

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E

COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2016

Il ruolo dell'ipnosi nella gestione del paziente oncologico

Candidato:

Dott. Alessandro Maraschi

Relatore:

Ch.mo Prof. Enrico Facco

INDICE

INTRODUZIONE: DEFINIZIONE DI IPNOSI E SUA STRUTTURA	3
PREVENZIONE IN CAMPO ONCOLOGICO	7
L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL CANCRO	8
- CHIRURGIA E PROCEDURE INVASIVE	8
o Tumore al seno	9
o Tumore al colon	11
o I tumori in età pediatrica	12
- CHEMIOTERAPIA	13
- RADIOTERAPIA	14
- SOPRAVVIVENZA	16
CONCLUSIONI	18
BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUZIONE: DEFINIZIONE DI IPNOSI E SUA STRUTTURA

Con ipnosi si intende uno stato modificato di coscienza che consiste in una focalizzazione dell'attenzione ed una riduzione della consapevolezza periferica e caratterizzata da un'augmentata capacità di risposta alle suggestioni.¹

Si può descrivere come un accordo tra il paziente ed il terapeuta a partecipare ad un *setting* terapeutico in cui tramite l'ipnosi vengono somministrate al paziente specifiche suggestioni con l'obiettivo di modificare sensazioni, percezioni, comportamenti ed emozioni.

Questa definizione pone l'enfasi sulla relazione che deve instaurarsi tra terapeuta e paziente e la definisce necessaria.

Bisogna tuttavia distinguere l'ipnotizzabilità dalla suggestionabilità, infatti, quest'ultima è definita come l'accettazione acritica dell'idea dell'altro mentre al contrario nell'ipnotizzabilità l'accettazione dell'idea è critica.

L'ipnosi è uno stato di coscienza fisiologico, modificato e dinamico che si tenta di ricreare all'interno di un rapporto terapeutico che è la relazione medico-paziente.

Punto centrale del processo è il monoideismo plastico, cioè una singola idea che riverbera sul piano psicosomatico ed ha valenza terapeutica.

Da un punto di vista clinico la sessione ipnotica si compone di tre fasi. La prima viene definita fase di induzione, questa è seguita dalla suggestione terapeutica, anche detta corpo dell'ipnosi e si conclude infine con la de-induzione dello stato ipnotico.

Si può ancora identificare una fase che precede tutte queste ed è la pre-induzione, questa consiste fondamentalmente nell'instaurazione del rapporto di fiducia e nell'identificazione di un obiettivo comune, condiviso da operatore e paziente.

Con fase d'induzione invece intendiamo tutte quelle manovre finalizzate ad attivare e sostenere la realizzazione di monoideismi plastici. Esse consentono al soggetto di focalizzare l'attenzione, indurre uno stato di assorbimento con conseguente dissociazione dall'ambiente esterno e lo aiutano a rilassarsi, promuovendo il passaggio dell'attenzione dal "mondo esterno" al "mondo interno" del soggetto.

Nel corpo dell'ipnosi l'operatore fornisce le suggestioni terapeutiche più appropriate al raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Queste suggestioni sono la chiave del trattamento.

Segue la de-induzione, cioè un ritorno della coscienza del soggetto all'attività ordinaria di coscienza.

Il trattamento termina con un periodo definito coda ipnotica in cui il soggetto permane, ancora per pochi minuti, più suscettibile ad eventuali suggestioni.

L'ipnotizzabilità può variare molto da soggetto a soggetto, ma almeno l'80% della popolazione è in grado di realizzare un'ipnosi sufficientemente valida per ottenere soddisfacenti effetti terapeutici. Il livello di suscettibilità ipnotica può quindi influenzare negativamente i risultati clinici, in particolare nei pochi soggetti non ipnotizzabili e nei soggetti con un profilo ipnotico di decremento (secondo l'Hypnotic Induction Profile). Alla base di questa variabilità sono implicati diversi fattori legati alla personalità ma ancora non ben definiti.²

I pazienti partecipano attivamente nell'esperienza ipnotica attraverso tecniche e suggestioni, il risultato ottenuto con l'ipnosi richiede uno "sforzo attentivo attivo e prolungato" da parte del paziente, elemento che manca nei soggetti con profilo di decremento.

Le suggestioni ipnotiche determinano cambiamenti nella percezione e nell'interpretazione di vari stimoli forniti al soggetto, e correlano con alterazioni caratteristiche nell'imaging cerebrale.^{3 - 4}

Quando interrogati riguardo alle loro esperienze i pazienti descrivono alterazioni nell'immagine corporea, distorsione temporale, dissociazione, sentimenti di rilassatezza e pace, focalizzazione dell'attenzione e aumentata affettività e positività, ma diminuita memoria e propriocettività.⁵

Da un punto di vista neurocognitivo si pensava che l'ipnosi fosse mediata dall'emisfero cerebrale destro. Questa teoria era supportata dalla scoperta della specializzazione degli emisferi nel 1970 e il cervello fu convenzionalmente distinto in emisfero destro, creativo, ed emisfero sinistro, analitico.⁶

Questa è tuttavia una semplificazione ormai superata e rimpiazzata dal riconoscimento all'ipnosi di un ruolo più complesso, in cui sono implicati sia circuiti inter-emisferici sia intra-emisferici antero-posteriori di lungo raggio, coinvolgenti i lobi frontali, la corteccia prefrontale e la corteccia cingolata anteriore di entrambi gli emisferi.

Grazie alle tecniche di neuroimaging è oggi possibile studiare l'attivazione e la deattivazione delle aree cerebrali durante un'induzione ipnotica.^{7 - 10}

È dimostrato ad esempio, come, durante l'ipnosi, la rievocazione di ricordi è associata ad una diversa e molto più ampia attivazione di aree cerebrali rispetto alla rievocazione degli stessi ricordi in condizioni di base.^{11 - 13}

Durante un'induzione ipnotica sono coinvolte diverse aree cerebrali, come: la corteccia occipitale, parietale, l'area precentrale, l'area premotoria, la parte ventrolaterale dell'area prefrontale, la corteccia cingolata anteriore, il talamo e il pontomesencefalo.

Comparato con un'attività cerebrale normale, lo stato ipnotico, mostra una diminuzione dell'attività della parte mediale della corteccia parietale, in particolare nel precuneo. Dati precisi a riguardo sono stati raccolti da Vanhaudenhuyse e colleghi in una recente review.¹⁴

Studi sui substrati neurobiologici dell'ipnosi indicano che lo stato ipnotico potrebbe essere correlato con l'attività dopaminergica centrale.¹⁵

Durante l'ipnosi, le suggestioni di analgesia possono innalzare nel paziente la soglia del dolore, riducendo di conseguenza la percezione dello stimolo doloroso.

Questo effetto è stato indagato e dimostrato in numerosi trial clinici e studi sperimentali. L'effetto ipno-analgésico sembra coinvolgere alcune vie intercalate sul circuito del dolore, come ad esempio i riflessi nocicettivi, l'attività autonoma dolore-correlata e il sistema di controllo soprasspinale del dolore.^{16 - 17}

Studi condotti da Faymonville e colleghi, mostrano una significativa riduzione nei punteggi del dolore e della nausea postoperatoria quando confrontati pazienti

sottoposti a chirurgia con anestesia locale più ipnosi (ipno-sedazione) con pazienti trattati solo con anestesia generale.¹⁸

Allo stesso modo in uno studio prospettico randomizzato, Defechereux e colleghi, hanno analizzato soggetti sottoposti a chirurgia in prima giornata post-intervento.¹⁹

Nei soggetti che hanno ricevuto anche il trattamento ipnotico oltre all'anestesia generale sono stati evidenziati ridotti livelli di dolore, minor affaticamento, minor durata media dei ricoveri ed una diminuzione della risposta infiammatoria (IL-6 correlata) rispetto ai pazienti sottoposti solamente all'anestesia generale.

PREVENZIONE IN CAMPO ONCOLOGICO

Uno dei primi documenti che testimonia l'uso dell'ipnosi in pazienti oncologici è stato quello per l'anestesia nel tumore della mammella.

Nel 1829, M. Chapelain utilizzò il mesmerismo per un periodo di diversi mesi per alleviare le sofferenze di Madame Plantin, portatrice di un tumore al seno destro ulcerato con importante coinvolgimento dei linfonodi ascellari. Il primo aprile 1829 a Parigi, Chapelain usò l'ipnosi come anestesia durante la mastectomia e la dissezione ascellare. Questo avvenne prima dell'avvento delle moderne tecniche di anestesia. Durante l'operazione la paziente era tranquilla e con un buon controllo del dolore.²⁰

L'ipnosi nel campo della prevenzione oncologica può essere utilizzata sia per la gestione medica del trattamento, sia come psicoterapia utile a realizzare un coping positivo e migliorare la resilienza, sia, nella prevenzione, ossia per ridurre i fattori di rischio, come ad esempio il tabagismo.

Gli approcci di tipo psicologico sono di fondamentale importanza nella gestione del paziente oncologico e l'ipnosi risulta una tecnica particolarmente utile se integrata nel percorso diagnostico e di cura di questi pazienti.

Come strumento medico l'ipnosi può essere utilizzata per ridurre l'ansia preoperatoria, il consumo di analgesici postoperatori, migliorare il decorso clinico perioperatorio e rendere più tollerabili le terapie e le manovre invasive.²¹

Per quanto riguarda la prevenzione del tabagismo, secondo le stime dell'American Cancer Society, nel corso del 2013, circa 173.000 decessi per malattia tumorale sono stati legati al consumo di tabacco.

La più recente meta-analisi di trials randomizzati riguardanti la cessazione del vizio del fumo con l'ausilio dell'ipnosi indicano che questa può aiutare significativamente i pazienti a smettere di fumare.²²

L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL CANCRO

La maggior parte dei pazienti oncologici va incontro a interventi di chirurgia, radioterapia, chemioterapia od a terapie combinate. Sebbene siano tutte procedure necessarie, comportano una considerevole quantità di effetti indesiderati come dolore, nausea, stanchezza, ansia e depressione, i quali hanno un notevole impatto sul decorso clinico, la sua tollerabilità e sulla qualità della vita.

In generale, l'ipnosi ha dimostrato di migliorare gli *outcome*, sia in termini clinici, sia in termini di costi, associati con le procedure diagnostiche nei pazienti oncologici.

- CHIRURGIA E PROCEDURE INVASIVE

L'ipnosi ha dimostrato di essere un mezzo efficace nel controllo del dolore e dello stress emotivo ed è inoltre in grado di rendere più rapido il ricovero.

I risultati di una meta-analisi del 2002 già deponevano favorevolmente per l'ipnosi, indicando che i pazienti sottoposti a chirurgia nel gruppo in trattamento ipnotico avevano migliore *outcome* rispetto all'89% dei pazienti nel gruppo di controllo.²³

In questa meta-analisi, che comprendeva studi su diversi trattamenti chirurgici (ortopedici, cardiocirurgici, ginecologici, oftalmologici e di chirurgia plastica, gli effetti benefici sono stati riscontrati nel controllo del dolore tramite indicatori fisiologici, come la pressione sanguigna, la nausea l'affaticamento e la durata del ricovero.

Effetti positivi dell'ipnosi sono stati verificati durante il trattamento percutaneo della neoplasia in un campione di 201 pazienti che hanno ricevuto un'embolizzazione tumorale o un'ablazione tramite radiofrequenza, questi sono stati randomizzati e divisi per ricevere il trattamento standard oppure l'ipnosi.²⁴

Il dolore e l'ansia sono stati indagati ogni 15 minuti fino a un tempo massimo di 150 minuti e registrati su una scala da 0 a 10. I pazienti nel gruppo dell'ipnosi hanno avuto una significativa riduzione del dolore e dell'ansia rispetto ai pazienti che hanno ricevuto il trattamento standard, e i valori riferiti sono stati ad ogni misurazione inferiori rispetto al gruppo di controllo. I pazienti in trattamento ipnotico hanno inoltre ricevuto una somministrazione di farmaci inferiore del 33% rispetto ai pazienti in terapia standard. Tutti questi risultati supportano dunque l'utilizzo dell'ipnosi durante le procedure invasive.

Tumore al seno.

Nel 1983, Spiegel e Bloom riscontrarono che gruppi di terapia settimanali associati ad ipnosi erano correlati ad una diminuzione della sensazione del dolore e ad un miglioramento del tono dell'umore, nei pazienti con tumore della mammella metastatico.²⁵

Questi risultati sono poi stati riconfermati in studi con un campione maggiore di pazienti.²⁶

Più recentemente, in uno studio di Lang e colleghi, si sono prese in considerazione 236 donne che hanno subito una biopsia della mammella.²⁷

Le pazienti sono state randomizzate per ricevere l'ipnosi o il trattamento standard. Nel gruppo sottoposto a ipnosi sono stati rilevati un più basso livello di ansia e dolore durante l'esecuzione della procedura. Hanno inoltre dimostrato come l'ipnosi non aumenti in modo significativo i costi rispetto a un trattamento standard che non la prevede.

In un altro studio, Montgomery e colleghi, hanno preso in considerazione 20 biopsie escissionali. Le pazienti sono state randomizzate per ricevere il trattamento standard o un intervento di ipnosi fornito da uno psicologo prima di sottoporsi a biopsia.²⁸

Le pazienti che hanno ricevuto l'ipnosi hanno riscontrato un dolore post-biopsia significativamente inferiore rispetto alle pazienti del gruppo di

controllo e sono state tendenzialmente più soddisfatte del trattamento ricevuto, hanno inoltre mostrato un minor livello di stress sia prima e sia dopo essere sottoposte a biopsia.

Schnur e colleghi hanno esaminato l'efficacia dell'ipnosi nella gestione dello stress nell'ambito di uno studio prospettico controllato vs. trattamento standard sulla biopsia escissionale della mammella in 90 pazienti.²⁹

Le pazienti del gruppo che ha ricevuto l'ipnosi hanno avuto una riduzione significativa di stress prima di sottoporsi a biopsia ed un ridotto livello di ansia, sono state inoltre più soddisfatte del trattamento rispetto al gruppo di controllo.

In un trial randomizzato di 200 pazienti sottoposti a biopsia escissionale o lumpectomia per tumore alla mammella è stata somministrata una sessione ipnotica di 15 minuti pre-intervento chirurgico mentre l'intervento è stato condotto in anestesia farmacologica con Lidocaina, Fentanyl, Propofol e Midazolam.³⁰

I pazienti nel gruppo dell'ipnosi hanno richiesto una dose inferiore di Propofol e Lidocaina rispetto ai pazienti nel gruppo di controllo; inoltre hanno riportato una diminuzione dell'intensità del dolore, minori: nausea, affaticamento, ed impatto emotivo.

Dal punto di vista economico, i pazienti nel gruppo sottoposto ad ipnosi sono costati alle istituzioni 772 dollari in meno ciascuno, rispetto al gruppo di controllo, soprattutto grazie alla riduzione del tempo chirurgico (differenza media di circa 10 minuti).

In uno studio del 2010, Block ha calcolato il risparmio che si sarebbe ottenuto se l'ipnosi fosse stata usata per tutte le biopsie alla mammella eseguite negli stati uniti durante il periodo di un anno.³¹

I risultati sono stati ottenuti estrapolandoli dai rapporti costo-efficacia degli ospedali. Block: i risultati dell'analisi suggeriscono che, se il 92% delle pazienti diagnosticate con un nuovo tumore alla mammella negli Stati Uniti (178.738 basandosi sui dati del 2009) fossero state trattate anche con l'ipnosi

si sarebbero risparmiati 138.112.331 dollari annui. Una volta sottratti i costi delle prestazioni per le induzioni ipnotiche da parte di personale qualificato, il risparmio totale si sarebbe aggirato attorno a 135 milioni di dollari. Tuttavia questi dati potrebbero sottostimare l'entità di un possibile risparmio perché non tengono conto dei benefici sociali che ne deriverebbero, come ad esempio una più rapida convalescenza e quindi un più rapido reinserimento in ambito lavorativo.

Elkins e colleghi hanno condotto uno studio randomizzato che analizza la presenza di vampate di calore nelle pazienti sopravvissute al tumore della mammella. Sono stati reclutati 60 pazienti con vampate di calore, distinti in due gruppi, uno ha ricevuto sedute di ipnosi e l'altro non ha ricevuto alcun trattamento.³²

A studio concluso, i pazienti del gruppo che era stato sottoposto a sedute d'ipnosi hanno riferito significativi miglioramenti nelle vampate di calore, nella loro interferenza nelle attività quotidiane, nel sonno, nella gestione dell'ansia e depressione, rispetto ai pazienti nel gruppo di controllo.

I risultati indicano che l'ipnosi non ha solo un effetto benefico nella gestione e comparsa delle vampate di calore, ma anche negli altri aspetti della vita quotidiana.

Nel complesso questi studi suggeriscono che l'ipnosi possa avere un effettivo e vantaggioso ruolo nella gestione delle pazienti con tumore alla mammella e possa contribuire a ridurre significativamente i costi sanitari.

Tumore al colon.

Il tumore del colon è un tumore di riscontro relativamente frequente nella popolazione e di notevole impatto sulla salute pubblica.

La colonscopia è un metodo di screening efficace, utile sia come prevenzione secondaria, rendendo possibile la diagnosi precoce, sia come strumento terapeutico per alcuni tipi di lesione; tuttavia uno degli ostacoli all'aderenza allo screening è il fastidio provocato dalla procedura stessa.

L'ipnosi può giocare un ruolo fondamentale nel ridurre gli effetti indesiderati di questa procedura quindi indirettamente è in grado di aumentare l'aderenza allo screening. Sebbene non ci siano studi randomizzati a riguardo, alcuni *case reports* suggeriscono i potenziali benefici derivanti dall'utilizzo dell'ipnosi in questa procedura.

In uno studio sull'ipnosi durante colonscopia sono stati studiati sei pazienti, di cui cinque uomini e una donna, che hanno ricevuto una seduta ipnotica il giorno precedente alla procedura.³³

Sono stati analizzati l'ansia, il dolore durante la colonscopia, la soddisfazione del paziente per le cure mediche e la percezione dell'efficacia delle ipnosi. I risultati supportano l'ipnosi come metodo efficace per gestire l'ansia e il dolore associati alla colonscopia e, potenzialmente, ridurre la necessità di sedazione e accorciare il tempo della procedura stessa.

I tumori in età pediatrica.

L'ipnosi è in grado di ridurre sia il dolore sia l'ansia associate con le iniezioni. In uno studio prospettico randomizzato, 45 pazienti pediatriche di età compresa fra i 6 e i 16 anni sono stati divisi in due gruppi: un gruppo ha ricevuto solo anestetico locale mentre l'altro gruppo ha ricevuto anestetico locale e ipnosi.³⁴

I risultati hanno dimostrato che i pazienti nel gruppo che ha ricevuto sia l'anestetico locale sia l'ipnosi hanno riportato una significativa riduzione di ansia anticipatoria, di dolore correlato alle procedure, rispetto ai pazienti del gruppo di controllo. Inoltre è stato rilevato un minor grado di stress durante l'iniezione nel gruppo di pazienti sottoposti ad anestetico locale e ipnosi.

L'ipnosi può essere utile anche in oncematologia e nelle manovre invasive in età pediatrica, come risulta da sette studi citati in Pubmed.^{35 – 41}

Di questi, due riguardavano la puntura lombare, due l'aspirato midollare e due pazienti sottoposti entrambe le procedure. Soltanto uno studio riguardava

pazienti adulti, mentre i restanti erano stati condotti su una popolazione pediatrica.

Gli studi citati sui pazienti pediatrici suggeriscono che l'ipnosi sia in grado di alleviare significativamente il disagio e il dolore associati con la puntura lombare e l'aspirato midollare rispetto al trattamento standard.

Uno degli studi, un trial prospettico, è stato condotto per comparare l'efficacia di una crema anestetica locale da sola o in combinazione con un intervento in ipnosi per alleviare il dolore indotto dalla puntura lombare e l'ansia, in 45 soggetti pediatrici affetti da patologia neoplastica con età compresa tra i 6 e i 16 anni.⁴²

I pazienti sono stati randomizzati da uno a tre gruppi per ricevere rispettivamente: anestetico locale, anestetico più ipnosi, anestetico più sorveglianza. I risultati hanno evidenziato che i pazienti sottoposti ad anestetico locale più ipnosi hanno riportato una riduzione significativa dell'ansia e del dolore associati alla procedura rispetto agli altri due gruppi.

- **CHEMIOTERAPIA**

Una delle prime applicazioni dell'ipnosi nel paziente oncologico è stata l'ipnosi per il controllo della nausea e del vomito associati con la chemioterapia.

Redd e colleghi hanno somministrato il trattamento ipnotico a sei donne adulte affette da patologia tumorale; in tutti i casi l'ipnosi è stata in grado di sopprimere nausea e vomito anticipatori.⁴³

Richardson e colleghi hanno effettuato una *review* sistematica riguardo l'ipnosi utilizzata per il controllo della nausea e del vomito associato alla chemioterapia; gli autori riportano risultati positivi sulla riduzione di nausea e vomito, che supportano l'utilizzo dell'ipnosi anche nei pazienti pediatrici.⁴⁴

Tuttavia poichè in diversi studi il campione di pazienti era ridotto questi risultati andrebbero visti con cautela, sono quindi necessari ulteriori studi. Inoltre gli studi oggetto della *review* erano stati condotti negli anni '80, quindi prima della disponibilità dei moderni antiemetici.

Il fatto che nausea vomito continuino a essere un problema rilevante per i pazienti in farmacoterapia ancora oggi, rende sempre attuale il ruolo dell'intervento ipnotico nella loro gestione.

In un'altra revisione della letteratura è supportato il ruolo positivo dell'ipnosi nel controllo della nausea e del vomito causati da chemioterapia associata alla patologia tumorale.⁴⁵

Si tratta tuttavia di studi che prendono in considerazione nausea e vomito anticipatori, quindi insorti in previsione della somministrazione del farmaco, siamo quindi carenti di studi che analizzino gli effetti dell'ipnosi nel post trattamento chemioterapico.

- **RADIOTERAPIA**

Sono stati analizzati tre trials randomizzati che esplorano gli effetti dell'ipnosi nel paziente sottoposto a trattamento radioterapico.

Lo studio di Montgomery e colleghi esamina gli effetti dell'intervento psicoterapeutico combinato con la terapia cognitivo comportamentale e l'ipnosi, in pazienti affetti da tumore della mammella e trattati con radioterapia.⁴⁶

La scelta di combinare una terapia cognitivo comportamentale con l'ipnosi era basata su di una meta-analisi precedente che suggeriva che la terapia cognitivo comportamentale associata all'ipnosi fosse più efficace della terapia cognitivo comportamentale utilizzata singolarmente.⁴⁷

In questo studio 42 pazienti affetti da tumore della mammella e trattati con radioterapia sono stati assegnati in modo randomizzato a due gruppi, per ricevere il trattamento standard o CBTH (terapia cognitivo comportamentale

associata con ipnosi). Gli effetti della terapia combinata risultavano più evidenti nel tempo; questo dato è in relazione con il fatto che la debilitazione nel paziente aumenta ad ogni trattamento successivo, mentre nei pazienti in studio questo non si è verificato. Infatti nei pazienti trattati con CBTH si è registrata una media di circa 32% di debilitazione in meno rispetto al gruppo di controllo, valutata mediante la “*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-fatigue sub scale*” (FACIT-F).

Questi Risultati dimostrano come l’ipnosi sia in grado migliorare il decorso della progressiva debilitazione nel corso delle terapie nei pazienti affetti da tumore della mammella e trattati con radioterapia.

Analogamente Schnur e colleghi hanno condotto un trial randomizzato su 40 pazienti affetti da tumore della mammella e trattati con radioterapia per valutare gli effetti di CBTH.⁴⁸

Nel gruppo in studio si è verificata una riduzione degli effetti indesiderati. In particolare alla quinta settimana di studio questi pazienti avevano il 66% in meno di effetti indesiderati rispetto al gruppo di controllo ed un 43% in più di effetti positivi. Inoltre i pazienti del gruppo di studio hanno ricevuto un maggior numero di trattamenti poiché sono stati in grado di sopportare meglio gli effetti indesiderati.

Uno studio condotto da Stalpers e colleghi ha invece mostrato risultati incerti. Gli autori hanno randomizzato 69 pazienti per ricevere il trattamento standard oppure l’ipnosi. Non sono stati ottenuti risultati statisticamente significativi tra i due gruppi per quanto riguarda il controllo dell’ansia e il miglioramento della qualità di vita.⁴⁹

La differenza tra i risultati in questi studi può essere spiegata da diversi fattori: nel gruppo di Stalpers sono stati presi in analisi pazienti con tumore alla prostata, alla mammella, tumori cutanei, uterini, della cervice, del polmone, della laringe, della vescica, del cervello e linfomi, mentre negli altri due studi sono stati presi in considerazione soltanto pazienti affetti da tumore alla mammella. È quindi possibile che queste differenze comportino

un bias sia di genere sia di patologia. Inoltre nei primi due studi sono stati presi in analisi due effetti indesiderati, in particolare la fatica e il distress mentre nel gruppo di Stalpers sono stati analizzati un più generico benessere, minori sintomi e maggiori benefici. Ancora nel gruppo di Stalpers è stata somministrata soltanto ipnosi mentre negli altri due studi terapia cognitivo comportamentale più l'ipnosi.

I dati appena discussi nel loro complesso suggeriscono che l'ipnosi nella radioterapia sia efficace e possa dare maggiori benefici se associata ad un intervento psicoterapeutico più ampio. Tuttavia tutti questi studi presentano dei limiti, quali la limitatezza dei campioni. Nonostante questi dati siano incoraggianti la definitiva valutazione sui benefici dall'ipnosi rispetto a un'attenzione professionale non specifica richiede ulteriori studi.

- **SOPRAVVIVENZA**

Secondo il *National Cancer Institute*: “la sopravvivenza è legata alla salute e alla vita di una persona con il cancro dopo un trattamento fino alla fine della vita. Ciò coinvolge gli aspetti fisici, psicosociali ed economici, dalla diagnosi al trattamento”.⁵⁰

Secondo l'*American Cancer Society*, dal 1° gennaio 2012 ci sono circa 13,7 milioni di pazienti sopravvissuti al cancro. Negli Stati Uniti questa cifra può comunque essere sottostimata in quanto non include la maggior parte dei casi di tumore *in situ*, o i tumori cutanei a cellule basali o squamosi.

Molti pazienti sopravvissuti al cancro, anche quando hanno terminato i trattamenti, continuano ad avere una qualità di vita non ottimale, se si includono anche gli effetti collaterali legati al dolore cronico e neuropatico, ai problemi cognitivi, l'affaticabilità, la paura di una recidiva di tumore, vampate di calore e disfunzione sessuale.⁵¹

Alcuni studi sono stati condotti sull'ipnosi nei pazienti con tumore metastatico della mammella.

Nel 1989, Spiegel e colleghi riscontrarono che il tempo di sopravvivenza era significativamente più lungo in un gruppo di pazienti con tumore alla mammella metastatico assegnato in maniera *random* a ricevere una terapia di supporto che includesse l'ipnosi (una media di 36.6 mesi), in confronto ad un altro che non la riceveva.⁵²

Tuttavia, in uno studio randomizzato più recente (2007) sul tumore della mammella metastatico o localmente recidivante il gruppo sottoposto a ipnosi non presentava una sopravvivenza significativamente superiore rispetto ai controlli.⁵³

Tuttavia un'analisi più approfondita in un sottogruppo di 25 pazienti negativi ai recettori per gli estrogeni (ER) suggeriscono la possibilità di una maggiore sopravvivenza nei 25 pazienti negativi ai recettori per gli estrogeni (ER). In questo sottogruppo, i pazienti sottoposti a ipnosi avevano una sopravvivenza maggiore rispetto a quelli non trattati, mentre nei pazienti ER positivi non c'era differenza di sopravvivenza tra quelli trattati con ipnosi e i controlli.

CONCLUSIONI

L'ipnosi si è rivelata efficace nella gestione del dolore, dell'ansia e degli effetti collaterali associati alle terapie in pazienti oncologici, sia nella chirurgia e nella terapia invasiva, dove l'ipnosi ha già dimostrato di migliorare significativamente l'ERAS (Enhance Recovery After Surgery) sia nella chemio- e radioterapia

I dati relativi alla chemio e radioterapia sono molto incoraggianti, ma sono ancora condizionati da alcuni limiti di diversa natura, dalle ridotte dimensioni dei campioni di alcuni studi, alla variabilità delle patologie prese in considerazione ed dei soggetti analizzati in termini di genere e suscettibilità agli effetti indesiderati, ma anche alla difficoltà nella valutazione di dati soggettivi e scarsamente misurabili. Ulteriori studi sono necessari per una definitiva dimostrazione della sua efficacia, ma i dati disponibili sono decisamente promettenti.

Un elemento molto suggestivo e non poco intrigante è anche quello relativo alla sopravvivenza: i pochi studi disponibili non consentono alcuna conclusione, ma suggeriscono la necessità di valutare anche questo parametro negli studi futuri.

Un ultimo aspetto è quello della possibilità della riduzione dei costi prodotta dall'ipnosi, che, se confermata, la renderebbe uno strumento terapeutico ineludibile nella gestione del cancro.

BIBLIOGRAFIA

1. Gary R. Elkins, Arreed F. Barabasz, James R. Council & David Spiegel. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. USA Published online: 07 Apr 2015.
2. Facco et al., *Int J CLin Exp Hypn*, 2017. Trattato di ipnosi.
3. Kosslyn S. M., Thompson W. L., Costantini-Ferrando M. F., Alpert N. M., Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(8):1279–1284.
4. Derbyshire S. W. G., Whalley M. G., Stenger V. A., Oakley D. A. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage*. 2004;23(1):392–401.
5. Cardeña E., Jönsson P., Terhune D. B., Marcusson-Clavertz D. The neurophenomenology of neutral hypnosis. *Cortex*. 2013;49(2):375–385.
6. Kihlstrom J. F. Neuro-hypnotism: prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*. 2013;49(2):365–374.
7. Kihlstrom J. F. Neuro-hypnotism: prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*. 2013;49(2):365–374.
8. Halligan P. W., Oakley D. A. Hypnosis and cognitive neuroscience: bridging the gap. *Cortex*. 2013;49(2):359–364.

9. Oakley D. A., Halligan P. W. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*. 2013;14(8):565–576.
10. McGeown W. J., Mazzoni G., Vannucci M., Venneri A. Structural and functional correlates of hypnotic depth and suggestibility. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2015;231(2):151–159.
11. Faymonville M. E., Boly M., Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology-Paris*. 2006;99(4–6):463–469.
12. Rainville P., Hofbauer R. K., Paus T., Duncan G. H., Bushnell M. C., Price D. D. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 1999;11(1):110–125.
13. Rainville P., Hofbauer R. K., Bushnell M. C., Duncan G. H., Price D. D. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2002;14(6):887–901.
14. Vanhaudenhuyse A., Laureys S., Faymonville M.-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique*. 2014;44(4):343–353.
15. Lichtenberg P., Bachner-Melman R., Ebstein R. P., Crawford H. J. Hypnotic susceptibility: multidimensional relationships with Cloninger's tridimensional personality questionnaire, COMT polymorphisms, absorption, and attentional characteristics. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2004;52(1):47–72.
16. Vanhaudenhuyse A., Boly M., Laureys S., Faymonville M.-E. Neurophysiological correlates of hypnotic analgesia. *Contemporary Hypnosis*. 2009;26(1):15–23.

17. Faymonville M. E., Mambourg P. H., Joris J., et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A Prospective Randomized Study. *Pain*. 1997;73(3):361–367.
18. Faymonville M. E., Fissette J., Mambourg P. H., Roediger L., Joris J., Lamy M. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Regional Anesthesia*. 1995;20(2):145–151.
19. Defechereux T., Degauque C., Fumal I., et al. Hypnosedation: a new anesthesia technique for cervical endocrine surgery. A prospective randomized study. *Annales de Chirurgie*. 2000;125(6):539–546.
20. Butler B. The use of hypnosis in the care of the cancer patient. *Cancer*. 1954;7(1):1–14.
21. Facco E, Hypnosis and anesthesia: back to the future. *Minerva Anest* 2016.
22. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2012;125(6):576–584.
23. Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovbjerg DH. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesth Analg*. 2002;94(6):1639–1645.
24. Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG, et al. Beneficial effects of hypnosis and adverse effects of empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice. *J Vasc Interv Radiol*. 2008;19(6):897–905.
25. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*. 1983;45:333–339.

26. Butler LD, Koopman C, Neri E, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. *Health Psychol.* 2009;28(5):579–587.
27. Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain.* 2006;126:155–164.
28. Montgomery GH, Weltz CR, Seltz G, Bovbjerg DH. Brief pre-surgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *Int J Clin Exp Hypn.* 2002;50(1):17–32.
29. Schnur JB, Bovbjerg DH, David D, et al. Hypnosis decreases presurgical distress in excisional breast biopsy patients. *Anesth Analg.* 2008;106(2):440–4.
30. Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(17):1304–1312.
31. Block KI. Cost savings with clinical solutions: the impact of reforming health and health care economics with integrative therapies. *Integr Cancer Ther.* 2010;9(2):129–135.
32. Elkins G, Marcus J, Stearns V, et al. Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2008;26(31):5022–5026.
33. Elkins G, White J, Patel P, Marcus J, Perfect MM, Montgomery GH. Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer

screening: Case studies and possible benefits. *Int J Clin Exp Hypn.* 2006;54(4):416–431.

34. Lioffi C, White P, Hatira P. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of paediatric cancer patients. *Pain.* 2009;142(3):255–263.

(35) Hawkins PJ, Lioffi C, Ewart BW, Hatira P, Kosmidis VH. Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in paediatric oncology patients. *Contemp Hypn.* 1998;15(4):199–207.

(36) Lioffi C, Hatira P. Clinical hypnosis in the alleviation of procedure-related pain in pediatric oncology patients. *Int J Clin Exp Hypn.* 2003;51(1):4–28.

(37) Lioffi C, White P, Hatira P. Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychol.* 2006;25(3):307–315.

(38) Snow A, Dorfman D, Warbet R, et al. A randomized trial of hypnosis for relief of pain and anxiety in adult cancer patients undergoing bone marrow procedures. *J Psychosoc Oncol.* 2012;30(3):281–293.

(39) Lioffi C, Hatira P. Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. *Int J Clin Exp Hypn.* 1999;47(2):104–116.

(40) Wall VJ, Womack W. Hypnotic versus active cognitive strategies for alleviation of procedural distress in pediatric oncology patients. *Am J Clin Hypn.* 1989;31(3):181–191.

41. Zeltzer L, LeBaron S. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *J Pediatr*. 1982;101:1032–1035.
42. Liozzi C, White P, Hatira P. Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychol*. 2006;25(3):307–315.
43. Redd WH, Andresen GV, Minagawa RY. Hypnotic control of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1982;50:14–19.
44. Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care*. 2007;16(5):402–412.
45. Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side-effects. *J Natl Cancer Inst*. 2001;93(11):810–823.
46. Montgomery GH, Kangas M, David D, et al. Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of CBT plus hypnosis. *Health Psychol*. 2009;28(3):317–322.
47. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:214–220.
48. Schnur JB, David D, Kangas M, Green S, Bovbjerg DH, Montgomery GH. A randomized trial of a cognitive- behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *J Clin Psychol*. 2009;65(4):443–455.

49. Stalpers LJ, da Costa HC, Merbis MA, Fortuin AA, Muller MJ, van Dam FS. Hypnotherapy in radiotherapy patients: a randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;61(2):499–506.
50. National Cancer Institute NCI Dictionary of Cancer Terms. Survivorship. 2012
51. American Cancer Society . Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2012-2013. American Cancer Society; Atlanta: 2012.
52. Spiegel D, Bloom HC, Kraemer JR, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet.* 1989 Oct 14;:888–901.
53. Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer.* 2007;110(5):1130–1138.