, l'ipnosi come la semplice sintomatologia ipnotica, come sindrome a se stante ed avulsa, in certo qual modo, dall'operatore.

Nel presente lavoro l'ipnosi sarà definita in qualità di strumento finalizzato ad indurre uno stato di *trance* nel paziente, durante il quale questi possa usare le proprie risorse al fine di rilassarsi, concentrarsi e focalizzare la propria attenzione su di un obiettivo stabilito con l'operatore.

Per *trance* si definisce uno stato di coscienza differente da quello di veglia e da quello di sonno, distinguibile da questi a livello di attività neuronale per valori differenti di attività delle onde θ . Si possono anche constatare diminuzione dell'attività dell'amigdala, aumento dell'attività da parte dell'ippocampo, aumento dell'attivazione del corpo calloso e dell'attività di entrambi gli emisferi sinistro e destro, nonché dalla zona frontale a quella occipitale, cambiamento di volume del *rostrum* nella parte occipitale del corpo calloso.

Grazie ai numerosi studi dovuti all'ingegno ed alla curiosità scientifica dei ricercatori, ad oggi si è ancor più consapevoli delle potenzialità di uno strumento basato sulla capacità di comunicare e rapportarsi col paziente.

Si può distinguere, a seconda dell'operatore, l'ipnosi etero-indotta da quella auto-indotta, definita autoipnosi: uno strumento di autoinduzione allo stato di *trance* che è possibile usare autonomamente tramite l'acquisizione di particolari tecniche o naturalmente, a diversi gradi di consapevolezza.

Il processo di induzione ipnotica è qui il protocollo protratto con la finalità di condurre il paziente dallo stato di veglia allo stato di *trance*.

Questo processo può essere condotto con l'ausilio o l'adozione di diverse tecniche ipnotiche, classificate principalmente a seconda dell'uso o meno della componente verbale.

Le suggestioni sono intese in quanto *medium* operativo per la pratica delle tecniche di induzione ipnotica.

Per completezza si cita anche la definizione di ipnosi di Arone Di Bertolino che la intende come uno stato mentale naturale, diverso dagli stati di veglia o di sonno, in cui la recettività a stimoli estero-cettivi e propriocettivi è dissimile nella elaborazione e nelle possibilità di realizzazione (Di Bertolino R.A., 2012). Tale stato si può sviluppare in modo etero-indotto nelle prassi induttive: è un processo di apprendimento attuato a molteplici livelli intrapsichici e di comunicazione. Lo stato mentale di ipnosi etero/indotto consente allo psicologo di influire sulle condizioni del paziente nelle sue diverse dimensioni.

Herbert Spiegel (Spiegel e Spiegel, 2002) definiva in tal modo l'esperienza ipnotica: *The hypnotic experience is characterized by an ability to sustain a state of attentive, receptive, intense focal concentration with diminished peripheral awareness in response to a signal.*

Hypnosis is a function of the alert individual who uses his or her capacity for maximal involvement with one point in space and time, thereby minimizing his or her involvement with other points in space and time. The

hypnotized person is not asleep, but awake and alert. There are three main components to hypnosis: absorption, dissociation, and suggestibility.

Capitolo III – Aree di applicazione dell'ipnosi in Psico-oncologia

Ci si propone in questo capitolo di esporre alcuni protocolli di intervento utilizzabili nelle varie tappe del percorso oncologico. Saranno quindi organizzati dei possibili *script* per addestrare il paziente a gestire alcune sintomatologie. Si precisa anche che, l'insieme di queste immagini e metafore, sono raccolte da altri autori che le hanno già sperimentate durante i loro lavori. È naturalmente d'uopo sottolineare come la scelta della suggestione concordata col paziente possa avere un valore terapeutico maggiore.

Il dolore oncologico

La tematica del dolore affonda le sue radici ancor prima della nascita dell'umanità, come ci ricorda Esiodo, che tra i figli di Eride, dea della discordia, descrive le *ἄλγεα*, i dolori, cariche di sofferenza.

Grazie al dolore, la specie è riuscita ad evolversi, a sopravvivere ed a riprodursi fino ad oggi.

Il dolore e l'esperienza dolorosa sono aspetti importanti della condizione umana: oltre ad insegnare a non ripetere o commettere azioni potenzialmente pericolose, sono un importante riferimento sintomatologico nei vari inquadramenti clinici organici e psicologici.

Considerata l'importanza semeiotica del dolore, seguendo le indicazioni del Ministero della Sanità e dell'OMS, si illustrano le tecniche di diversi autori per suggerire un possibile protocollo di alleviamento di ansia e dolore tramite l'ipnosi⁶ per pazienti sottoposti a percorsi radioterapici, chemioterapici o degenti sottoposti a interventi chirurgici.

Definizione di dolore

Si assume come definizione di dolore quella della ***International Association for the Study of Pain***:

“Un’esperienza emotiva o sensoriale sgradevole con effettivo o potenziale danno tessutale, o riferita come tale. Il dolore è sempre soggettivo. Ognuno impara l’applicazione di questa parola da esperienze legate a fatti negativi nella prima parte della sua vita. È indubbiamente una sensazione che riguarda una parte del corpo, ma è anche sgradevole e quindi

⁶ Per citarne alcuni:

Abdeshahi S.K., Hashemipour M.A., Mesgarzadeh V., Shahidi Payam A., Halaj Monfared A. (2013). *Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study. J Craniomaxillofac Surg. 2013 Jun;41(4):310-5. doi: 10.1016/j.jcms.2012.10.009. Epub 2012 Dec 14.*

Catoire P., Delaunay L., Dannappel T., Baracchini D., Marcadet-Fredet S., Moreau O., Pacaud L., Przyrowski D., Marret E. (2013). *Hypnosis versus diazepam for embryo transfer: a randomized controlled study. Am J Clin Hypn. 2013 Apr;55(4):378-86.*

Facco E., Pasquali S., Zanette G., Casiglia E. (2013). *Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. Anaesthesia. 2013 Sep;68(9):961-5. doi: 10.1111/anae.12251. Epub 2013 Jul 12.*

un'esperienza emotiva. Molte persone dicono di aver dolore anche senza danni tissutali o alcuna causa fisiopatologica. Non v'è alcun modo per discernere quest'esperienza da quella dovuta a danno tissutale, partendo da quanto riferiscono" (IASP, 1979, 1994).

Si integra questa definizione con le indicazioni del **Ministero della Sanità**:

A livello clinico, il dolore è un sintomo trasversale e frequente: spesso segnale importante per la diagnosi iniziale di malattia, fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative durante il decorso, innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta. E' fra tutti il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e più angoschia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita.

Componente psicologica del dolore

In chiave evoluzionistica (Wall, 1999; Hadjistavropoulos, Craig, 2004), il dolore è considerato come un meccanismo di difesa, adattivo, che permette una risposta pronta ad uno stimolo interno od esterno potenzialmente nocivo e la conseguente attuazione del comportamento più adeguato per affrontare la situazione.

Per dolore si intendono, dunque, gli aspetti emozionali, motivazionali, affettivi e sentimentali soggettivi, come dimostrato dal coinvolgimento del

sistema limbico e delle regioni della *neocortex*, ed allo stesso tempo l'apprendimento ed il *feedback* provenienti dal proprio ambiente socio-culturale,

Altro aspetto importante è la previsione e l'aspettativa di dolore che può influire negativamente sulla esperienza dolorosa del paziente, provocando paura, pensieri ansiogeni e ansia, panico, depressione e comportamenti conseguenti, nonché altre problematiche connesse col proprio vissuto.

La specifica di questo aspetto psicologico consente di comprendere meglio la sensazione dolorifica indipendente dall'attivazione oggettiva dei recettori nocicettivi ed a chiarire la possibilità applicativa dell'ipnosi non solo relativamente a trattamenti per il dolore cronico, ma anche per il dolore acuto.

I risultati ottenuti negli studi correlati offrono una base importante per la pianificazione di un percorso in ipnosi volto alla gestione del dolore acuto in ospedale, come dimostra l'interesse che si registra nella letteratura scientifica anche riguardo all'ipnosi in anestesia. D'altronde, la proliferazione di studi in merito al trattamento del dolore risale ai primi del Novecento (Gerrish, 1909) e continua sino ad oggi (Zemmoura & al., 2015).

Casi particolari in cui non è possibile l'utilizzazione di farmaci

In casi particolari, ad esempio in soggetti pseudo-allergici o allergici, non possono essere somministrati i comuni farmaci protocollati per il trattamento antidolorifico, né rimedi alternativi naturali.

Queste situazioni sono comuni anche ad altre tipologie di farmaci, tra i quali gli antibiotici e persino l'acido acetil-salicinico.

Le reazioni allergiche possono variare per manifestazione e gravità, da una lieve orticaria, ad un attacco d'asma, fino allo *shock anafilattico*.

Quando il paziente già conosce le proprie allergie, la prevenzione è immediata e la scelta del farmaco adeguato non si presenta problematica eccezion fatta quando il soggetto sia allergico a tutti i farmaci protocollati.

In altri casi, la terapia farmacologica che il paziente deve seguire non permette l'assunzione di altri farmaci.

Laddove i pazienti incorrano nell'una o nell'altra situazione, il trattamento in ipnosi si presenta come una soluzione adeguata e senza effetti collaterali.

Paul Sacerdote

Un autore che si è particolarmente occupato di questo aspetto è Paul Sacerdote (1966, 1967). Nel capitolo ***Techniques of Hypnotic Intervention with Pain Patients*** (in Barber e Adrian, 1982), l'autore sostiene che il malato può essere in grado di superare la soglia del dolore attraverso

l'intervento terapeutico. L'approccio di Sacerdote si fonda sulla possibilità che i pazienti siano o divengano consapevoli di poter intervenire sul proprio corpo e sui seguenti apprendimenti da effettuare in ipnosi:

- 1) percezione selettiva: si percepisce ciò che ci si aspetta di percepire;
- 2) reinterpretazione dei segnali: gli stimoli solitamente codificati come "dolore" possono essere interpretati come qualcosa di differente dal dolore;
- 3) dissociazione corporea parziale o totale: nel primo caso la parte del corpo che provoca dolore deve cessare gradualmente di far parte della persona; nella dissociazione corporea totale, invece, al paziente si insegna ad immaginare in ipnosi di abbandonare il proprio corpo malato. Secondo Sacerdote, le tecniche allucinatorie da lui suggerite possono fornire all'individuo la possibilità di staccarsi dall'ambiente e dal corpo reali e di incanalarsi verso nuove esperienze, come potrebbero essere la regressione o la progressione temporale, ossia l'opportunità di immaginare e visualizzare se stesso in particolari momenti antecedenti o successivi all'insorgenza della malattia neoplastica;
- 4) amnesia parziale o totale nell'elaborazione dell'informazione-dolore: partendo dall'assunto che il ricordo è fondamentale per definire particolari percezioni come il dolore, Sacerdote suggerisce di creare una sorta di amnesia per quanto riguarda l'associazione stimolo-risposta di tipo dolorifico;

5) distorsione temporale: il tempo può essere orientato verso il passato o verso il futuro con la finalità, in questo specifico caso, di elaborare nuovi significati del concetto di morte.

Una ulteriore strategia si basa sull'induzione ipnotica dei sogni nei quali il soggetto giunge a proiettare le sue ansie e le sue paure.

Noyes

Noyes (1981), altro autore che si occupa della gestione del dolore, suggerisce di affiancare ai trattamenti farmacologici interventi psicologici basati su terapie di sostegno, di rilassamento e sull'ipnosi. L'autore si sofferma sui connotati psicologici del dolore, evidenziandone l'aspetto comunicativo e relazionale. Noyes, inoltre, analizza l'ansia e la depressione correlate all'espressione del dolore; a questo proposito, suggerisce interventi psicoterapeutici focalizzati sull'esperienza critica che il paziente sta vivendo, tecniche di rilassamento utili a ridurre l'ansia e ad aumentare la sensazione di attiva partecipazione al trattamento, e tecniche ipnotiche particolarmente orientate al controllo del dolore. Noyes ricorda, inoltre, i lavori di Butler (1954), di Lee, Ware e Monroe (1960) e di Cangello (1961), dai quali emerge una stretta correlazione tra profondità dell'ipnosi e possibilità di diminuzione delle sensazioni dolorifiche. Tutti questi lavori, comunque, come ricorda anche Finer (1979), vanno presi con una certa cautela: infatti per la maggior parte di essi manca la possibilità di

verificare, sulla base di studi controllati, la reale efficacia dell'intervento ipnotico nella riduzione del dolore.

Hilgard e LeBaron, l'ipnosi in pediatria oncologica

Hilgard e LeBaron (1987) si occupano dell'ipnosi applicata a bambini affetti da cancro e sottoposti al trapianto di midollo. Questo tipo di intervento mostra, secondo gli autori, una certa utilità nell'alleviare l'ansia e il dolore relativi all'intervento specifico e alla malattia in generale. La tecnica ipnotica viene inoltre applicata a pazienti in fase terminale. Hilgard e LeBaron sostengono, infatti, che l'ipnosi può essere impiegata per favorire l'elaborazione di immagini mentali che consentano di affrontare in modo positivo l'esperienza della morte.

Franco Granone

Franco Granone (1985) si è interessato all'applicazione dell'ipnosi nel corso degli interventi contro il cancro, suggerendone diverse possibili utilizzazioni, che variano dalla riduzione del dolore sino all'intervento sul sistema endocrinologico, direttamente coinvolto nel processo neoplastico. Granone mette a punto una strategia che parte dall'indagine della personalità istintivo-affettiva dei pazienti. L'obiettivo, in questa fase, è modificare i *set patologici che sottostanno ad alcuni comportamenti distruttivi degli ammalati cronici*. In questo modo, l'autore propone una lettura globale della neoplasia che non tralascia la rilevanza dei fattori

psicologici, come sembra invece avvenire in molti interventi terapeutici in ipnosi che paiono essere orientati quasi esclusivamente al sintomo.

Un intervento simile a quello suggerito da Granone è stato effettuato da Goldberg (1985a). Questo autore ipotizza che l'intervento ipnotico può ridurre la sensazione di *stress* e, quindi, agire direttamente sugli effetti immunodepressivi dei corticosteroidi adrenalinici. In una seconda ricerca, Goldberg (1985b) sottolinea come le tecniche di visualizzazione ipnotiche, già adottate dai Simonton, riescano a determinare il miglioramento della funzione del sistema immunitario.

H. Spiegel, D. Spiegel: il trattamento dell'Ansia e dei Disturbi dell'umore correlati al Dolore

Quanto segue è una citazione dal libro *Trance and Treatment* (2005):

Ansia e depressione sono spesso associate ad un profondo senso di impotenza e sono spesso notate in concomitanza con il dolore (Evans, Staab et al., 1999; Chochinov 2001; Spiegel, 1996; Spiegel, Sands et al. 1994); (McDaniel and Nemeroff 1993); (Spiegel 1987; Massie and Holland 1990); (Massie and Holland 1987); (Kiecolt-Glaser and Williams 1987); (Hendler 1984). (Chochinov 2001) Mentre i primi lavori implicavano che i pazienti con psicopatologia lamentavano più dolore (Woodforde and Fielding 1970; Bond 1973; Blumer, Zorick et al. 1982), una ricerca successiva suggerisce che ci sia un'interazione e che forse il dolore cronico amplifichi o produca depressione (Woodforde and Fielding

1970; Spiegel and Sands 1988). Infatti, la presenza di un dolore significativo nei pazienti oncologici è più fortemente correlata con sintomi di depressione maggiore rispetto a una precedente storia di depressione (Spiegel and Sands 1988).

In accordo con Damasio (Damasio 1999), il dolore non è un sinonimo di emozione. Piuttosto risulterebbe essere uno stato di disfunzione locale in un tessuto vivo, la conseguenza di uno stimolo – un danno tissutale imminente o attuale – che causi la sensazione di dolore ma anche causi delle risposte adattive come i riflessi e potrebbe anche indurre emozioni da solo. In altre parole, le emozioni possono essere causate dallo stesso stimolo che causa il dolore, ma sono risultati differenti della stessa causa. Conseguentemente, noi possiamo venire a conoscenza di avere dolore e che stiamo vivendo un'emozione ad esso associata, a condizione di essere coscienti.

La depressione è la diagnosi psichiatrica più frequente nella popolazione di pazienti con dolore cronico. Report di depressione nella popolazione con dolore cronico varia da 10% a 87% (Dworkin, Von Korff et al. 1990). Si è riscontrato che i pazienti con due o più condizioni di dolore sono sostanzialmente più a rischio per una diagnosi di depressione maggiore, laddove questi pazienti con una sola condizione non hanno dimostrato un'elevazione nel punteggio di disturbo dell'umore in un campione significativo dei pazienti in carico presso l'health maintenance organization (HMO). La relativa gravità della depressione osservata nei

pazienti con dolore cronico è descritta dalle scoperte di Katon e al. (Katon and Sullivan 1990) che dimostrano che il 32% di un campione di 37 pazienti con dolore corrispondeva ai criteri della depressione maggiore e che il 43% aveva avuto almeno un episodio di depressione maggiore.

L'ansia è anche specialmente comune tra chi soffre di dolore cronico. Come per la depressione, potrebbe trattarsi di una risposta appropriata ad un trauma serio a causa di un danno o di una malattia. Il dolore potrebbe avere la funzione di segnale o essere parte di una preoccupazione ansiosa come nel caso della donna con sarcoma precedentemente citata. Similmente, l'ansietà e il dolore potrebbero rinforzarsi, intensificandosi per l'effetto palla di neve (effetto valanga n.d.T.) e rinforzando mutualmente i sintomi centrali e periferici.

Il dolore si verifica nei contesti psicofisiologici che possono o esacerbare o diminuirlo (Magid 2000). Il dolore solitamente si verifica all'interno del contesto di un distress di una minaccia soggettiva ed esistenziale in compresenza con una grave malattia medica o trauma. L'esperienza dolorosa rappresenta la combinazione di un danno tissutale e della reazione emotiva ad esso. Esiste un'ampia evidenza che suggerisce che i fattori psicologici influenzino grandemente l'esperienza del dolore sia in positivo che in negativo. Uno dei fattori critici che amplifica o diminuisce il dolore è il senso di impotenza che lo circonda. L'impotenza è l'elemento chiave sottostante all'intensità delle reazioni al trauma (Koller, Marmar et al. 1992) (Spiegel 1989; Butler, Duran et al. 1996). Questo dato costituisce

anche un'opportunità terapeutica: molti pazienti riportano che troverebbero il loro dolore tollerabile se potessero anche solo parzialmente modularlo. Il desiderio di controllo è una delle componenti critiche della gestione del dolore.

Secondo Spiegel l'ipnosi e le tecniche assimilabili funzionano attraverso due meccanismi principali: il rilassamento fisico e la combinazione di alterazioni percettive e distrazioni cognitive. Non è raro che il dolore sia accompagnato da tensione muscolare reattiva. I pazienti ingessano le parti del corpo danneggiate. Tuttavia poiché la tensione muscolare potrebbe essere essa stessa la causa del dolore in un tessuto sano e poiché la trazione di una parte sofferente del corpo potrebbe produrre più dolore, le tecniche che inducono un rilassamento fisico maggiore possono ridurre il dolore periferico. Perciò, indurre nel paziente uno stato di ipnosi affinché possa concentrarsi su di un'immagine di rilassamento corporeo come il galleggiamento o la leggerezza spesso produce rilassamento fisico e riduce il dolore.

La seconda grande componente dell'analgesia ipnotica è l'alterazione percettiva. I pazienti possono essere addestrati ad immaginare che la parte del corpo dolorante sia intorpidita. Ciò è particolarmente utile per gli individui con un alto grado di ipnotizzabilità che possono, ad esempio, rivivere un'esperienza di anestesia dentale e riprodurre le sensazioni di intorpidimento indotte dall'anestetico sulla loro guancia, che possono poi trasferire nella parte del corpo dolorante. Possono anche semplicemente

spegnere la percezione del dolore con una sorprendente efficacia (Miller, Bowers et al. 1993; Hargadon, Bowers et al. 1995). Le metafore della temperatura sono particolarmente utili, questo perché non è sorprendente visto che dolore e sensazioni legate alla temperatura sono parte dello stesso sistema sensoriale, il tratto laterale spino-talamico. Così immaginare che una parte del corpo dolorante sia più fresca o più calda usando la metafora di immergerla nell'acqua ghiacciata o di scaldarsi sotto al sole spesso aiuta i pazienti a trasformare la loro percezione dei segnali del dolore. Alcuni pazienti preferiscono immaginare che il dolore sia una sostanza con dimensioni che possono essere spostate o che possono fluire fuori dal corpo come se fosse un liquido viscoso. Ad altri piace immaginare che possono uscire dal loro corpo e, per esempio, visitare un'altra stanza nella loro casa. Con individui con un'ipnotizzabilità minore spesso funzionano meglio tecniche di distrazione che aiutano a focalizzarsi su sensazioni competitive in altre parti del corpo.

La tecnica specifica utilizzata potrebbe anche essere rifinita in base al grado di ipnotizzabilità e delle specifiche abilità ipnotiche del soggetto. Per esempio, la maggior parte dei pazienti può essere insegnato per sviluppare una sensazione confortevole di galleggiamento sulla parte del corpo dolorante. Individui con alta ipnotizzabilità possono semplicemente immaginare di essere stati anestetizzati con della Novocaina con uso locale, producendo una sensazione di formicolio e intorpidimento simili a quelle sperimentate precedentemente dall'odontoiatra. Altri pazienti

potrebbero preferire spostare il dolore in un'altra parte del corpo, o dissociare la parte dolorante dal resto del corpo. Alcuni pazienti potrebbero immaginare, in una situazione dissociativa controllata indotta da un'ipnosi molto profonda, di galleggiare al di fuori del loro corpo, creando così una distanza tra loro stessi e la sensazione o l'esperienza di dolore. Per soggetti con una ipnotizzabilità moderata potrebbe essere più semplice focalizzarsi sul cambio di temperatura, o di tepore o di freschezza. Una sensazione di tepore potrebbe essere suscitata immaginando di galleggiare in un bagno caldo o di applicare un impacco caldo in un'area specifica del corpo. Una sensazione di freschezza può essere suscitata immaginando che l'estremità affetta sia immersa in una sorgente di montagna di acqua fresca o in un secchio di cubetti di ghiaccio.

La scelta delle immagini o delle metafore usate per la gestione e il controllo del dolore rispetta alcuni principi generali. Il primo è che l'immagine controllate con l'ipnosi dovrebbe servire a distinguere il danno dal dolore. L'immagine potrebbe anche aiutare a trasformare l'esperienza del dolore. Il paziente è addestrato ad ammettere che il dolore esiste, ma che esiste una differenza tra lo stimolo nocicettivo in sé e il disagio che provoca lo stimolo nocicettivo. L'esperienza ipnotica, che i pazienti creano e controllano, li aiuta a trasformare questo impulso in uno meno spiacevole. Così i pazienti ampliano le loro opzioni percettive. Inizialmente sperimentano il dolore in una condizione dicotomica c'è o non c'è.

Successivamente imparano una terza opzione, per la quale il dolore c'è ma è stato trasformato grazie alla compresenza di situazioni competitive antagoniste come sensazioni di formicolio, intorpidimento, tepore o freschezza. Infine viene insegnato ai pazienti a non combattere con il dolore. Combattere con il dolore focalizza ulteriormente l'attenzione sul dolore, incrementando la relativa frustrazione, l'ansia e la depressione, ed aumenta la tensione fisica che può letteralmente "mettere in trazione" le parti del corpo doloranti e quindi intensificare il segnale di dolore periferico. Vale la pena di notare che alcune ricerche mostrano che, specialmente tra individui con un grado di ipnotizzabilità elevato, le immagini anti-dolore e il senso di controllo non agiscono direttamente sull'intensificazione dell'analgesia ipnotica, almeno per ciò che riguarda la situazione sperimentale (Hargadon, Bowers et al. 1995). De Pascalis (De Pascalis, Magurano et al. 1999) ha, però, dimostrato che la riduzione dell'ampiezza somato-sensoriale è stata maggiore durante l'analgesia ipnotica focalizzata piuttosto che nelle immagini dissociative. Uno degli aspetti gratificanti di utilizzare l'ipnosi nel trattamento del dolore, oltre alla probabilità di ottenere dei risultati positivi, è la possibilità di avere un feedback immediato da parte del paziente e del terapeuta per calibrare ed ottimizzare da subito lo strumento. Pertanto l'analgesia ipnotica è un trattamento che fornisce costantemente opportunità sia al paziente che al terapeuta per imparare dall'esperienza, provando nuovi metodi e imparando sperimentandoli con valutazioni in itinere.

Smettere di fumare per migliorare la qualità di vita del paziente oncologico

Le problematiche relative al cancro non si esauriscono esclusivamente nell'insieme di sintomi e disturbi provocati dalla malattia. Possono comparire, infatti, una serie di comportamenti e di cattive abitudini che, prolungandosi nel tempo, favoriscono l'insorgere della malattia oncologica. In particolare, una delle abitudini più nocive e dannose per la salute umana è il tabagismo.

Come ricordato precedentemente, già dalla fine del 1700 era stata segnalata la correlazione tra alcuni tipi di pratiche relative al tabacco e la manifestazione cancerosa. Da allora, a fianco di una lotta politica durata secoli e definitivamente affermata solo nel 1997 negli Stati Uniti, con una sentenza storica ai danni di 4 delle maggiori case produttrici di tabacco da fumo e di sigarette, numerose sono state le campagne di sensibilizzazione ad opera di Associazioni mediche ed attivisti.

Ciononostante, la dipendenza da fumo miete continuamente vittime, al pari dell'alcool. L'abuso o l'uso continuo di queste due sostanze, infatti, sono correlati con diversi tipi di tumori maligni ai polmoni, trachea, esofago e fegato.

Risulta chiaro, dunque, che a fronte di qualsiasi intervento medico sin qui trattato (chemioterapia, radioterapia, chirurgia) sia necessario un percorso rapido di disassuefazione da queste sostanze con interventi mirati. Pertanto, strumento principe per questo tipo di interventi risulta l'ipnosi.

La letteratura scientifica in merito è vastissima e la pratica di questo tipo di intervento è ormai nota e quotidiana nello studio clinico.

Franco Granone: l'ipnositerapia nella disassuefazione dei tabagisti

Di seguito si riporta un estratto dal Trattato di ipnosi di Granone (1989) per ciò che riguarda la disassuefazione dal tabacco nei tabagisti. La terapia svolta da Granone può essere inquadrata in un momento di prevenzione primaria rispetto alla formazione della neoplasia, ma può essere facilmente modificata per essere utilizzata con pazienti oncologici. In questo caso sarà sufficiente, ad esempio, sottolineare che smettere tale pratica potrà aiutarli a combattere la progressione del tumore o a prevenirne le recidive.

Modalità pratica di ipnosi terapia anti tabagica

Lei è piacevolmente rilassato, in questa confortevole situazione la sua attenzione, la concentrazione e la memoria, diventano sempre più polarizzate dalle mie parole in modo che queste possano incidere sì profondamente nella sua coscienza.

Mi ascolti e segua il mio ragionamento: Perché si fuma?

Fumare, può dirmi lei, è una questione di costume: la società lo approva, la pubblicità lo appoggia. In compagnia facilita le manifestazioni di cordialità, di apertura nel gruppo, di compartecipazione a gusti, ha problemi e interessi comuni.

Sappiamo che oggi fuma il 75% degli uomini e il 50% delle donne; gli sposati fumano più dei celibi, le donne nubili più di quelle coniugate.

Bene: Ma quando il fungo si trasforma in abitudine dannosa, irrefrenabile,

vera e propria tossicomania con fenomeni di dipendenza e assuefazione?

E perché ciò è avvenuto in lei?

Nella dannosa progressione del fumatore possiamo distinguere varie tappe.

La prima è quella che chiamiamo psicosociale, per cui il fumare è considerato un simbolo di forza e di affermazione, favorisce l'accettazione del fumatore, specie se giovane, nell'ambito del gruppo e ne anticipa l'età adulta.

La mente via una tappa senso motoria il fumatore si trova

gratificato da tutto ciò che accompagna il cerimoniale del fumo, dell'accendersi la sigaretta o prepararsi la pipa, guardare il fumo, la cenere, gustare le varie sensazioni olfattive, visive, gustative che esso provoca. Si ritorna, in un certo qual modo, alle prime manifestazioni infantili inconsce del godimento orale tattile, dato dalla sigaretta tenuta tra le labbra, arricchita dalla soddisfazione più consapevole del piacere ludico di seguire le volute del fumo; scaricando in esso la tensione emotiva, la noia, il bisogno di compensazioni. A tali gratificazioni si aggiunge l'azione farmacologica della nicotina, che agisce sul sistema nervoso vegetativo simpatico, il parasimpatico e su quello nervoso centrale, con una stimolazione Psico-eccitante immediata, ma brevissima. Questo breve effetto spinge il fumatore a ricercare nuove stimolazioni ad aspirare il fumo, con grave danno per il suo organismo.

Ricerca così il fumo stimolante per aiutare a pensare, a concentrarsi in attività intellettuale o manuale, e nelle situazioni stressanti.

Ricerca il fumo sedativo, si arriva al fumo droga per cui bisogna fumare per evitare le crisi di astinenza che compaiono ad intervalli sempre più brevi. A questo punto la nicotina, come una qualunque droga, crea la sua ennesima vittima, il suo schiavo devoto che non può più astenersi da lei. Si può infine arrivare anche al fumo automatico virgola compulsivo, durante il quale il fumatore non gode più nemmeno dei piaceri della sigaretta, ma vive nell'ansia continua di rimanere senza, e morte, quasi mangia la sigaretta che ha fra le labbra.

Molte persone, come abbiamo detto, cercano nella sigarette nel tabacco una spinta per lavorare meglio, per sedare l'ansia; né più né meno come alcuni drogati cercano nella droga il mezzo per risolvere i loro problemi o come gli alcolisti con il bicchiere di alcol credono di acquistare quella forza che a loro manca. Pericolosa illusione! Perché il bicchiere chiama il bicchiere, la droga chiama la droga, la sigaretta chiama la sigaretta, con un crescendo progressivo, costante, annichilente, per via della situazione che richiede dosi sempre maggiori di tossico per ottenere lo stesso effetto. Così alla fine ci si ritrova con in mano le armi della resistenza fisica e mentale distrutto e proprio le armi migliori, che devono servirci per la lotta della vita.

Ma quali sono le caratteristiche psichiche personali più frequenti che si rivelano in chi ha perso la libertà di astenersi dal fumo? Sono l'instabilità, irrequietezza, l'ansia nevrotica, spesso indice di problematiche profonde più o meno consce; sicché l'alcaloide nicotinico si inserisce in una specie di circuito di sicurezza ricercata dal tabagista come elemento di sostegno

al suo non valido equilibrio neuropsichico. Ed è per questo che non si può divezzare dal fumo, come dall'alcol e dalla droga, nessuna persona, se non si affrontano poi anche i suoi problemi esistenziali, non si suda la sua emotività e non lo si affranca dalla sua immaturità emozionale, che spesso si trascina sin dall'adolescenza.

Ascolti bene questo che le dico e si ricordi che l'ipnosi-terapia decondizionante avversativa contro il fumo che stiamo conducendo non è che la prima tappa di una psicoterapia che dovrà investire la sua personalità, in modo da ristrutturarla su basi più maturi nel senso da lei veramente voluto. Il divezzamento del fumo non è un gioco, né consiste semplicemente nel suscitare una suggestione negativa verso di esso. Ma per ora rimaniamo concentrati sugli effetti fisici e psichici del fumo, avendo già esaminato le modalità per cui da fumatori indulgenti ed occasionali si diventa tabagisti inveterati e malati.

Quali sono, di fatto gli effetti del fumo, e precisamente della nicotina sul nostro organismo?

È bene ricordare subito che il fumo di tabacco svolge la sua azione nociva a carico di diversi organi, sistemi e apparati non soltanto nel fumatore, ma anche di coloro che vivono e respirano nell'ambiente in cui si fuma. Anzi, il fumo non fumato, e quindi non filtrato, è più tossico del fumo fumato. Lo sanno bene i croupier, i camerieri che vivono molte ore locali affumicati, il cui tasso nicotinic nel sangue è elevato come se avessero fumato essi stessi. Le prime alterazioni patologiche provocate dal fumo di sigaretta si hanno a carico dell'apparato respiratorio: la mucosa faringea del fumatore

diventa iperemica ipertrofica e spesso coperto da un secreto denso e aderente. A livello bronchiale, le ciglia vibratili, deputate alla pulizia dei bronchi, rallentano la loro attività. Le particelle del tossico possono pertanto agire sulla mucosa bronchiale alterandone le cellule e le ghiandole, che aumentano la loro secrezione mucosa. Si instaura così il caratteristico quadro bronchitico cronico tipico del fumatore, che evolve successivamente verso forme di enfisema ed asmatiche. Persistendo lo stimolo nicotino, compaiono nelle cellule delle modificazioni irreversibili: queste cellule alterate e potenzialmente maligne possono rimanere quiescenti, ma, se lo stimolo irritativo prodotto dal fumo di tabacco continua, e se si moltiplicano e danno luogo alla comparsa del cancro (nel caso di un paziente oncologico sostituire con: hanno dato luogo alla comparsa del cancro).

Acido di carbonio e nicotina sono i principali responsabili dei danni a carico dell'apparato cardiocircolatorio.

La carbossiemoglobina, sempre aumentata nel sangue dei fumatori, insieme alla nicotina, provoca alterazioni endoteliali: La liberazione di catecolamine fa aumentare gli acidi grassi liberi e favorisce quindi il deposito di lipidi sulle pareti arteriose.

Il fumo inoltre, aumentando la coesione delle piastrine, favorisce la formazione di trombi.

L'azione vasocostrittrice del fumo di tabacco provoca carico del cuore tachiaritmia e alterazioni delle coronarie, che sono alla base della elevata frequenza dell' angina pectoris ed infarto del miocardio nei fumatori.

Per la sua azione vasocostrittrice sulle arterie periferiche e sui capillari il fumo influisce negativamente anche sulle arteriti, la più nota della quale è il morbo di Buerger, e sulla malattia di Raynaud.

Al fumo sono legate anche turbe gastrointestinali tramite meccanismi ad azione diretta e indiretta secondari, cioè ad effetti nervosi e circolatori.

Queste vanno dalla scialorrea, alle leucoplachie, alle gastriti, alle ulcere peptiche, ai quadri di colon irritabile.

Il rilasciamento dello sfintere pilorico, che si verifica anche dopo il fumo di una sola sigaretta, favorisce il reflusso nello stomaco del muco duodenale e sta alla base della comparsa dell'ulcera nei fumatori.

Sul sistema nervoso il fumo provoca manifestazioni tossiche sia a livello centrale che periferico.

Ricordiamo la comparsa della nevrite ottica retrobulbare, che si manifesta da prima con una diminuzione del visus e quindi con la comparsa di turbe cromatiche e della visione crepuscolare infine con ambliopia.

La nevrite dell'acustico è caratterizzata invece da ronzii fastidiosi, da diminuzione dell'udito e da turbe dell'equilibrio, a seconda delle fibre nervose coinvolte nel processo patologico.

Il fumo provoca inoltre una marcata diminuzione di acido ascorbico, una riduzione del tasso di vitamina B12 e anche alterazioni nella glicemia

Nella gestante il fumo svolge la sua azione aumentando i rischi della comparsa di eclampsia, favorendo la nascita di neonati deboli e poco sviluppati.

Il fumo abbrevia la durata della vita. Un'inchiesta ormai famosa condotta

alcuni anni orsono su 40.000 medici inglesi ha dimostrato che il tasso di mortalità tra i fumatori è stato superiore del 19% rispetto ai non fumatori. Altre inchieste epidemiologiche hanno permesso di rilevare che il tasso di mortalità rapportato a tutte le possibili cause di decesso è più elevato del 40% tra i fumatori fino a 10 sigarette quotidiane, del 70% tra fumatori tra le 10 e le 19 sigarette, del 120% per chi fuma oltre due pacchetti al giorno. Se si smettesse di fumare sigarette, l'incidenza del cancro del polmone sarebbe 8 volte inferiore a quella attuale.

Ma si può smettere di fumare?

Certo! C'è chi riesce a ridurre il consumo delle sigarette o anche a smettere di fumare definitivamente con la semplice forza di volontà.

Altri soggetti approfittano della comparsa di malattie intercorrenti, o presi dai timori legati alla maggiore incisività della propaganda anti fumo, per allontanarsi dal tossico.

Ma ciò ovviamente è realizzabile soltanto nei soggetti in cui la dipendenza dal fumo è di ordine psichico e non farmacologico.

Nella maggior parte dei fumatori, invece, il processo di disassuefazione presenta notevoli difficoltà.

Le difficoltà vengono vinte con le nostre tecniche di ipnosi che lei gradatamente imparerà, in modo da raggiungere un rilassamento sempre più profondo e un'avversione sempre più intensa.

E adesso lei ascolti. Lei respira sempre più profondo e più lento, come se dormisse, e ogni respiro susciterà il vento pure sempre più profondo intenso. uno... Respiri lento e lungo, due... Respiri lento e lungo, tre... E

così via... E adesso, man mano che il torpore cresce, lei si concentrerà su un recente episodio di smodato fumare, durante il quale, avendo diverse sigarette a disposizione, si è intossicato con il fumo. Le deve rivivere sensazioni di allora... Deve riviverle come se fossero attuali... Le sensazioni già vissute.

(pausa)

Più si isola e si concentra su quel ricordo, più quelle sensazioni diventano forti e intense; tanto intense da saturare completamente qualsiasi bisogno di fumare ancora...

(pausa)

Così saziato, è eliminato il bisogno di fumare ed avverte che il fumo di tabacco non solo le è indifferente, ma che le diventa addirittura insopportabile e disgustoso.

A questo punto, pertanto, le è possibile rendersi conto di tutta la sordità distruttrice insita nel pericoloso vizio di fumare e ricordare perfettamente quanto loro le ho esposto prima sugli effetti della nicotina, sino ad averne paura... sino ad averne paura.

La nicotina contenuta nel tabacco è uno dei più potenti veleni, come le ho detto, dei sistemi nervoso e circolatorio, che provoca il deterioramento progressivo della salute di tutte le più alte facoltà intellettuali. Si debilitano l'intelligenza, la memoria e la volontà. Contemporaneamente, i vasi sanguigni si restringono fino a provocare un infarto cardiaco, il gravissimo morbo di Buerger e di Raynaud, che produce, per l'arresto della circolazione sanguigna, una cancrena delle estremità che si potrà

arrestare solo amputando le dita e a volte l'intero arto.

Nella combustione della carta e del tabacco si sviluppano altri potenti veleni, come il benzopirene, causa del cancro dei fumatori, e l'ossido di carbonio, responsabile dell'intossicazione del sangue e delle cellule.

Preso atto di questi elementi devastatori del fumo, lei è ora in grado di immaginare e visualizzare se stesso, mentre si intossica con i miasmi della sigaretta.

Visualizzi il tabacco mescolato ad insetti ripugnanti, avvolto in cartamoneta sudicia e infetta; visualizzi stampato sulle sigarette il teschio simbolo della morte, come quello che si trova nell'etichetta del farmacista sul vaso della nicotina, e si vede, si sente nell'atto di inspirare il fumo nauseabondo della sigaretta.

D'ora in avanti ogni sigaretta avrà sempre più un sapore amaro, disgustoso, nauseabondo, come la peggiore sostanza assaporata nella vita. Il fumo della sigaretta sarà talmente acre, acido da riuscire insopportabile alle mucose del naso e degli occhi, che bruceranno e cominceranno a lacrimare.

La sigaretta fra le dita le sembrerà un rifiuto viscido e spiacevole.

Su ogni cartina bianca della sigaretta come su ogni pacchetto di sigarette, vedrà stampato il simbolo della morte che si mette sui recipienti che contengono veleno: Il teschio con le tibie incrociate.

Il fumo le susciterà cardiopalmo, aumento di battiti cardiaci, dolore retrosternale tipo angina di petto, ambascia respiratoria, e contemporaneamente sentirà le mie parole che le ricorderanno i danni che

provoca la nicotina al nostro organismo (sensazioni cinestesiche).

La tosse, il viscido catarro, gli antiestetici denti nerastri, l'alito pesante, la lingua bianca e saburrata, la gastrite completa nel quadro che sta visualizzando e non occorre che arrivi a immaginare le estreme conseguenze delle intossicazione tabagica, come l'infarto del miocardio con i dolori angoscianti al petto, dietro lo sterno, che si diffondono fino alle braccia; il cancro del polmone, la paralisi, l'amputazione delle dita, l'intontimento e l'abbattimento generale, per stare lontano dalle sigarette e a non fumarle mai più!

(pausa).

Se le visioni annichilenti che ha sperimentato l'hanno colpita e disgustata, la vittoria sul tremendo vizio del fumo, che sente di poter conseguire, le restituisce, insieme con la fiducia in sé, la salute la gioia di vivere. (pausa lunga) si riposa continuando a rilassarsi e ad addormentarsi sempre più profondamente e nel frattempo immagina di ascoltare un disco che le ripete insistentemente, monotonamente, con la mia voce, questa frase: Se accendo la sigaretta, spengo la mia vita... Se accendo la sigaretta, spengo la mia vita... (tecniche avversative riflessologiche).

Continui ad ascoltare la ripetizione di queste parole fino a quando sentirà definitivamente svanita la voglia di fumare. Perché non si può essere così pazzi da distruggere, spegnere la propria vita, venendo meno al dovere che ciascuno deve avere verso se stesso, verso la propria famiglia, la società... Se accendo la sigaretta, spengo la mia vita... (pausa lunga)

Ora lei si sente completamente libero dalla schiavitù del tabacco; si sente

calmo, rilassato in piena forma. Questo benessere durerà per sempre, ma se accidentalmente, qualche volta, dovesse risentire ancora la deleteria spinta a fumare, anziché lasciarsi andare a tale impulso, lei rifarà immediatamente questo esercizio: Si rilasserà, per una decina di minuti attuando la respirazione che ha praticato con me, e cioè inspirando lungo e lento ed espirando breve e veloce, mentre avvicinerà il pollice e l'indice della mano sinistra finché si saranno toccati fra loro. Tornerà allora a ricordare quell'aforisma del disco: Se accendo la sigaretta, spengo la mia vita... e continuerà ad ascoltare quel disco fino alla definitiva scomparsa dello stupido desiderio di avvelenarsi con il tabacco.

L'abbandono del fumo produrrà in lei effetti benefici sia a breve che a lungo termine: riduzione e quindi scomparsa dell'escreato mattutino; miglioramento della respirazione, della circolazione e dell'attività digestiva; l'aumento di peso tanto paventato si ha solo nei soggetti nevrotici che compensano la loro mancanza di fumo con l'ingestione eccessiva e incontrollata di alimenti, in particolar modo dolci e zuccheri. Migliorano anche le condizioni della cute e questo è evidente soprattutto nelle donne: la pelle del volto perde il colorito grigiastro proprio delle fumatrici, provocato dalla contrazione tossica dei capillari, per riacquistare una nuova freschezza e luminosità (suggerzioni positive). Infine, sarà diminuito il rischio ben grave di contrarre un tumore del polmone (nel caso del paziente oncologico: si potranno limitare i rischi di una recidiva e di un aggravamento della situazione in atto ed orientare le

proprie risorse ed energie verso una remissione del male e verso un benessere più ampio).

Orbene, tutto quello che io le ho detto rimarrà profondamente inciso nella sua coscienza e nella sua memoria, condizionando la sua condotta in modo favorevole.

Lei adesso si sveglierà sedato e tranquillo, sentendo indifferenza e quasi nausea per il fumo; terrore per i suoi pericoli; gioia per la riacquistata indipendenza e salute.

1... 2... 3... 4... 5... 6... 7... 8... 9... 10: sveglia! Un respiro profondo ad occhi aperti.

Gestione della nausea anticipatoria e del vomito

Nel recente articolo di Kravits (2015), *Hypnosis for the Management of Anticipatory Nausea and Vomiting*, è proposta la seguente suggestione per trattare la nausea anticipatoria ed il vomito:

“Imagine if you will that you see a large dial. There are numbers on the dial.

As you turn the dial to lower and lower numbers, the experience of nausea

decreases in intensity until you have reached a tolerable level of

nausea. It may be that you do not perceive any nausea at all.”

Immagina se vuoi che vedi un grande disco. Ci sono dei numeri sul disco.

Appena inizi a girare il disco verso i numeri più bassi, l’esperienza della nausea decresce

in intensità fino a quando avrai raggiunto un livello di nausea tollerabile. Potrebbe anche capitare che tu non percepisca nausea affatto.

Il gesto di richiamo è lo stimolo stesso della nausea mentre la suggestione post-ipnotica è la seguente:

“Rubbing your throat with your fingers eliminates any feelings of nausea or discomfort that you may have.” Sfregare la tua gola con le dita elimina qualsiasi senso di nausea o disagio che potresti avere.

Nuove prospettive e proposta di studio di ricerca

L’ultima espressione della curiosità scientifica è rivolta alla comparazione tra metodiche meditative e terapie alternative occidentali.

In particolare, in uno studio del 2015 condotto da Pagliaro e altri (2015) a Bologna, ci si è interessati a valutare gli effetti benefici psicologici della Meditazione Tong Len in pazienti oncologici.

La meditazione Tong Len è un importante pratica medica curativa proveniente dalla tradizione Tibetana, e può essere usata, tradizionalmente, per l’auto-guarigione e per la guarigione di altri con i quali si entra in contatto.

Attualmente, questo risulta l’unico studio scientifico svolto sull’applicazione dello strumento per la cura delle problematiche psicologiche dei pazienti oncologici. L’obiettivo era valutarne l’efficacia

sulla gestione dello *stress*, ansia, depressione, fatica e percezione della qualità di vita, producendo qualche miglioramento che necessita di ulteriori prove scientifiche.

Nonostante questa attività di ricerca nel mondo della meditazione e delle tecniche curative orientali, anche il numero di ricerche pubblicate relativamente agli utilizzi dell'ipnosi in campo medico sta aumentando negli ultimi anni.

Un articolo pubblicato nell'Agosto del 2016 (Dupuis L.L., Roscoe J.A., Olver I., Aapro M., Molassiotis A., 2016), ad esempio, conferma l'ipnosi come uno degli strumenti cardine per la prevenzione della nausea e del vomito anticipatorio negli adulti e nei bambini sottoposti a chemioterapia.

Un articolo pubblicato da Agard (Agard et al., 2016) analizza l'utilizzo dell'ipnosi in 171 interventi alla cataratta.

Probabilmente, a fronte di una validazione scientifica oramai assodata dell'ipnosi e delle sue possibili applicazioni in molti campi sia medici, sia non, la migliore prospettiva auspicabile risulterebbe quella di iniziare a sensibilizzare le strutture ospedaliere e le Istituzioni in generale rispetto alla sua utilizzazione tra gli strumenti a disposizione di operatori come gli psiconcologi presenti nel reparto.

Questa prospettiva permetterebbe alle strutture di ridurre l'incidenza di complicanze nei pazienti oncologici operati chirurgicamente, l'incidenza

del dolore cronico post-operatorio, la degenza postoperatoria, l'utilizzo di farmaci antidolorifici durante il ricovero e dopo la dimissione, riducendo così anche i tanto stigmatizzati costi a carico del SSN.

Capitolo V – Conclusione

La vastità della tematica, delle possibilità d'approccio e dell'aggiornamento costante degli strumenti a disposizione, rende il campo della Psico-oncologia un territorio ancora da esplorare e da consolidare.

La diffusione di informazioni sempre più precise e rigorose sulle diverse tipologie neoplastiche, necessaria in generale, è essenziale, in particolare, per contrastare gli effetti paradossali di una sovraesposizione del pubblico ad informazioni, spesso antiscientifiche, di ogni tipo, nonché per determinare nei potenziali pazienti un'adeguata consapevolezza di quanto ci si possa ragionevolmente attendere dal personale medico cui ci si indirizzi in caso di necessità.

Infatti, nella pratica clinica quotidiana accade che finanche persone colte od iperspecializzate nel proprio ambito professionale talvolta si attendano dai sanitari risultati impossibili, od a questi si rivolgano con richieste addirittura grottesche.

Quanto alla causa di un tale fenomeno, basti pensare all'effetto deculturizzante che ha la proliferazione, tramite la rete telematica, della pubblicizzazione millantatrice e della proposta ingannevole di ogni sorta di *panacea* miracolosa. Anche per combattere questo fenomeno sono necessarie campagne preventive rigorose ed opportunamente finalizzate.

Per questo, la formazione dell'operatore deve avvalorarsi delle più recenti conoscenze scientifiche supportate da studi di riconosciuta validità, per poter ulteriormente preservare da notizie potenzialmente dannose le metodiche, le prassi e gli strumenti validi. Tra questi, *prima inter pares*, l'ipnosi, che risulta ancora oggi *mater ignota* di numerose tecniche da essa derivate, ritenute erroneamente moderne, adoperate inconsapevolmente rispetto alla loro origine, e pertanto spesso gestite in modo erroneo o, talvolta, senza produrre effetti per il paziente.

Attribuire la giusta origine ad una tecnica e comprenderne la portata e l'efficacia rende la tecnica stessa più facile da utilizzare, consente una maggiore chiarezza d'intenti da parte dell'operatore e favorisce la definizione di obiettivi perseguibili e raggiungibili da parte del paziente.

I risultati incoraggianti, attestati dalla letteratura scientifica mondiale, offrono un terreno florido per la sperimentazione di nuovi protocolli applicativi coerenti e compatibili con le linee guida delle Istituzioni.

Un ospedale senza dolore sembra appartenere ad un'utopia ed è lungi dall'essere un obiettivo immediatamente raggiungibile; ma sicuramente si può lavorare in questa direzione offrendo al paziente quanti più strumenti è possibile affinché percepisca in termini positivi il grado di cura e di attenzione che gli si rivolgono.

La fiducia che così si viene a creare nel paziente può permettere di testare protocolli meno invasivi nel combattere il dolore e di insegnare al paziente stesso ad affrontarlo ed a gestirlo in modo più efficace: il protocollo sperimentale Eris, ideato da Granone (Granone P., Sicliani A., Granone P.L., Nesci A.D., 2016), progettato insieme all'*équipe* di Chirurgia Toracica Speciale ed alla U.O.C. di Psichiatria del Policlinico Agostino Gemelli di Roma potrebbe avvicinare questo importante risultato.

Preservare il paziente da complicazioni dovute all'assunzione di farmaci con possibili, quando non probabili, effetti collaterali, o derivanti da un'incapacità di gestire il proprio dolore acuto o, ancora, dalla paura del dolore stesso, inteso come esperienza spaventosa e nociva, permetterebbe di muoversi nella direzione di un ospedale sempre più efficiente ed orientato alla persona nel suo senso più olistico.

In questo quadro d'insieme, l'ipnosi risulta uno strumento raffinato e valido con un buon grado di applicabilità e di adattabilità e pienamente compatibile con le finalità della Psico-oncologia.

Bibliografia

- Abraham G., Joanes-Smidof M., Caruso S., (1993). *Clinica psicosomatica* . Masson, Milano.
- Abram H.S., (1978). Sopravvivenza garantita da una macchina: lo *stress* psicologico nell'emodialisi cronica. In: Garfield C.A., (a cura di) *Assistenza psicosociale al malato in fase terminale*, McGraw Hill Libri Italia, Milano.
- Adams-Silvan A., (1994). " *That Darknessæis About To Pass*". *The Treatment of A Dying Patient. The Psychoanalytic Study of the Child*, 4: 328-348.
- Agard E., Pernod C., El Chehab H., Russo A., Haxaire M., Dot C., (2016). *A role for hypnosis in cataract surgery: Report of 171 procedures. Journal Français d'Ophtalmologie*, 2016 Mar;39(3):287-91.
- Agnoli A., Anchisi R., Tamburello A., (1980). *Il Biofeedback in Neuropsichiatria e Medicina Psicosomatica*: C.I.C. Roma.
- Ahles T.A., (1985). *Psychological Approaches to the Management of Cancer Related Pain. Seminars in Oncology Nursing*, 1: 141-146.
- Ahmed P., (1981). *Coping with the Medical Issues. Living and Dying with Cancer*. Elsevier, New York.
- Aisenstein M., (1992). *Des Regressions Impossibles?.* *Revue Franç. Psychanal.*, 4: 995-1004.
- Aitken-Swan J., Paterson R., (1955). *The Cancer Patient; Delay in Seeking Advice. British Medical Journal*. i: 623-627.
- American Cancer Society (2011) *Colorectal Cancer Facts and Figures 2011-2013*. Atlanta: American Cancer Society, 2011. Retrieved from <http://www.cancer.org/>, accessed on 01/11/2011.
- Anchisi R.,(1984). *L'assessment: filosofia e procedure*.In: Meazzini P.,(a cura di), *Terapia e Modificazione del Comportamento*. Vol: 1 ERIP Editrice, Pordenone.
- Angelerguese-De Kerchove C., (1991). *Et « La Morte Viendra... » des Psychothérapies de Patients Atteints de Maladies Létales. Revue Franç. Psychanal.*, 3: 659-665.

- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcu-yo, K. R., et al. (2006). How *stress* management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1143-1.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., et al. (2001). Cognitive-behavioral *stress* management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.
- Ardigo S., Herrmann F.R., Moret V., Déramé L., Giannelli S., Gold G., Pautex S., (2016). Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC Geriatrics*, 2016 Jan 15.
- Arieti S.,(1985) *Manuale di Psichiatria*, Vol.: 1. Boringhieri, Torino.
- Aspinwall, L. G. e MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously - Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer*, 104(11), 2549-2556.
- Badger, T., Segrin, C., Meek, P., Lopez, A. M., Bonham, E. e Sieger, A. (2005). Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: Symptom management and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 273-279.
- Bahnon C. B. e Bahnon M. B., (1966). Role of the Ego Defences: Denial and Repression in the Etiology of Malignant Neoplasm: *Annals of the New York Academy of Science*, 125: 827-845.
- Bahnon C. B., (1980). *Stress* and Cancer: The State of Art. Part 1. *Psychosomatics*, 21: 975-981.
- Bahnon C. B., (1981). *Stress* and Cancer: The State of Art. Part 2. *Psychosomatics*, 22: 207-219.
- Bailar J. C. e Smith E. M. (1986). Progress Against Cancer? *New England Journal of Medicine*, 314: 1266-1232
- Baker G. H. B., (1987). Psychological Factors and Immunity. *Journal of Psychosomatic Research*. 331: 1-10.
- Bandler R., Grinder J., (1981). *La struttura della magia*, Roma.
- Bandura A., (1969). *Principles of Behavior Modification*. Holt,Rinehart e Winston, New York.

- Bandura A., (1977a). Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bandura. A., (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliff., Nj/ Prentice Hall.
- Barrett D., (2016). Hypnosis and Empathy: A Complex Relationship. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2016 Jan; 58(3):238-50.
- Bateson G. e Bateson M.C., (1987). *Angel Fear: Towards An Epistemology of the Sacred*. [Trad. It. Dove Gli Angeli Esitano. (1989) Adelphi, Milano.]
- Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Munárriz, B., Pérez-Fidalgo, J. A., e Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Berglund G., Bolund C. et al., (1994). A Randomized Study of a Rehabilitation Program for Cancer Patients: The "Starting Again" Group. *Psycho-Oncology*, 3: 109-120.
- Berglund G., et al., (1993). "Starting Again". A Comparison Study of a Group Rehabilitation Program for Cancer Patients. *Acta Oncologica*: 32, (1), 15-21.
- Bernstein D.A. e BorkoveK T.D., (1973). *Progressive Relaxation Training* Research Press, Champaign, Illinois.
- Bertola A., Cori P., (1989). *Il Malato Cronico*. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Biondi M., (1987). *Stress e Cancro: Il Modello di Rischio Trifattoriale*. In: P. Pancheri E. M., Biondi M., (a cura di), *Stress, Emozioni e Cancro*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Biondi M., Costantini A., Grassi L., (1995). *La Mente e il Cancro. Insidie e Risorse della Psiche nelle Patologie Tumoriali*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Biondi M., Osti M., Delle Chiaie R., (1992). Biofeedback e tecniche anti *stress* in Medicina e Psicosomatica. In: Biondi M. *La psicosomatica nella pratica clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Blasco, T., Pallarés, C., Alonso, C. e López López, J. J. (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 3(1), 47-52.

- Bob P., Siroka I., (2016). Attentional Dissociation in Hypnosis And Neural Connectivity: Preliminary Evidence from Bilateral Electrodermal Activity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2016 Jul-Sep;64(3):331-49.
- Bolund C., (1990). Crisis and Coping-Learning to Live with Cancer. In: Holland J.C., Zittoun R. *Psychosocial Aspects of Oncology*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg.
- Branstrom, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y. e Moskowitz, J. T. (2010). Self-report Mindfulness as a Mediator of Psychological Well-being in a *Stress* Reduction Intervention for Cancer Patients-A Randomized Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(2), 151-161.
- Buckberg J., Penman D., Holland J.C., (1984). Depression in Hospitalized Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*, 46: 199-211
- Burish T.G., Carey M.P.,(1986). Conditioned Aversive Response in Cancer Chemotherapy Patients: Theoretical and Developmental Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 593-600.
- Burish T.G., Jenkins R.A., (1992). Effectiveness of Biofeedback and Relaxation Training in Reducing the Side Effects of Cancer Chemotherapy. *Health Psychology*, 11: 17-23.
- Burrows J., (1783). *A New Practical Essay on Cancer*. London.
- Butler B., (1954). The Use of Hypnosis in the Care of Cancer Patients. *Cancer*, 7: 1-15.
- Caïn A., (1988). De L'impossibilité d'une Psychogénèse du Cancer. *Psychologie Médicale*, 20 (9) : 1325-1327.
- Cain E.N., Kohorn E.I., et al. (1986) Psychosocial Benefits of A Cancer Support Group. *Cancer*, 57: 183-189.
- Cameron A. and Hinton J., (1968). Delay in Seeking Treatment for Mammary Tumors. *Cancer*, 21: 1121-1126.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskis, D., e Harman, J.E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171-180.
- Campione F., (1990). La scelta della terapia antitumorale e i modelli di vita. *Rivista Italiana di Psicologia Oncologica* 1,2,3,4: 37-41.

- Canestrari R., (1990). *Psicologia Generale e dello Sviluppo*. 3° Edizione Clueb ,Bologna.
- Canestrari R., Campione F., (1988). Il Coping in Oncologia. In: Comazzi M., Morselli R., (a cura di) *Argomenti di Psico-oncologia*. CNR Progetto finalizzato "Oncologia" Sottoprogetto 11: "Valutazioni Socioeconomiche e Riflessi Psicologici della Malattia Neoplastica".
- Cangello L.,(1961). The Use of the Hypnotic Suggestion for Relief in Malignant Disease. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9: 17-22.
- Capone M.A., Good R.S. et al., (1980). Psychological Rehabilitation of Gynecologic Oncology Patients. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 61: 128-132.
- Capovilla E., (1990). Informazione e comunicazione in oncologia: il contributo della psicologia cognitivo-comportamentale. *Rivista Italiana di Psicologia Oncologica*, 1,2,3,4: 47-51.
- Capra F., (1988). *Verso una nuova saggezza*. Feltrinelli, Milano.
- Caramelli M., (1983) (a cura di). *Psicologia Cognitivista*. Orientamento nello studio dei processi cognitivi. Il Mulino, Bologna.
- Cardenas D. D., Jensen M. P. (2006). Treatments for chronic pain in persons with spinal cord injury: A survey study. *The Journal of Spinal Cord Medicine* 29: 2: 109-117.
- Cardenas D. D., Jensen M. P. (2006). *Treatments for chronic pain in persons with spinal cord injury: A survey study. The Journal of Spinal Cord Medicine* 29: 2: 109-117.
- Carey M.P., Burish T.G., (1988). Aetiology and Treatment of the Psychological Side-Effects Associated with Cancer Chemotherapy. *Psychological Bulletin*, 104: 307-325.
- Carli R., (1988). Il gruppo come finzione. In: Trentini G., (a cura di) *Il Cerchio Magico*. Franco Angeli, Torino 1988.
- Carroll B.T., Kathol R.G., Noyes R.Jr., Wald T.G., Clamon G.H.,(1993). Screening For Depression And Anxiety In Cancer Patients Using The Hospital Anxiety And Depression Scale. *General Hospital Psychiatry* 1993, 15: 69-74.
- Cautela J.R. ,(1971b). Covert extinction. *Behavior Therapy*, 2: 192-200.
- Cautela J.R. ,(1971c). Covert Modeling. Relazione presentata al V° Meeting annuale dell' Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC Settembre 1971.

- Cautela J.R., (1971a). Covert conditioning. In: Jacobs A., Sachs B. The Psychology of Private Events: Perspective on Covert Response System.
- Cazzullo C.L., (1991). Aspetti psicologici delle neoplasie. In: Trattato di psichiatria. Parte IV, cap 3. UTET, Torino
- Cesa-Bianchi M. et Al. (1989). La competenza clinica nell' approccio psicoterapeutico a fronte dell' urgenza. In: Tibaldi G., (a cura di)(1989) L'intervento psicologico nella salute. Editore Masson, Milano.
- Chesser E.S. and Anderson, (1975). Treatment of Cancer: Doctor/Patients Communication and Psychological Implication. Proc. R. Soc. Med. 68: 793-795.
- Chiari G., Nuzzo M.L., (1992). La ricerca psicologica sul cancro. Franco Angeli, Milano.
- Chiozza L.A., (1976). Cuerpo, Afecto Y Lenguaje. Buenos Aires, Paidos .[Trad. It.: Corpo affetto e linguaggio. Loescher,Torino 1981.]
- Chiozza L.A., (1978). El Problema De La Simbolizacion En La Enfermedad Somatica. In Trama Y Figura Del Anfermar Y Del Psicoanalizar. Buenos Aires, Paidos.
- Chiozza L.A., (1979). Ideas Para Una Concepción Psicoanalitica Del Càncer. Buenos Aires, Paidos. [Trad. It.: Psicoanalisi e Cancro. Per una concezione psicoanalitica del cancro. Borla, Roma 1981.]
- Christie, K. M., Meyerowitz, B. E., Giedzinska-Simons, A., Gross, M., e Agus, D. B. (2009). Predictors of affect following treatment decision-making for prostate cancer: conversations, cognitive processing, and coping. *Psycho-Oncology*, 18(5), 508.
- Cittadini S., Sartarelli E., (). *Breve storia del fumo di tabacco Short history of tobacco smoking* Otoiatri Libero Professionisti - A.I.O.L.P.
- Cleeland C.S., (1984). The Impact of Pain On the Patient with Cancer. *Cancer*, (suppl.) 54: 2635-2641.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. e Conway, A. M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368.
- Corman I., Bouchemat Y., Miquel B., Rousseau H., Bouvier D., Voilmy N., Beauvais F., Cohen-Solal A., Vicaut E., Logeart D., Tournoux F., (2015). Hypnosis to facilitate trans-Esophageal echocardiography Tolerance: The I-SLEPT study. *Archive of Cardiovascular Diseases*, 2016 Mar; 109(3):171-7.

Costantini A. et al., (1995). Il biofeedback come tecnica di autocontrollo nella nausea e vomito anticipatori in chemioterapia. *Medicina psicosomatica*. (in corso di stampa) In: Biondi M., Costantini A., Grassi L., (1995). *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Costantini A., Parisi A.M., Mazzotta M.P., (1993). Reazioni psicologiche e adattamento alla malattia; indagine su un campione di pazienti con cancro mammario in chemioterapia. *Annali del Forlanini*; 13: 68-75.

Crasilneck H.B., Hall J. A., (1977). *Ipnosi Clinica*, Roma.

Crocetti G., (1987). Riabilitazione psicologica della paziente con tumore al seno. *Psichiatria e psicoterapia analitica*, 6 (1): 113-119.

Cunningham A.J. et al., (1993). Which Cancer Patients Benefit Most from A Brief Group, Coping Skills Program. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 23: 383-398.

Cunningham A.J., Tocco, (1989). A Randomized Trial of Group Psychoeducational Therapy for Cancer Patients. *Patient Educational Counseling*, 14: 101-114.

D'Errico G., (1992). La lotta contro i tumori in Italia oggi. *Acta Oncologica*, 13 (5) : 465-469.

D'Zurilla T.J., Goldfried M.R., (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78: 107-126.

D'Zurilla T.J.,(1986). *Problem-Solving Therapy, A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. Springer, New York.

Danhauer, S. C., Mihalko, S. L., Russell, G. B., Campbell, C. R., Felder, L., Daley, K., et al. (2009). Restorative yoga for women with breast cancer: findings from a randomized pilot study. *Psycho-Oncology*, 18(4), 360-368.

Daszkiewicz A., Gierlotka Z., Nierodziński W., Misiółek A., Misiółek H., (2016). Neuropathic pain after spinal cord injury resistant to conventional therapies - case report. *Psychiatria Polska* 2016;50(2):345-355.

- Dattore P. J., Shontz F.C. e Coyne L., (1980). Premobid Personality Differentiation of Cancer and Non Cancer Groups: A Test of the Hypothesis of Cancer Proneness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48: 388-394.
- Daut R.L., Cleeland C.S., (1982). The Prevalence and Severity of Pain in Cancer. *Cancer*, 50: 1913-1918.
- De Benedittis G., (2015). Neural mechanisms of hypnosis and meditation. *Journal of Physiology*, 2015 Nov 10, Paris.
- De Hennezell M., (1996). *La morte amica*, Milano.
- De Luca A.M., Carbone, P. et al., (1990). Approccio psicoterapeutico in oncologia ematologica. *Medicina Psicosomatica*, 35: 139-147.
- Dean C., Surtees P.G., (1989). Do psychological factors predict survival in Breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 33: 761-769.
- Decarli A., La Vecchia C., (1982). Cancer Mortality in Italy. *Tumori* 1988,74: 623-32.
- Del Casale A., Ferracuti S., Rapinesi C, De Rossi P., Angeletti G., Sani G., Kotzalidis G.D., Girardi P., (2016). Hypnosis and pain perception: An Activation Likelihood Estimation (ALE) meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of Physiology*, 2016 Jan 8, Paris.
- Demertzi A., Vanhaudenhuyse A., Noirhomme Q., Faymonville M.E., Laureys S., (2015). Hypnosis modulates behavioural measures and subjective ratings about external and internal awareness. *Journal of Physiology*, 2015 Nov 10, Paris.
- Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al., (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association* , 249: 751-757.
- Dettore D., (1990). Behavior Therapy e Malato Oncologico. Ambiti e possibilità d'intervento. *Rivista Italiana di Psicologia Oncologica*, 1,2,3,4: 23-35.
- Di Bertolino R.A., (2012). *Lo stato mentale di Ipnosi*, in AA.VV.,(2012). "*Rivista medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi*, vol I, gennaio 2012.", S.M.I.P.I., Bologna.
- Di Clemente R.J., Temoshok L., (1985). Psychological Adjustment to Having Cutaneous Malignant Melanoma as A Predictor of Follow-Up Clinical Status. *Psychosomatics Medicine*, 47: 81-83.

- Dorcus R. M., Kirkner F. J., (1948). The use of hypnosis in the suppression of intractible pain. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol 43(2), Apr 1948, 237-239.
- Dorcus R. M., Kirkner F. J., (1948). *The use of hypnosis in the suppression of intractible pain*.
- Dupuis L.L., Roscoe J.A., Olver I., Aapro M., Molassiotis A. (2016). *updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Anticipatory nausea and vomiting in children and adults receiving chemotherapy. Support Care Cancer. 2016 Aug 10. [Epub ahead of print]*
- Eccles J.C., (1980). *The Human Psyche*. Springer International, Berlino.
- Edgar L. et al., (1992). Coping with Cancer During the First Year After Diagnosis. *Cancer*, 69 (3): 817-828.
- Eli I., (2016). Hypnosis as a Treatment Modality for Chronic Pain Management: Level of Evidence. *Journal of Oral Facial Pain Headache*, 2016 Spring;30(2):85-6.
- Elkins G. R., Kendrick C., Koep L., (2014). Hypnotic relaxation therapy for treatment of hot flashes following prostate cancer surgery: a case study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2014; 62(3):251-9.
- Ell K., Nishimoto R. et al., (1992). Social Relation, Social Support, And Survival Among Patients with Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36: 531-541.
- Endicott J., (1984). Measurement Depression in Patient with Cancer. *Cancer*, 53: 2243-2248.
- Etiopie S., (1989). *Elementi di Psico-oncologia. Generale e Ginecologica*. Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Evans E., (1926). *A Psychological Study of Cancer*. New York, Dodd, Mead and Co..
- Evans-R.L., Connis R.T., (1995). Comparison of Brief Group Therapies For Depressed Cancer Patients Receiving Radiation Treatment. *Public-Health-Rep*. May-Jun; 110(3): 306-311.
- Facco E., Pasquali S., Zanette G., Casiglia E., (2013). Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia*. 2013 Sep;68(9):961-5.
- Fava G.A., Pavan L., (1982). *Depressione in medicina*. Ed. Patron, Bologna.

- Fawzy I. and Fawzy W., (1993). Malignant Melanoma. Effects of An Early Structured Psychiatric Intervention, Coping and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later. *Archives of General Psychiatry*, 50: 681-689.
- Fawzy I. and Fawzy W., (1995). Critical Review of Psychosocial Interventions in Cancer Care. *Archives of General Psychiatry*, 52: 100-113.
- Ferlay J, Shin H. R., Bray F., Forman D., Mathers C. e Parkin, D. M. (2008). GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality World-wide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Retrieved from <http://globocan.iarc.fr>
- Ferlic M., Goldman A., Kennedy B.J., (1979). Group Counseling in Adult Patients with Advanced Cancer. *Cancer*, 43: 760-766.
- Finer B., (1979). Hypnotherapy in pain of advanced cancer. *Advances in Pain research and Therapy*. Vol 2: 223-229. Raven Press, New York.
- Fitzell, A., e Pakenham, K. I. (2010). Application of a *stress* and coping model to positive and negative adjustment outcomes in colorectal cancer caregiving. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1171-1178.
- Forester B. et al., (1985). Psychotherapy During Radiotherapy: Effects on Emotional and Psysical *Distress*. *American Journal of Psychiatry*, 142(1): 22-27.
- Forester B. et al., (1993). Group Psychotherapy During Radiotherapy: Effects On Emotional And Psysical *Distress*. *American Journal of Psychiatry*, 150 (11): 1700-1706.
- Fornari F., (1985). *Affetti e Cancro* .Cortina, Milano.
- Fox B.H., (1981). Psychosocial Factors and the Immune System in Uman Cancer. In: R. Ader (Ed.), *Psychoneuroimmunology*. New York, Academic Press.
- Fox B.H., (1991). Quandaries Created by Unlikely Numbers in Some of Grossarth-Maticcek's Studies. *Psychological Inquiry*, 2: 242-247.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. e Finkel, S. M. (2008). Open Hearts Build Lives: Positive Emotions, Induced Through Loving-Kindness Meditation, Build Consequential Personal Resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062.

Fredrickson, B. L., e Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686.

Freud S., (1927). Feticismo. In: Opere. Torino, Boringhieri 1978, Vol X, Pagg. 489-500.

Freyberger H., (1983).(a cura di) *Psicoterapia nelle malattie che minacciano la vita*. Pàtron Editore, Bologna 1983.[Titolo Originale: *Advances in Psychosomatic Medicine*. Vol 10, *Psychotherapeutic Intervention in Life-Threatening Illness*. S Karger AG, Basel 1980.]

Friedman M. e Rosenman R. H., (1959). Association of A Specific Overt Behavior Pattern with Blood and Cardiovascular Finding. *Journal of The American Medical Association*,169: 1285-1292.

Frijda, N. H. (2009). Emotions, individual differences and time course: Reflections. *Cognition and Emotion*, 23(7), 1444-1461.

Funch D.P., Marshall J., (1983). The Role of *Stress*, Social Support and Age in Survival from Breast Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 289: 291-293.

Furutani E., Nishigaki Y., Kanda C., Takeda T., Shirakami G., (2013). Hypnosis control based on the minimum concentration of anesthetic drug for maintaining appropriate hypnosis. *Conference Proceeding IEEE English Medical Biological Society*,2013:3483-6.

Gabriele Chiari , Maria Laura Nuzzo (a cura di); Alfano V., Brogna P., Di Battista G., Lubich L., Plata P., Stiffan E., (1992). *La ricerca psicologica sul cancro. Teorie psicobiologiche, psicogenetiche e psicosociali*, Roma.

Galeazzi A., (1984). Teorie e processi d'apprendimento - Parte III: Il modellamento. In: Meazzini P.,(a cura di) *Terapia e Modificazione del Comportamento*. Vol: 1. ERIP Editrice, Pordenone.

Galimberti U. ,(1983). *Il Corpo*. Milano, Feltrinelli

Gamba N., (1989). *Indagine su un campione di periodici dal 1974 al 1988*. Dattiloscritto.

Gendron D., (1701). *Enquire into the Nature, Knowledge and Cure of Cancer*. London.

Gentili P.. *Aspetti individuali e sociali della qualità della vita*. Atti del IV Congresso Nazionale Sipo; 28/29- Settembre 1995, Cnr Roma.

- Gerrish F.H., (1909). *The therapeutic value of hypnotic suggestion. The Journal of Abnormal Psychology*, Vol 4(2), Jun-Jul 1909, 99-119.
- Giampaolo S., Gualtieri E., Fuggetta L., (2015). *Psico-oncologia, Materiali per il corso a cura degli studenti del corso di psicosomatica, Università di Torino, sito SICAP.*
- Gianfriglia F., (1995). *Informazione e Compliance. Atti del IV Congresso Nazionale Sipo; 28/29-Settembre 1995, Cnr Roma.*
- Gianni M., Dentali F., Grandi A. M., Sumner G., Hiralal R., Lonn E. (2006). *Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review*, in *European Heart Journal*, vol. 27, 23 maggio 2006, pp. 1523-1529.
- Goldberg B., (1985a). *The Treatment of Cancer Through Hypnosis. Journal of Human Behavior*, 22: 36-39.
- Goldberg B., (1985b). *Hypnosis and the Immune Response. International Journal of Psychosomatic*, 32: 34-36.
- Goldberg R.J.,(1983). *Systematic Understanding of Cancer Patients who Refuse Treatment. Psychotherapy Psychosomatic*, 39:180-189.
- Golfried M.R. e Golfried A.P.,(1975). *Cognitive Change Methods. In: Kanfer F.H. e Goldstein A.P. (a cura di) Helping People Change. Pergamon Press, New York.*
- Gordon W.A., Freidenberger et al., (1980). *Efficacy of Psychosocial Intervention whit Cancer Patients. Journal Consult Clin. Psychology*, 48: 743-759.
- Granone F., (1985). *L'approccio ipnositerapeutico con i cancerosi nell'ottica della validità psicofisiologica dell'ipnositerapia in malati organici. Rassegna di ipnosi e psicoterapie*, 12: 51-59.
- Granone P., (2015). *Il caso della cinepresa. Rivista Medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi Vol. I 2015, Bologna.*
- Granone P., Siciliani A., Granone P.L., Nesci A. D., (2016). *Protocollo sperimentale Eris. Progetto sperimentale in corso.*
- Grassi L., Biondi M., Costantino A., (1995). *La Mente e il Cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali, Roma.*

- Grassi L., Biondi M., Costantino A., (2009). Manuale pratico di Psico-oncologia, Roma.
- Grassi L., (1986). Supporto sociale e malattia. *Medicina Psicosomatica*, 31: 313-336.
- Green J.A., (1983). Compliance and Cancer Chemoterapy. *British Medical Journal*, 287: 778-779.
- Greene S.M., (1989). The Relationship Between Depression and Hopelessness. *British Journal Of Psychiatry*, 154: 650-659.
- Greene W.A., (1966).The Psychosocial Setting of the Development of Leukemia and Lymphoma. *Annals of the New York Academy of Science*, 125: 794-801.
- Greenstein B. e Greenstein A. (2000). *Neuroscienze. Neuroanatomia e Neurofisiologia*, Roma.
- Greenstein B. e Greenstein A. (2000). *Neuroscienze. Neuroanatomia e Neurofisiologia*, Roma.
- Greer S. e Moorey S., (1992). Adjuvant Psychological Therapy for Patients with Cancer: A Prospective Randomised Trial. *British Medical Journal* 304: 675-680.
- Greer S., (1974). Psychological Aspect of Delay in the Treatment of Breast Cancer. *Proc.R. Soc. Med.*, 67: 470-473.
- Greer S., (1991). Psychological Response to Cancer and Survival. *Psychological Medicine*, 21: 43-49.
- Greer S., Moorey S. et al., (1994). Adjuvant Psychological Therapy for Patients with Cancer: Outcome at One Year. *Psycho-Oncology*, 3: 39-46.
- Greer S., Morris T., Penttingale K.W. et al., (1990). Psychological Response to Breast Cancer: and 15 Year Outcome. *The Lancet*, I: 49-50.
- Greer S., Morris, T., Penttingale K.W., (1979). Psychological Response to Breast Cancer: Effect on Outcome. *The Lancet*, II: 785-787
- Greer, S. (2008). CBT for emotional *distress* of people with cancer: some personal observations. *Psycho-Oncology*, 17, 170-173.
- Groddeck G.. *Das Buch Vom Es*. Wiesbaden: Limes Verlag (Ed. Or: 1923) [Trad. It. *Il Libro dell'Es*. Milano, Adelphi 1966.]

- Grossarth-Maticek and Eysenck H.J., (1991a). Creative Novation Therapy As A Prophylactic Treatment for Cancer and Coronary Heart Disease: Part I–Description of Treatment. *Behaviour Research and Therapy*; 29, (1): 1-16.
- Grossarth-Maticek R. and Eysenck H.J., (1989). Length of Survival and Lymphocyte Percentage in Women with Mammary Cancer As A Function of Psychotherapy. *Psychological Reports*, 65: 315-321.
- Grossarth-Maticek R. and Eysenck H.J., (1991b). Creative Novation Therapy As A Prophylactic Treatment for Cancer and Coronary Heart Disease: Part II–Effects of Treatment. *Behaviour Research and Therapy*; 29, (1): 17-31.
- Gruber B.L., Hersh S.P., Hall N.R.S. (1993). Immunological Responses of Breast Patients to Behavioral Intervention. *Biofeedback and Self-Regulation*, 18: 1-22.
- Guarino A., (1994). I bisogni psicologici del paziente oncologico per il suo reinserimento sociale.
- Guarino A., Ravenna A.R., (1992). Problematiche psicologiche nel malato oncologico: confronto tra modelli di intervento psicologico.
- Guex P., (1988). Cancer, Avatars De La Guérison et Destinée. *Psychologie Médicale*, 20, (9): 1332-1334.
- Guy R., (1759). *An Essay On Scirrhus Tumors and Cancer*. London: W. Owen.
- Hadjistavropoulos T., Craig K.D. (2004). *Pain: Psychological Perspectives*, London.
- Hadjistavropoulos T., Craig K.D. (2004). *Pain: Psychological Perspectives*, London.
- Halttunen A. et al., (1992). Getting Free of Breast Cancer. An Eight-Year Perspective of Relapse-Free Patients. *Acta Oncologica*, 31, (3): 307-310.
- Hamer, M., Chida, Y. e Molloy, G. J. (2009). Psychological distress and cancer mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 255-258.
- Heinrich R.L., Schag C.C., (1985). *Stress and Activity Management: Group Treatment for Cancer Patients and Spouses*. *Journal Consult Clin. Psychology*, 53: 439-446.
- Helgeson, V. S., e Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4), 307-317.

- Henderson J.G., (1966). Denial and Repression As Factors in the Delay of Patients with Cancer Presenting Themselves to the Physician. *Annals of the New York Academy of Science*, 125: 807-813.
- Henderson J.G., Wittkower E.D. and Lougheed M.N., (1958). A Psychiatric Investigation of the Delay Factor In Patient to Doctor Presentation In Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 3: 27-41.
- Henning J.A., (2016). An Intersubjective View of Empathy and Hypnotic Trance: Response to Wickramasekera II. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2016 Jan;58(3):256-73.
- Hilgard e LeBaron (1987). *Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer*. Riza Psicomatica.
- Hinton, J., (1983). Il reparto di cancerologia. In: Freyberger H. 1983.(a cura di) *Psicoterapia nelle malattie che minacciano la vita*. Pàtron Editore, Bologna 1983.
- Hirsch, J. K., Floyd, A. R. e Duberstein, P. R. (2012) Perceived health in lung cancer patients: the role of positive and negative affect. *Quality of Life Research*, 21, 187-194.
- Hislop et al., (1987). The Prognostic Significance of Psychosocial Factors In Women with Breast Cancer. *Journal of Chronic Disease*, 40: 729-735.
- Holroyd K.A., Lazarus R.S., (1984). *Stress Coping e Adattamento Somatico*. In: G. Chiari e M. L. Nuzzo (a cura di), *Crescita e cambiamento della conoscenza individuale*.(Pp. 104-126). Angeli, Milano.
- Hou, W. K., Law, C. C., e Fu, Y. T. (2010). Does change in positive affect mediate and/or moderate the impact of symptom distress on psychological adjustment after cancer diagnosis? A prospective analysis. *Psychology and Health*, 25(4), 417-431.
- Houts P.S., Whitney C.W. et al., (1986). Former Cancer Patients As Counselors of Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal of National Cancer Institute*, 76: 793-796.
- Imbault-Huart M.J.,(1985). *Histoire Du Cancer*. In: J. Le Goff e J. Ch. Sournia, (Eds.) *Les Maladie Ont Une Histoire*. Paris,Seuil. [Trad. It.: *Per una storia delle malattie*. (Pp. 211-220) Bari, Dedalo 1986.]
- Ingvar M., (1999). Pain and functional imaging. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B - Biological sciences*, 354: 1347-1358.
- Ingvar M., (1999). Pain and functional imaging. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B - Biological sciences*, 354: 1347-1358.

International Association for the Study of Pain. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Task force on taxonomy. Vol. suppl. 3, p. S217. Seattle: IASP Press.

International Association for the Study of Pain. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Task force on taxonomy. Vol. suppl. 3, p. S217. Seattle: IASP Press.

International Association for the Study of Pain. Pain 1979(6)249-252, ex Shipton, 1993

International Association for the Study of Pain. Pain 1979(6)249-252, ex Shipton, 1993

Isaacs S., (1984). The Nature and Function of Phantasy. International Journal of Psycho-Analysis, 29: 1948.

Jacobson E., (1938). Progressive Relaxation. University of Chicago Press, Chicago.

Jasmin C., (1990). Cancer et Psyché: Le Renouveau. Revue Franç. Psychanal, 3: 827-844.

Jelicic M., Bonke B., Millar K., (1993). Clinical Note on Use of Denial in Patients Undergoing Surgery for Breast Cancer. Psychological Reports, 72: 952-954.

Jensen M.P., Gianas A., George H.R., Sherlin L.H., Kraft G.H., Ehde D.M., (2016). Use of Neurofeedback to Enhance Response to Hypnotic Analgesia in Individuals With Multiple Sclerosis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2016;64(1):1-23.

Johnson J., (1982). The Effects of A Patients Education Course on Person with Chronic Illness. Cancer Nurs., April: 117-123.

Jones M.C., (1924). The Elimination of Children's Fears. Journal of Experimental Psychology, 7: 382-390.

Joudi M., Fathi M., Izanloo A., Montazeri O., Jangjoo A. (2016). An Evaluation of the Effect of Hypnosis on Postoperative Analgesia following Laparoscopic Cholecystectomy. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2016 Jul-Sep;64(3):365-72.

Katz J. L., (1982). The Immune System: An Overview. In Stites D.P., Stobo J.D., Funderberg H.H., Wells J.V., (Eds.) (1982). Basic and Clinical Immunology. California, Lange.

Kelly G.A., (1955). The Psychology of Personal Constructs. Norton, New York.

- Kendrick C., Sliwinski J., Yu Y., Johnson A., Fisher W., Kekecs Z., Elkins G. (2016). Hypnosis for Acute Procedural Pain: A Critical Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2016;64(1):75-115.
- Kidd T., (2106). The Psychobiology of Attachment and the Aetiology of Disease, in *Improving Patient treatment with Attachment Theory*, AA. VV., London: 157-176.
- Kihlstrom J.F., (2015). Patterns of hypnotic response, revisited. *Consciousness and Cognition*, 2015 Dec 15;38:99-106.
- Kissen D. M., Brown R. I. F., (1969). A Further Report on Personality and Psychosocial Factors in Lung Cancer. *Annals of The New York Academy of Science*, 125: 807-813.
- Kissen D.M., (1963). Personality Characteristics in Males Conducive to Lung Cancer. *British Journal of Medical Psychology*, 36: 27-36.
- Kissen D.M., (1964). Lung Cancer, Inhalation and Personality. In: Kissen D.M. e Leshan (Eds.). *Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease*. (Pp. 3-11) London, Pitman.
- Kissen D.M., (1966). The Value of Psychosomatic Approach to Cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125: 777-779.
- Kissen D.M.,(1965). Possible Contribution of the Psychosomatic Approach to Prevention of Lung Cancer. *Medical Officer*, No 2996: 114, 343-345.
- Kobasa S.C.,(1979). *Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry Into Hardiness*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37: 1-11.
- Koenig, H. G. (2000). Positive emotions, physical disability, and mortality in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(11), 1525-1526.
- Kravits K.G., (2015). Hypnosis for the Management of Anticipatory Nausea and Vomiting. *Journal of Advanced Practitioner in Oncology*, 2015 May-Jun;6(3):225-9.
- Kuttner L., (2012). Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia. *Paediatric Anaesthesia*, 2012 Jun;22(6):573-7.
- Lai G., (1990). L'illusione della morte necessaria. *Rivista Italiana di Psicologia Oncologica*, 1,2,3,4: 53-56.

- Lang M., Mergel H. et al., (1983). Adjuvante Chemiotherapie bei Mammakarzinom Patientinnen. Münch. Med. Wochenschr., 125: 10-15.
- Lazarus A.A. e Abramovitz (1962). The Use of "Emotive Imagery" in the Treatment of Children's Phobias. Journal of Mental Science, 108: 191-195.
- Lazarus R. S., (1981). The *Stress* and Coping Paradigm. In: Eisdorfer C. et al., (Eds.), Theoretical Bases for Psychopathology. New York, Spectrum.
- Le Guen M., Liu N., Chazot T., Fischler M. (2016). Closed-loop anesthesia. Minerva Anestesiologica, 2016 May;82(5):573-81.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., e Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(5).
- Lee P., Ware P. e Monroe R., (1960). The Hypnotic Control of Intractable Pain. American Journal of Clinical Hypnosis, 3: 3-8.
- Leshan L. L. e Worthington R. E., (1956). Some Recurrent Life History Patterns in the Pathogenesis of Cancer. Journal of Nervous and Mental Diseases, 124: 460-465.
- Leshan L. L., (1966). An Emotional Life-History Pattern Associated with Neoplastic Disease. Annals of the New York Academy of Science, 125: 780-793.
- Lesko L.M., (1989). Nausea and Vomiting: Physiology and Pharmacological Management. In: Holland J Rowland J. Handbook of Psychooncology. Raven Press, New York.
- Levine P.M., Silberfarb P. e Lipowski Z.J., (1978). Mental Disorder In Cancer Patients: A Study of 100 Psychiatric Referrals. Cancer , 43: 1385-1391.
- Levine S.,(1971). Comportamento e *stress*. Le Scienze, 6: 33-39.
- Lewis C., Linet M.S., Abelof M.D., (1983). Compliance with Cancer Therapy by Patients and Physicians. The American Journal of Medicine, 74: 673-678.
- Lieberman R.P., King L.W., De Risi, McCann W.J., (1975). Personal Effectiveness. Research Press, Champaign, Illinois.

- Linn M.W., Linn B.S., Harris R.,(1982). Effects of Counseling for Late Stage Cancer Patients. *Cancer*, 49: 1048-1055.
- Listing, M., Reissbauer, A., Krohn, M., Voigt, B., Tjahono, G. Becker, J., Klapp, B. F., e Rauchfuss, M. (2009). Massage therapy reduces physical discomfort and improves mood disturbances in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1290-1299.
- Lobstein, Walsh W.H., (1846). *Nature and Treatment of Cancer* .London, Taylor e Walton.
- Lockhart R.A., (1977). *Cancer in Myth and Dream*. In: Hillman F., (a cura di). *Annual of Archetypal Psychology and Jungian Thought*. Spring Publication, Zurich.
- Loeser J. D., (1980). Perspective on pain. In: Turther P (ed) *Clinical pharmacy and therapeutics*. Macmillan, London. Pp 313-316.
- Loeser J. D., (1980). Perspective on pain. In: Turther P (ed) *Clinical pharmacy and therapeutics*. Macmillan, London. Pp 313-316
- Luria R., (1977). *Come lavora il cervello, introduzione alla neuropsicologia*. Bologna, Il Mulino 1977.
- Maguire G.P., Lee E.G. et al., (1978). *Psychiatric Problem In the First Year After Mastectomy*. *British Journal of Medicine*,i : 963-965.
- Maguire P., Tait A. et al., (1980). *Effect of Counseling on the Psychiatric Morbidity Associated with Mastectomy*. *British Medical Journal*, 281: 1454-1456.
- Maher El. *Anomic Aspects of Recovery from Cancer*. *Social Science and Medicine* 1982, 16: 907-12.
- Mahoney M.J., (1974). *Cognition and Behavior Modification*. Mass. Bellinger Company, Cambridge.
- Mainardi Peron M., (1984a). *Teorie e processi d'apprendimento- parte I: Il condizionamento classico*. In: Meazzini P.,(a cura di), *Terapia e Modificazione del Comportamento*. Vol: 1. ERIP Editrice, Pordenone.
- Mainardi Peron M., (1984b). *Teorie e processi d'apprendimento- parte II: Il condizionamento operante*. In: Meazzini P.,(a cura di), *Terapia e Modificazione del Comportamento*. Vol: 1 .ERIP Editrice, Pordenone.
- Malleson N., (1959). *Panic and Phobia*. *Lancet*, 1: 225-227.

- Manne, S. L., Edelson, M., Bergman, C., Carlson, J., Rubin, S., Rosen-blum, N., et al. (2007). Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 615-628.
- Manne, S., Rini, C., Rubin, S., Rosenblum, N., Bergman, C., Edelson, M., et al. (2008). Long-term trajectories of psychological adaptation among women diagnosed with gynecological cancers. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 677-68.
- Manne, S., Winkel, G., Zaider, T., Rubin, S., Hernandez, E., e Bergman, C. (2010). Therapy Processes and Outcomes of Psychological Interventions for Women Diagnosed With Gynecological Cancers: A Test of the Generic Process Model of Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 236-248.
- Mashhad M. J., Fathi M., Izanloo A., Montazeri O., Jangjoo A., (2016). An Evaluation of the Effect of Hypnosis on Postoperative Analgesia following Laparoscopic Cholecystectomy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2016, Volume 64, Issue 3.
- Massie M. and Holland J.C., (1989). Psychotherapeutic Interventions. In: Holland J.C., Rowland J.H.. *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York.
- Massie M. and Holland J.C., (1990). Depression and the Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, (7) (Suppl):12-17.
- Maxwell M.B., (1980). Cancer and Suicide. *Cancer Nurs.*, 3: 33-38.
- Mayer E., (1994). Some Implications for Psychoanalytic Technique Drawn from Analysis of A Dying Patients. *Psychoanalytic Quarterly*, 63: 1-19.
- Mayer V., Lidell A. and Lyons M., (1977). Behavioral Interviews. In Ciminero A. et al., (a cura di), *Handbook of Behavioral Assessment*.
- Mc Corcke R., Benoliel J.Q. et al., (1989). A Randomized Clinical Trial of Home Nursing Care for Lung Cancer. *Cancer*, 64: 1375-1382.
- McGuire G.P., (1979). The Will To Live In Cancer Patients. In: *Mind and Cancer Prognosis* Stoll. B.A., New York, Wiley.

- McMaster G., University Medical Center, Ontario, (1972). In: Gianfriglia (1995), *Informazione e compliance*. Atti del IV Congresso Nazionale Sipo; 28/29- Settembre 1995, Cnr Roma
- McPhillamy D.J. and Lewinsohn P.M.,(1973). *A Scale for the Measurement of Positive Reinforcement*. University of Oregon, Mimco.
- Meazzini P., Galeazzi, A., (1978). *Paure e fobie*. Giunti, Firenze.
- Meazzini P.,(a cura di)(1984), *Terapia e Modificazione del Comportamento*. Vol: 1. ERIP Editrice, Pordenone.
- Meerlo J. A. M. ,(1954). *Psychological Implications of Malignant Growth: A Survey of Hypotheses*. *British Journal of Medical Psychology*, 27: 210-215.
- Meerwein F., (1989) (a cura di) *Psicologia e Oncologia*. Bollati Boringhieri, Torino. [Titolo originale: *Einführung in Die Psycho-Onkologie*. 1981 e 1985 Verlag Hans Huber, Bern.]
- Melzack R., e Casey K.L. (1968). *Sensory, motivational, and central control determinants of pain*. In: D.R. Kenshalo (a cura di), *The skin senses*. Springfield, IL: C.C. Thomas, pp. 423-439.
- Melzack R., e Casey K.L. (1968). *Sensory, motivational, and central control determinants of pain*. In: D.R. Kenshalo (a cura di), *The skin senses*. Springfield, IL: C.C. Thomas, pp. 423-439.
- Meyer T. J. and Mark M.M., (1995). *Effects of Psychosocial Interventions with Adult Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomized Experiment*. *Health Psychology*, 14, (2): 101-108.
- Meyerson J., Ratson T., (1993). *Use of hypnosis in treating a patient with dental anxiety: A case study*. *Refu'at Ha-peh Veha-shinayim* (1993). 2015 Oct;32(4):20-4, 26.
- Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., e Mur-ray, G. D. (2005). *a 1-year prospective study of individual variation in distress and illness perceptions after treatment for breast cancer*. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 335-342.
- Mitchell G.W. and Glicksman A.S. (1977). *Cancer Patients: Knowledge and Attitude*. *Cancer*, 40: 61-71.
- Moglio M.T.E., (1994). *Un approccio psicologico al trattamento delle neoplasie maligne. L'importanza del rapporto medico-paziente negli stati di salute e malattia*. In: Capogrosso A.. *P.N.E.I.-Argomenti di psico neuro endocrino immunologia*. Ed. L.Pozzi.

Molinari S., Pavan, S. et al., (1988). Psicanalisi e cancro. In: Comazzi M., Morselli R., (a cura di) Argomenti di Psico-oncologia. CNR Progetto finalizzato "Oncologia". Sottoprogetto 11: "Valutazioni socioeconomiche e riflessi psicologici della malattia neoplastica"

Montagner M.T., (1989).« Bateau ». Revue Franç. Psychanal., 4: 1209-1217.

Montazeri A., (1996). A Descriptive Study of A Cancer Support Group. European Journal of Cancer Care, 5: 32-37

Montgomery G.H., Hallquist M.N., Schnur J.B, David D., Silverstein J.H., Bovbjerg D.H. (2010). Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: Response expectancies and emotional distress. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2010 February ; 78(1): 80-88.

Morris T., Greer H.S., White P.,(1977). Psychological and Social Adjustment To Mastectomy. Cancer, 40: 2381-2387.

Morris T., Penttingale K.W. et al., (1992). Psychological Response to Cancer Diagnosis and Disease outcome in Patients With Breast Cancer and Lymphoma. Psycho-Oncology, 1: 105-114.

Morris T.,(1980). A "Type C" for Cancer? Low Trait Anxiety In the Pathogenesis of Breast Cancer. Cancer Detection And Prevention, 3: 102.

Morrow G.R., (1992). Comparing the Effectiveness of Behavioral Treatment For Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting When Administrered By Oncologists, Oncology Nurses And Clinical Psychologists. Healt Psychology, 11 (4): 250-256.

Morrow G.R., Dobkin, P.L., (1988). Anticipatory Nausea and Vomiting In Cancer Undergoing Chemotherapy Treatment: Prevelence, Etiology and Behavioral Interventions. Clinical Psychology Review, 8: 517-556.

Nekolaichuk C, Cumming C, Turner J, Yushchyshyn A, e Sela R. (2011). Referral patterns and psychosocial distress in cancer pa-tients accessing a psycho-oncology counseling service. Psycho-Oncology, 20, 326-332.

Nishigaki, M., Oya, M., Ueno, M., Arai, M., Yamaguchi, T., Muto, T. et al. (2007). The influence of life stage on psychosocial adjustment in colorectal cancer patients. Journal of Psychosocial Oncology, 25, 71-87.

Northouse, L. L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S., e George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science and Medicine*, 50(2), 271-284.

Noyes R.Jr., (1981). Treatment of Cancer Pain. *Psychosomatic Medicine*, 43: 57-70.

Nuzzo M. L., Chiari G., (1987 August). The Personal Constuction of Cancer: A Constructivist Framework for Exploring Malignancies. Paper Presented at the 7th International Congress On Personal Construct Psychology, Memphis, Tn..

Orlandini G., (2014). *La Semeiotica del dolore 2a edizione. I presupposti teorici e la pratica clinica*, Roma.

Orlandini G., (2014). *La Semeiotica del dolore 2a edizione. I presupposti teorici e la pratica clinica*, Roma.

Osborne A.F., (1963). *Applied Imagination/ Priciples and Procedures of A Creative Probem-Solving*. Scribner's , New York

Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., e Goodwin, J. S. (2000). Emo-tional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 473-478.

Pack, G.T. and Gallo J.S., (1938). The Culpability for Delay In the Treatment of Cancer. *American Journal of Cancer*, 33: 443-462.

Paga G., (1989). L'influenza della valutazione cognitiva sulla risposta psiconeuroendocrina e psicofisiologica in una situazione di *stress* sperimentale. In: Del Verme P., Paga G. et al. *Nuove tesi di psicosomatica*. Edizioni Luigi Pozzi, Roma.

Paget, J., (1870). *Surgical Pathology*. London, Longman's Grenn.

Pagliaro G., Pandolfi P., Collina N., Frezza G., Brandes A., Galli M., Avventuroso F.M., De Lisio S., Musti M.A., Franceschi E., Esposti R.D., Lombardo L., Cavallo G., Di Battista M., Rimondini S., Poggi R., Susini C., Renzi R., Marconi L., (2015). *A Randomized Controlled Trial of Tong Len Meditation Practice in Cancer Patients: Evaluation of a Distant Psychological Healing Effect, Explore (NY)*. 2016 Jan-Feb;12(1):42-9.

Pancheri P., (1980). *Stress, Emozioni, Malattia*. Milano: Mondadori

- Pancheri P., Biondi M., (a cura di) 1987. *Stress emozioni e cancro*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Pancheri, P., (1987). *Stress, emozioni e carcinogenesi*. In: Pancheri P., Biondi M., (a cura di) *Stress emozioni e cancro*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Parnes S.J., (1967). *Creative Behavior Gudebook*. Scribner's , New York.
- Paul S.P., Basude D. (2016). Non-pharmacological management of abdominal painrelated functional gastrointestinal disorders in children. *World Journal of Pediatrics*. 2016 Jun 30.
- Peck A., (1972). Emotional Reaction To Having Cancer. *American Journal of Roentgenology*, 114: 591-599.
- Pelton R., (1994). *Alternatives in Cancer Therapy: The Complete Guide to Alternative Treatments*, New York.
- Penninx, B., Guralnik, J. M., Bandeen-Roche, K., Kasper, J. D., Si-monsick, E. M., Ferrucci, L. et al. (2000). The protective effect of emotional vitality on adverse health outcomes in disabled older women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(11), 1359-1366.
- Perls F., (1976). *L' approccio della Gestalt*. Astrolabio, Roma
- Perrone L., (1988) *La rivelazione del cancro*. In: Comazzi M., Morselli R., (a cura di) *Argomenti di Psico-oncologia*. CNR Progetto finalizzato "Oncologia" Sottoprogetto 11: "Valutazioni socioeconomiche e riflessi psicologici della malattia neoplastica"
- Phares E., (1957). Expectancy Changes In Skill and Chance Situation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 54: 339-342.
- Pinquart, M., Frohlich, C., e Silbereisen, R. K. (2007). Cancer patients' perceptions of positive and negative illness-related changes. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 907-921.
- Polin A.T., (1959). The Effests of Fooding and Physical Suppression as Extinction Tecniques On An Anxiety Motivated Locomotor Response. *Journal of Psychology*, 47: 235-245.
- Powell R., Scott N.W., Manyande A., Bruce J., Vögele C., Byrne-Davis L.M.T., Unsworth M., Osmer C., Johnston M., (2016). Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, iss. 5.

- Ramachandra, P., Booth, S., Pieters, T., Vrotsou, K., e Huppert, F.A. (2009). A brief self-administered psychological intervention to improve well-being in patients with cancer: results from a feasibility study. *Psycho-Oncology* 18, 1323-1326.
- Ramazzini B., (1700). *De morbis artificum*, tradotto dal latino dall'Abate Chiari di Pisa, 1821, Milano.
- Ramirez A.J., Craig T.K.J., Watson J.P. et al., (1989). *Stress* and Relapse of Brest Cancer. *British Medical Journal*, 289: 291-293.
- Randomised controlled trial of self-hypnosis for intrapartum pain. *Midwives*. 2015 Autumn;18:30. PubMed PMID: 26668889.
- Razavi D., (1993). Psychosocial Rehabilitation: A New Challenge for Oncology. *Acta-Clin.-Belg.* (Supplement), 15: 24-31.
- Reed W.H., Dadds M.R. et al., (1993). Nausea Induced By Mental Images of Chemotherapy. *Cancer*, 72: 629-636.
- Reich W., (1976). *La Biopatia Del Cancro*. Milano, Sugarco [Ed Or. 1948].
- Reynolds D., (1976). *Morita Psychotherapy. (English, Japanese, and Spanish editions.)* Berkeley: University of California Press.
- Reynolds D., (1984). *Constructive Living. Honolulu: University of Hawaii Press.*
- Reynolds D., (1989). *Meaningful Life Therapy. Culture, Medicine And Psychiatry (?)*, 457-463.
- Reynolds, J. S., e Perrin, N. A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23(4), 425-430.
- Riley V., (1981). Psychoneuroendocrine Influences on Immunocompetence and Neoplasia. *Science*, 212: 1100-1109. Levine S., (1971). Comportamento e *stress*. *Le Scienze*, 6: 33-39.
- Riley V., Fitzmaurice M.A., Spackman D.H., (1981). Psychoneuroimmunologic Factors In Neoplasia: Studies In Animals. In R. Ader (Ed.), *Psychoneuroimmunology*. New York, Academic Press.
- Rinaldis, M., Pakenham, K. I., e Lynch, B. M. (2010). Relationships between quality of life and finding benefits in a diagnosis of colorectal cancer. *British Journal of Psychology*, 101, 259-275.

- Rinaldis, M., Pakenham, K. I., Lynch, B. M., e Aitken, J. F. (2009). Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: a longitudinal investigation. *Psycho-Oncology*, 18(6), 624-633.
- Rogers M.P.,(1979). The Influence of the Psyche and the Brain On the Immunity and Disease Susceptibility. A Critical Review. *Psychosomatic Medicine*, 41: 147-164.
- Rotaru T.Ş., Rusu A. (2016). A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2016;64(1):116-36.
- Ruggieri V., (1987). Semeiotica di processi psicofisiologici e psicosomatici. *Il Pensiero Scientifico*, Roma.
- Ruggieri V., (1988). Mente, corpo, malattia. *Il Pensiero Scientifico Editore*, Roma
- Sacerdote P., (1966). The Use of Hypnosis in Cancer Patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125: 1011-1019.
- Sacerdote P., (1967). Neurophysiological Theories of Pain Perception and the Hypnotic Approach to Pain Relief. In: Antonelli F., Ancona L. *Acta Medica Psychosomatica*. Società italiana di medicina psicosomatica (Pp. 639-647).
- Santarcangelo E.L., Varanini M., Paoletti G., Castellani E., Palombo C., Carli G., (2013). Pain-inducing imagery as a function of hypnotisability and of the activity of Gray's Behavioral Inhibition/Activation Systems. *Neuroscience Letters*, 2013 Dec 17;557 Pt B:184-7.
- Sarason I.G., Sarason B.R. et al.(1985). Life Events, Social Support and Illness. *Psychosomatic Medicine*, 47: 156-163
- Satta E., (1989). *Manuale di psico oncologia*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1989 .
- Scapagnini U., Canonico P. L., Ferrara N., (1982). *Psiconeuroendocrinologia*. Padova, Liviana.
- Scherer, M., e Herrmann-Lingen, C. (2009). Single item on positive affect is associated with 1-year survival in consecutive medical inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 31(1), 8-13.
- Schmale A. H. Jr. e Iker H.P., (1964). The Affect of Hopelessness in the Development of Cancer. I. The Prediction of Uterine Cervical Cancer In Women with Atypical Cytology. *Psychosomatic Medicine*,26: 634-635.

- Schmale A. H. Jr. e Iker H.P., (1966). The Psychological Setting of Uterine Cervical Cancer. *Annals of the New York Academy of Science*, 125: 807-813.
- Schofield, P., Ball, D., Smith, J. G., Borland, R., O'Brien, P., Davis, S., et al. (2004). Optimism and survival in lung carcinoma patients. *Cancer*, 100(6), 1276-1282.
- Schroevers, M. J., V. Kraaij, e Garnefsky, N. (2011). *Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. Psycho-Oncology*, 20(2), 165-172.
- Schroevers, M., Kraaij, V., e Garnefski, N. (2008). *How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? British Journal of Health Psychology*, 13, 551-562.
- Sepers J.W., van der Boon N., Landsmeer-Beker N.E., (2016). *PTSD in young children after medical procedure. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 2016;160(0):A9991.
- Shapiro, J. P., McCue, K., Heyman, E. N., Dey, T., e Haller, H. S. (2010). *Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer. Journal of Psychosocial Oncology* 28(1), 1-22.
- Simmons B., (1979). In: Hinsie L.E., Campbell R.J. *Dizionario di Psichiatria*. Astrolabio, Roma.
- Simon, A. E., Thompson, M. R., Flashman, K., e Wardle, J. (2009). *Dis-ease stage and psychosocial outcomes in colorectal cancer. Colorectal Disease*, 11(1), 19-25.
- Simonton O.C., Matthews Simonton S., Creighton J.L., (1981). *Stare bene nuovamente*. Edizioni Nord-Ovest, Milano.
- Simonton O.C., Simonton S.S., (1976). *Belief System and Management of the Emotional Aspect of Malignancy. Journal of Transpersonal Psychology*, 78: 29-47.
- Singer J.E., (1984). *Some Issues In the Study of Coping. Cancer*, 53, (Suppl.): 2303-2315.
- Snow H. L., (1883). *Clinical Notes On Cancer*. London, J. e A. Churchill.
- Snow H. L., (1891). *The Proclivity of Women to Cancerous Diseases*. London, J. e A. Churchill.
- Solomon R.L., (1964). *Punishment. American Psychologist*, 19: 239-253.

- Solomon R.L., Kamin L.J., Wynne L.C., (1953). *Traumatic Avoidance Learning: the Outcome of Several Extinction Procedure. Journal of Anormal and Social Psychology*, 48: 291-302.
- Sontag S., (1980). *Malattia come metafora: il cancro e la sua mitologia*. Einaudi, Torino. [Titolo originale: *Illness as Methafor*. Vintage Book, New York 1977.]
- Speciani L.O., (1982). *Di cancro si vive*. Ed. Mason.
- Spence D., (1979). *Somato-Psychic Signs of Cervical Cancer. Paper Read At the 87th Annual American Psychiatric Association Convention, New York*.
- Spiegel D., (1990). *Can Psychotherapy Prolong Cancer Survival? Psychosomatics*, 31, (4): 361-366.
- Spiegel D., (1993). *Psychosocial Interventation in Cancer. Journal of the National Cancer Istitute*, 85, (15), August 4 : 1198-1205.
- Spiegel D., (1994). *Health Caring.Psychological Support for Patients whit Cancer. Cancer*, 74: 1453-1457.
- Spiegel D., (1995).*How Do You Feel About Cancer Now? Survival and Psychosocial Support. Public Health Rep.; May-Jun, 110, (3): 306-311*.
- Spiegel E.B. (2016). *Attachment-Focused Hypnosis in Psychotherapy for Complex Trauma: Attunement, Representation, and Mentalization. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2016;64(1):45-74*.
- Spiegel M.D., Bloom R.J., (1981). *Group Support for Patients with Metastatic Cancer: A Randomized Prospective Outcome Study. Archives of General Psychiatry*, 38: 527-533.
- Spiegel M.D., Bloom R.J., (1983). *Pain in Metastatic Breast Cancer. Cancer*, 52: 341-345.
- Spiegel, M.D., Bloom R.J., (1989). *Effect of Psychosocial Treatment On Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. The Lancet; October 14, 1989*.
- Spigel D., (1991). *Second Thoughts On Personality, Stress And Disease. Psychological Inquiry*, 2: 266-268.
- Staats A.N., (1975). *Social Behaviorism*. The Dorsey Press Homewood, Illinois. [Trad. it: *Il comportamentismo sociale*. Giunti Barbera, 1981.]

- Stites D.P., Stobo J.D., Funderberg H.H. e Wells J.V., (Eds.) (1982). *Basic and Clinical Immunology*. Los Altos, Lange.
- Stoll B.A., (1979). *Defining the Subject of Inquiry*. In: *Mind and Cancer Prognosis*. Stoll B.A., New York, Wiley.
- Tan M., Law L.S., Gan T.J., (2015). *Optimizing pain management to facilitate Enhanced Recovery After Surgery pathways*. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 2015 Feb;62(2):203-18.
- Tancredi O., Bralla E., (1992). *Psicologia e malato neoplastico*. *Minerva Psichiatrica*, 32: 207-215.
- Tarnaroff M., Festa R. et al., (1992). *Therapeutic Adherence to Oral Medication Regimens by Adolescents with Cancer. Clinical and Psychologic Correlates*. *The Journal of Pediatrics*, 120: 812-817.
- Tefikow S., Barth J., Maichrowitz S., Beelmann A., Strauss B., Rosendahl J., (2013). *Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Clinical Psychological Review*, 2013 Jul;33(5):623-36.
- Telch C.F., Telch M.J., (1986). *Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies*. *Journal Consult Clin. Psychology*, 54: 802-808.
- Temoshok L., (1987). *Personality, Coping Style, Emotion and Cancer: Towards An Integrative Models*. *Cancer Surveys*, 6: 545-567.
- Temoshok L., Heller B.W., (1983). *Introducing the "Type C" Constellation Into Psychosocial Oncology: Theory, Measurement and Evidence for Validity*. *American Psychological Association*. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol 43(2), Apr 1948, 237-239.
- Thiele Rolando R., (1988). *Psico-oncologia. Nuove tendenze dell' assistenza al malato di cancro*. Il Mulino, Bologna.
- Thomas C. B., Duszynski K. R. et al., (1979). *Family Attitudes Reported in Youth As Potential Predictors of Cancer*. *Psychosomatic Medicine*, 41:287-302.
- Thomas C.B. e Duszynski K.R., (1974). *Closeness to Parents and the Family Constellation in A Prospective Study of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Malignant Tumor, Hypertension and Coronary Heart Disease*. *Johns Hopkins Medical Journal*, 134: 251-270.

Trijsburg R.W., (1992). *Effects of Psychological Treatment On Cancer Patients: A Critical Review. Psychosomatic Medicine, 54: 489-517.*

Ulbrich De Muynck R., Ulbrich R., (1973). Standardisierung des selbstsicherheitstraining für Gruppen. In: Brengelmann J.C., Tunner W. *Behavior Therapy-Verhaltenstherapie.* Urban e Schwarzenberg, München.

Ultman J.E. e Golomb H.M., (1980). Principles of Neoplasia: Approach to Diagnosis and Management. In: Harrison's Principles of Internal Medicine (9th Ed.). Tokio, Mc Graw-Hill Kagakusha.

Uva V., (1992). Miti e sogni nel cancro. In: Uva V., Balenzano T., Pecis D. *Nuove frontiere della psicosomatica.* Edizioni Luigi Pozzi 1992, Roma.

Vachon M.L.S., Lyall W.A.L. et al., (1982). *The Effectiveness of Psychosocial Support During Post-Surgical Treatment of Breast Cancer, International Journal of Psychiatry Med., 11: 365-372.*

Vadiraja, H. S., Rao, M. R., Nagarathna, R., Nagendra, H. R., Rekha, M., Vanitha, N., et al. (2009). *Effects of yoga program on quality of life and affect in early breast cancer patients undergoing adjuvant radiotherapy: a randomized controlled trial. Complement Ther Med, 17(5-6), 274-280.*

Valenzuela, F. O. (2015). *Psycho-Oncology, Hypnosis and Psychosomatic Healing in Cancer,* Trafford.

Van der Ploeg H.M., (1991). *What A Wonderful World It Would Be: A Reanalysis of Some of the Work of Grossarth-Maticek. Psychological Inquiry, 2: 280-285.*

Vanhaudenhuyse A., Laureys S., Faymonville M.E., (2013). *Neurophysiology of hypnosis. Neurophysiologie Clinique, 2014 Oct;44(4):343-53.*

Vázquez, C. e Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en cáncer de mama. *Psicooncología, 4(2-3), 385-404.*

Volume 77(6) pgs. N8-N9,841-992,E979-E988 December 2015

Voogt, E., Van der Heide, A., Van Leeuwen, A. F., Visser, A. P., Cleiren, M., Passchier, J., et al. (2005). *Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. Psycho-Oncology, 14(4), 262-273.*

Wall P.D. (1999). *Pain: The science of suffering,* London.

Watson M., (1983). *Psychological Intervention With Cancer Patients: A Review. Psychol. Med.,. 13, (2): 839-846.*

- Watson T., (1871). *Lectures On Principles and Practice of Physic*. London, J. W. Parker
- Weisman A.D., Worden J.W. et al., (1980). *Psychosocial Screening and Intervention With Cancer Patients. Research Reports, Cambridge Mass., Shea Bros.*
- Winnicott D.W., (1966). *Psychosomatic Illness In Its Positive and Negative Aspects. International Journal of Psychoanalysis, 47: 510-516.*
- Wolpe J., (1958). *Psychotherapy By Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford.
- Wolpe J., (1969). *The Praticce of Behavior Therapy*. Pergamon Press, New York. [Trad. it: *Tecniche di terapia del comportamento*. Franco Angeli, Milano 1972.]
- Wood D.P., Hirschberg B.C., (1994). *Hypnosis with the surgical patient. Military Medicine, 1994 Apr;159(4):353-7.*
- Wood P.E., Millingan M. et al., (1978). *Group Counseling for Cancer Patients in A Comunity Hospital. Psychosomatics, 19: 555-561.*
- Worden J.W., Weisman A.D., (1984). *Preventive Psychosocial Intervention With Newly Diagnosed Cancer Patients. General Hospital Psychiatry, 6: 243-249.*
- Wright, E. P., Kiely, M. A., Lynch, P., Cull, A., e Selby, P. J. (2002). *So-cial problems in oncology. British Journal of Cancer, 87(10), 1099-1104.*
- Wyszynsky A.A., (1990). *Managing Non compliance In The "Dificult" Medical Patients: the Contributions of Insight. Psychother. Psicosom., 54: 181-186.*
- Yalom L.D., (1980). *Existential Psychotherapy*. New York, Basic Book.
- Zahid M.F., (2015). *Methods of reducing pain during bone marrow biopsy: a narrative review. Annals of Palliative Medicine, 2015 Oct;4(4):184-93.*
- Zemmoura I., Fournier E., El-Hage W., Jolly V., Destrieux C., Velut S., (2015). *Hypnosis for Awake Surgery of Low-grade Gliomas: Description of the Method and Psychological Assessment. Neurosurgery. Volume 77(6) pgs. N8-N9,841-992,E979-E988 December 2015.*
- Zemmoura I., Fournier E., El-Hage W., Jolly V., Destrieux C., Velut S., (2015). *Hypnosis for Awake Surgery of Low-grade Gliomas: Description of the Method and Psychological Assessment. Neurosurgery.*