

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE
C.I.I.C.S

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

TESI

IPNOSI E QUALITA' DELLA VITA
NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

UNA RISORSA NEL DOLOROSO PERCORSO DELLA MALATTIA DALLA
DIAGNOSI ALLE CURE PALLIATIVE

Relatore
Ch.mo Prof. Enrico Facco

Candidato
Elena Pasquin

Anno 2014

INDICE

INTRODUZIONE	5
Cap.1 IL CANCRO: ASPETTI PSICOSOCIALI E PAURA DELLA MORTE	7
Cap. 2 LE CURE PALLIATIVE: IL PRENDERSI CURA ALLA FINE DELLA VITA	13
Cap. 3 IL VISSUTO PSICOLOGICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	19
Cap. 4 IL DOLORE: LA MULTIDIMENSIONALITA' DI UN SINTOMO COMPLESSO	29
Cap.5 L'IPNOSI: DEFINIZIONE E AMBITI DI INTERVENTO	33
Cap.6 LA RICERCA	39
Cap. 7 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	47
ALLEGATI	51
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	53

INTRODUZIONE

Condurre una riflessione e un'indagine sulle questioni della morte e il morire a livello psicologico, culturale e simbolico e realizzare una ricerca per dimostrare come l'ipnosi sia una possibilità utile a migliorare la qualità di vita anche quando la malattia oncologica travalica il limite dalla curabilità, sono i propositi che hanno guidato la stesura di questo lavoro.

Partendo dall'analisi del sentimento di angoscia esperito dall'uomo nel momento in cui egli si confronta con le tematiche di fine della vita, sentimento che sfocia dall'inaccettabilità della morte come evento in sé, prende avvio una riflessione su quella che, più di ogni altra malattia, rende visibile le forme e i modi della morte: il cancro.

Il presente elaborato si configura, quindi, come un percorso sulle problematiche in particolar modo legate alla malattia neoplastica, che attraversa alcune dimensioni fondamentali, esposte nei diversi capitoli, tra loro correlate per una maggiore chiarezza e completezza conoscitiva.

Il cancro è, nell'immaginario collettivo, la patologia che, più di ogni altra, racchiude la paura e l'angoscia umana verso la finitudine, in quanto legata all'erronea considerazione di inevitabilità della morte. Per chiarire questa problematica si è resa, quindi, necessaria un'analisi approfondita sul significato che la malattia neoplastica ha per la società moderna. Per una sorta di nemesi, quanto più nella nostra cultura la morte e il morire sono occultati, nascosti, esiliati, tanto più nel cancro la morte si esibisce, si mostra, si spoglia. Una morte che, non è solo biologica, ma che spesso è preceduta da morti parziali, da perdite e separazioni fisiche, sociali, emotive e relazionali (Morelli, 1999). Il cancro, a prescindere dalla sua curabilità, evoca profonde angosce che non hanno uguali rispetto a nessuna altra malattia.

L'OMS ha stabilito che “la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non è solo l'assenza di malattie e infermità. Il raggiungimento dello stato di salute ottimale è un diritto umano fondamentale”, ne consegue che impegnato quotidianamente nel controllo e gestione del dolore e dell'angoscia che questa malattia evoca debba inequivocabilmente, impegnarsi nel prendersi cura e non semplicemente curare (concetto mutuato dalla cultura anglosassone con i termini to care/to cure).

È a questo livello che si pone il paziente oncologico il quale necessita di un'assistenza intesa come cura globale finalizzata al benessere psico fisico. Momento in cui si deve favorire lo sviluppo di un modello organizzativo, mirato a garantire un'assistenza continuativa, fortemente legata con quella di altri specialisti (cosiddette “Simultaneous Care”), che attenui il senso di abbandono del paziente e dei familiari, favorisca una buona integrazione tra oncologia e cure palliative, permettendo di limitare i ricoveri impropri nella struttura ospedaliera, migliorando l'appropriatezza prognostica al paziente. Fase in cui è prioritario garantire un'assenza totale del dolore, o meglio una percezione soggettiva che limiti la sofferenza del malato. È inoltre importante saper valutare quanto l'intensità del sintomo psico-fisico sia in grado di permettere alla persona di esplicitare quel bisogno, così come indispensabile la capacità dell'operatore di saperlo recepire.

In questo contesto si inserisce l'esperienza dell'**ipnosi**, vista come metodo ponte tra l'approccio psicologico e quello farmacologico, tra loro integrati e finalizzati al benessere soggettivo dei pazienti.

Capitolo 1

IL CANCRO: ASPETTI PSICOSOCIALI E PAURA DELLA MORTE

Nonostante i numerosi e significativi progressi scientifici in ambito oncologico, che hanno sicuramente determinato un netto miglioramento degli approcci terapeutici e un aumento della sopravvivenza dei pazienti, il cancro resta a tutt'oggi una delle malattie a più ampia diffusione ed una delle principali cause di morte in ogni parte del mondo.

Nel momento in cui ci chiediamo se esiste uno spazio, un luogo, un linguaggio per rappresentare e dire la morte e il morire, non possiamo evitare di far cenno alla malattia oncologica che, per le sue caratteristiche, appare un osservatorio privilegiato per poter cogliere l'irruzione della morte nella nostra vita e che più di ogni altra malattia ne rende visibile le forme e i modi. Per una sorta di nemesi, quanto più nella nostra cultura la morte e il morire sono occultati, nascosti, esiliati tanto più nel cancro la morte si esibisce, si mostra, si spoglia. Una morte che non è solo biologica ma che spesso è preceduta da morti parziali, da perdite e separazioni fisiche, sociali, emotive e

relazionali (Morelli, 1999). Il cancro, a prescindere dalla sua curabilità, evoca profonde angosce che non hanno uguali rispetto a nessuna altra malattia.

Il cancro appare scandaloso in quanto, a prescindere dalla reale gravità, sabota illusioni e fantasie di onnipotenza costringendoci a pensare e a rivedere il nostro rapporto con l'idea della finitudine: “non si può più negarla, si è costretti a considerarne d'improvviso l'eventualità” (Costantini et al., 1999).

Il cancro è definito come una patologia multisistemica (Ruggiero, 2004), in quanto coinvolge simultaneamente più livelli interdipendenti: il corporeo, il mentale, l'emozionale, il familiare, il sociale e il culturale. Le scelte epistemologiche e la posizione che occupa l'osservatore, all'interno di un dato sistema, determineranno quali, tra queste sfere, verranno messe maggiormente in risalto. La patologia rappresenta, sempre, il risultato di tali scelte e descrizioni: essa si costruisce dinamicamente a partire dai pregiudizi, dai sentimenti e dai significati prodotti all'interno di un determinato sistema di relazioni.

Le malattie come il cancro, dunque, non si verificano solo nel corpo ma, anche, nella vita, nel tempo, in un contesto, nella famiglia, nel mondo sociale e nella storia (Byron, 1999).

Nell'immaginario individuale e collettivo il cancro continua, di fatto, ad associarsi a significati di sofferenza fisica e psichica, di morte ineluttabile, di stigma e diversità (l'essere estraneo e straniero), di colpa e vergogna.

Il significato attribuito al cancro, così come per ogni malattia, non deriva da verità scientifiche neutrali, ma da più ampie ideologie e metafore culturali (Sontag, 1978/1979). Se utilizziamo la terminologia antropologica per distinguere tra l'affezione

(*disease*), ossia il disturbo biologico, e la malattia (*illness*), ossia l'esperienza della persona ammalata, la malattia può risultare altrettanto problematica dell'affezione stessa.

È quanto Susan Sontag (1978/1979) definisce “bardature metaforiche” che, per il cancro, da sempre risvegliano l'idea di un processo insidioso, misterioso e distruttore, divorante e contagioso, tale da lasciare un'impronta permanente nelle emozioni, nei pensieri e nei comportamenti dell'individuo colpito, così come nella qualità delle sue relazioni familiari e sociali.

È importante, quindi, occuparsi dell'immaginario collettivo sul cancro proprio per l'impatto profondo che ha sulle persone che fanno esperienza di questa malattia, nonché sulle reazioni individuali e sociali ad essa collegate. In effetti, così come molti sforzi sono stati diretti alla ricerca di cure per il cancro in quanto affezione biologica, negli ultimi anni altrettanta energia è stata impiegata nel tentativo di “curare” il cancro come malattia (Gordon, 2002): il cancro, in effetti, viene spesso descritto come “qualcosa di più di una malattia” e assume una speciale connotazione metaforica e simbolica nell'universo dei significati. Le attribuzioni negative che accompagnano le neoplasie si traducono spesso in metafore, la cui influenza aggrava, ulteriormente, la stigmatizzazione di tali patologie.

Esemplare è la denuncia che Sontag (1978/1979) sviluppa nei confronti dell'inevitabile connotazione moralistica con cui una determinata cultura si rappresenta certe affezioni. Nel testo “Malattia come metafora” l'autrice mette in luce la funzione etico-ideologica legata alle metafore sulla malattia. Da un punto di vista etico si oppone ad ogni tentativo di metaforizzazione della patologia, poiché tale operazione non sarebbe che una variante laica della malattia come castigo individuale o collettivo da parte della

divinità. “Non c’è niente di più punitivo che attribuire ad una malattia un significato, poiché tale significato è invariabilmente moralistico” (p.48).

La malattia è il “lato notturno della vita”: il margine è l'immaginario che la società costruisce intorno alla malattia e alle ombre di un ravvicinato non-essere. Sul cancro si rivela un'esuberante produzione di metafore cariche di tenaci pregiudizi e di fantasmi di antiche paure. E' il linguaggio metaforico che si incarica di veicolare, in forme sempre mutevoli, la nozione invariata di malattia come destino mortale, che investe i comportamenti e la psicologia dei singoli e dei gruppi.

È stata la scoperta della stigmatizzazione che subivano le persone malate di cancro a portarmi a scrivere *La malattia come metafora*. [...] Ciò che mi faceva infuriare ... era vedere quanta ulteriore sofferenza dovevano patire i malati a causa della reputazione di questa patologia. [...] Volevo poter alleviare quella parte di sofferenza non necessaria ... ,sedare l'immaginario, non stimolarlo ... dal momento che potevo osservare come i correlati metaforici della malattia avessero delle conseguenze sul piano reale: spingevano infatti le persone a non cercare un trattamento in tempi brevi o a non fare degli sforzi maggiori per ottenere un trattamento adeguato. Le metafore e i miti, ne ero convinta, uccidono. Speravo di persuadere le persone spaventate a vedere il cancro solo come una malattia, molto grave certo, ma solo come una malattia. Non una maledizione, una punizione, non una cosa di cui vergognarsi, senza dei significati particolari e non necessariamente una sentenza di morte (una delle mistificazioni è rappresentata dall'equivalenza tra cancro e morte) (Sontag, 1978/1979, p.3).

Le malattie neoplastiche si traducono, quindi, a livello rappresentativo, nella figura di un “nemico” (Fornari, 1985) che riesce a modificare e ad incidere sugli affetti, attraverso impronte inalterabili che permeano le emozioni, i pensieri ed i comportamenti della persone, siano esse affette o sane, sia nella dimensione individuale che relazionale.

Le malattie sono, quindi, costruite anche a “livello sociale” o “modellate” dalle condizioni sociali (Rosenberg, 1989; Lerner, 2000). In modo simile, le fantasie popolari relative ai tumori influenzano le persone che fanno esperienza della patologia e viceversa. I pazienti, spesso, rilevano un grande divario tra le potenti rappresentazioni del cancro con cui sono cresciuti e l’esperienza personale nel momento in cui spostano il loro vissuto dal “cancro come altro” al “cancro vissuto in prima persona” (Gordon, 1989).

Il senso di anomia attivato dal cancro, come evento che interviene bruscamente ed improvvisamente, alterando l’equilibrio individuale e interpersonale, paralizzando le capacità di regolazione e di riassetto ed evocando un clima (o un sentimento transpersonale) di incertezza e indeterminatezza, giustifica, quindi, queste importanti reazioni culturali (Maher, 1982).

La cultura, non essendo omogenea, è permeata di immaginari collettivi, sia all’interno della società stessa che, sicuramente, in società diverse. Così, vi sono immaginari collettivi del cancro o degli immaginari del cancro in diverse collettività. E questa pluralità persiste per la variabilità presente non solo all’interno della popolazione comune ma, anche, di quella professionale (Balsham, 1993).

La storia della medicina e dell'oncologia, infatti, dimostra, allo stesso tempo, come il cancro sia stato parallelamente oggetto di investimenti sanitari, culturali, etici ed economici, che hanno permesso una comprensione sempre maggiore sia dei processi eziopatogenetici, sia dei modelli preventivi che dei modelli terapeutici.

È su queste basi che si è sviluppata un'attenzione specifica verso le variabili psicosociali connesse alla prevenzione e alla cura dei tumori, in associazione alla necessità di una comprensione allargata e globale delle malattie neoplastiche, come epifenomeno di processi somato-psichici e interpersonali e che ha determinato lo sviluppo della disciplina psiconcologia (Grassi & Morasso, 1999).

Capitolo 2

LE CURE PALLIATIVE: IL PRENDERSI CURA ALLA FINE DELLA VITA

Il cancro è una delle principali cause di morte in tutto il mondo e il numero totale di casi a livello mondiale è in aumento. L'OMS stima infatti che nel prossimo futuro vi sarà un incremento dei malati di cancro: nel 2030 si conteranno il 45% in più di nuovi decessi (da 7,9 milioni del 2007 a 11,5 milioni del 2030), così come aumenteranno i nuovi casi che, nello stesso periodo, passeranno da 11,3 milioni a 15,5 milioni.

Lo scenario epidemiologico che si delinea è caratterizzato, dunque, da un'ampia presenza di persone affette da patologie inguaribili, a lungo come a breve decorso, con diversi livelli di gravità.

Nel 2010 nel nostro Paese il numero di persone affette da cancro potranno superare il milione e 900mila unità, di cui il 56% costituito da donne. E' la stima contenuta nella *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2007-2008*, presentato dal Ministero della Salute, che evidenzia come, ad oggi, circa il 2,8% della popolazione italiana, circa 1,8 milioni di persone, abbia avuto nel corso della propria vita una diagnosi di cancro. Nel 2006 si sono registrati oltre 168mila decessi che costituiscono il 30% del totale e

rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese, in particolare la prima fra gli adulti e la seconda fra gli anziani.

Nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita, grazie soprattutto della migliore sopravvivenza dei malati. Alla fine degli anni '70 la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro era del 33% ed è salita al 47% nei primi anni '90. Complessivamente l'incidenza dei tumori nella popolazione italiana è ancora in aumento, soprattutto, ma non esclusivamente, per la proporzione crescente di anziani, i quali presentano un maggior rischio di sviluppare patologie neoplastiche. In particolare, la mortalità per tumore del colon-retto ha registrato, a partire dai primi anni '90, una costante riduzione in entrambi i sessi, al contrario, l'incidenza dei tumori colon-rettali presenta una marcata tendenza all'aumento, specialmente fra gli uomini. Nel 2010 si attendono circa 300 mila pazienti con pregressa diagnosi di tumore colon-rettale. Una maggiore tempestività nella diagnosi e i miglioramenti terapeutici hanno determinato un aumento della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi che è passata dal 42% dei primi anni '80 al 58% della fine degli anni '90.

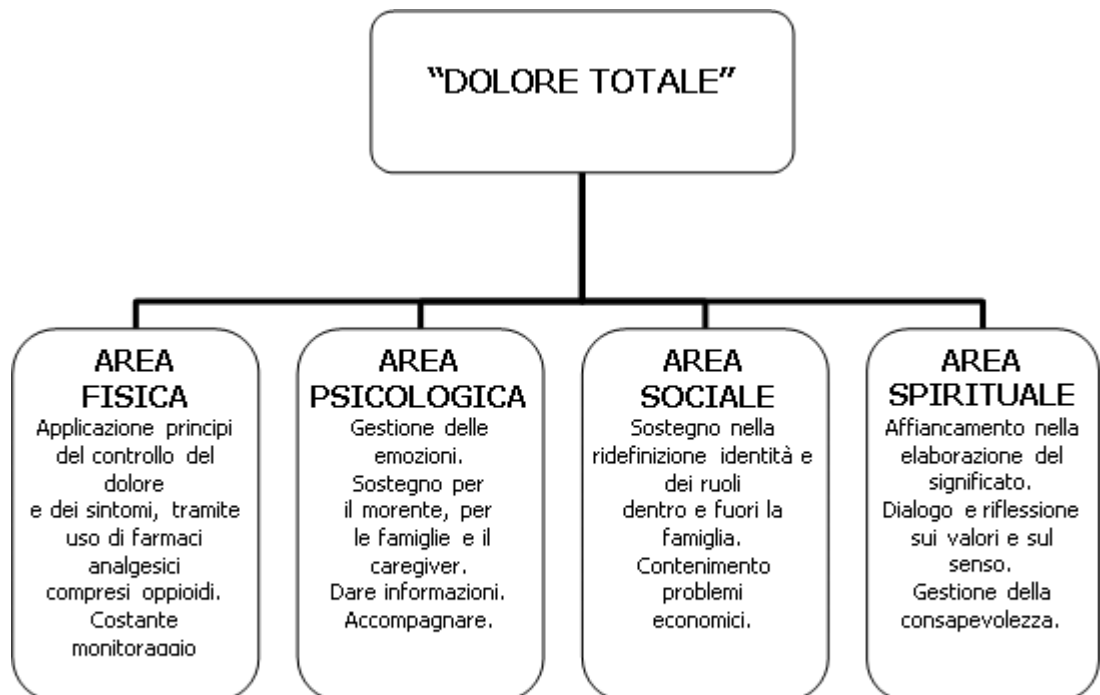
La patologia oncologica rappresenta, dunque, la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e nel 70-80% dei casi provoca sintomi fisici insopportabili e di difficile controllo, soprattutto quando è stata superata la fase di guaribilità.

La condizione di **terminalità**, definita dal Ministero della Salute come *“quella condizione non più reversibile con le cure che, nell'arco di poche settimane o qualche mese, evolve nella morte del paziente ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici, come il dolore e psichici, che coinvolgono anche il nucleo familiare e le relazioni sociali”*, rispecchia, quindi, una condizione fisica e psicologica, che si realizza quando la malattia degenerativa, in evoluzione

rapida, induce una prognosi infausta di morte in breve tempo, come diretta conseguenza della malattia (Di Mola, 1994). Si tratta di un costrutto tutt'ora oggetto di discussione, che si configura come un'attribuzione arbitraria di valore alla "prossimità di morte". Oggi potremmo affermare che la fase di terminalità inizi quando la medicina ufficiale si dichiara certa della durata di vita inferiore ad un anno e sospende la terapia attiva, concentrandosi sul tentativo di alleviare i sintomi e fornire sostegno al paziente e alla sua famiglia (Pezzotta, 2002).

Si parla in questa fase di "dolore totale" (Figura 1), facendo riferimento alla globale condizione di sofferenza che colpisce ogni dimensione della qualità di vita: fisica, psichica, sociale e spirituale.

Figura 1: Il "dolore totale" definito da Dame Cicely Saunders (1978)



Il contributo della psicologia nell'ambito delle cure palliative consiste nell'intendere il "dolore totale" come un'esperienza complessa di sofferenza in cui sono coinvolte le diverse dimensioni della qualità di vita della persona (Morasso & Di Leo, 2002). La fase terminale di malattia nella sua globalità è notevolmente influenzata da dinamiche ed esperienze psicologiche diverse per ciascun individuo. La sofferenza è, quindi, profonda e variegata, in quanto deriva dalla minaccia all'integrità della persona nella sua unicità biologica, psicologica e sociale. L'obiettivo prioritario è di assistere e accompagnare il malato verso la morte più serena e dignitosa possibile, sostenendo la famiglia nel compito di cura e di prossimità.

DA "TERAPIE ATTIVE" A "CURE PALLIATIVE": LA PROSPETTIVA DEL "TO CARE" NELLA TERMINALITÀ

Lo stato di inguaribilità definisce una condizione clinica derivata dalla progressione di una patologia cronico-degenerativa per la quale ogni terapia farmacologica, chirurgica, radioterapica o ogni altro intervento non sono più in grado di modificare lo stato e l'evoluzione della patologia stessa, che condurrà verso una morte prevista.

La fase terminale di malattia è caratterizzata dal passaggio dalla terapia definita "attiva" a quella "palliativa". Ciò non comporta, nell'ambito della filosofia e dei principi che sottendono alle cure palliative, che non vi sia più nulla da fare.

Con il termine "cura attiva" intendiamo l'agire contro la patologia e i suoi effetti per la salute, per allungare la vita, mentre il concetto di "terapia palliativa" fa riferimento ad un approccio medico che, data per scontata la perdita dei due obiettivi quali salute e

durata della vita, concentra ogni sforzo sul benessere psico-fisico del paziente (Di Mola & Grappiolo, 1993).

Il passaggio da “cure attive” a “cure palliative” comporta una serie di valutazioni tecniche legate agli strumenti terapeutici che l’operatore ha a disposizione, e nel contempo non può prescindere da una serie di passi di grande portata etica spesso sottovalutati e trascurati. Dunque, la scelta terapeutica orientata al “bene” del paziente, non può prescindere da un ragionamento clinico ed etico multidisciplinare, che ponga le ragioni del malato al centro dell’orizzonte decisionale, calcolando il bilancio tra ciò che la terapia può aggiungere come prolungamento della vita e ciò che rischia di sottrarre in qualità. Il parametro di valutazione non dovrà essere astratto, ma connesso alla biografia personale dell’individuo con l’intreccio di relazioni umane, progetti, stanchezze, paure, aspettative, speranze e certezze (Zaninetta & Saita, 2003).

La disciplina medica ha, dunque, l’esigenza di rifondare il proprio obiettivo: non si tratta più di intendere la cura nel senso solo del “*to cure*” in cui l’obiettivo ultimo è la guarigione ed il prolungamento della vita, ma soprattutto nel senso del “*to care*” ossia il farsi carico del paziente secondo un approccio olistico: un “prendersi cura” che non ha fine, neanche quando la cura della malattia appare una partita persa.

Il cambiamento è caratterizzato dal passaggio da una medicina come “arte del sanare” ad una medicina come “arte del curare”, anche là dove il sanare è impossibile, il cui obiettivo ultimo è il miglioramento della qualità di vita del paziente.

Si apre, quindi, il grande capitolo della medicina palliativa che, intesa nel suo significato più profondo, coniuga i valori della *professio* (il rigore scientifico nella cura dei sintomi), dell’*humanitas* (l’attenzione alla dignità della persona, nel suo momento

“liminare”, come dignità del morire) e della *compassio* (la capacità di partecipare alla sofferenza dell’altro).

Capitolo 3

IL VISSUTO PSICOLOGICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

La realtà della malattia oncologica si presenta complessa e multidimensionale; i diversi aspetti, sia organici che psicologici, sono strettamente intrecciati tra loro e vengono vissuti con molta intensità dal malato, dai familiari, dal personale sanitario e dai volontari. In genere, gli aspetti organici sono posti in primo piano “mentre, la dimensione psicologica, viene lasciata in secondo piano e vissuta principalmente come “effetto collaterale della malattia” (Gamba & Nobili, 1988, p. 201). Questa strategia di intervento rischia di occultare situazioni che possono avere una rilevanza cruciale nella comprensione delle dinamiche che accompagnano la patologia.

La malattia, nella sua inscindibile globalità, è influenzata in modo significativo da dinamiche ed esperienze psicologiche spesso sottovalutate o non sufficientemente note. La mancata considerazione degli aspetti psichici ed emozionali rischia di amplificare i sentimenti di disagio, solitudine e dolore non solo del paziente e del suo contesto familiare, ma anche dell'équipe che si occupa dell'assistenza medico- infermieristica al malato oncologico stesso.

Da un punto di vista psicologico, l'esperienza della malattia neoplastica può essere descritta come un cammino di “lutto della vita”, di graduale presa di coscienza, di

adattamento alla situazione, di accettazione della realtà incombente, che dipende da molteplici fattori: età, caratteristiche di personalità, caratteristiche della malattia, significato più o meno consapevole che le si attribuisce, nonché relazioni di cui il malato può disporre (Sandrin, 1994).

È necessario, quindi, confrontarsi con il concetto di *vissuto*, per cercare di comprendere i significati che tale termine assume rispetto alla *malattia*, un momento estremamente critico in cui, per il paziente, si fa ancora più difficoltoso conservare, ed essere riconosciuto, in un ruolo attivo.

La ragione risiede, principalmente, in due ordini di motivazioni: l'una relativa al piano *intrasoggettivo* del malato, l'altra a quello *intersoggettivo* del rapporto tra il malato ed i suoi curanti (Capovilla, 2004).

Per vissuto si può intendere una “memoria soggettiva, emotivamente significativa di ogni umana esperienza” (Cesari, 1994, p.49). Ciascuno di noi vive soggettivamente i fatti e le situazioni, leggendole attraverso le proprie esperienze analoghe, di cui il ricordo sarà tanto più significativo e nitido quanto maggiore e coinvolgente sarà stata l'emozione provata. In tal senso, un'esperienza assolutamente nuova come la morte non potrà non generare ansia in quanto non può fare riferimento a specifici vissuti che ne forniscano un'interpretazione dandovi senso e significato (Testoni, 1997, 2007).

I bisogni del paziente sono molteplici e, in accordo con uno studio italiano condotto su un elevato numero di pazienti (Morasso, 1998), il vissuto psicologico può collegarsi a due categorie fondamentali: bisogni *fisiologici-assistenziali* e bisogni *cognitivi-emotivi-relazionali*.

Tra i primi possono essere compresi il bisogno di:

- controllare i sintomi;
- controllare la qualità dell'alimentazione e del sonno;
- trattare le emergenze;
- assistenza per le cure personali;
- sostegno economico;

Tra i secondi rientrano il bisogno di:

- rassicurazione;
- vicinanza emotiva;
- informazioni;
- comunicazione con i familiari e le persone care sulla malattia;
- occupare la giornata in modo soddisfacente;
- spiritualità.

La manifestazione di una malattia comporta sempre un mutamento degli equilibri precedenti ed una *situazione di crisi*. Il primo cambiamento riguarda lo status del paziente che da persona sana diventa un malato; egli è costretto ad adattarsi ad una condizione psicofisica nuova, che lo costringe a fronteggiare problemi *interni* ed *esterni*. Dei primi fanno parte le reazioni psicologiche alla nuova identità (persona malata); ai secondi, appartengono quelle modificazioni inevitabili a carico della dieta, delle abitudini di vita e del lavoro (Colombo, 1992). I due ordini di problemi si intersecano e si condizionano vicendevolmente, soprattutto se l'entità del cambiamento avvenuto è rilevante.

La persona che diventa paziente è costretta a rivedere profondamente il rapporto con il proprio corpo che ritorna ad essere osservato, scrutato e controllato come mai prima. Si fa riferimento, quindi, ad un concetto chiave qual è quello di crisi, come “...*momento di cambiamento, rottura dell'equilibrio precedente, nell'ambito del quale possiamo distinguere tre momenti: l'esplicitazione del problema, la mobilitazione della rete sociale prossima al paziente (familiari, curanti), lo sviluppo di un nuovo equilibrio attraverso l'individuazione di soluzioni adattive e l'accettazione del cambiamento*” (Morasso, Di Leo, 2002, p. 4). L’impatto della malattia tumorale sulla persona che n’è colpita e, quindi, sulla sua qualità di vita è, a tal proposito, un esempio paradigmatico: sempre di più vengono a pesare fattori di ordine esterno e il rapporto con un corpo nuovo che non funziona, modifica totalmente i vissuti ad esso associati (Colombo, 1992).

Il cancro ha tuttora, oltre che una sua realtà clinica, con i pur notevoli progressi terapeutici, una sua “mitologia” carica di metafore di un vero e proprio viaggio tra le strade tortuose della malattia. La stessa diagnosi porta con sé, in grande percentuale, una reazione da shock traumatico, che innesca un processo di crisi esistenziale, con la percezione di una transizione brusca verso una malattia minacciosa per la vita, potenzialmente carica di prolungate sofferenze, nonché caratterizzata da possibili trasformazioni di ruolo e di identità oltre ai cambiamenti corporei. Questa percezione di “frattura”, nel senso di continuità dell’esperienza di sé, è radicata su una delle emozioni umane più basilari: la paura. Si tratta di paure molteplici e capaci di provocare anche intense reazioni difensive. I malati si difendono, infatti, dalla paura dell’ignoto, di quello che può esserci oltre, dalla paura della solitudine, dell’isolamento e dell’abbandono, dalla paura di perdere il proprio corpo, la propria integrità, autonomia

ed identità, dalla paura di perdere l'autocontrollo, di essere in balia degli altri, dalla paura del dolore e della sofferenza, delle cure e dei loro effetti collaterali, dalla paura di non riuscire a dare un senso completo alla propria vita, di essere sommersi dall'angoscia finale (Buckman, 1992; Sandrin, 1994).

Secondo gli studi di Elizabeth Kübler Ross (1987) per difendersi da queste verrebbero utilizzati dei naturali meccanismi di difesa, che vengono identificati dalla stessa autrice nei seguenti stadi:

- Stato di shock
- Reazione di rabbia
- Stato del mercanteggiamento
- Fase della depressione

per arrivare, poi, alla possibilità da parte del malato di accettare la propria morte.

Si possono mobilitare così, insieme alla consapevolezza della propria vulnerabilità ed a una richiesta di aiuto, modalità auto-protettive verso una realtà troppo dolorosa con cui si dilaziona il confronto diretto e che arrivano fino all'evitamento e alla negazione della condizione reale come meccanismo di difesa psicologico (Rosselli, 2004).

Ovviamente gli effetti secondari della terapia giocano la loro parte nel consolidare la percezione di essere un paziente oncologico. In questa fase si può riscontrare una gamma estesa di emozioni e vissuti: dalla riduzione dell'autostima, sentendosi colpito, danneggiato nella propria integrità (ad es. anche nelle modificazioni dell'immagine corporea tra cui la perdita di capelli a causa della chemioterapia) all'angoscia, alla tristezza e alla depressione, dalla demoralizzazione alla colpa fino alla rabbia, dal senso di isolamento alla perdita di piacere e gratificazione (tra cui l'impatto sulla sfera

sessuale spesso indirettamente compromessa anche nell'area del desiderio). Allo stesso tempo sono rilevabili numerose strategie difensive inconsce che permettono di "contenere" e arginare emozioni altrimenti sopraffacenti: è così possibile incontrare pazienti che riferiscono in una certa fase di sentirsi in gran forma, come non mai (difese maniacali), oppure esprimono una particolare dipendenza regredendo e infantilizzandosi. Altri diventano aggressivi verso gli altri, attribuendo loro colpe e aspetti negativi (proiezione), altri ancora reagiscono alla minaccia di dipendenza con atteggiamenti di puntigliosa conoscenza "scientifica" della malattia, come riprendendo un controllo (razionalizzazione) (Marasso, 1998). Vissuti emotivi, atteggiamenti, strategie difensive non sono generalizzabili, ma sono patrimonio originale e unico di ogni singolo paziente, in base alle diverse caratteristiche di personalità, alla propria storia e alle precedenti esperienze di malattia, alla gravità e intensità di sintomi, alle risorse personali e dell'ambiente familiare e sociale. Quest'ultimo è sostegno e valore relazionale, così come il contesto terapeutico e la relazione col personale curante.

Precedenti problematiche psicologiche e psicopatologie potranno, inoltre, divenire malattia nella malattia in una comorbidità reciprocamente aggravantesi (Grassi & Ramelli, 2002). Conterà inoltre l'insieme dei valori espressi da una persona, tra cui non ultimi quelli religiosi o spirituali in senso lato.

Importanti saranno infine l'età e la fase della vita. La malattia tumorale nell'infanzia presenta interferenze sul percorso evolutivo e i vissuti ne saranno da quest'ultimo condizionati in un intreccio molto stretto con la famiglia e la sua esperienza emotiva (in particolare i genitori). Nel bambino l'unità mente-corpo, marcata a differenza dell'adulto, condiziona l'esperienza di sofferenza corporea come potenzialmente assai più minacciosa per l'identità. Del resto l'angoscia di morte e di separazione, il

sentimento di solitudine, di diversità, così come l'accentuazione della dipendenza, che possono attraversare la consapevolezza del bambino, sono inscindibili dall'esperienza emotiva dei genitori, che nella loro complessa sofferenza hanno profonde conseguenze sul bambino stesso e necessitano sovente di un approccio terapeutico congiunto (Massaglia & Bertolotti, 1998). Così nell'adolescente la malattia oncologica rappresenta una sfida particolare per l'ambivalenza che caratterizza questa età, sempre in bilico tra attaccamento e ricerca di indipendenza. L'adolescente potrà vivere significativi aspetti di ferita narcisistica e lutto nella limitazione e nei vissuti di perdita relativi ai cambiamenti di vita o immagine corporea legati alla malattia potenzialmente mortale. Come giustamente è stato detto il suo lutto sarà soprattutto per la perdita del futuro piuttosto che del passato (Oppenheim, 2007). Così nell'età adulta non è la stessa cosa ammalarsi di cancro a 25-30, a 40 o 50-60 anni, in cui è fondamentale, nell'esperienza della malattia oncologica, la percezione di sé stesso e degli sviluppi presenti e futuri nell'ambito delle relazioni e dei ruoli giocati nella vita, nei vari scenari dell'esistenza, in cui si inseriscono sospensioni, perdite, nuove direzioni legate alla malattia.

Infine nell'età senile il grado di sofferenza può essere significativamente intenso, talora maggiore rispetto ad età precedenti sia per la particolare vulnerabilità dell'anziano e la sua solitudine, sia per la consapevolezza della vicinanza della morte e dei limiti alla vita che potrebbero favorire scompensi psicopatologici (Petrini, Caretta & Bernabei, 2004).

Oltre all'età, nella valutazione multi-dimensionale psicologica del paziente non è da sottovalutare l'impatto differenziato della malattia oncologica dal punto di vista maschile o femminile soprattutto legato al rapporto col corpo e l'affettività, all'immagine di ruolo, al farsi carico della malattia con maggiore o minore facilità.

Anche la localizzazione del tumore ha implicazioni importanti per i vissuti di organo e i significati simbolici delle varie parti corporee. La cosiddetta fase di reazione sfuma nel proseguire della malattia oncologica in quelle fasi che, sul piano psicologico, vengono chiamate di elaborazione e riorientamento, in cui c'è spazio per entrare maggiormente nei significati, cercando di dare un senso a ciò che è successo (Costantini, Grassi & Biondi, 1999). Si delineano in maniera più spiccata gli atteggiamenti di fronte alla malattia in fase avanzata, laddove il contatto con il pericolo di vita include sempre più la riflessione sulla direzione, i propositi, le aspettative sul vivere “il tempo che rimane”, tra ciò che non è più e ciò che è comunque vivibile, in un presente che viene incontro alla persona anche quando il futuro si restringe.

In questo senso, risulta importante l'esperienza di diversi Paesi nei quali la componente emozionale e psicologica è stata introdotta nei piani oncologici come *sesto parametro vitale*, da monitorare regolarmente al pari della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della temperatura cutanea, della frequenza respiratoria e del dolore (Grassi, 2009). In questo modo, il diritto alla salute delle persone affette di cancro, soprattutto in fase avanzata di malattia, può essere perseguito, garantendo altresì un'assistenza di qualità.

Il vissuto del malato oncologico, dunque, non si identifica solamente con gli aspetti organici della malattia, ma risulta essere una combinazione unica e soggettiva di reazioni psicologiche e vissuti emozionali, a loro volta fortemente influenzati da variabili quali le credenze, le aspettative e le esperienze dell'individuo.

Secondo quanto affermato dal Comitato Nazionale per la Bioetica (2001), inoltre, “non esiste dolore senza un'integrazione psichica di questo fenomeno che ne condiziona l'intensità”; in particolare, nella fase terminale della vita il dolore si configura sempre

come un'esperienza complessa, che non coinvolge solo aspetti fisici, bensì anche aspetti psichici, sociali e spirituali: per tutti questi motivi si parla di “dolore totale”.

Capitolo 4

IL DOLORE: LA MULTIDIMENSIONALITÀ IN UN SINTOMO COMPLESSO

In termini fisiopatologici moderni il dolore corrisponde ad una “sensazione spiacevole e ad una esperienza emozionale ed affettiva associata a danno dei tessuti o descritto nei termini di tale danno”. Non si tratta, quindi, solo della semplice attivazione di un sistema nervoso complesso, ma corrisponde sempre ad uno stato psicologico sul quale giocano le loro influenze lo stato emozionale e precedenti esperienze spiacevoli. Più precisamente, dal concetto di dolore (o meglio di nocicezione) andrebbe distinto quello di sofferenza che comprende soprattutto la risposta emotiva ed affettiva ad una stimolazione dolorosa o anche ad altri eventi quali paura, minaccia e presentimenti. Il dolore è quindi, un’esperienza soggettiva, influenzata da fattori culturali, dal significato della situazione specifica e da altre variabili psicologiche.

I processi del dolore non cominciano con la semplice stimolazione dei recettori. Infatti ferite o malattie producono segnali neuronali che entrano in relazione con il sistema nervoso il quale comprende un substrato di passate esperienze, cultura, ansia e depressione. Questi processi mentali partecipano attivamente nella selezione, astrazione e sintesi delle informazioni che provengono dagli input sensoriali.

Il dolore, quindi, non è semplicemente il prodotto finale di un sistema di trasmissioni sensoriali lineare, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni con il sistema nervoso.

La risposta conseguente al dolore pertanto è determinata da fattori costituzionali, come la personalità, l'individualità, la fisiologia, e la genetica, oppure da fattori cognitivi, come la cultura, le opinioni, le aspettative, il pensiero e il significato. Oppure ancora, può essere determinata da fattori comportamentali-esistenziali, quali l'apprendimento strumentale, operante, istruttivo e sociale e, infine, da fattori affettivi, come i sentimenti e le emozioni (Facco, 2011).

E' importante riconoscere l'interazione che avviene tra le risposte fisiologiche e quelle psicologiche al dolore. Ad esempio, è noto che la paura di un intervento chirurgico incrementa la pressione sanguigna e prolunga il processo ulteriore di eliminazione del dolore, diminuendo la soglia del dolore. Secondo la Gate Control Theory, la distrazione può funzionare modulando il dolore dalle vie corticali discendenti e inibendolo su quelle periferiche (Melzack, 1996). Nei pazienti oncologici la stimolazione algica è più frequentemente dovuta alla crescita della massa neoplastica. E' particolarmente importante l'analisi degli aspetti psicologici implicati nell'esperienza dolorosa, soprattutto se intensa, cronica o maligna, perché la comprensione di questo sintomo richiede un approccio che si sviluppi su molteplici dimensioni. Infatti il dolore rappresenta un evento in cui stretta è la connessione tra aspetti biologici e aspetti mentali, i quali interagiscono nel determinare le risposte emotive, adattative e comportamentali del soggetto che prova dolore. Un'adeguata analisi della situazione di dolore non può quindi limitarsi ad una lettura biologica di quanto accade, ma deve confrontarsi con il dato psicologico. La rilevanza di fattori psicologici si riscontra sia in

termini causali (dove la funzione psicosensoriale, di percezione, di valutazione, incide nel determinare, almeno in parte, le caratteristiche del dolore esperito) sia in termini concomitanti poiché ad esso, più facilmente che ad altri sintomi, si possono associare vissuti di particolare disagio emotivo, reazioni psicologiche ed atteggiamenti di sofferenza.

Parlare di multidimensionalità significa anche riconoscere che nell'esperienza del soggetto che prova dolore, numerosi sono gli elementi che possono incidere, sia in senso specifico sulla sensazione dolorosa, che in senso generale sul vissuto di sofferenza dell'individuo e che a fatica l'esperienza del dolore può essere ricondotta esclusivamente ad un problema psicofisiologico.

Un lavoro sperimentale recente ha evidenziato che le dimensioni rilevanti del dolore percepito da pazienti con cancro sono: intensità, qualità emotiva e dimensione somatosensoriale e ricalcano da vicino quelle proposte a priori da Melzack e Casey: sensoriale-discriminativa, emozionale-affettiva e cognitivo-valutativa. In questo stesso studio si evidenziava come la componente intensità fosse la più importante per i pazienti con cancro, seguita da vicino dalla componente emotiva, e che i termini usati per definire un livello di intensità elevato assumevano anche un'elevata valenza nella dimensione emotiva.

E' osservazione comune che lesioni simili vengono associate molto spesso a sintomi di intensità da nulla a estremamente severa da pazienti diversi e che quindi le caratteristiche dello stimolo periferico possono essere secondarie a determinare la qualità e l'intensità della percezione.

Fattori psicologici e sociali si sono dimostrati importanti nel determinare e modificare le caratteristiche di molte forme di dolore cronico benigno e nella valutazione di stimoli dolorosi indotti sperimentalmente.

La misurazione del dolore percepito si effettua mediante scale di autovalutazione, tecniche di osservazione e misurazioni fisiologiche. L'utilizzazione di scale di autovalutazione per il dolore e la sofferenza, come la Visual Analog Scale (VAS), permette al paziente di riferire una valutazione del proprio vissuto percettivo, riportandolo all'interno di uno strumento statisticamente valido per la misurazione psicometrica. Ai pazienti viene chiesto di segnare il punto in cui si trova il loro dolore su una linea di 10 cm, tra due valori estremi di "nessun dolore" e "peggior dolore immaginabile". L'intensità del dolore, che è una sensazione estremamente soggettiva e dipendente non solo dalle soglie personali, ma anche dal trascorso emotivo e dalla personalità/identità del paziente, viene quantificata attraverso un indice ad essa correlato (oltre ai parametri fisiologici, al comportamento osservato ed alla dimensione del vissuto individuale).

Capitolo 5

L'IPNOSI: DEFINIZIONE E AMBITI DI INTERVENTO

DEFINIZIONE

L'**ipnosi** è un fenomeno che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica del soggetto. È una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni sia fisiche, sia psichiche e sia di comportamento. In particolare “oggi sappiamo che l'ipnosi non è altro che la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente (autoipnosi), sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione” (Casiglia et al., 2006).

Attualmente l'ipnosi non è più solo interpretata come uno stato rigido da ricercare (trance) per poi inserire suggestioni, ma come un modo di funzionare dinamico caratterizzato dall'abilità del soggetto a realizzare ideoplasie (monoideismi plastici) attraverso l'orientamento adeguato della propria rappresentazione mentale, per cui si sono ben definiti i criteri per l'elaborazione di tecniche efficaci.

È necessario che l'ipnotista abbia ben chiaro e ben definito l'obiettivo da raggiungere, ossia qual è l'idea che deve esprimersi plasticamente, qual è il comportamento da

realizzare e qual è la rappresentazione mentale che li definisce in maniera adeguata. L'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso.

Le fonti più remote, nelle diverse culture, che fanno pensare all'uso dell'ipnosi in ambito terapeutico illustrano tale impiego prevalentemente rivolto al controllo del dolore, quindi come metodica analgesica. Da quando l'ipnosi è maggiormente conosciuta come modalità particolare del funzionare umano, che può essere tecnicamente controllata da esperti professionisti, è utilizzata in ambito extraterapeutico nello spettacolo, nello sport e nella ricerca, e in ambito terapeutico nelle diverse specializzazioni della medicina, della psicologia clinica e dell'odontoiatria. Viene sempre più utilizzata con buoni risultati nel controllo delle emozioni, attraverso le varie forme di psicoterapia e ipnositerapia. È impiegata in ostetricia, in odontoiatria, in dermatologia e negli ultimi anni anche in oncologia come strumento del sostegno psicologico (quando è impiegata come tecnica di rilassamento) e nella eliminazione degli effetti collaterali alle diverse terapie quali la nausea, il vomito, l'eccessiva stanchezza e ovviamente nella gestione delle diverse emozioni negative. In questa situazione si colloca l'impiego della tecnica ipnotica adattata a pazienti oncologici nelle diverse fasi della malattia per controllare quei sintomi a volte non controllabili con i farmaci.

La letteratura scientifica attraverso diverse forme di teorizzazione - dalla Teoria del Gate control, alla Teoria della neuro matrice, dei Modelli dissociativi, dei Modelli socio-cognitivi e dei Modelli costruttivistici- ha dimostrato come l'ipnosi sia una risorsa per i pazienti che si trovino ad affrontare il difficile percorso della patologia oncologica. Interessati sviluppi sono stati realizzati dalla Teoria dei livelli multipli: essa afferma che l'ipnosi operi su livelli multipli; il dolore è infatti notoriamente un'esperienza

multidimensionale che coinvolge fattori sensoriali, dissociativi, motivazionali, cognitivi ed emozionali. L'ipnosi potrebbe agire riducendo i riflessi nocicettivi spinali nel midollo spinale, la sensazione di dolore, sfruttando i meccanismi cerebrali che prevengono o impediscono la consapevolezza del dolore quando lo stimolo nocicettivo ha raggiunto i centri più elevati e la qualità spiacevole del dolore al di là della mera riduzione della sensazione algica.

Nel campo della fenomenologia ipnotica la psicobiologia è la scienza che si interessa dei rapporti tra psiche e soma mettendo in evidenza vie e mezzi attraverso cui essi si realizzano.

Partendo dal dato di fatto che l'emisfero cerebrale sinistro è l'emisfero della logica ed il destro quello dell'emozione, l'esperienza nell'emisfero sinistro è registrata preminentemente come parola, nell'emisfero destro è conservata come emozione. Ciò viene descritto da R. Shone in un esperimento fatto su un soggetto che aveva subito la resezione dei peduncoli cerebrali del corpo calloso.

Il nostro psichismo dispone di una energia vitale complessiva da cui originano le cariche psicodinamiche che esplicano, secondo la loro natura, una azione favorevole o meno sull'organismo.

Le parole, le idee, le immagini, le emozioni, man mano che entrano a far parte del vissuto e quindi dell'esperienza della persona, provocano una eccitazione psichica ed acquisiscono una carica psicodinamica che ne ricalca il significato. Tale carica può essere utilizzata, secondo il principio dei riflessi condizionati, usando come stimolo suggestivo proprio la parola o l'immagine o l'emozione, che l'hanno realizzata. 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). È una legge dell'interazione

mente-corpo trasformare in azione le cariche contenute nelle idee. Se si sottopone all'attenzione di una persona in stato ipnotico una 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. 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.

Durante lo stato ipnotico si può influire sulle funzioni dell'organismo abolendole, inibendole, potenziandole o normalizzandole. Le vie di cui la mente si serve per influire sul somatico, sul viscerale o sull'umorale sono le stesse di cui si serve lo stress per provocare i suoi effetti. Dal punto di vista neurofisiologico, la mente comunica col corpo principalmente attraverso il sistema ipotalamo-limbico, centro di affluenza di stimoli provenienti dal talamo e quindi dalla corteccia, dal sistema limbico e dal sistema reticolare. L'ipotalamo poi funziona come un trasformatore di energia perché trasforma l'informazione neuronale (fornita di energia psichica) in informazione neurormonale che mediante messaggeri raggiunge la periferia. Il funzionamento del sistema nervoso autonomo porta in periferia l'informazione in maniera digitale (mentre quella di ormoni peptidi e mediatori è di tipo analogico). Attraverso queste vie si possono ottenere risultati terapeutici significativi (Granone, 2009).

Il valore e l'importanza terapeutica dell'ipnosi consistono, quindi, nelle vie di accesso che essa apre alla personalità profonda e a quella somatica e viscerale, per mezzo di collegamenti neurofisiologici e di correlazioni agenti a un livello biologico inconscio.

Essa risulta una risorsa nel percorso terapeutico di molte patologie organiche a impronta psicosomatica nonché per il trattamento del dolore cronico (Spiegel, 1985) e permette

rapide esplorazioni della personalità; inoltre, l'ipnosi trova interessanti applicazioni in ambito sportivo e nel potenziamento delle facoltà umane.

Capitolo 6

LA RICERCA

OBIETTIVI E METODI

Alla luce di queste considerazioni, questo studio preliminare si pone l'obiettivo di valutare le potenzialità dell'ipnosi come risorsa per il paziente oncologico.

La raccolta dei dati è avvenuta in 4 mesi, da Giugno a Settembre 2014, durante i quali sono stati reclutati 5 pazienti oncologici (4 femmine e 1 maschio; Fig.1) afferenti al servizio di psicologia dell'Associazione Oncologica San Bassiano-Onlus di Bassano del Grappa (VI). La media dell'età dei soggetti partecipanti alla ricerca è 44,8 anni (*range age 39-55*).

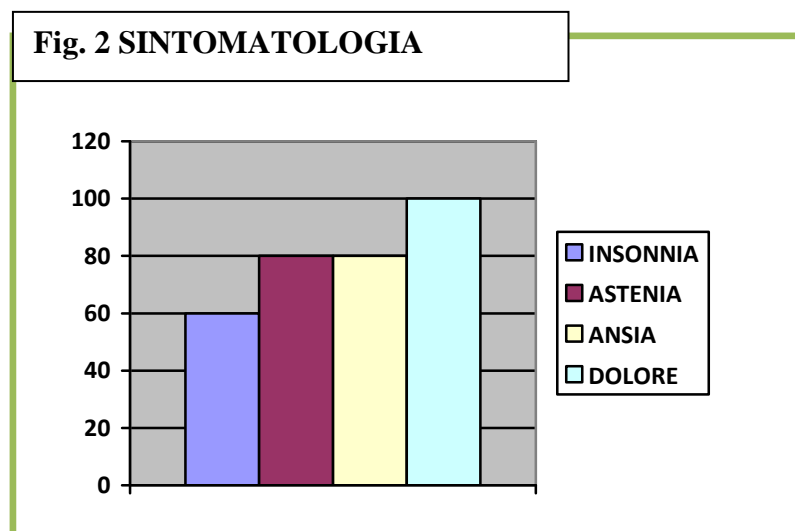
Fig.1 CAMPIONE				
NOME	SESSO	ETA'	PATOLOGIA	SINTOMATOLOGIA
L.G	F	39	K OVAIE	Sciatalgia sx con irradiazione a tutto l'arto inferiore. Ansia ed insonnia.
E.M.	F	41	K POLMONE META. OSEE	Sint. dolorosa diffusa con particolare interessamento del tronco e degli arti superiori. Quadro ansioso-depressivo.
M.S.	F	55	K SENO	Dolore discontinuo su lesione cutanea neoplastica estesa alla zona toracica anteriore. Ansia ed insonnia.
E.Z.	F	45	K COLON	Dolore neuropatico con compromissione stato emotivo.
F.M.	M	44	K INTESTINO TENUE	Neuropatie arti superiori ed inferiori con dolore addominale. Insonnia associata a stato ansioso-depressivo

A tutti i pazienti, è stato somministrato il “Questionario per la rilevazione dei sintomi nel paziente oncologico” elaborato *ad hoc* (Allegato 1) per valutare la presenza di sintomi generalmente presenti nei pazienti oncologici. Inoltre, ad ogni soggetto è stato chiesto di valutare il grado relativo alla propria sintomatologia dolorosa mediante l’uso della Numerical Rating Scale (NRS) all’inizio (T0) e alla fine dello studio (T1). La NRS si basa sull’utilizzo di una scala costituita da 11 gradi (0-10): si identifica lo 0 come totale assenza di dolore e 10 come il peggior dolore immaginabile dal paziente (Allegato 2). Sono stati esclusi dallo studio i pazienti che, durante l’osservazione, hanno apportato modificazioni della terapia antalgica.

Ogni sessione di trattamento aveva una durata totale di 60 minuti e avveniva a cadenza settimanale: ognuna comprendeva un colloquio iniziale per la somministrazione dei test, il trattamento ipnotico e una parte di elaborazione attraverso l’uso del colloquio clinico. Per facilitare la trance al paziente sono state utilizzate tecniche immaginative di rilassamento e strategie per entrare maggiormente in contatto con l’apparato sensoriale più sviluppato nel soggetto. In particolare con tutti i pazienti si è ricorsi al “luogo sicuro”, ampiamente utilizzato nella tecnica EMDR, che ben si presta al paziente oncologico spesso spaventato o in preda a alterazioni dell’umore relati alla patologia in atto. Con tutti i pazienti sono state introdotte metafore, specifiche per ognuno e personalizzati al sentire di ogni persona, ponendo particolare attenzione a non creare un rimando con lo stato di malattia. Alcuni schemi di trattamento ipnotico per alleviare il dolore, come ad esempio la dissociazione corporea, la suggestione ipnotica indiretta, lo spostamento ipnotico della sede del dolore, il ricalco e guida venivano adottati in funzione della risposta dei soggetti. In ogni seduta si è attentamente evitato di produrre abreazioni che avrebbero indotto reazioni di rifiuto nella tecnica adottata.

RISULTATI

Dalla somministrazione del “**Questionario per la rilevazione dei sintomi nel paziente oncologico**” si evidenzia che il 60% dei pazienti oncologici esaminati soffre di insonnia, l’80% di ansia e astenia, mentre l’intero campione dichiara che il dolore è una variabile costante all’interno della sintomatologia (Fig.2)



Tutti i pazienti hanno riportato alla scala **NRS** una riduzione del dolore al tempo T1 (Fig. 3). Nello specifico, la media a T0 è 8,8 invece a T1 è 5,2. Il valore medio del dolore a fine trattamento risulta significativamente più basso rispetto al valore iniziale ($p=0,0039$; $T= -6,00$ Fig. 4).

Fig. 3 SCALA NRS a T0 e a T1

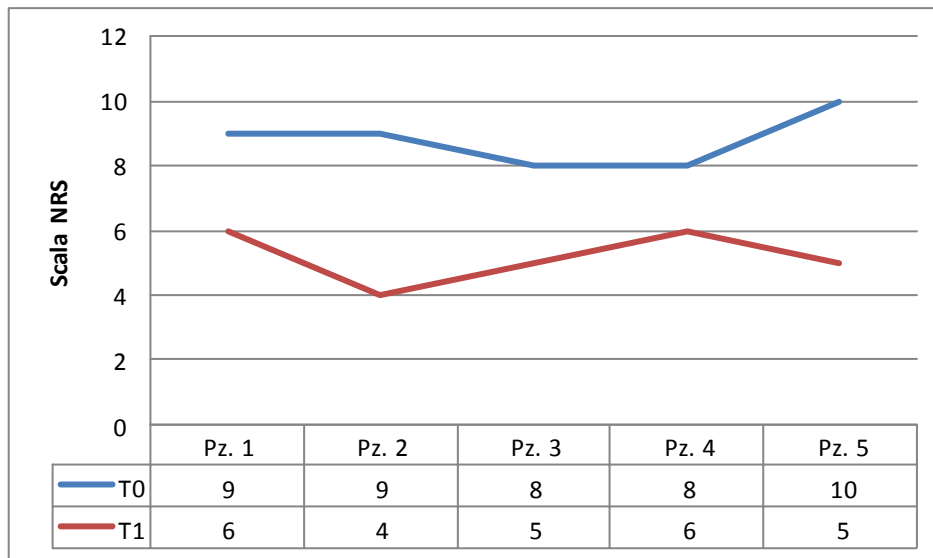
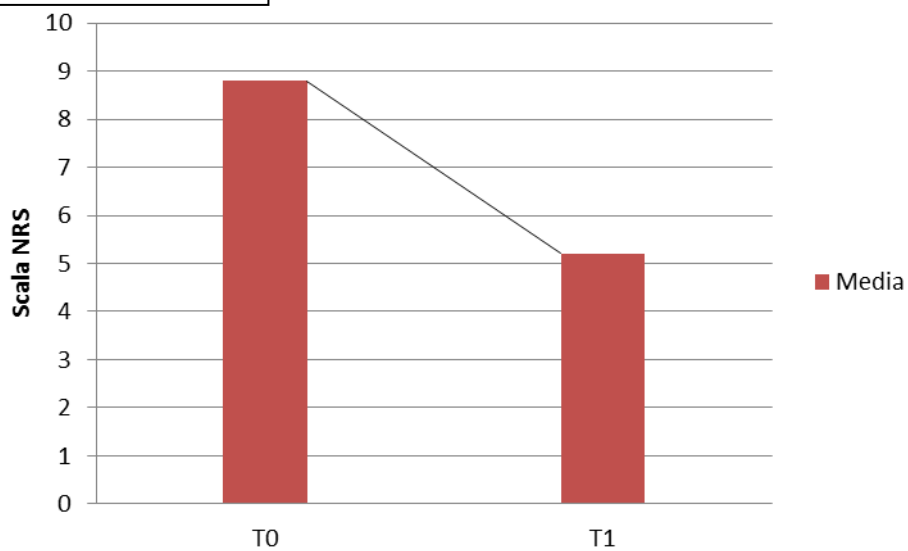


Fig.4 Medie T0-T1



	T0	T1
Media	8,8	5,2
Dev. St.	0,836	2,25

T-test per campioni indipendenti	
p = 0,0039	t = -6,00

E' qui di seguito riportata una breve descrizione di ciascun caso clinico.

Caso 1

Paziente femmina, 39 anni, diagnosi di cancro alle ovaie, sottoposta a chemioterapia dopo aver effettuato l'intervento chirurgico presenta un forte dolore non controllato con particolare interessamento compressivo al nervo sciatico sx e relativo irradiazione di dolore "bruciante" a tutto l'arto inferiore.

Attraverso l'uso della metafora della "scala" il soggetto raggiungeva una trance ipnotica molto profonda tanto da renderlo completamente insensibile agli stimoli esterni e piacevolmente rilassato. Le suggestioni e le immagini suggerite ricordavano ambientazioni marine molto amate dalla paziente: un intreccio tra fiabe e realtà che le permettevano di sentirsi contenuta, rassicurata e allo stesso tempo leggera e fluente nei movimenti.

Le sedute già dalla prima settimana hanno permesso di ridurre l'incidenza degli attacchi di dolore e dello stato ansioso ad esso associato, mentre alla fine dei 4 mesi la paziente non assumeva più le gocce di sonnifero orale. Durante tale periodo, infatti, essa riferisce un notevole miglioramento della qualità del sonno (era sufficiente pensare al "luogo sicuro" per passare immediatamente ad un sonno profondo). NRS all'inizio delle sedute 9, finale 6.

Caso 2

Paziente femmina, 41 anni, diagnosi di cancro polmone, sottoposta a radioterapia palliativa su lesioni isolate ossee, presenta sintomatologia dolorosa diffusa a tutto il tronco e agli arti superiori associato ad un quadro depressivo-ansioso.

Durante le sedute ipnotiche sono state utilizzate metafore “di calore” in grado di dare senso di sollievo anche nei momenti acuti. L’esito analgesico ha fortemente motivato la paziente che utilizzava la procedura anche autonomamente (autoipnosi), semplicemente realizzando la suggestione di un’irradiazione di calore attraverso l’applicazione della propria mano destra alla regione toracica, capace di sottrarre dolore alla zona affetta.

Con questa paziente molto utile fu la metafora di richiamo del suo “luogo sicuro” rappresentato da un ambiente molto caldo e accogliente come una baita in montagna al di fuori della quale, per rafforzare l’idea di calore, era molto freddo e nevicava. nel quale rientrava dopo una permanenza a contatto con neve.

Le sedute settimanali di 60 minuti associate alle quotidiane realizzate dalla paziente stessa hanno portato ad un netto miglioramento dello stato psico-fisico senza la necessità di implementare la terapia antidolorifica delineando un netto miglioramento della qualità di vita.

NRS all’inizio delle sedute 9, finale 4.

Caso 3

Paziente donna di 55 anni, affetta da cancro della mammella sottoposta a chemioterapia con dolore discontinuo riferito a lesione cutanea neoplastica estesa a tutto la zona toracica anteriore con sensazioni dolorose simili a “scosse” con percezione di essere trafitta da oggetti appuntiti. Evidente stato ansioso con insonnia e isolamento dalla vita sociale.

L’obiettivo concordato delle sedute di ipnosi era la necessità di un rilassamento profondo che permettesse di diminuire la sintomatologia psico-fisica. Attraverso una

serie di visualizzazioni guidate la paziente è stata capace di realizzare un'ideoplasia di "congelamento" della parte affetta. L'uso di metafore collegate alla sensazione di freddo, hanno permesso alla paziente di gestire meglio le sedute di medicazione della ferita (attraverso l'autoipnosi) ma anche di ridurre notevolmente la sensazione delle "scosse", migliorando la qualità del sonno e più in generale di vita del soggetto.

Nel periodo di 4 mesi il punteggio alla scale NRS è passato da 8 a 5.

Caso 4

Paziente donna di 45 anni, affetta cancro del colon, sottoposto a trattamento chirurgico e radioterapico, con diffuse e persistenti neuropatie agli arti superiori ed inferiori e sensazioni dolorose e di forte calore nella zona trattata.

Durante le sedute settimanali della durata di 60 minuti ciascuna la paziente riusciva a raggiungere uno stato ipnotico profondo inducendo leggerezza degli arti e rilassamento e distensione dei visceri apponendo entrambe le mani sulle zone dolorose. Inoltre alla paziente è stata data una suggestione postipnotica di proseguo della sensazione di sollievo e di possibilità di indurla autonomamente, semplicemente usando le proprie mani.

Nel corso dei mesi di trattamento la paziente ha riportato una significativa diminuzione delle neuropatie e un netto miglioramento del proprio stato psico-fisico. La sintomatologia dolorosa è passata da un punteggio alla scala NRS di 8 a 6.

Caso 5

Paziente uomo di 44 anni, affetto da cancro all'intestino tenue, sottoposto a trattamento chirurgico e radioterapico, presenta alla prima seduta dolore di tipo neuropatico, insonnia e grave compromissione dello stato emotivo.

Le sedute di ipnosi venivano precedute da psicoterapia per implementare le risorse del paziente e per incentivare la motivazione. Le suggestioni usate rimandavano all'idea che il proprio corpo fosse come un letto di un ruscello di campagna, ambiente tanto amato dal paziente. Nel corso della terapia il paziente riusciva a rilassarsi in modo sempre più profondo, rilassamento che si protraeva nell'arco delle giornate successive alla seduta. A due mesi dall'inizio del trattamento il paziente dichiarava un maggiore benessere psico-fisico con la scomparsa di attacchi d'ansia e dell'insonnia. Alla fine del trattamento esso dichiarava un notevole miglioramento della qualità della vita con un punteggio alla scala NRS che è passato da 10 a 5.

Capitolo 7

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'umana sofferenza che contraddistingue la vita del malato neoplastico richiede molto di più che la sola attenzione biomedica e sanitaria. Essa coinvolge il piano dell'etica, della cultura, delle relazioni sociali e il rapporto individuale con la spiritualità.

Affrontare, quindi, le problematiche connesse all'Oncologia e alle Cure Palliative significa porsi in una prospettiva molto ampia che deve tener conto della Qualità di Vita, piuttosto che della sua durata, assicurando al paziente e alla sua famiglia un'assistenza continua e globale secondo la filosofia di un approccio multidisciplinare.

Il lavoro di ricerca svolto si inserisce, appunto, all'interno del percorso di cura integrata per il paziente oncologico. L'indagine multidimensionale condotta parte dal proposito che, come dimostrato dalla letteratura internazionale, il dolore oncologico coinvolge simultaneamente diversi livelli della vita del paziente tra loro fortemente correlati. Infatti, i dati emersi sembrano evidenziare, nei pazienti oncologici, una condizione psicosociale di vulnerabilità: il paziente si trova in una situazione di sofferenza globale, nella quale si sommano il dolore fisico, quello psicologico e sociale in ciò che viene definito "dolore totale".

In tal senso, la pratica medica deve assumere come elemento fondativo il passaggio dal "to cure" al "to care", ossia dal curare al prendersi cura in senso olistico del malato. Lo

scopo deve diventare, quindi, un obiettivo possibile e raggiungibile: il miglioramento della qualità della vita del paziente, delle sue condizioni fisiche, ambientali, sociali, psicologiche e spirituali, miglioramenti che hanno delle ricadute positive anche sul benessere psicologico della sua rete relazionale e familiare di appartenenza. Come dimostrato dalla letteratura internazionale (Spiegel, 1985; Montgomery et al., 2000), la tecnica ipnotica possa essere di diritto inserita nel processo di cura allo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti: essa va a caratterizzare l'obiettivo di presa in carico olistica del paziente dando valore non solo alla sua condizione clinico-biologica, ma anche al vissuto, alle rappresentazioni e ai valori personali, esperiti e condivisi.

La specificità della terapia ipnotica consiste nel potersi rivolgere anche ad un paziente il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma è generato dalla situazione traumatizzante della malattia.

I dati emersi dimostrano che, dopo quattro mesi di trattamento a cadenza settimanale, tutti i pazienti hanno dichiarato un significativo miglioramento della qualità della vita e sono stati in grado di diventare autonomi nell'uso dell'auto-ipnosi. Dall'analisi, si evince una situazione di sofferenza maggiore prima dell'inizio delle sedute e un netto miglioramento della sintomatologia alla fine dei 4 mesi.

Analizzando i grafici è, infatti, possibile notare che la riduzione della NRS, misurata all'inizio delle sedute e rivalutata alla fine del ciclo terapeutico, è significativa: l'ipnosi ha permesso a tutti i pazienti di cambiare comportamento ed atteggiamento nei confronti della malattia, potendo riappropriarsi della loro vita, autonomi nel gestire il sintomo dolore e pertanto nuovamente inseriti in un contesto familiare di partecipazione attiva.

Per quanto riguarda l'apporto farmacologico, nessun paziente è ricorso ad un aumento della terapia antidolorifica. Il vantaggio principale riportato riguardava una riduzione delle problematiche psicologiche caratterizzate da persistenti stati d'ansia. Nei pazienti che dichiaravano preoccupazioni legate alla morte, l'ipnosi ha permesso loro, all'interno di un ambiente terapeutico percepito come sicuro, di esplorare diversi aspetti della loro paure e di sviluppare strategie di adattamento.

Quanto emerso da questo studio preliminare dimostra come non sia possibile dissociare il dolore dal simbolismo esperienziale e culturale che caratterizza l'uomo di fronte al limite (Facco, 2011). In tal senso, l'ipnosi si caratterizza come possibilità per il paziente che si trova ad affrontare il difficile percorso della malattia oncologica, poiché apre la possibilità di un confronto con i temi della finitudine e dà accesso ad interessanti campi di indagine sul fenomeno della resilienza anche nel fine vita.

In conclusione, questo studio dimostra come l'ipnosi possa configurarsi come una risorsa nel percorso di cure dei pazienti affetti da cancro. Di conseguenza, la replica su scala maggiore è raccomandata per accertare la misura in cui sia possibile estendere questi risultati ad un campione più ampio, isolando le potenzialità della tecnica ipnotica dagli effetti delle terapie, per meglio definire le caratteristiche dei pazienti con maggiori probabilità di trarne beneficio con lo scopo di migliorare la loro qualità della vita.

ALLEGATI

Allegato 1

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEI SINTOMI NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Dati anagrafici

Cognome..... Nome.....

M F

Data di nascita..... Tel.....

Stato Civile.....

Figli viventi n°.....

Genitori viventi.....

Professione svolta.....

M.M.G.....

Valutazione delle condizioni del paziente:

INSONNIA

SI NO

ASTENIA

SI NO

ANSIA

SI NO

DOLORE

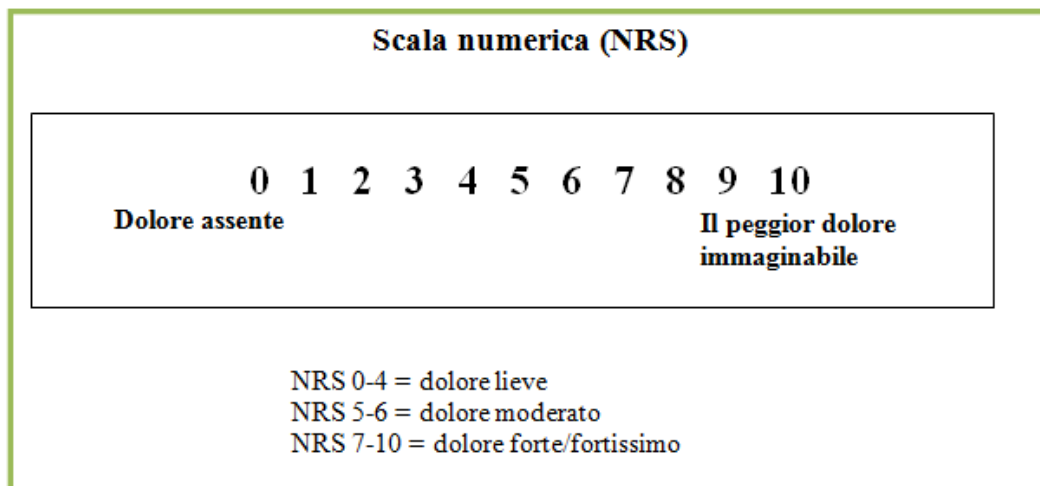
SI NO

Altro

Data

Firma

Allegato 2



Riferimenti bibliografici

- Balsham M. (1993). *Cancer in the community*, Smithsonian, Washington D.C..
- Buckman R. (1992). *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Byron J. Good, (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Capovilla E. (2004). *Dalla parte del paziente. Il vissuto psicologico del malato terminale*, Progetto Etica e Medicina, Fondazione Lanza, Padova.
- Casiglia E. et al. (2006). "Ipnosi sperimentale e clinica", Bassano del Grappa, Editrice Artistica Bassano, 42. *Veneto Ipnosi* Atti del Convegno
- Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale e Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale, Padova, 26-27
- gennaio 2007.
- Cesari G. (1994), *La morte nella psicologia contemporanea*, in: Sgreccia E., Spagnolo A.G., Di Pietro M.L. (a cura di), *L'assistenza al morente: aspetti socioculturali, assistenziali e pastorali*, Vita e pensiero, Milano.
- Colombo G. (1992). *Psicologia, Psicopatologia e Psicologia medica per operatori sania tri*, Cleup, Padova.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (2001). *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*. Testo approvato il 30 marzo 2001.
- Costantini A., Pallotta G. (1992). *Psicologia oncologica: dalla teoria alla pratica ospedaliera*, in: Biondi M., *La psicosomatica nella pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Costantini A., Grassi L., Biondi M. (1999). *Psicologia e tumori. Una guida per reagire*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Di Mola G. (1994), *Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano.
- Di Mola G., Grappiolo E. (1994). *Il lutto e l'accompagnamento spirituale del morente*, in Di Mola G. (a cura di) *Cure Palliative*, Masson, Milano.
- Erickson M.H. (1983). "La mia voce ti accompagnerà", Casa Editrice Astrolabio-Ubaldini editore, Roma.

- Facco E. (2011). In Testoni I. *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione*, Edizioni Piccin.
- Fornari F. (1985). *Affetti e cancro*, Cortina, Milano.
- Gamba A., Nobili R. (1988). *Lo psicologo*, in Di Mola G., (a cura di), *Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano.
- Gordon D.R. (1989). *Vivendo questa nostra storia: la voce delle donne*, in Paci E., Venturini A., Donna e Salute: Dall'esperienza di Malattia una Diversa Cultura, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Firenze.
- Grassi L., Morasso G. (1999). *Psico-oncologia, lusso o necessità?*, Giornale Italiano di Psico-Oncologia 1: 4-10.
- Grassi L., Ramelli E. (2002). *La classificazione dei disturbi psichiatrici e la morbilità psichiatrica in oncologia*, in: Bellani M.L., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P. (a cura di) *Psiconcologia*, Masson, Milano.
- Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003), *Manuale pratico di Psico-oncologia*, il Pensiero Scientifico Ed., Roma.
- Grassi L. (2009). *Il "diritto umano" alla salute psicologica per le persone colpite da cancro e per i loro familiari*, Giornale Italiano di Psico-Oncologia, 11, 1: 5-6.
- Kübler Ross E. (1987). *On death and dying*; tr. it. *La morte e il morire*, 1990, Cittadella, Assisi.
- Lerner B.H. (2000). *Inventing a curable disease: historical perspectives on breast cancer*, in Kasper A.S., Ferguson S.J., *Breast Cancer: Society Shapes an Epidemic*, St. Martin's Press, New York.
- Maher E.L. (1982). *Anomic aspects of recovery from cancer*, Social Science and Medicine, 16: 907-912
- Massaglia P., Bertolotti M. (1998), *Psicologia e gestione del bambino portatore di tumore e della sua famiglia*, in: Saccomani R. (a cura di), *Tutti Bravi. Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. (2000). *Una meta-analisi di analgesia ipnotica indotta: quanto è efficace l'ipnosi*, Int J Clin Exp hypn ; 48 :138-153.
- Morasso G. (1998). *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Morasso G., Di Leo S. (2002). *La Psico-oncologia: un panorama generale*, Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, 46: 2-13.
- Morasso G, Di Leo S. (2002). *Il paziente in fase avanzata: aspetti psico-relazionali*, in: Mercadante S., Ripamonti C. (a cura di). *Medicina e Cure Palliative in Oncologia*, Masson, Milano.

- Morelli G. (1999). *Il dilemma della comunicazione di diagnosi e prognosi al paziente oncologico: malattia e morte si possono "dire"?*, *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 36-37, 26-45.
- Oppenheim D. (2004). *Dialoghi con i bambini sulla morte. Le fantasie, i vissuti, le parole sul lutto e sui distacchi*, Edizioni Erickson, Gardolo (TN).
- Organizzazione Mondiale Sanità (WHO-OMS), Ufficio Regionale per l'Europa (1990). *Cure palliative e cancro*, *Quaderni di Sanità Pubblica*, 13 (67): 19-28.
- Pangrazzi A. (2002). *Aiutami a dire addio*, Edizioni Erickson, Gardolo (TN).
- Petrini M., Caretta F., Bernabei R. (2004). *La cura nella fase terminale della vita: processi di comunicazione e di accompagnamento nel percorso del morire*, *Giornale di Gerontologia*, 52, 465-471.
- Rosenberg C., (1989). *Disease in history: frames and framers*, *Milbank Quarterly* 67: 1-15 (suppl.1).
- Ruggiero G. (2004). *Gli universi del soma. La malattia oncologica come narrazione familiare*, in: Mariotti M., Bassoli F., Frison R., *Manuale di psicoterapia sistemica e relazionale*, Edizioni Sapere, Padova.
- Sandrin L. (2004). *Aiutare senza bruciarsi: come superare il burnout nelle professioni di aiuto*, Paoline, Milano.
- Shone R. (1994). *La tecnica dell'autoipnosi*, Astrolabio.
- Sontag S. (1978). *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux, New York; tr. It. *Malattia come metafora*, 1979, Einaudi, Torino.
- Spiegel D. (1985). *The use of hypnosis in controlling cancer pain*. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 35(4): 221-31., DOI:10.3322/canjclin.35.4.22
- Testoni I. (1997). *Psicologia del nichilismo*, FrancoAngeli, Milano.
- Testoni I. (2007). *Autopsia Filosofica*, Apogeo, Milano.
- Zaninetta G., Saita L. (2003). *Aspetti bioetici*, in: Amadori D., De Conno F., *Libro Italiano di Cure Palliative*, Poletto Edizioni, Milano.
