

Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale

Scuola Post-Universitaria

ISTITUTO FRANCO GRANONE

(Direttore Dr. A. M. Lapenta)

TESI

IPNOSI , DOLORE e CURE PALLIATIVE

L'ipnosi come risorsa per una migliore qualità di vita dei malati terminali

REVISIONE DI LETTERATURA

Relatore: prof. E. Casiglia

Diplomanda: Alice Maiolla

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2013

INDICE

Premessa

Introduzione

1. Primo capitolo: L'ipnosi, le cure palliative e il dolore del malato terminale

1.1 Cos'è l'ipnosi.....	1
1.2 Le cure palliative ed i malati terminali	2
1.3 Il dolore nel malato terminale.....	4
1.4 Risorsa utilissima: l'autoipnosi.....	9

2. Secondo capitolo: Ipnosi e cure palliative

2.1 Applicazioni dell'ipnosi con i malati terminali e potenzialità dell'ipnosi in cure palliative.....	10
2.2 Studi e ricerche sull'applicazione dell'ipnosi in cure palliative.....	14
2.3 Ipnosi e dolore.....	16
2.4 Condizioni necessarie per utilizzare l'ipnosi con i malati terminali.....	20
2.5 Ipnotizzabilità.....	22
2.6 Aspetti favorevoli all'impiego dell'ipnosi in cure palliative.....	23
2.6.1 Spese economiche limitate.....	23
2.6.2 Possibilità di indipendenza dei soggetti.....	23
2.7 Problematiche legate all'utilizzo dell'ipnosi in cure palliative.....	24
2.7.1 Il fattore tempo e lo scetticismo comune.....	24
2.7.2 Il supporto dell'equipe.....	24
2.8 Pazienti sedati o in stato comatoso, importanza della comunicazione ipnotica anche in queste condizioni.....	25

3. Terzo capitolo: Ipnosi e legislazione

3.1 Ipnosi e consenso informato.....	27
3.2 Riconoscimento dell'ipnosi come disciplina terapeutica.....	28
3.3 L'ipnosi in Italia.....	29
Conclusioni.....	31
Bibliografia	33

PREMESSA

All'inizio di questo 2013 ho avuto l'onore ed il piacere di partecipare al *Corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnотica* organizzato dal CIICS (Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale) di Torino; un percorso ben strutturato che ha permesso di avvicinarmi, nella teoria e nella pratica, all'affascinante mondo della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi.

Il CIICS è un'Associazione riconosciuta a livello nazionale nata alla fine degli anni '70 grazie ad un gruppo di medici e psicologi che avevano partecipato a corsi tenuti dal Prof. Franco Granone o formatisi presso l'AMISI (Associazione Medica per lo Studio dell'Ipnosi). Al suo interno vede la presenza di una scuola post universitaria di ipnosi clinica e sperimentale che organizza corsi di approfondimento teorico e pratico sull'ipnosi.

Il Corso Base a cui ho preso parte permette la formazione ai soli professionisti della medicina, psicologia, odontoiatria, infermieristica, fisioterapia ed ostetricia, conferendo il titolo di ipnologo per le prime tre professioni elencate e di professionista esperto nella comunicazione ipnotica per le altre.

Nella realtà quotidiana l'ipnosi è un argomento poco trattato; quando se ne parla lo si fa, per lo più, in maniera errata e fantasiosa, permettendo a persone del mondo dello spettacolo di utilizzare stati "profondi" di trance per aumentare all'estremo l'audience. Anch'io ho sempre visto l'ipnosi come un qualcosa di magico e che solo persone dotate di particolari qualità e capacità avevano la possibilità di applicare e di utilizzare sugli altri contro la loro volontà. Pensavo essere uno strumento meraviglioso per chi lo conoscesse, ma pericoloso e di cui avere timore per le persone ignare di questa pratica.

Lo scorso anno, però, partecipai ad uno studio per una tesi sperimentale che aveva per oggetto l'ipnosi. Fu la prima volta che venni ipnotizzata e fu il mio primo approccio reale con questo universo di sapere. Dopo essere venuta a conoscenza del CIICS, delle implicazioni mediche

della trance ipnotica e delle Sue applicazioni, anche a livello infermieristico, decisi di iniziare questa formazione.

La tesi è da intendersi come la tappa finale di questo primo Corso, anche se spero essere, solo l'inizio di un lungo cammino per la mia vita professionale e personale.

La volontà di approfondire l'ipnosi nello specifico campo delle cure palliative nasce a seguito dell'esperienza lavorativa presso l'Hospice G. Francescon di Portogruaro con il desiderio di diffondere l'utilizzo di questa risorsa utilissima per soggetti in forte difficoltà e sofferenza fisica e mentale, come dimostrato da alcuni studi riportati di seguito. Una pratica che potrebbe davvero accompagnare la persona in questa ultima parte della propria scalata di vita nel modo più sereno possibile, almeno per alcuni periodi. La mia speranza è sensibilizzare colleghi di più settori a questo tema.

Alice Maiolla

INTRODUZIONE

Attraverso questa revisione di letteratura si è voluto evidenziare come l'utilizzo dell'ipnosi nelle cure palliative sia un ottimo strumento capace di migliorare il benessere e la qualità di vita del malato terminale. Se affiancata alle cure mediche e farmacologiche attuate, l'ipnosi favorisce infatti il controllo e la riduzione significativa di molti sintomi della malattia (in prima battuta il dolore); permette di contrastare svariati effetti collaterali delle terapie eseguite ed, in molti casi, permette di ridurre anche la terapia farmacologica o di mantenere stabile il dosaggio nella progressione della situazione clinica.

Si è proceduto alla ricerca bibliografica attraverso la consultazione di banche dati e di testi in formato cartaceo. Per la ricerca su banche dati sono stati utilizzati PubMed e The Cochrane Library.

Il lavoro si compone di tre parti.

Nella prima parte si è proceduto ad un inquadramento dell'ipnosi e dell'autoipnosi, delle cure palliative, del malato terminale e del dolore *totale*, inteso quindi come sofferenza globale e non solo come male fisico.

Nella seconda parte, si è posta attenzione sull'ipnosi in relazione alle cure palliative, analizzandone le specifiche applicazioni, focalizzandosi sui punti a favore e sulle problematiche di attuazione. Si sono portati ad esempio dati specifici relativi all'applicazione dell'ipnosi con pazienti terminali e dell'ipnosi contro il dolore. Il capitolo è stato terminato con una breve riflessione circa l'importanza di utilizzare una comunicazione ipnotica anche in caso di persone in stato comatoso o comunque non vigili.

Nell'ultima parte sono state discusse le normative vigenti circa l'impiego dell'ipnosi ed è stato proposto un quadro sull'utilizzo di questa tecnica, in riferimento al malato terminale sul territorio nazionale.

PRIMO CAPITOLO

L'IPNOSI, LE CURE PALLIATIVE E IL DOLORE DEL MALATO TERMINALE

1.1 Che cos'è l'ipnosi

L'ipnosi è uno stato di coscienza naturale e fisiologico dell'organismo, nel quale si entra inavvertitamente innumerevoli volte nella vita, ma specifico e particolare che, in condizioni opportune, permette alla persona di concentrare la propria attenzione focalizzandosi all'interno di sé stessa consentendole l'accesso alla parte più inconscia ed emotiva di sé ed agli stati più profondi della mente. Ciò si sviluppa attraverso l'uso dell'immaginazione. L'ipnotizzato, infatti, riduce le distrazioni e si concentra su ciò che vuole o gli viene suggerito di immaginare, mantenendo ben attive ragione e volontà. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

Questo stato di coscienza modificato è ben diverso dal sonno, come dimostrato dai diversi riflessi neurologici e dalle differenze di un EEG eseguito in uno stesso soggetto in stato di trance e durante il sonno (3) ed anche da un recente studio pubblicato sul Journal of Cognitive Neuroscience, condotto con la tomografia ad emissione di positroni (PET) (9).

Lo stato di ipnosi produce evidenti alterazioni neurofisiologiche e si manifesta con la realizzazione di monoideismi plastici, ovvero la manifestazione (tramite un'azione, un movimento o una sensazione eseguita o percepita realmente dal soggetto e ben visibile agli occhi esterni) di un'idea suggerita dalla parola ed immaginata dal soggetto. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

Va specificato, però, che l'ipnosi risulta derivare dall'attività del soggetto ipnotico e non dalle suggestioni: non dipende strettamente dalle parole o dalle azioni del terapeuta come si potrebbe pensare, ma da una riorganizzazione interna che solo la persona stessa può portare a termine in un ambiente a lei favorevole. La relazione ipnotica è di fondamentale importanza perché ciò avvenga, ma l'ipnotizzatore risulta esserne solo un mezzo di aiuto. (7)

La trance può svilupparsi in modo spontaneo, eterostimolato od autoprovocato in seguito ad un precedente apprendimento. (1, 3, 2)

Si conclude questo paragrafo con una definizione adottata dal CIICS, secondo il quale l'ipnosi è la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata, ovvero è una funzionalità dinamica che permette al soggetto di realizzare ideoplasie/monoideismi plastici tramite l'orientamento più adatto alla propria rappresentanza mentale. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

1.2 Le cure palliative ed i malati terminali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come "palliativa" la branca della medicina che si occupa in maniera globale e proattiva dei pazienti affetti da patologie che non rispondono più ai trattamenti di tipo curativo e che conducono alla morte. (10, 11)

I punti cardine di queste particolari cure sono il controllo del dolore, dei sintomi e delle conseguenze psicologiche, sociali e spirituali della malattia, allo scopo di raggiungere e garantire la miglior qualità di vita possibile per la persona e la sua sfera sociale, limitando il rischio di conseguenze psicopatologiche. A questo scopo ci si focalizza sulla riduzione del livello delle sofferenze e sulla tutela delle migliori capacità funzionali ed intellettuali residue. Oltre all'intervento medico-biologico le cure palliative prevedono, quindi, un percorso psicologico ed esistenziale di aiuto atto a favorire la riconciliazione con sé stessi e la pacificazione con il mondo e le persone con le quali sono in relazione. (6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)

E' ben comprensibile, allora, come le cure palliative rappresentino una nuova disciplina sanitaria e non, come comunemente si pensa, una sottobranca della terapia del dolore. (16, 17, 18, 19)

Già nel Medioevo, in tutta Europa, esistevano delle particolari case chiamate "hospice" che accoglievano malati in punto di morte per offrire loro assistenza fisica e spirituale con l'obiettivo di accompagnarli in maniera rispettosa e dignitosa verso la morte. Una delle più famose era l'Hotel

Dieu di Beaune. Nel 1967 l'inglese Cicely Saunders riprese quella tradizione, diventando la fondatrice del moderno movimento degli hospice. Fondò a Londra il St. Christopher's Hospice, che divenne il modello per innumerevoli altre stazioni palliative in altri 90 paesi. A livello internazionale, l'importanza delle cure palliative è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002. (20)

In Italia le cure palliative si possono applicare nell'ambito delle cure domiciliari, delle strutture residenziali, intra od extra-ospedaliere. (16, 17, 19)

La Legge n. 39/99, che metteva a disposizione delle Regioni cospicui finanziamenti perché sviluppassero gli Hospice¹, ha consentito di passare dai soli 5 hospice attivi nel 1999 ai 165 funzionanti nel 2009. (21)

La Legge 38/2010 ha contribuito poi a sviluppare in tutto il Paese il sottosistema delle cure palliative domiciliari. (19, 21)

Nel 2010 è stata emanata la Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Per la prima volta si vede garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. La legge, tra le prime in Europa, tutela il diritto del cittadino di accesso alle cure palliative e assicura la tutela e la promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia. (19)

Vediamo di seguito la condizione generale dei pazienti terminali.

I malati terminali si trovano in un profondo stato di sofferenza psicofisica, come vedremo nel prossimo paragrafo, con nulle o limitate risposte Psico-neuro-endocrino-immunologiche. (22)

I sintomi principali che caratterizzano le fasi avanzate sono fisici, come ad esempio dispnea, anoressia, nausea, vomito, astenia; psichici, quali depressione, ansia etc.; esistenziali e poi vi è il dolore. Il trattamento di tutto il quadro sintomatico porta, di per sé, ad associati effetti collaterali, come costipazione indotta da oppioidi, delirio o stati di eccessiva sedazione, venendo a volte meno l'importante relazione e sostegno con la famiglia e la sfera amicale. (12, 13)

I pazienti in fase avanzata sono persone su cui lo stato di ansia, angoscia, depressione e/o dolore (stati presenti per il 50% di essi) ne modificano l'immagine e l'identità personale. (23, 24)

Tra questi pazienti il dolore inteso, globalmente non solo nella sua accezione fisica, è presente, per esempio, per l'84% degli affetti da cancro in stadio avanzato (13) e per il 40-80% degli affetti da sclerosi multipla (24, 25).

L'obiettivo delle cure palliative risulta essere allora il fatto che i malati avranno la speranza di morire con minore sofferenza e maggiore dignità. (26)

Chi si occupa di cure palliative dovrebbe occuparsi anche della rete di sostegno affettivo della persona, svolgendo una funzione di mediazione atta a favorire il recupero di risorse interne alla famiglia, iniziando a considerare quest'ultima come "unità sofferente". La rete sociale è, infatti, fondamentale in un piano di cura palliativo. (27)

1.3 Il dolore nel malato terminale

Il controllo del dolore è tra gli aspetti più frequenti che, chi segue i malati terminali, si trova a gestire. (28, 29)

La IASP (International Association for the Study of Pain) definisce il dolore come un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso

dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali ed affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito. (30)

I principi del CIICS in tema di dolore rivestono notevole importanza scientifica e per questo risulta doveroso qui inserirli e discuterli. Essi sono stati avviati dapprima dal professore Franco Granone, con i mezzi che aveva a disposizione in quegli anni, e poi recentemente confermati ed aggiornati a seguito delle ricerche scientifiche condotte dalla Sezione Triveneta del CIICS in collaborazione con l'Università di Padova. In pratica, queste ricerche dimostrano che, fra tutte le possibili (deboli) teorie riguardanti il dolore la più attendibile risulta essere quella del *gate control* (GCT), formulata per la prima volta nei primi anni '60 da Ronald Melzack e Patrick Wall. (2, 31, 32, 33, 34, 35)

Essa fornisce un modello esplicativo relativo alle modalità di attivazione molecolare dei recettori cellulari anche in relazione ai processi nocicettivi, ovvero di percezione e trasmissione del dolore. Sostiene che il sistema algico riconosce nella sua struttura funzionale tre elementi essenziali che vengono qui di seguito esposti.

Un sistema afferente responsabile del trasporto degli impulsi dalla periferia ai centri. I segnali dolorosi vengono captati a livello periferico dai nocicettori e trasmessi al midollo spinale attraverso due particolari vie: una molto rapida (fibre mielinizzate A-delta) che conduce impulsi dolorosi acuti facilmente localizzabili, sulla quale agiscono gli anestetici locali, ed una molto più lenta costituita dalle fibre C, responsabili della trasmissione di un tipo di dolore diffuso, meno localizzato. Arrivati al midollo spinale queste fibre prendono sinapsi con un neurone midollare che trasmetterà il messaggio, attraverso il fascio spino-talamico, ad una delle strutture encefaliche deputate all'elaborazione della risposta.

Un sistema di riconoscimento che decodifica e interpreta l'informazione dolorosa e predispone la strategia della risposta motoria, neurovegetativa, endocrina e psicoemotiva.

Infine un sistema di modulazione che muta l'intensità di trasmissione degli stimoli nocicettivi mediante l'attivazione di sistemi inibitori. Un primo sistema di controllo è presente nel midollo spinale a livello delle corna posteriori, dove si verifica l'interconnessione tra il primo neurone periferico e il secondo neurone *a T* detto di intermediazione. La zona delle corna posteriori è una delle sedi in cui i recettori per gli oppioidi sono riccamente rappresentati. Il sistema antinocicettivo neuroendocrino proprio dell'organismo esercita la sua azione a questo livello attraverso gli oppioidi endogeni, peptidi ad azione oppiacee (encefaline, endorfine e dinorfine). Tutte le tecniche antalgiche agiscono favorendo la produzione di quest'ultimi.

Alla prima stazione spinale di modulazione si affianca e si integra, con competenze di grado più elevato, il complesso talamico, centrale di controllo e di smistamento dell'impulso algico. Qui avviene una riorganizzazione fondamentale del segnale attraverso una integrazione e decodificazione dell'informazione dolorosa, che viene rimodellata anche dalle proiezioni dell'impulso sia a livello limbico che della sostanza reticolare. L'impulso si proietta poi alla corteccia, assumendo una connotazione psicoaffettiva che concorre a determinare la memoria del dolore, che tanta parte ha nella rappresentazione cronica del sintomo. (31, 32, 33, 34, 35)

Il dolore, pur avendo alcune manifestazioni e correlati oggettivi, è un'esperienza soggettiva costituita da valori e significati temporali, emotivi, psicologici e somatici di protezione. E' un complesso costruito neuro-psico-fisiologico composto oltre che dalla parte biologica anche da una parte psicologica-emotiva ed è il risultato di un complesso sistema di interazioni, dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici ecc.) ne modulano entità e caratteristiche. (7, 30)

In questo contesto risulta però fondamentale distinguere l'approccio al dolore dei pazienti terminali da quello dei non terminali, indispensabile poiché, pur essendo identico l'obiettivo

primario di controllare l'intensità del dolore percepito, gli obiettivi di cura e il criterio terapeutico si rivelano assai diversi.

Nel dolore cronico l'obiettivo prioritario è la riduzione dell'impatto del dolore sull'autosufficienza e sulle attività e relazioni quotidiane, mentre nell'ambito delle cure palliative, in pazienti destinati a morire nell'arco di pochi mesi, oltre a questo obiettivo ve ne sono molto altri. Il dolore in queste condizioni è definito *totale* perché aggravato dallo stato di fragilità psicologica e coinvolge tutte le dimensioni della persona, non soltanto quella somatica. Si rende necessario, quindi, un approccio multidimensionale, che tenga conto anche dei bisogni psicologici, spirituali e sociali, che devono essere considerati ed affrontati contemporaneamente alla cura del dolore fisico. (10, 11, 26, 36)

Da un punto di vista anatomico i processi che dominano l'esperienza dolorifica coinvolgono due circuiti distinti: uno laterale, responsabile degli aspetti discriminativi e sensoriali, ed uno mediale, coinvolto negli aspetti emotivi di percezione della spiacevolezza dell'esperienza e, in generale, della sofferenza. A livello corticale, il primo circuito raggiunge due aree situate nel lobo parietale, note come corteccia somato-sensoriale primaria (S1) e secondaria (S2), mentre il secondo proietta a regioni più frontali, come la corteccia cingolata anteriore. (28, 29)

In uno studio pubblicato nel 2011 su *Science Translational Medicine*, condotto da Bingel e collaboratori, tutti i partecipanti hanno ricevuto un trattamento analgesico con un oppiaceo (remifentanil) accompagnato però da diverse informazioni riguardanti il trattamento stesso. Un primo gruppo di soggetti sapeva di ricevere il farmaco ed era correttamente informato riguardo alla somministrazione dell'analgesico ricevendo, in questo modo, un'aspettativa di riduzione del dolore (gruppo open analgesico). Un secondo gruppo non sapeva di ricevere l'analgesico, non avendo, di conseguenza, alcuna aspettativa riguardo agli effetti analgesici del trattamento (gruppo *hidden* senza aspettative analgesiche). L'ultimo gruppo, invece, riceveva informazioni opposte riguardo alla somministrazione del farmaco, aspettandosi quindi un effetto iperalgesico (gruppo open

iperalgisia). I risultati hanno dimostrato che i pazienti che sapevano di ricevere un potente analgesico riportavano una riduzione doppia del dolore rispetto a chi non riceveva informazioni.

Tale analgesia era associata ad una riduzione dell'attività proprio a livello di S1 e della corteccia cingolata. Viceversa, aspettative negative abolivano completamente l'effetto farmacologico ed erano associate ad un aumento di attività a livello dell'ippocampo. I risultati di Bingel confermano l'importanza delle aspettative positive sul successo della terapia. Risulta quindi estremamente importante affiancare ad una cura rivolta alla malattia, una cura rivolta alla persona nella sua interezza: questo è il ruolo della medicina palliativa. (28, 29)

Oltre alla presente esperienza del dolore vi è la componente del ricordo del dolore passato e della proiezione delle possibilità di dolore futuro. Il dolore viene infatti intensificato notevolmente dalla paura che esso sarà presente l'indomani e dal ricordo di un dolore simile o identico già sperimentato in precedenza. Se il soggetto avesse la consapevolezza che il dolore attuale fosse un evento singolo che si concluderebbe piacevolmente in poco tempo ne percepirebbe un'intensità sensibilmente minore. (7)

Un'altra considerazione importante è che un dolore prolungato per molto tempo in una data regione del corpo può produrre l'abitudine di interpretare tutte le sensazioni che provengono da quell'area come automaticamente dolorose, anche se il dolore originario risulta scomparso da molto tempo. Ciò perché l'esperienza dolorosa ha portato alla formazione di un'abitudine che a sua volta può portare a disturbi somatici di tipo doloroso. (7)

Accompagnare un malato terminale è un compito estremamente difficile: da un lato si deve considerare lo stimolo fisico nocivo e prestare attenzione all'adeguato bilanciamento del trattamento farmacologico, dall'altro vi è la gestione delle paure del malato, degli stati emozionali e degli aspetti psicologici e sociali che possono modularne l'intensità e rendere estremamente variabile la risposta agli analgesici. (14, 28, 29)

Concludo dicendo che se il farmaco è lo strumento di cura della malattia, la parola ed il contesto relazionale rappresentano la principale risorsa nel gestire il malato. (28)

1.4 L'autoipnosi

L'ipnosi offre la possibilità di imparare ad accedere in modo autonomo allo stato di trance, in modo da poter utilizzare questa metodica in piena indipendenza per se stessi quando le proprie condizioni di salute lo richiedano.

L'autoipnosi è la realizzazione dello stato ipnotico su se stessi. E' proprio qui che troviamo l'aspetto più affascinante, profondo e ricco dell'ipnosi come esperienza personale molto forte e significativa.

Se la persona è allenata risulta molto semplice; richiede il tempo di un'intenzione ed è possibile effettuare il fenomeno anche nel corso della propria attività quotidiana, per esempio quando c'è bisogno di rilassarsi per un momento, ristabilire uno stato di calma, recuperare le energie necessarie per portare avanti il proprio lavoro o le proprie attività, oppure quando si vuole entrare in uno stato di concentrazione particolare che ci può essere utile in un momento specifico.

In ambito clinico l'ipnotista impartisce al paziente delle istruzioni particolari affinché impari ad entrare autonomamente nello stato ipnotico: l'ancoraggio.

L'autoipnosi può essere utilizzata per gli stessi obiettivi per i quali è impiegata l'ipnosi eterodiretta.

(6, 24, 37, 38)

¹ Secondo il Documento Tecnico sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore della Legge 38/2010 sono Hospice quelle strutture che presentano i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali previsti dalla normativa nazionale e regionale per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, nonché dalla normativa nazionale e regionale per l'accreditamento delle strutture di assistenza alle persone malate in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore.

SECONDO CAPITOLO

L'IPNOSI E LE CURE PALLIATIVE

2.1 Applicazioni dell'ipnosi con i malati terminali e potenzialità dell'ipnosi in cure palliative

L'ipnosi è una antichissima tecnica di comunicazione e di relazione che, se affidata a mani esperte, può avere grande rilevanza in numerosi aspetti clinici legati alle cure palliative. (6, 16, 23)

A seguito di una revisione di letteratura da lui stesso condotta, il Dott. Umberto Montecorboli (odontoiatra, medico-chirurgo, psicoterapeuta operante a Piacenza) raccomanda la psicoterapia ipnotica come strumento d'elezione per migliorare il rapporto vigente tra il paziente in fase avanzata e la propria sofferenza. (39)

Come esplicito nel primo capitolo, la gestione dei malati terminali prevede la presa in carico globale e proattiva della persona e dei bisogni sia sul piano medico-biologico, che su quello psicologico ed esistenziale. (6, 11, 14, 15, 16, 17, 24)

Proprio perché applicabile a diversi livelli sul piano assistenziale, l'ipnosi rappresenta uno strumento molto utile per questa tipologia di pazienti. (6, 16, 17, 23, 40)

Affiancata alla normale routine medica e psicologica può apportare, infatti, un contributo significativo al benessere della persona migliorandone la sua qualità di vita. (6, 23)

Può essere utilizzata come terapia complementare a quella farmacologica per il controllo delle sensazioni dolorifiche e di molti altri sintomi, rendendo spesso possibile una riduzione del dosaggio dei farmaci assunti (6, 23, 27, 36), tra cui i sedativi. Questo si dimostra molto importante per il paziente terminale perché permette di recuperare lucidità e tempo prezioso da trascorrere con i propri familiari in un periodo estremamente significativo della propria vita. (23)

L'ipnosi da, inoltre, l'opportunità al paziente di dimenticarsi di essere tale, di enfatizzare ed esternare le proprie risorse. (27, 36)

Per questi pazienti l'ipnosi risulta avere un valore enorme: permette il coinvolgimento attivo nel progetto di cura, favorendo la percezione di poter riacquistare il controllo sulla propria vita. È uno strumento a misura d'uomo assai efficace, in grado di modificare processi di pensiero e meccanismi fisiologici. (6, 23, 36) Può facilitare il processo di ristrutturazione interna aiutando a riscoprire la propria energia vitale, favorendo così un miglior adattamento all'ambiente sociale ed una migliore convivenza con se stessi. Solo sviluppando quanto esiste già e quindi solo partendo dalle risorse interne, la persona può trovare la propria strada ed il proprio equilibrio in questo difficile momento di sofferenza. (36)

Sotto la guida del terapeuta prima, e successivamente in maniera autonoma, il paziente raggiunge uno stato di profondo rilassamento che gli consente di focalizzarsi sul proprio mondo interiore percependo sentimenti e sensazioni in maniera più intensa e riuscendo ad elaborare nuove strategie atte ad affrontare il momento. (3, 6, 8, 36)

Attraverso l'utilizzo dell'ipnosi è possibile gestire la componente sintomatica della malattia, che può comprendere il dolore, le difficoltà respiratorie, i sintomi aspecifici quali affaticabilità, irritabilità, insonnia e generiche sensazioni di malessere, ma anche alcuni effetti collaterali dei trattamenti come, ad esempio, vomito e rifiuto del cibo in caso di patologie tumorali. (23, 24, 36)

L'utilità dell'ipnosi si evidenzia molto anche sul piano psicologico del malato terminale perché ne abbraccia i disagi generati dalla situazione traumatizzante della malattia. Attraverso lo stato di trance viene semplificato l'accoglimento di nuove strategie atte a superare la particolare condizione in cui la persona si trova, facilitando una riprogrammazione interna. (36, 39)

Le notevoli difficoltà nell'affrontare, nell'accettare ed adattarsi all'idea della morte prossima e la malattia stessa modificano inevitabilmente la vita di una persona in stadio avanzato e possono portare a sentimenti di rabbia, colpa, frustrazione, isolamento, insonnia, stati d'ansia e depressione tipici di queste condizioni. Lo strumento in analisi è utile anche in queste situazioni perché contribuisce a controllare quegli stati d'animo, a ridurre lo stress psicologico ed i sintomi depressivi, a favorire il miglioramento dell'autostima, il coinvolgimento attivo nel progetto di cura e la riacquisizione del controllo sulla propria vita, migliorandone la qualità. (13, 24, 41, 42)

Sono diverse le potenzialità dell'ipnosi documentate scientificamente. L'ipnosi produce evidenti alterazioni neurofisiologiche, e questo avviene in modo non farmacologico, naturale, e sovente anche spontaneo. (1, 2, 3, 7) Il soggetto usa come stimolo suggestivo la parola o l'immagine o l'emozione, che hanno realizzato la sua immagine. L'idea di levitazione e di trascinamento di un braccio in alto determina il suo alleggerimento e sollevamento verso l'alto. L'idea di benessere utilizza l'energia insita in essa per realizzare la sensazione di benessere. E così può dirsi per ciascuna altra idea o immagine o parola suggestiva. Nel momento in cui una persona richiama alla sua mente una idea e la mantiene per un po' di tempo, questa idea realizza il suo contenuto (ideoplasia). Se si sottopone all'attenzione di una persona in trance un'idea che richiama una carica psicodinamica da cui ci si aspetta una determinata azione, questa, dopo un tempo di latenza ragionevole, si realizza, come ci si attendeva. Questo avviene perché le parole, le idee, le immagini richiamano e mobilitano nel cervello psichico le energie che ricalcano, le quali, a loro volta, danno origine ad eventi a catena per evidenziare un'azione a livello periferico. (1, 2, 3)

Va puntualizzato, come già fatto precedentemente, che l'eventuale processo terapeutico non dipende solo dalle parole o dalle azioni del terapeuta, ma deriva da una riorganizzazione interna che solo il paziente medesimo può portare a termine in un ambiente favorevole. In pratica il presunto

ipnoterapeuta è soltanto un mezzo. Ciò che si sviluppa in trance deriva dalle attività del soggetto ipnotico e non interamente dalle suggestioni. (3, 7)

Durante lo stato ipnotico si può influire su tutte le funzioni dell'organismo abolendole, inibendole, potenziandole o normalizzandole, modificando la percezione del mondo esterno. Il soggetto può percepire stimoli che in realtà non ci sono e non percepire quelli che sono presenti; può distorcere percezioni di stimoli effettivamente esistenti creando illusioni e può ampliare o ridurre le sensazioni provenienti dall'interno del suo corpo e può alterare i parametri fisiologici avvertibili come il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura cutanea. (2, 3, 9)

In ipnosi è possibile orientare con facilità la propria introspezione nei diversi settori dell'organismo, modificando il vissuto sensoriale ed il vissuto di schema corporeo. Questo perché i meccanismi psicodinamici regolatori del comportamento sono più accessibili e le resistenze sono più facilmente superate. (2, 3, 36)

Con l'ipnosi è possibile entrare nella propria storia e variare i criteri di elaborazione dell'informazione in ingresso, mutando i significati che il soggetto ha dato alle sue esperienze. Se nel quotidiano stato di veglia il controllo delle emozioni pare essere un compito particolarmente arduo, in ipnosi risulta molto più semplice apprendere il controllo o la modifica della propria emotività, perché il senso dell'Io può essere distaccato da un'ampia varietà di tipo di informazioni e situazioni ai quali è normalmente applicato. (36)

2.2 Studi e ricerche sull'applicazione dell'ipnosi in cure palliative

Nel tentativo di approfondire la conoscenza dei possibili benefici che l'ipnosi può portare ai pazienti terminali, Lioffi (13) ha messo a confronto due gruppi di pazienti in un trial randomizzato, il primo gruppo trattato con un protocollo standard ed il secondo con l'aggiunta di sedute di ipnosi. Il primo programma di cura comprendeva la gestione farmacologica del dolore e degli altri sintomi così come indicato dalla WHO più quattro sedute settimanali di mezz'ora di counseling supportivo di tipo cognitivo-esistenziale. Il secondo programma di cura, oltre a quanto già detto per il protocollo standard, comprendeva 4 sedute settimanali di 30 minuti ciascuna di ipnosi. I risultati, in linea con studi precedenti (41, 42, 43), dimostrano che il gruppo trattato con l'ipnosi ha avuto una maggiore riduzione dell'ansia e della depressione vissuta dai pazienti che hanno inoltre riportato una qualità di vita più alta soprattutto per quanto riguarda gli aspetti psicologici come il rapporto con la malattia. Questo aspetto acquista ancora più rilevanza se si pensa che variabili come lo stress psicologico in pazienti terminali rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di condizioni psichiatriche come franchi disturbi d'ansia o depressivi, che correlano con l'aspettativa di vita e con le funzionalità del sistema immunitario. Anche dal punto di vista della sintomatologia fisica il gruppo trattato con l'ipnosi ha mostrato grandi miglioramenti.

Altri studi (40, 44) confermano il rilevante ruolo dell'ipnosi circa la gestione di aspetti problematici tipici del paziente terminale come i cambiamenti dell'immagine corporea, la perdita di funzionalità nelle attività quotidiane e l'inevitabile perdita di indipendenza. Soprattutto se il trattamento ipnotico viene cominciato al momento della diagnosi, il paziente può migliorare il suo adattamento alla malattia e quindi prevenire l'insorgenza di seri quadri ansiosi, depressivi e attacchi di panico. L'inizio precoce del trattamento favorisce, inoltre, l'aderenza alle cure e migliora la riposta psicologica generale, riuscendo ad avere effetti positivi sulla sopravvivenza nel tempo. (41, 42)

Uno studio condotto dal Milton Erickson Institute di Torino ha valutato, in 30 pazienti di età compresa tra i 55 e i 72 anni in fase terminale, la correlazione tra l'efficacia del trattamento ipnotico nella riduzione del dolore e la percezione di un miglioramento del benessere come diminuzione dell'ansia e della depressione legate al sintomo dolorifico. L'utilizzo dell'ipnosi nei soggetti esaminati in 6 settimane ha favorito una riduzione della percezione del sintomo dolorifico del 41% secondo la scala di VAS con conseguente riduzione dei livelli di ansia del 60% corrispondente ad un passaggio da grave a lieve secondo la scala HADS; la depressione si è ridotta del 67% passando da grave a moderata. Questi risultati sono stati accompagnati da un miglioramento della qualità di vita rispetto ai limiti imposti dalla malattia, obiettivo primario delle cure palliative. (23)

Un'ulteriore ricerca condotta su 54 soggetti di vario sesso con un'età compresa tra i 31 e i 90 anni seguiti sia in hospice che a domicilio ha voluto valutare se l'ipnosi, applicata a pazienti oncologici con una prognosi media di tre mesi, possa essere una terapia complementare a quella farmacologica nel controllo del sintomo e quindi nel migliorare la qualità di vita. A questi soggetti è stata applicata una psicoterapia ipnotica per il trattamento dei sintomi quali dolore, nausea, dispnea, astenia, inappetenza, vertigini. Ad ogni soggetto è stato somministrato il test VAS pre- e post-seduta ed una scheda compilata da ogni membro dell'equipe (paziente, familiare, medico, infermiere, fisioterapista, ipnotista) per avere i vari punti di vista soggettivi sull'andamento del sintomo a livello quantitativo dopo aver iniziato la terapia ipnotica. Per ogni malato è stato utilizzato un trattamento ipnotico "soggettivo": cambiava da paziente a paziente e da seduta a seduta. Anche la durata delle sedute poteva variare da 30 minuti a 2-3 ore, 1-2 volte la settimana. A seduta terminata si chiedeva al pz di scrivere o riferire le sensazioni provate durante il trattamento ipnotico. Si sono ottenuti i seguenti risultati: 43% annullamento dei sintomi, 33% diminuzione del sintomo, 24% il sintomo persiste e se scompare è grazie ad un aumento/cambiamento della terapia farmacologica. Del 43% dei risultati positivi, nel 48% dei casi si è riscontrata una diminuzione della

terapia farmacologica (minor uso di ansiolitici, minor FANS e minor dosaggio della Morfina). Per tutti gli altri soggetti (52%) la terapia non ha subito variazioni: dopo aver iniziato la terapia ipnotica non é stato necessario un aumento del dosaggio farmacologico. L'annullamento o la diminuzione del sintomo portava ad un cambiamento del comportamento del malato, determinando per il 76% dei casi trattati, un miglioramento della qualità di vita, dato riscontrato dal paziente, dal care-giver e dall'equipe professionale che seguiva il malato. E' emerso, infatti, che questo trattamento conferisce alla persona dignità, permette di dimenticarsi di essere "pazienti" e diminuisce la sofferenza psicologica. (27)

2.3 Ipnosi e dolore

Quando ci si occupa dei malati terminali è fondamentale considerare il dolore, perché esso risulta essere una tra le principali cause, se non la prima in assoluto, di disperazione e di sofferenza. In assenza di forti sofferenze, diceva Giulio Cesare "non c'è persona così pessimista da pensare di non poter vivere un altro anno". L'ipnosi medica per la terapia del dolore sembra essere quella più efficace in assoluto, tra tutte le numerose indicazioni. (26, 28, 29)

Il dolore è, nella maggior parte dei casi, un fenomeno soggettivo cosciente, con diversi valori e significati emotivi e psicologici spiacevoli, minacciosi e pericolosi per la vita. Per queste caratteristiche risulta semplice approcciarvisi attraverso l'ipnosi.

L'esperienza del dolore è resa ancora più sensibile a questa tecnica perché varia nella natura e nell'intensità. Durante l'esperienza di vita acquista, infatti, significati secondari che scaturiscono dalle varie interpretazioni del dolore. Così il paziente può considerare il suo dolore in termini temporali, come passeggero, ricorrente, persistente, acuto o cronico. Il dolore ha anche attributi emotivi: può essere irritante, assorbente, molesto, debilitante, minaccioso, intrattabile o pericoloso per la vita. Ognuna di queste caratteristiche porta a specifiche strutture di riferimento mentali con

diverse idee e associazioni, ognuna delle quali concede opportunità particolari di intervento ipnotico. Queste varie interpretazioni descrittive dell'esperienza del dolore sono di notevole importanza. La persona che interpreta la propria esperienza soggettiva nei termini di varie differenti sensazioni offre all'ipnoterapeuta una pluralità di opportunità per trattare il sintomo.

Per potere utilizzare l'ipnosi nel trattamento del dolore bisogna, quindi, guardare a quest'ultimo in modo analitico: non come semplice stimolo nocivo, ma considerando i significati temporali, emotivi, psicologici e somatici di cui è composto. E' anche importante tenere adeguatamente conto della misconosciuta forza del bisogno emotivo umano di esigere l'abolizione immediata del dolore, sia da parte della persona che di coloro che lo accudiscono.

Diventa più facile comunicare idee e concezioni attraverso l'ipnosi e sollecitare la ricettività e la responsività. L'ipnosi permette di discernere causa e decorso di un determinato stimolo favorendo una diversa interpretazione di ciò che si percepisce, come, ad esempio, quando la puntura di un ago non fa più così male. Durante la trance la connessione tra le aree cerebrali è diminuita. L'area che si occupa del processo decisionale, in particolare, viene inibita provocando un disaccoppiamento tra i centri di attenzione della corteccia cingolata anteriore (ACC) e quelli della corteccia frontale laterale. In questo modo, il centro della percezione sensoriale e la reazione corrispondente non obbediscono più alla "normale" interpretazione del soggetto, ma assumono forme diverse in base alle nuove rappresentazioni interiori fornite dalle suggestioni che l'ipnotizzato accoglie e ritiene idoneo mettere in atto.

E' possibile approcciarsi fin da subito al complesso totale del dolore, ma risulta più semplice ed efficace iniziare utilizzando l'ipnosi in relazione ad aspetti minori e occuparsi solo successivamente agli aspetti più acuti e penosi. Così facendo, i successi ottenuti di lieve entità potranno la base per successi più rilevanti in relazione agli attributi più disturbanti del complesso del dolore neuro-psico-fisiologico. La comprensione e la cooperazione del paziente nei confronti

dell'intervento ipnotico risulteranno più prontamente sollecitate. Inoltre, ogni alterazione ipnotica di ogni singola qualità interpretativa della sensazione di dolore serve a produrre una modificazione del totale complesso del dolore.

(6, 7, 10, 11, 13, 14, 23, 27, 36)

Secondo quanto afferma Carlo Antonelli nel suo libro "Ipnosi e Dolore", il dolore trasforma e distorce il nostro Kairos, il tempo dell'azione umana e della nostra esperienza, quello che per noi ha senso, dissociandolo dal Chronos il tempo misurabile, oggettivabile, quello della scienza e della tecnica. Così facendo può accadere che la nostra esperienza di dolore si trasformi in una terrificante eternità. L'ipnosi non spiega cosa è il dolore, ma modulando il nostro Kairos potrebbe togliere il 60% dell'esperienza dolorosa, "in realtà fa molto di più". (36)

Come agisce l'ipnosi sul dolore? Ovvero come l'ipnosi riesce a controllare il dolore fino ed oltre il 50% di intensità, a tal punto da ridurre significativamente l'uso degli analgesici o dei sedativi? (2, 6, 45, 46) Esistono diverse teorie ed approcci circa l'efficacia e l'azione svolta dall'ipnosi sul dolore, nessuna, però, realmente definitiva, a dimostrazione della necessità di sviluppare la ricerca per una migliore comprensione del fenomeno. (45)

L'ipnosi, come anche l'agopuntura ad esempio, non fa altro che modulare il dolore attraverso le aree cerebrali inconse. (46)

Dipende molto dalle tecniche che si intende utilizzare e dalla reazione del paziente a queste, ma anche alle sue particolari condizioni di quel giorno specifico nel quale accede all'esperienza ipnotica. Come affermato in precedenza, quando si sperimenta un dolore ripetuto nel tempo si attivano le memorie del dolore passato già sperimentato e le aspettative di un futuro altrettanto doloroso. Con un intervento ipnotico ben riuscito si lavora solo su di un terzo dell'esperienza, quella del dolore attuale e si aiuta il soggetto a sviluppare la capacità di reagire al dolore percepito. Questa

attività è molto importante perché la persona passa da una percezione di impotenza ad uno stato nel quale sente che può intervenire in modo attivo su se stesso. (6)

Spesso viene fornita una suggestione di analgesia specifica permettendo di attenuare o bloccare il dolore ed anche le sue conseguenze neurovegetative, conseguenze che, come noto, possono essere più sgradevoli e vissute in modo peggiore del dolore stesso. Ciò dimostra come sia provocata una qualche forma di blocco dello stimolo algico ad un livello più basso di quello corticale, avviene forse su interferenza da parte di neuroni discendenti di cui alcuni studi hanno effettivamente dimostrato l'esistenza. (45, 46)

A dimostrazione di ciò si portano ad esempio due importanti studi sull'analgesia ipnotica focalizzata (HFA).

Il primo, condotto da Casiglia et al. e pubblicato nell'American Journal of Clinical Hypnosis nel 2007, documenta come l'ipnosi aumenti la tollerabilità della persona al dolore diminuendo la sensibilità agli stimoli dolorosi e/o bloccandone la trasmissione nervosa. Venti persone in salute, tra i 24 e i 30 anni, sono state sottoposte ad un test di tollerabilità sull'immersione della mano destra in una vasca contenente acqua ghiacciata a 0 °C. Ecco i risultati in condizioni basali. Tredici partecipanti tollerarono il dolore almeno per un minuto, dieci per 2 minuti, sette per 3 minuti, quattro per 4 minuti e solo uno per 5 minuti. Tutti i test condotti terminarono per dolore non ulteriormente sopportabile. L'esperimento venne ricondotto a seguito di induzione ipnotica focalizzata con i seguenti risultati. Diciassette partecipanti tolleravano il freddo per 3 minuti, quattordici per 4 minuti, tredici per 5 minuti, dodici per 6 minuti, dieci per 8 minuti. In tutti i casi le prove vennero terminate non per dolore, ma per stanchezza o altre motivazioni. L'ipnosi ha permesso una riduzione della sensazione dolorifica del 68%, ed un aumento molto alto della tollerabilità al dolore. (45)

La seconda ricerca, condotta da Facco et al. e pubblicata sull'International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis nel 2011, evidenzia come la soglia di tollerabilità al dolore sia fortemente aumentata in ipnosi e dimostra anche l'efficacia del segnale postipnotico. In trentuno soggetti sani (di diverso genere e di età compresa tra i 24 ed i 33 anni) è stata suggerita l'idea di un'anestesia locale sull'arcata mandibolare destra. Sono stati misurati i dati relativi alla stimolazione della polpa dentale in condizioni basali, durante la seduta ipnotica e al termine di questa avendo fornito un segnale postipnotico. Nel 45,2% dei casi il paziente non provava dolore alla massima stimolazione sulla polpa dentale in ipnosi, nel 19,3% è stato evidenziato un significativo aumento della tollerabilità al dolore, mentre nel 35,5% la soglia del dolore veniva leggermente aumentata. (46)

2.4 Condizioni necessarie per utilizzare l'ipnosi con i malati terminali

Esistono pazienti più o meno suscettibili all'ipnosi. I risultati ottenuti si differenziano sia in base alla suggestionabilità del soggetto, che alle capacità del terapeuta. Ciò comporta che due campioni differenti in termini di suggestionabilità, e due terapeuti differenti in termini di tecnica di induzione e carisma/capacità intrinseche comunicative-relazionali, potrebbero produrre risultati molto differenti. (3, 4, 5, 8) Prima di applicare l'ipnosi a questi pazienti é fondamentale per l'operatore immedesimarsi, capire fino in fondo cosa voglia dire essere vicino alla propria fine e capire qual è, per la persona, l'aspetto più disabilitante. (6, 13)

Si deve tener conto di un criterio di proporzionalità rispetto al tipo d'intervento, al tempo a disposizione e al grado di invadenza e di capacità residua del paziente a concordare e a poter effettivamente lavorare durante l'intervento con l'ipnosi. (6, 13)

Punto principale e fondamentale per l'efficacia dell'ipnosi è la motivazione del paziente. La persona deve aver accettato la propria situazione clinica, volere un miglioramento, possibilmente immaginarlo e "sognarlo" in modo vivido, ossia deve percepirsi diversamente, uscendo dal ruolo di "paziente", desiderare fortemente liberarsi dal dolore (pur con la coscienza necessaria che ciò potrebbe avvenire solo in parte), attivarsi emotivamente, sentire come e cosa desidera. Deve prefiggere degli obiettivi realistici, condivisi con il terapeuta. (6, 13, 27, 36)

Sovente i farmaci assunti dai malati terminali inducono nel soggetto alterazioni a livello cognitivo, emotivo e comportamentale, rendono molto problematica l'induzione, la memorizzazione dei percorsi mentali o degli ancoraggi stabiliti in stato di trance ipnotica.

Acquista notevole importanza il tempo di comprendere quale sia il modo migliore e più efficace per indurre la trance o per entrarvi in autonomia, trovare gli stimoli giusti e come utilizzarli. A questo scopo l'apprendimento della tecnica e l'esercizio sono indispensabili.

Sono rilevanti alcune caratteristiche dei pazienti, come l'età, il livello culturale, la conoscenza di diagnosi e prognosi, il tipo di sintomo e la patologia. (6, 13, 27, 36)

A questo riguardo porto ad esempio i risultati dello studio "L'ipnosi nelle cure palliative" svolto da Monia Belletti. Si è rilevato un dato significativo soprattutto nei risultati negativi: nei pazienti trattati che erano a conoscenza della diagnosi e della prognosi non si è riscontrato nessun risultato negativo. Da questo lavoro si è potuto osservare che per favorire il successo del trattamento ipnotico a questa tipologia di pazienti è auspicabile che il soggetto sia a conoscenza della diagnosi e della prognosi e che abbia un livello culturale medio alto. I pazienti con un livello culturale basso sono più predisposti allo schema del trattamento ipnotico riguardante la suggestione diretta ma questo tipo di ipnosi non ha dato risultati con una certa continuità. Alcuni di questi pazienti hanno avuto timore di questa tecnica e, nonostante abbiano accettato la sua applicazione, la paura è stata

determinante affinché il paziente non riuscisse a lasciarsi andare e di conseguenza ad arrivare ad uno stato di trance. (27)

Perché la rappresentazione mentale possa essere espressa in termini fisici e/o di comportamento deve essere "carica della valenza giusta" (credenza, motivazione, aspettative, orientamento e attenzione). Un ulteriore accorgimento, è che, ovviamente, l'azione definita dall'obiettivo deve essere di possibile realizzazione per il soggetto in virtù della sua costituzione psicofisica e delle sue potenzialità di apprendimento. (2, 3, 27)

E' molto importante il modo in cui l'ipnosi è proposta al paziente e la fiducia che serbi quest'ultimo nella figura dell'equipe. Possiamo osservare che le persone, con le quali si è avuto un buon risultato, siano caratterizzate da un livello culturale medio-alto e dalla conoscenza di diagnosi e prognosi. Persistono delle difficoltà ad attuare un lavoro ipnotico con i pazienti che sono a conoscenza della diagnosi ma sospettano la prognosi. Ciò porta la persona a crearsi ipotesi, dubbi, pensieri e di conseguenza ad una maggiore ansia. (2, 3, 6,)

2.5 Ipnottizzabilità

L'ipnotizzabilità è la capacità di sviluppare ipnosi secondo diversi gradi.

La stragrande maggioranza della popolazione è, chi più chi meno, ipnotizzabile. La variazione della ipnotizzabilità dipende da alcune variabili del momento, quali il rapporto di fiducia creato con il professionista, l'idea che si ha dell'ipnosi, la presenza o meno di pregiudizi, il setting, la condizione psico-fisica, la motivazione e le aspettative del soggetto e l'individuale abilità nell'apprendimento. Esistono poi due estremi che rappresentano separatamente il 5-10%: i soggetti che sono ipnotizzabili da chiunque ("sonnambulici") e, all'opposto, i "refrattari assoluti". (3)

L'ipnosi è una tecnica assolutamente innocua. Solo per chi soffre di una psicosi, essa risulta inefficace se non addirittura dannosa se effettuata da un non addetto ai lavori della psichiatria/psicoterapia per lo squilibrio interiore che si andrebbe a provocare. L'ipnosi risulta poi non utile nella psiche in evoluzione, per cui meglio evitarne l'uso con i bambini. (3, 27)

2.6 Aspetti favorevoli all'impiego dell'ipnosi in cure palliative

2.6.1 Spese economiche limitate

La disponibilità di nuovi farmaci sempre più mirati e di tecnologie sempre più miniaturizzate ed affidabili, ha offerto nuove opzioni terapeutiche molto valide, ma ha fatto aumentare i costi di produzione di alcuni dei prodotti sanitari offerti dai centri più avanzati di terapia del dolore. L'utilizzo dell'ipnosi potrebbe essere un'ottima risorsa per ridurre i costi delle cure, con un riscontro davvero positivo sul benessere e la qualità di vita dei malati terminali. (16, 17)

2.6.2 Possibilità di indipendenza dei soggetti

Come esposto nell'ultimo paragrafo del primo capitolo, l'ipnosi offre la possibilità al malato di accedere in maniera autonoma alla trance, in seguito solo ad un insegnamento ed un ancoraggio offerto dal ipnotista durante una seduta di ipnosi. In base alla qualità di vari fattori questo risulta più o meno semplice, ma concede uno strumento utilissimo. (6, 24, 37, 38)

2.7 Problematiche legate all'utilizzo dell'ipnosi in cure palliative

2.7.1 Il fattore tempo e lo scetticismo comune

Il fattore tempo può essere una difficoltà oggettiva in un servizio di cure palliative, perché significa entrare in contatto con pazienti in fase molto avanzata di malattia, la maggior parte delle volte con sintomi non controllati e con una alterata capacità cognitiva, molte volte totalmente non a conoscenza della prognosi a breve termine. Inoltre, nonostante il lavoro d'équipe, le resistenze opposte da alcuni pazienti, ma soprattutto da molti familiari diffidenti e non ancora pronti ad accettare di separarsi dai loro congiunti, non permettono di poter stringere in tempi così brevi quel legame di fiducia (*rapport*), che rende possibile stringere quell'alleanza terapeutica utile e necessaria per poter proporre serenamente una terapia con ipnosi, vista ancora da molti come fenomeno televisivo. Purtroppo le metodiche ipnotiche sono state spesso utilizzate da persone non adeguatamente preparate e questo ha creato nella popolazione un'idea completamente errata o inesatta. Prima di utilizzare lo strumento dell'ipnosi, si rende necessario modificare i pregiudizi e chiarificare a pazienti e famigliari che cosa in realtà sia la trance. (2, 3, 27)

Le difficoltà riscontrate, in particolare il fattore tempo, si può affrontare se esiste un buon gioco di squadra, un'ottima comunicazione tra i membri dell'équipe e se il paziente é fiducioso e predisposto a lasciarsi andare. (27)

2.7.2 Il supporto dell'equipe

L'équipe é un punto di forza per l'ipnosi poichè non é mai il paziente a richiederla, ma un membro del team a proporla. Ciò avviene/dovrebbe avvenire quando il dolore o il sintomo persiste, anche dopo aver somministrato gli oppioidi, in quanto nella maggior parte dei casi, dato il contesto, vige una forte componente psicologica.

E' molto importante il modo in cui l'ipnosi viene proposta al paziente e la fiducia che serbi quest'ultimo nella figura dell'équipe.

E' importante che il personale sanitario sia sensibilizzato e maggiormente informato in maniera corretta sul significato di questa terapia, considerandola come tecnica scientifica e terapia complementare a quella farmacologica.

(27)

2.8 Pazienti sedati o in stato comatoso, importanza della comunicazione ipnotica anche in queste condizioni

Con questo paragrafo si vuole offrire solo uno spunto su cui riflettere; per questo motivo sarà molto breve e poco approfondito.

Frequentemente possiamo riscontrare in taluni operatori sanitari atteggiamenti colpevolizzanti circa lo stato di salute del paziente. Questo non accade volontariamente, ma risulta molto opportuno prestarne attenzione ed evitarlo. Avviene ad esempio quando riversiamo la causa di un problema clinico sul soggetto: "Come mai, signor Rossi, abbiamo il fegato così in disordine?", oppure "Anche oggi abbiamo la pressione alta!". L'utilizzo di suggestioni negative determina risposte emotive intense che vanno ad aumentare i livelli d'ansia del soggetto e non solo.

La comprensione di tali suggestioni avvengono consciamente e inconsciamente, in stato di veglia, di sonno (fisiologico e indotto), di coma e di ipnosi.

Sono state raccolte parecchie testimonianze di alcune persone uscite da uno stato di coma. Tutte hanno riferito di come quella particolare condizione non sia caratterizzata, così come è stato ritenuto per lungo tempo, da una interruzione dei canali di comunicazione con il mondo circostante,

ma soltanto da una interruzione delle risposte del soggetto verso l'esterno. I pazienti sono in grado di percepire ma non di reagire e proprio a causa di ciò possono avere risposte emotive reattive a frasi, senza che risultino segni evidenti di risposta. Spesso nei pazienti che riemergono da uno stato di coma sono presenti segni di depressione che ne limitano le possibilità di recupero. Una di queste persone, ripresasi da uno stato di coma medio (6-7 secondo il Glasgow Coma Score G.C.S.), ha riferito cosa fosse successo intorno a lei nel reparto di rianimazione, di quanta paura e voglia di urlare avesse e che successivamente, non riuscendo ad esprimersi, visse una profonda disperazione.

Nel contesto terapeutico, lo stato di ridotta o sospesa coscienza può essere gestito in maniera costruttiva mediante l'utilizzo di suggestioni positive. È esperienza comune che tali suggestioni fornite a pazienti durante interventi chirurgici in anestesia generale, permettano di ottimizzare le risposte biologiche, ridurre la somministrazione di antidolorifici nel periodo post-operatorio e ridurre spesso i tempi di degenza ospedaliera. Relazionare con un soggetto che apparentemente non risponde alle nostre stimolazioni è sempre e comunque un dialogo, dove entrambi, operatore (medici, paramedici, familiari) e paziente, interagiscono ognuno con le proprie possibilità.

L'operatore deve perseguire l'obiettivo di instaurare un rapporto terapeutico positivo, di interagire in modo efficace e finalizzato agli scopi proposti, consciamente, inconsciamente ed emotivamente con il paziente per elaborarne e risolverne le problematiche al fine di ottenerne la miglior qualità di vita possibile per quella data situazione clinica.

(39)

TERZO CAPITOLO

IPNOSI E LEGISLAZIONE

3.1 Ipnosi e consenso informato

Nell'ottenimento dello stato ipnotico non c'è l'influenza dell'ipnotista sulla persona ipnotizzata. Ciò che si sviluppa in trance deriva esclusivamente dalle attività del soggetto ipnotico. Il ruolo dell'ipnotista risulta essere solo quello di aiuto nell'ottenimento dello stato d'ipnosi. Qualunque sia la profondità dell'ipnosi, la persona mantiene il controllo totale e non l'ipnotista; è possibile rifiutare ogni suggestione non gradita ed anche interrompere l'ipnosi. Tecnicamente parlando, possiamo definire lo stato dell'ipnosi un superamento del fattore critico e un contatto diretto con l'inconscio. Senza il consenso della persona che deve essere ipnotizzata, quindi, non può essere effettuato nessun tipo d'induzione. Per questo, risulta implicito il consenso della persona.

(7, 47)

E' da tenere ben presente, inoltre, quali sono i principi su cui si fonda l'ipnosi (non quella inscenata per il mondo dello spettacolo): massima considerazione per il benessere fisico e mentale di ogni cliente; astensione da ogni abuso verbale, fisico o sessuale; utilizzo della trance strettamente entro i limiti della formazione e competenza dell'ipnotista, operando in rispetto alle leggi dello Stato di appartenenza. (48)

Per quanto riguarda invece la conoscenza (per il consenso informato), è d'obbligo informare la persona, in maniera veritiera, su che cos'è l'ipnosi, come si svolgerà la seduta e rassicurarla sul mantenimento totale della propria coscienza per eliminare ogni pregiudizio esistente. (3, 47, 48)

3.2 Riconoscimento dell'ipnosi come disciplina terapeutica

Sebbene l'ipnosi non sia molto conosciuta e praticata in Italia, trova piena legittimazione nel principio della libertà terapeutica e nel riconoscimento da parte della comunità scientifica. L'ipnosi come intervento sanitario (sia come intervento psicologico-clinico e/o psicoterapeutico, che come terapia di affezioni con componente organica o come terapia del dolore) dovrebbe essere praticata solamente da chi è abilitato all'esercizio di una professione sanitaria. Ogni altro impiego per finalità cliniche, diagnostiche o terapeutiche da parte di persona non abilitata costituisce reato di esercizio abusivo di professione, previsto e punito dall'art. 348 del codice penale.

Risulta implicito che il terapeuta deve conoscere adeguatamente l'ipnosi, come pure tutti i metodi terapeutici o diagnostici pertinenti alla sua specializzazione, e dovrà valutare in scienza e coscienza i possibili vantaggi e rischi dell'eventuale terapia, come non potrà procedere alla terapia senza il consenso informato del paziente ovvero di chi ne ha la legale rappresentanza, genitore, tutore o curatore speciale.

Il vigente codice penale, promulgato nel 1930, menziona espressamente l'ipnosi in due punti. L'art. 613 del codice penale punisce chiunque mediante suggestione ipnotica o in veglia, sostanze alcoliche o stupefacenti ponga una persona, senza il di Lei consenso, in stato d'incapacità d'intendere o volere. La punibilità non è esclusa se chi presta il consenso è minore di anni diciotto, infermo di mente, ovvero in stato di deficienza psichica per altra infermità ovvero abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, ovvero il consenso sia stato estorto con violenza, minaccia o suggestione ovvero carpito coll'inganno. La pena è la reclusione fino ad un anno. La pena è la reclusione fino a cinque anni se il colpevole ha agito col fine di far commettere un reato ovvero se la persona resa incapace commette, in tale stato, un fatto previsto dalla legge come reato.

L'art. 728 del codice penale prevede un'ipotesi contravvenzionale. Chiunque ponga taluno, anche con il suo consenso, in stato di narcosi od ipnotismo ovvero esegua sul medesimo un trattamento che ne sopprima la coscienza o la volontà è punito, se dal fatto deriva pericolo per l'incolumità della persona, con l'arresto da uno a sei mesi ovvero con l'ammenda da Euro 30,00 a 516,00. È ammessa l'estinzione del reato mediante oblazione. La predetta norma non si applica se il fatto è posto in essere, per finalità scientifiche o di cura, da persona che esercita una professione sanitaria.

(47)

3.3 Utilizzo dell'ipnosi in cure palliative in Italia

Da una ricerca pubblicata nel 2007 svolta dall'ANTEA in collaborazione con l'Università La Sapienza di Roma, si è potuto osservare come la terapia ipnotica, in Italia, non venga attualmente applicata sui sintomi nell'ambito delle cure palliative. Sono stati somministrati dei questionari, a livello nazionale, ai responsabili dei centri delle cure palliative per venire a conoscenza delle terapie psicologiche alternative applicate per il controllo del dolore. Dal resoconto di questo lavoro si è constatato che l'ipnosi, in quel periodo, era adottata solamente dall'ANTEA di Roma. A seguito di questi risultati, i ricercatori hanno cercato di capire il perché di questa "indifferenza" nei confronti di questo utilissimo strumento. Dopo un breve sondaggio, effettuato a persone di diverso livello culturale e di età, effettuato sempre nel 2007, si è constatato che vige una distorsione di significato della parola ipnosi. Le persone, condizionate dai mass-media, riportano sinonimi di ipnosi come "magia", "sonno profondo", "dipendenza" e molto altro. Purtroppo questo pensiero non è presente solo nei pazienti, ma anche nella gran parte del personale sanitario il quale ha dichiarato, spesso, che "l'ipnosi è una tecnica passiva, inutile soprattutto per la gente che sta

morendo e non ha tempo da perdere”. Anche dalla letteratura si può rilevare che esistono pochi articoli che riguardano il trattamento ipnotico al fine di contrastare il dolore oncologico o altri sintomi nelle cure palliative. (27)

La legge 38/2010 sulle cure palliative prevede un'assistenza anche psicologica ai malati terminali e lo sviluppo, per chi soffre di dolore cronico, di strutture adeguate alla cura su tutto il territorio italiano, che abbiano una visione ed un approccio al dolore inteso come malattia, quindi di cui prendersi cura. È una legge innovativa che con fatica si sta applicando nelle strutture di riferimento esistenti e nella creazione di nuovi. (6)

CONCLUSIONI

Con questo lavoro si è cercato di esplicitare l'impregnante aiuto che l'ipnosi potrebbe fornire alle persone terminali e come sia di notevole importanza per tutte le figure professionali averne una chiara ed obbiettiva idea.

L'efficacia dell'ipnosi sulla riduzione ed una maggiore tollerabilità del dolore è ben evidenziata dalle varie ricerche, ma non esiste ancora una chiara e definitiva spiegazione del fenomeno. Ciò evidenzia come molta strada ancora dev'essere percorsa in questa direzione ed in questo campo.

Si sintetizzano ora brevemente gli scopi per cui l'ipnositerapia si può utilizzare nel paziente in fase avanzata: aiutare il paziente durante il decorso della malattia e soprattutto nei momenti particolarmente destabilizzanti fino alla guarigione o all'exitus; migliorare il rapporto con il proprio dolore; elaborare i sintomi psicologici che lo affliggono; costruire una posizione di reazione contro il proprio "status"; accettare le modificazioni del proprio corpo legate alla patologia; modificare i comportamenti a rischio rispetto al possibile peggioramento delle sue condizioni psicofisiche generali.

Ecco cosa riferisce qualche malato terminale riguardo all'utilizzo testato dell'ipnosi.

... "Pur sapendo di morire, grazie all'ipnosi ho ritrovato il coraggio e la gioia di vivere"...(Bruno)

... "Durante le sedute ipnotiche avverto la stessa sensazione della morfina: secchezza nella bocca, mandibola cadente e rilassamento corporeo"...(Silvia)

... "Quando faccio l'ipnosi mi dimentico del dolore" ... (Sergio)

... "Finalmente ho ritrovato l'interesse per la lettura e la pittura" ... (Riccardo)

... "Mi ero dimenticata di avere un figlio, da quando ho iniziato l'ipnosi ho ritrovato l'amore per lui" ... (Amelia)

BIBLIOGRAFIA

1. Granone, F. (1989). Trattato di ipnosi. Torino: UTET.
2. Casiglia, E., Rossi A.M. (2006). Ipnosi sperimentale e clinica. Bassano del Grappa: Artistica Bassano.
3. Lapenta, A. M. (1986). L'ipnosi nella terapia psichiatrica. Rassegna di Ipnosi e Psicoterapie, 13, 3.
4. Perussia, F. (2011). Manuale di ipnosi. Milano: Unicopli.
5. Arone di Bertolino, R. (1988). Lo stato mentale di Ipnosi. Rivista della Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi (S.M.I.P.I.) n°1
6. Gava, N. et al. (2012). Accompagnare. Ipnosi e malattia terminale. Sublivion Edizioni.
7. Erickson, M. H. (1982). Opere. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
8. Tirone, G. (1983). Ipnosi: Un potenziale dell'uomo. Torino: Centro scientifico Torinese.
9. Rainville, P. et al. (1999). Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. Journal of Cognitive Neuroscience, 11, 110-125
10. Cancer Pain Relief and Palliative Care, World Health Organization Technical Report Series, 804, 1990
11. World health organization, National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines, 20022
12. Liossi, C. (2000). Clinical hypnosis in pediatric oncology: a critical review of the literature. Sleep and hypnosis, 1, 268-74

13. Liossi, C. & White, P. (2001). Efficacy of Clinical Hypnosis in the Enhancement of Quality of Life of Terminally Ill Cancer Patients. *Contemporary Hypnosis*, 18(3), 145-160.
14. Selye, H. (1956). *The stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Co.
15. Spinsanti, S. (1988). Introduzione. Quando la medicina si fa materna. In Corli O., *Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia*. Roma: Città Nuova
16. Brugnoli, M.P (2006). *Nonpharmacological and noninvasive management in pain: physical and psychological modalities*. Editrice La Grafica
17. Zeppetella, G. (2004). *Il diritto a non soffrire. Aspetti clinici, giuridici ed etici della terapia del dolore e cure palliative*. Cuzzolin
18. Cartoni, C. (2010). *Medicina e cure palliative. XXI Secolo*. L'Enciclopedia Italiana Treccani.it. Retrieved from http://www.treccani.it/enciclopedia/medicina-e-cure-palliative_%28XXI-Secolo%29/
19. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore: Legge n. 65 del 19 marzo 2010 e legge n.38 del 15 marzo 2010
20. *La storia delle cure palliative*. Retrieved from <http://www.palliative.it/cure-palliative/la-storia-delle-cure-palliative>
21. Zucco, F. (2010). *Hospice in Italia 2010, seconda rilevazione ufficiale*. Bonia University Press
22. *Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Dolore da cancro e cure palliative*. (1990). *Rapporti tecnici dell'OMS*. Ginevra.

23. Agenzia Informazione Sanità (AIS). (2012). Cure palliative, studio su effetti dell'ipnosi nel trattamento del dolore. Torino. Retrieved from <http://www.ais-sanita.it/ricerca-sviluppo-e-tecnologia/4771-cure-palliative-studio-su-effetti-dell-ipnosi-nel-trattamento-del-dolore.html>
24. Jensen M.P. et al. (2009). Effects of self-Hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. *International Journal of Clinical Hypnosis*, 57, 239-268.
25. A Comparison of Self-Hypnosis Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients with Multiple Sclerosis and Chronic Pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2(57), 198-221.
26. Aprile P. L. et al. (2010). Il dolore nel paziente oncologico. In *Il dolore cronico in Medicina Generale*. Roma. Retrieved from http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3770&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia
27. Belletti, M. (2007). L'ipnosi nelle cure palliative. Articolo pubblicato nella *Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica*, settembre 2007
28. Willis, W.D. & Westlund, K.N. (1997). Neuroanatomy of the pain system and the pathways that modulate pain. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 14, 2-31.
29. Bingel, U. et al. (2011). The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid Remifentanyl. *Science Translational Medicine*, 3,70-14.
30. Merskey H. (1994). Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research*, 3 (Suppl. 1), S69- S76
31. Kandel, E.R et al. (2000). *Principles of Neural Science*. McGraw-Hill Medical

32. Dickenson, A.H. (2002). Gate Control Theory of pain stands the test of time. *British Journal of Anaesthesia*, 88 (6):755-757.
33. Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2004) . Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
34. Melzack, R. (1996). Gate control theory: On the evolution of pain concepts. *Pain Forum*, 5(1), 128–138.
35. Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150: 971–9
36. Antonelli, C. (2003). *Ipnosi e dolore (aspetti integrati)*. Bari: Laterza.
37. Siani, A. (2004). *L'autoipnosi*. Pavia: Selecta Medica
38. Shone, R. (1994). *La tecnica dell'autoipnosi*, Astrolabio.
39. Montecorboli, U. (2011). *L'Ipnosi nel paziente in fase avanzata: risorsa palliativa o terapeutica?*. Retrieved from <http://www.aistpain.it/it/files/IPNOSI%20CLINICA%20%20%20E%20STATI%20DI%20CSCIENZA/Ipnosi%20in%20fase%20avanzata.pdf>
40. Peynovska, R. et al. (2004). Efficacy of hypnotherapy as a supplement therapy in cancer intervention. *European Journal of Clinical hypnosis*. 2005; 6 (1)
41. Spiegel, D. et al. (1981), Group of support for patients with metastatic cancer: a randomized prospective outcome study. *Archives of general psychiatry*. 38: 527-33
42. Walker, L.G. et al. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of cancer*. 35:1783-8

43. Fox, P.A. et al. (1999). Immunological markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: a pilot study. *International journal of STD and AIDS*, 10, 730-4.
44. Rajasekaran, M. et al. (2005). Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients. *Palliative medicine*, 19, 418-426.
45. Casiglia, E. (2007). Hypnosis Prevents the Cardiovascolare Response to Cold Pressor test. *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49:4, 255-266
46. Facco, E. et al. (2011). Effects of Hypnotic Focused Analgesia on Dental Pain Threshold. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59:4, 454-468
47. Spettu, M. Omny Hypnosis Training Center of Slovenia. Scuola internazionale di ipnosi e ipnoterapia. Retrieved from <http://scuoladiipnosi.net/1-ipnosi-1-autoipnosi/>
48. The National Guild of Hypnotists. (1951) Il codice etico e gli standard per la pratica professionale