



**Corso Base di
“Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica”**

Torino Anno 2019

**Dolore cronico
Neuromodulazione non farmacologica e Ipnosi:
Prime riflessioni**

RELATORE

Dott.ssa Milena Muro

CANDIDATO

Dott. Nicola Luxardo

Sommario

Introduzione.....	3
1. Dolore nocicettivo.....	4
2. Dolore neuropatico.....	4
3. Dolore nociplastico.....	4
Neurofisiologia del dolore.....	5
Dolore fisiologico e conversione in dolore cronico.....	5
Differenti forme e livelli di plasticità.....	7
Trattamenti neuromodulatori.....	9
Ipnosi.....	10
Effetti neurofisiologici dell'ipnosi.....	11
Implicazioni cliniche.....	14
La Terapia del Dolore.....	17
Conclusioni.....	20
Bibliografia.....	21

Introduzione

L'origine del dolore e il suo duplice ruolo di protezione biologica e malattia debilitante hanno affascinato per secoli scienziati e filosofi. Darwin lo descrisse come un'emozione omeostatica essenziale per la sopravvivenza della specie, Cartesio invece come l'attivazione di un canale che unisce la cute al cervello pensando a un'ipotesi basata sull'intensità dello stimolo e non sulla specificità delle vie di conduzione e codifica, con una sintomatologia riferita esclusivamente all'area della lesione che si conclude con la guarigione.

In realtà il dolore cronico è un fenomeno complesso, può persistere a lungo oppure manifestarsi anche in assenza di un trigger patologico.

Con il termine di dolore cronico si intende quel dolore "che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto" (definizione della IASP). E' stato riconosciuto come una vera e propria patologia in sé per le conseguenze invalidanti che comporta per la persona che ne soffre, dal punto di vista fisico, psichico, socio-relazionale, con effetti negativi sulla qualità di vita.

Non sono oggi disponibili indagini epidemiologiche esaurienti, a livello paneuropeo, in grado di definire la portata del problema dolore. Un certo numero di ricerche più limitate sono tuttavia sufficienti per dimostrare oltre ogni dubbio che in Europa il dolore è uno dei principali problemi sanitari. Benché tutti i tipi di dolore siano importanti, il presente lavoro si concentra sul dolore cronico, che rimane uno dei problemi medici meno conosciuti e affrontati del ventesimo secolo. Le statistiche dimostrano il terribile impatto negativo del dolore cronico nella vita degli individui che ne sono portatori, evidenziano le dimensioni del problema, compresi i relativi costi economici per la società, e identificano la grave riduzione della qualità della vita dei milioni di persone

affette da dolore cronico. Dati i costi associati al dolore cronico e il diritto di chi ne soffre di godere di una qualità della vita ragionevole, è imperativo che la portata del problema del dolore venga riconosciuta e affrontata a livello più ampio.

La IASP nell' ICD 11 presentata su PAIN (vol 160) del 2019 ha classificato il dolore cronico in 7 categorie:

1. Il dolore cronico primario
2. Il dolore cronico secondario, secondario al cancro
3. Il dolore cronico secondario, postraumatico e postchirurgico
4. Il dolore cronico neuropatico
5. Il dolore cronico secondario a cefalea o ad algie del volto
6. Il dolore cronico secondario a malattie viscerali
7. Il dolore cronico secondario a un dolore muscolo-scheletrico

Comprendendo 3 categorie fisiopatologiche:

1. **Dolore nocicettivo** è la risposta fisiologica a uno stimolo in grado di attivare i recettori specifici del dolore , caratterizzati da una elevata intensità di stimolazione. Vengono attivati i nocicettori, cioè le strutture periferiche dedicate alla rilevazione di danni tissutali che trasmettono gli impulsi al sistema nervoso centrale: natura osteoarticolare degenerativa e reumatica,viscerale, arteriopatica, oncologica.
2. **Dolore neuropatico** è causato da un danno o da una disfunzione del sistema nervoso centrale o periferico:lombo sciatalgie, nevralgia posterpetica, dolore dell'arto fantasma, lesione midollare, malattie del sistema nervoso centrale.
3. **Dolore nociplastico** è legato a una condizione biologica strettamente legata a un distress emozionale significativo e a una disabilità funzionale: fibromi algia, cistite interstiziale, colon irritabile, cefalea tensiva, sindrome della articolazione temporomandibolare.

Neurofisiologia del dolore

Dolore fisiologico e conversione in dolore cronico

Lo stimolo doloroso viene intercettato da strutture specializzate, i nocicettori, rappresentati dalle terminazioni nervose libere di fibre non mielinizzate, le fibre C, o poco mielinizzate, le fibre A delta e percorre vie specifiche del sistema nervoso periferico e centrale.

Le proprietà fisico chimiche degli stimoli nocicettivi come il calore, il freddo estremo, la pressione, sono convertiti in attività elettrica attivando i canali del sodio inducendo un potenziale d'azione all'interno della fibra nervosa. Il neurone di primo ordine, alla cui estremità periferica sono localizzati i nocicettori, raggiunge il midollo spinale con la estremità centrale, dove termina, collegandosi attraverso una sinapsi glutammatergica al neurone di secondo ordine. La sinapsi tra il primo neurone e il neurone di secondo ordine avviene negli strati più superficiali del midollo spinale, lamina uno e due.

Lo stimolo doloroso raggiunge la corteccia cerebrale, schematicamente, attraverso due vie rappresentate dal tratto spino talamico laterale che raggiunge la corteccia somatosensoriale parietale dove lo stimolo viene processato in termini sensoriali nei suoi aspetti discriminativi di localizzazione, intensità e qualità, infine una via spino talamica mediale per gli aspetti emotivi e cognitivi.

Tale processo avviene quindi su più livelli del tratto spino talamico e include strutture come il talamo, la corteccia prefrontale, la corteccia cingolata anteriore, La corteccia somatosensoriale primaria e secondaria, l'insula.

Il talamo è considerato il primo relais per la trasmissione del dolore dalla periferia e dal midollo spinale ai diversi centri corticali coinvolti

nell'informazione dolorosa.

La corteccia prefrontale codifica gli aspetti cognitivi sia del dolore acuto che cronico includendo la valutazione sul significato ma anche decisionale sul come affrontare al meglio l'evento.

La corteccia cingolata anteriore processa invece la componente affettiva ed emotiva del dolore, come la sofferenza, ma anche agli aspetti motivazionali e motori includendo il coping e il comportamento.

L'insula definisce la consapevolezza delle condizioni fisiche di una persona, operativa nelle condizioni di pericolo, gioca un ruolo nell'attivazione del "network dolore" e nella coscienza di tale esperienza.

Queste aree agiscono sistematicamente attraverso un lavoro integrato e coordinato che non può realizzarsi se la "pain matrix" talamo corticale per qualche motivo è inattiva.

A livello corticale quindi lo stimolo nocicettivo raggiunge lo stato di coscienza acquisendo il valore di "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno".

Normalmente questa esperienza ha una funzione fisiologica di protezione, altre volte invece assume il carattere di una malattia associata a stati patologici come una infiammazione, una neuropatia, il cancro, un'infezione virale, una chemioterapia o una malattia degenerativa come il diabete, altre volte senza una causa apparente.

Il dolore diviene quindi quotidiano, continuo o a crisi, spontaneo oppure evocato da stimoli naturalmente non dolorosi, condizione definita allodinia oppure da una aumentata sensibilità agli stimoli dolorosi l'iperalgisia, spesso resistente alle comuni terapie.

L'elemento chiave nel passaggio da una condizione di dolore fisiologico a una condizione patologica è la plasticità del sistema nervoso periferico e centrale.

Differenti forme e livelli di plasticità

Le modificazioni dinamiche nella "neural matrix" possono avvenire su più scale temporali, acute e croniche, su diversi livelli, molecolare, sinaptico, cellulare e di network stesso.

In sede molecolare per esempio attraverso il meccanismo della fosforilazione si può alterare la funzione di canali ionici e modificare la loro soglia di stimolazione oppure la loro localizzazione funzionale.

In sede sinaptica la forza dei contatti può variare dal silenzio sinaptico dovuto a un'incapacità di trasferire l'impulso da un neurone di prim'ordine a quello di secondo ordine, a uno stato di trasmissione facilitata con la creazione di un continuo passaggio di potenziale di membrana. Il potenziamento sinaptico determina un potenziale eccitatorio post sinaptico amplificato che coinvolge dei recettori specifici come gli AMPA che attivano nel tempo altri recettori, glutammatergici, etichettati come NMDA dando luogo al fenomeno di "Long term potentiation" dell'impulso nocicettivo dimostrato a livello delle corna dorsali del midollo spinale e della corteccia cingolata anteriore.

L'aumento dell'attività neuronale è conseguenza di una aumento dell'attività spontanea e successiva al potenziale d'azione che continua anche al termine dell'impulso nocicettivo conducendo al fenomeno di sensibilizzazione centrale, riguardando anche il neurone di prim'ordine che espande il suo campo ricettivo in periferia e riducendo la soglia di stimolazione, contribuendo all'estensione dell'area del dolore attraverso l'attivazione dei nocicettori silenti e il meccanismo della flogosi neurogena.

La plasticità riguarda inoltre il network neurale per come l'input nocicettivo

viene processato. L'aumento di attività neuronale per intensità e frequenza di scarica altera l'equilibrio funzionale tra i processi eccitatori e quelli inibitori a favore dei primi.

Infine, alla complessità relativa delle modificazioni plastiche a livello funzionale si aggiungono quelle legate alle modificazioni strutturali.

Queste includono un aumento o una riduzione nella densità dei contatti sinaptici, la degenerazione o la rigenerazione di assoni che conducono a una connettività diverse dallo stato fisiologico, la scomparsa degli interneuroni del "gate-control" ed alla proliferazione di astrociti e microglia che amplificano il processo nocicettivo tramite il rilascio di mediatori chimici eccitatori.

La plasticità strutturale spiega i cambiamenti che conducono alla persistenza nel tempo e quindi lo stato doloroso patologico.

Il perché avvenga il "continuum" di dolore è ancora da chiarire. La conseguenza è la perdita della funzione biologica di protezione, che ha normalmente il dolore e il passaggio allo stato di malattia. La transizione del dolore da acuto in persistente è composto da una multifattorialità che di volta in volta si indirizza su un substrato individuale coinvolgendo elementi periferici come la flogosi o la degenerazione tessutale, elementi neuropatici, meccanismi riguardanti la sensibilizzazione periferica e centrale, elementi psicologici e ambientali, confermando la natura bio-psico-sociale del dolore.

La "malattia dolore" presenta un insieme di effetti legati al dolore stesso secondo dei parametri clinici specifici e individuali di timing, localizzazione e irradiazione, di provocazione e miglioramento, di severità e qualità ma anche altri aspetti come l'ansia e la depressione, l'insonnia, la fatigue, l'inattività e la tensione muscolare, ad esso correlato.

Obbligo dei Clinici del Dolore è quella di farsi carico di tale complessità nella sua interezza evitando la frammentazione e la dispersione legata al fattore tempo e

ai tanti passaggi ambulatoriali di diverse discipline senza un coordinamento di sistema.

Trattamenti neuromodulatori

I più comuni trattamenti sono rappresentati dalla terapia farmacologica che viene suddivisa in diversi step di trattamento mentre la terapia non farmacologica tende ad essere menzionata come "ultima spiaggia" e questo nonostante i modesti risultati ottenibili dalla sola farmacoterapia.

Una meta analisi del 2010 condotta sull'efficacia degli oppioidi nel trattamento del dolore cronico concludeva che questa categoria di farmaci risulta avere un piccolo miglioramento sulla intensità del dolore rispetto al placebo.

Oltre alla scarsa efficacia possono causare tolleranza, sonnolenza e stato confusionale, dipendenza, ed effetti cognitivi come deficit di memoria, di attenzione e di valutazione.

E' sempre più crescente l'interesse rivolto verso gli interventi di neuro modulazione elettrica e psicologica e il rationale che sostiene questa scelta è la consapevolezza che "il collo dell' imbuto" sia il processo spino-talamo-corticale e cortico-talamo-spinale.

Se l'esperienza del dolore è il risultato di come il cervello processa questo fenomeno e non tanto un semplice input sensoriale allora ogni intervento che ha il focus primario della sua azione sulla modulazione della attività cerebrale ha la potenzialità di influenzare il dolore stesso è quindi possibile modulare l'esperienza dolore attraverso stimoli elettrici (questa conoscenza ci deriva da tempi antichissimi) ma la modulazione dell'esperienza può essere sviluppata anche agendo anche sul modo in cui il cervello processa gli stimoli e ne dà significato: l'ipnosi dunque rientra nella possibilità di modificare proprio questa condizione , modificando di fatto l'esperienza dolore.

Ipnosi

E' una tecnica che agisce modificando lo stato di coscienza del soggetto, che grazie alla relazione di fiducia che s'instaura con l'ipnotista, accede volontariamente alla possibilità di modificare il vissuto e l'esperienza, atto che si concretizza nella realizzazione del monoideismo plastico, un'idea che viene suggerita dall'ipnotista e criticamente accettata e realizzata dal paziente e che riverbera sul piano psicosomatico.

Un trattamento ipnotico in un contesto clinico, inizia usualmente con una induzione che stimola il paziente a focalizzare la propria attenzione su un singolo stimolo, interno alla persona respiro, sensazioni fisiche, punti algici, o focalizzi l'attenzione verso l'esterno possono essere stimoli dell'ambiente, un rumore o le gocce della flebo o un punto qualunque del muro su cui focalizzare l'attenzione, questa iniziale fase di focalizzazione serve per far concentrare l'individuo sull'esperienza che sta vivendo e ha l'obiettivo di aumentare l'apertura e la disponibilità del soggetto nel rispondere alle suggestioni che verranno poi proposte. Serve in questa fase rafforzare la possibilità per il paziente di affidarsi alla guida dell'operatore con fiducia tale che le suggestioni possano essere accettate e realizzate perché buone per lui. La presenza dello stato di coscienza critico sempre attivo, permette al paziente di seguire confortevolmente la guida dell'ipnotista finché questa mantiene la concordanza con l'obiettivo da raggiungere

Le suggestioni possono essere dirette e facilitare una sensazione di comfort che può iniziare in un punto ed espandersi gradualmente ("concentra la tua attenzione sul calore che stai sperimentando e immagina che si diffonda sempre di più sciogliendo tutte le tensioni") oppure suggestioni indirette ("non so come troverai una sensazione di beneficio nell'incontro odierno, forse vivrai

un senso di benessere ignorando le sensazioni spiacevoli, quello che so è che tu troverai il modo di vivere con più comfort e maggior controllo ...”)

Anche l'uso delle metafore è importante: come nel rapporto tra leggerezza, aria, nuvole, palloncini colorati, piume, galleggianti e altre immagini che possano attivare esperienze di leggerezza tale da produrre il sollevamento di un arto. E con la stessa idea di utilizzare immagini metaforiche è possibile suggerire altri cambiamenti con un'efficacia notevole.

L'ipnosi include inoltre le suggestioni post-ipnotiche allo scopo di prolungare nel tempo gli effetti della seduta e garantire l'autoefficacia dell'intervento, del resto alcuni ipnologi ormai definiscono l'ipnosi uno stato sempre di auto-ipnosi a sottolineare il fatto che il soggetto è sempre attore principale dell'esperienza ipnotica

La metodica dell'ancoraggio permette l'autoipnosi consentendo il controllo sul processo da parte del paziente e la sua pratica per proprio conto consentirà una continuità di training con automatismi più rapidi ed effetti più duraturi nel tempo, alimentando un atteggiamento attivo e protagonista verso la terapia e il proprio stato di salute.

Effetti neurofisiologici dell'ipnosi

L'effetto dell'ipnosi sulla attività cerebrale è stata studiata mediante PET, FMRI ed Elettroencefalografia. I primi due strumenti sono stati utilizzati per valutare la localizzazione dell'attività cerebrale mentre il terzo per valutare gli stati cerebrali. Le conclusioni sono state:

1. Non esiste un centro del dolore all'interno del SNC in quanto l'esperienza dolorosa è legata all'attività di molte strutture e alla loro interazione: il talamo, la corteccia cingolata anteriore, l'insula e la corteccia somatosensoriale primaria e secondaria e la corteccia

prefrontale. E' stato dimostrato che ciascuna di queste aree risponde all' ipnosi su più livelli e non su una singola struttura con un singolo meccanismo. Anche se la suggestione ipnotica può essere indirizzata verso target specifici come la corteccia cingolata anteriore per la componente legata alla spiacevolezza del dolore o l'area somatosensoriale primaria e secondaria per modulare l'intensità del dolore.

2. L'elettroencefalografia ha dimostrato che così come il dolore può modificare l'attività elettrica neuronale corticale aumentando le frequenze beta riducendo le onde più lente anche l'ipnosi può determinare queste variazioni con l'aumento delle frequenze alfa rispetto a quelle più veloci.
3. Ipnosi e immaginazione. La conclusione dei lavori scientifici che hanno messo a confronto la suggestione ipnotica di un dolore con l'immaginazione dello stesso hanno dimostrato che la prima ha una localizzazione in specifiche aree cerebrali simili ad una reale stimolazione con una intensità superiore a quella dell'immaginazione perché in grado di agire su più livelli e su uno spettro più ampio: il rilassamento, l'attenzione, modificando ed escludendo i pensieri negativi
4. Il trattamento ipnotico riduce l'intensità del dolore. Non è un trattamento universale. Nell'ambito della tipologia del dolore alcuni studi hanno evidenziato una maggiore efficacia nei confronti del dolore neuropatico ottenendo un controllo del dolore nei traumi vertebro-midollari sfiorando il 30% fino alla 50% per la sclerosi multipla e il 60% verso i pazienti con dolore da arto fantasma.
5. Il dato di maggiore o minore ipnotizzabilità è un dato importante e condiziona la variabilità del risultato. Gli studi di neuroimaging e neurofisiologici evidenziano che i soggetti più ipnotizzabili possiedono una abilità attentiva di filtro maggiore rispetto a quelli

che dimostrano una minore ipnotizzabilità, consentendo ai primi di focalizzare meglio e mantenere la propria attenzione come di ignorare gli stimoli ambientali non rilevanti.

6. Un'altra variabile è rappresentata dalle aspettative delle persone che influenza l'esito della cura rappresentando un punto di contatto con l'effetto placebo per l'interazione tra mente e corpo, in cui gli eventi mentali sono in grado di influenzare gli aspetti biologici e organici. Alla base di questa variabile esistono essenzialmente 2 meccanismi: l'apprendimento: chi ha ricevuto in passato trattamenti efficaci può diventare un buon responder; il genotipo: alcuni rispondono meglio di altri considerando che molti neuro stimolatori sono coinvolti in questa dinamica.

L'ipnosi modula quindi l'esperienza dolorosa intervenendo sui processi della "Pain Matrix" e non su singoli procedi o strutture.

1. Studi sui correlati neuroanatomici dello stato ipnotico hanno verificato una riduzione di attività soprattutto della corteccia prefrontale nei soggetti ad elevata ipnotizzabilità.
2. Le suggestioni legate al trattamento della parte spiacevole del dolore determinano una riduzione dell'attività della corteccia cingolata anteriore sede di codifica della componente affettiva del dolore attività che non si riduce quando le suggestioni sono dedicate a ridurre l'intensità del dolore. Le stesse suggestioni dedicate alla componente emotiva del dolore risultano non modificare l'attività della corteccia somatosensoriale sede del processo delle informazioni nocicettive sensoriali tra cui la severità del dolore.
3. Le suggestioni focalizzate a indurre e a sostenere nel tempo il dolore attivano le aree cerebrali come la corteccia prefrontale dorso laterale, la corteccia cingolata anteriore, la corteccia prefrontale, i lobi temporali, quindi aree legate a un ruolo cognitivo emozionale e motivazionale.

4. Studi di imaging che hanno confrontato suggestioni focalizzate contro la severità del dolore con altre dirette sul benessere della persona senza coinvolgere le modalità algiche, coinvolgendo un gruppo di soggetti svegli vs un gruppo di soggetti ipnotizzati hanno dimostrato per prima cosa che la riduzione del dolore è superiore nel gruppo in ipnosi e infine che l'effetto migliore veniva ottenuto con entrambe le tipologie di suggestione attraverso il coinvolgimento del network emotivo-motivazionale e somato-sensoriale.

Implicazioni cliniche

1. L'ipnosi e le suggestioni dell'analgesia ipnotica hanno mostrato di modulare tutti i processi neurofisiologici che sottendono all'esperienza dolorosa dalla periferia al tratto spino talamico e numerose aree corticali. Considerando il buon equilibrio tra le evidenze di efficacia sul dolore cronico, costo, sicurezza e tollerabilità, l'ipnosi rappresenta un ragionevole approccio per i clinici nei programmi riabilitativi indirizzati verso le persone affette da dolore cronico.
2. Gli specifici effetti dell'ipnosi sull'attività cerebrale dipendono dal contenuto della suggestione ipnotica.

Per ottimizzare l'efficacia del trattamento ipnotico le suggestioni devono essere indirizzate su più livelli di processo:

- la corteccia somatosensoriale per l'intensità e la qualità del dolore;
- la corteccia cingolata anteriore per la componente legata al senso di fastidio e di spiacevolezza;
- l'insula per il comfort e la sensazione di integrità;
- la corteccia prefrontale per la minaccia e il pericolo.

il clinico dovrebbe utilizzare un range di suggestioni indirizzate alle diverse

componenti del dolore, per modulare l'intensità del dolore, migliorare la qualità della vita, la funzionalità quotidiana indipendentemente dal livello del dolore, facilitare il ritorno al lavoro, migliorare l'attività sociale, la qualità del sonno. L'insonnia per esempio compare tra il 50 e l'88% delle persone affette da tale sintomatologia, le suggestioni devono affrontare la capacità di addormentarsi, di riaddormentarsi durante i risvegli notturni per migliorare la percezione di riposo al mattino. Affrontare la fatigue attraverso una forza interiore e trovare una riserva di energia quando è necessaria ed appropriata

3. Le suggestioni che possono essere maggiormente efficaci sono quelle che includono la riduzione del dolore, l'aumento del comfort o il miglioramento dell'abilità nell'ignorare o nello spostare l'attenzione, la modificazione della sensazione del dolore in un'altra sensazione come il formicolio o l'intorpidimento. Altre suggestioni, possono focalizzare l'attenzione o migliorare altre aree di vita che secondariamente possono influenzare il dolore suggestioni che promuovano l'auto-efficacia il cambiamento di abitudini l'aumento dell'attività funzionale o la qualità del sonno.

4. Le suggestioni possono essere dirette verso il miglioramento delle terapie fisiche migliorando l'aderenza al programma terapeutico. L'obiettivo è la migliore risposta di coping. Le evidenze disponibili indicano che l'ipnosi riduce la media del dolore quotidiano e migliora gli altri parametri legati al dolore lavorando sinergicamente con altre terapie fisiche e psicologiche, intensificando la loro efficacia.

5. L'obiettivo del trattamento: modulare l'intensità del dolore, migliorare la qualità della vita, il ritorno al lavoro, migliorare la funzionalità quotidiana indipendentemente dal livello del dolore, migliorare l'attività sociale, la qualità del sonno. Le suggestioni possono essere dirette anche verso il miglioramento delle terapie fisiche migliorando l'aderenza al programma terapeutico migliorando l'aspetto motivazionale per quanto riguarda la partecipazione a un

programma terapeutico

6. L'outcome è condizionato dal livello di ipnotizzabilità di una persona ma anche dalle aspettative, dalle motivazioni così come dall'ambiente tutte condizioni che possono contribuire al grado di efficacia attraverso le modificazioni cognitive che influenzano la componente affettiva del dolore.

7. Considerando la natura Bio Psico Sociale e neuropsicologica del dolore usare una combinazione di suggestioni legate al dolore ma non solo potrebbero essere la via più efficace

La Terapia del Dolore

La terapia del dolore nell'ambito della clinica e dell'assistenza ospedaliera ha il compito di affrontare tale complessità algologica in tutti i suoi ambiti: diagnostica, terapeutica, gestionale.

La presa in carico della cronicità è un aspetto prioritario.

I pazienti giungono alla nostra attenzione perché inviati dalla medicina generale o dagli specialisti che operano nel territorio, da altre discipline ospedaliere.

Le persone eleggibili per l'accesso alla Terapia del Dolore sono affette da

1. Dolore nocicettivo di varia natura
2. Dolore neuropatico periferico o centrale
3. Dolore nociplastico funzionale

Il razionale è basato sul fatto che il dolore può essere

1. Sintomo di una malattia che perdura nel tempo
2. Malattia come entità nosologica a sé stante

Se nel dolore acuto l'immobilità e lo stato d'allerta sono comportamenti utili e automatici, il rimanere "fermo e teso", come avviene nel dolore cronico, determina, invece, una situazione che favorisce l'auto-mantenimento del sintomo, sviluppando una centralità del dolore attorno a cui si plasma il carattere modificando il modo di vivere, la visione della vita stessa, l'immagine di sé.

Il comportamento neurofisiologico è quello di "iper-arausal" che corrisponde al tentativo di proteggersi attraverso il riconoscimento precoce di un pericolo.

La ricerca di una causa psichica o fisica risulta una operazione inutile perché il sistema funziona in entrambe le direzioni secondo un modello biopsicosociale in cui rientra anche il contesto ambientale.

L'effetto placebo/nocebo è un esempio dirimente di come si possano influenzare volontariamente dei sintomi come il dolore, l'umore, la fatica.

Se la terapia farmacologica non è sempre in grado di modulare con efficacia tale complessità sia essa sistemica che loco-regionale infiltrativa, il trattamento con metodiche non solo farmacologiche rappresenta una opportunità per alzare l'asticella delle possibilità integrando approcci e modelli di cura differenti.

Il percorso diagnostico e terapeutico, necessariamente **multidisciplinare**, è quindi quello di interrompere il circolo vizioso del "fear avoidance model" cioè quella convinzione di evitamento per paura che l'attività fisica e il lavoro possano influenzare e contribuire al dolore e alla conseguente disabilità implementando in modo sistematico un maggior movimento strutturato della persona, accompagnato da interventi sistematici di rilassamento, migliorando il tono dell'umore e diminuendo i pensieri disfunzionali e catastrofici cosa possibile proprio con l'implementazione dell'ipnosi nel percorso di cura di questi pazienti.

L'obiettivo finale non è tanto quello di garantire in modo semplicistico una analgesia ma quello di erogare e garantire i trattamenti relativi alla malattia dolore attraverso terapie farmacologiche, psicologiche e chirurgiche volte all'emancipazione della persona con dolore, acquisendo una autonomia e favorendo il suo inserimento sociale.

I programmi di "self management" iniziano da una corretta informazione in merito alla natura del dolore, implementando l'abilità di affrontarlo e modularlo attraverso dei programmi interdisciplinari.

Le terapie psicologiche includono la terapia cognitivo comportamentale, la mindfulness, il biofeedback e ovviamente l'ipnosi.

Quest'ultima presenta un profilo aderente alle problematiche legate al dolore cronico estremamente interessante e completo sia per il parallelismo fisiopatologico antitetico sulle vie del dolore come dimostrato dagli studi di neuroimaging e neurofisiologici che per l'insieme della clinica, per la capacità di ridurre i parametri di sensorialità, che di migliorare la pratica fisica, affrontare il distress e aumentare le possibilità di un reinserimento sociale.

L'ipnosi rappresenta probabilmente la tecnica terapeutica più adatta ad aiutare la persona a diventare attiva e protagonista della propria terapia in un processo di emancipazione.

Sono ancora pochi i lavori nella letteratura scientifica supportati da una evidenza di efficacia nel medio lungo periodo di elevata qualità.

Da questo limite e dalla consapevolezza delle sue potenzialità deve partire la ricerca scientifica.

Conclusioni

La scelta di un trattamento antalgico dipende da molti fattori ed è impensabile costruire un algoritmo generale considerando l'eterogeneità clinica e il grande numero di condizioni dolorose acute e croniche.

Una possibilità di orientamento per misurare il dolore è fornita dal punteggio della scala numerica NRS da 0 a 10 ma ovviamente l'intensità del dolore per quanto importantissima non riflette l'insieme dell'esperienza dolore.

Se il dolore è acuto e ha una utilità nel raggiungere la guarigione trova un senso ed è tollerato. Ma per chi è affetto da un dolore cronico non è così, il paziente affetto da dolore cronico sviluppa ansia, depressione e pensieri negativi con l'associazione tra dolore, impotenza, assenza di speranza, amplificando il senso di minaccia rappresentato dal dolore ("pain catastrophizing" per gli autori anglosassoni). Il dolore cronico interferisce con le attività quotidiane e l'autoefficacia (intesa come la fiducia in sé stessi di saper affrontare le sfide della vita e raggiungere degli obiettivi), le strategie di coping, e la resilienza vengono progressivamente meno.

Si aggiungono infine il distress emozionale e la mancanza di un supporto sociale che contribuiscono negativamente alla persistenza del dolore nel tempo.

L'ipnosi può essere il valore aggiunto che permette di gestire la sofferenza del paziente agendo su più fronti, con una multimodalità è possibile prendersi cura del paziente e della sua sofferenza con una maggiore possibilità di ottenere buoni risultati, ma soprattutto restituendo la possibilità al paziente di autogestire il sintomo dolore ma anche tutti i sintomi ad esso correlati potendo agire come attore principale sul miglioramento della sua qualità di vita.

Bibliografia

1. Nanna B.Finnerup. Non narcotic methods of pain management NEJM 2019; 380: 2440-48
2. Jensen MP et Al. Neuromodulatory treatments for chronic pain: efficacy and mechanisms. Nat.Rev. Neurol. 2014; 10: 167-78
3. Bonakdar RA, Integrative Pain Management; Med. Clin. N. Am 2017; 101: 987-1004
4. Kuner R, Central Mechanisms of pathological pain Nature Medicine; 2010, 16: 1258-66
5. Davis KD et al. Nat RevNeurology, 2017, 13: 624-38
6. Rossetini G et. Al. BMC Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. 2018, 19:27
7. Denk F. et al; Pain vulnerabilità Nature Neuroscience, 2014, 17: 192-200
8. Ru Rong J. et al. Emerging targets in neuroinflammation-driven chronic pain 2014, 13: 533-48
9. Benedetti F et al, Placebo and nocebo effects: a complex interplay between psychological factors and neurochemical networks, American J of clinical hypnosis; 2015; 267-84
10. Treede K-D Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases Pain 2019, 160: 53-59
11. Navratilova E, et al. Reward and motivation in pain and pain relief 2014, 10: 1304-12

12. Benedetti F et al, How Placebos Change the Patient's Brain
Neuropsychopharmacology 2011, 36,339-54
- 13 Bushnell MC, et al. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain
*Nat Rev*2013, 14: 502-11
14. Oakley DA et al Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience,
Nat Rev 2013, 14: 566-76
15. Thompson T et al The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and metaanalysis of 85 controlled experimental trials,
Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2019, 99: 298-310
16. Ardigo S et al Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study,
BMC Geriatrics (2016) 16:14
17. Facco E et al On the way of liberation from suffering and pain: role of hypnosis in palliative care
Ann Palliat Med 2018;7(1):63-74
- 18 Casula C Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care
Ann Palliat Med 2018;7(1):32-40
19. Carlson LE et al The Role of Hypnosis in Cancer Care
Curr Oncol Rep (2018) 20: 93
20. Wortzel J et al Hypnosis in Cancer Care,
American Journal of Clinical Hypnosis, 2017, 60: 4-17