

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

Anno 2014

**VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO IPNOTICO PER IL
CONTROLLO DEL DOLORE IN UN GRUPPO DI PAZIENTI AFFETTI DA RACHIALGIA
CRONICA INSERITI IN UN PROGRAMMA DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA IN
PISCINA**

Candidato

Dr.ssa Elisa Pratelli

Relatore

Dr.ssa Laura Papi Grasso

INDICE

- **SCOPO DEL LAVORO**

- **INTRODUZIONE**
 - lombalgia
 - attività fisica adattata
 - ipnosi

- **MATERIALI E METODI**

- **RISULTATI**

- **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

SCOPO DEL LAVORO

Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare l'efficacia di tecniche ipnotiche di gruppo e individuali in pazienti con lombalgia cronica che eseguono attività fisica adattata in acqua.

INTRODUZIONE

Lombalgia

Con il termine di lombalgia s'intende una sintomatologia caratterizzata clinicamente da dolore e/o contrattura muscolare e limitazione funzionale, nel territorio compreso tra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori. Nei Paesi industrializzati il dolore lombare di origine vertebrale, sebbene raramente indicativo di patologia organica grave, è oggi causa frequente di disabilità. Secondo i dati della Relazione dello stato di salute del Paese la lombalgia colpisce durante la vita circa il 70% della popolazione adulta. Nella maggior parte dei casi un episodio di lombalgia acuta si autorisolve in media in 20-30 giorni (1), il decorso spontaneo è benigno nel 90% dei casi, ma ciò nonostante rimane la causa più frequente di invalidità temporanea e di assenza da lavoro nei paesi industrializzati.

Una caratteristica fondamentale di questo disturbo, è la sua tendenza a recidivare, e la conferma è data dal fatto che più della metà dei pazienti che ha avuto un episodio di lombalgia avrà una recidiva entro pochi giorni (2) mentre il 13% dei casi circa, va incontro a cronicizzazione (3).

La patologia coinvolge sia il sesso maschile che quello femminile più frequentemente tra i 30 e i 50 anni di età e per i soggetti sotto i 45 anni la lombalgia comune aspecifica (di origine muscoloscheletrica, senza interessamento radicolare e senza causa organica specifica come tumori, infezioni, ecc. rappresenta la più comune causa di disabilità (4).

Non è difficile intuire come tutto ciò abbia un forte impatto sia in campo sociale, con ripercussioni in termini di riduzione della produttività, della capacità lavorativa e di svolgere attività quotidiane, sia in termini di spesa sanitaria visto l'abbondante uso di farmaci che viene fatto dai pazienti lombalgici e il ricorso da parte degli stessi a indagini diagnostiche strumentali e a frequenti terapie fisiche (5). Ne deriva quindi un elevato costo globale per spese sanitarie dirette, e per costi indiretti (indennità di malattia e perdita di ore di lavoro). Tutto ciò trasforma qualche episodico "mal di schiena" in una patologia, definita **bio-psico-sociale** dall'attuale consensus scientifico internazionale che richiede interventi multidisciplinari.

E' ormai ampiamente dimostrato che la lombalgia ha un'eziologia multifattoriale e molti Autori sono concordi che nello stesso soggetto la lombalgia sia dovuta a più fattori concomitanti e non sempre è possibile identificarne con precisione le cause. Molti dei fattori di rischio sono di origine lavorativa (6): sollevamento ripetuto di pesi, posizioni di lavoro "scorrette" non

ergonomiche o con sovraccarico lombare possono essere ritenuti responsabili di contratture, stiramenti/strappi muscolari a livello del rachide con conseguente comparsa di lombalgia.

Vari studi prospettici sottolineano anche il ruolo delle **variabili psicologiche** nella genesi della lombalgia come stress e ansia nella percezione del dolore (7), invece la depressione rappresenta il subset frequente in quei soggetti che sviluppano una lombalgia cronica. Un aumento del rischio di LBP è spesso correlato all'obesità e al fumo, ma se per il primo non vi sono forti evidenze di una relazione causale fra peso corporeo e lombalgia meccanica, per quanto riguarda il fumo invece, gli studi epidemiologici mostrano un'associazione positiva. Infatti, pare che il suo effetto tossico sia responsabile di una minore diffusione di sostanze nutritive ai dischi intervertebrali, dai piatti vertebrali adiacenti a causa di alterazioni del flusso ematico vertebrale, ed in questo modo il disco diverrebbe più suscettibile a fenomeni degenerativi (8).

E' possibile distinguere i fattori di rischio in due categorie: individuali e occupazionali (9). Nel primo gruppo rientrano: sesso (quello maschile sembra essere maggiormente esposto per motivi lavorativi, anche se non sembrano esserci importanti differenze tra i due sessi); età (la probabilità di avere una lombalgia aspecifica aumenta proporzionalmente all'aumentare dell'età fino a un massimo di 55 aa circa); obesità; fumo; instabilità vertebrale; malformazioni vertebrali congenite e/acquisite (spondilolisi/listesi, iperlordosi lombare, scoliosi, anomalie di transizione della cerniera lombo-sacrale); ipovalidità della muscolatura paravertebrale e addominale; vita sedentaria/ridotta attività fisica; fattori psicosociali.

Nella categoria dei fattori di rischio costituzionali possiamo annoverare i lavori pesanti, ripetitivi, sedentari e i fattori psicosociali correlati al lavoro.

La conoscenza di tali fattori assume un'importanza non da poco, per quanto riguarda la possibilità di prevenzione del LBP, eliminando o almeno riducendo, dove possibile, i fattori di rischio. Da qui ne deriva anche la necessità di una buona e corretta educazione del paziente su tutto ciò che può evitare l'insorgenza della lombalgia e le sue recidive.

Dal punto di vista classificativo la lombalgia presenta delle difficoltà d'inquadramento a causa della frequente presenza di più fattori concomitanti nella genesi della lombalgia meccanica, ed è per questo che negli anni sono state proposte diverse classificazioni.

Dal punto di vista temporale classifichiamo la lombalgia (10) in: **ACUTO**, caratterizzato da dolore e/o limitazione funzionale nel territorio compreso tra il margine inferiore della dodicesima costa e le pieghe glutee inferiori con eventuale irradiazione all'arto inferiore (ma non oltre il ginocchio), che può causare incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana, con possibili assenze dal lavoro e che ha una durata inferiore alle 4 settimane; **SUBACUTO**, che ha le stesse caratteristiche sintomatologiche dell'acuto ma una durata che va dalle 4 settimane fino ai 3 mesi; **CRONICO** quando i sintomi si protraggono oltre i tre mesi ed infine si parla di **RICORRENTE** quando dopo un periodo di benessere, si ha la ricomparsa di episodi acuti di lombalgia.

Da tutte le considerazioni fatte precedentemente, si evince l'importanza di classificare il paziente lombalgico dal punto di vista clinico, in quanto la prognosi varia molto a seconda che ci si trovi in una fase acuta, con una bassissima

disabilità e un'alta probabilità (oltre il 90%) di risoluzione spontanea, o in una fase subacuta con una potenziale disabilità per il rischio di cronicizzazione o infine nella fase cronica con un elevato grado di disabilità e con una percentuale di autorisoluzione molto bassa (circa il 5%).

Secondo le linee guida della Regione Toscana le radiografie non sono raccomandate di routine, in assenza di *red flag* (, bandiere rosse che facciano sospettare patologie più gravi) prima di 4-6 settimane se non per evidenziare fratture in recenti traumi significativi in pazienti di ogni età o in recenti traumi anche modesti in soggetti anziani; al persistere della sintomatologia oltre tale periodo di 6 settimane circa, sono raccomandate.

Per quanto riguarda TC e RMN, le alterazioni considerate patologiche, sono evidenziate in popolazioni del tutto asintomatiche e a tal proposito, in uno studio (11) sono stati seguiti per 5 anni, soggetti asintomatici con patologia discale evidenziata con RM e nel periodo di osservazione nessun soggetto ha mai presentato dolore radicolare e l'incidenza di episodi minori di lombalgia era sovrapponibile al gruppo di controllo; questo ci conferma che neanche la RM è in grado di individuare soggetti in cui si svilupperà lombalgia.

La TC e la RMN però non sono raccomandate nelle prime quattro settimane se non in sospetto di *red flag*, deficit neurologici ingravescenti e mancata risposta alla terapia. Se entro due settimane il dolore persiste invariato è indicata una rivalutazione per escludere nuovamente la presenza di *red flag* e l'eventuale presenza delle cosiddette bandiere gialle (*yellow flag*) cioè i fattori psicosociali che possono contribuire alla persistenza di lombalgia e della disabilità con assenza dal lavoro e riduzione della qualità di vita.

Concludendo, possiamo affermare che gli esami strumentali non offrono un sostanziale aiuto nella diagnosi di lombalgia e la clinica si è dimostrata essere poco specifica e di frequente, non correlata né con anamnesi né con l'imaging. La terapia conservativa rappresenta il primo e il più usato approccio nei pazienti con lombalgia meccanica. Secondo quanto già sintetizzato da Deyo nel 1991, gli obiettivi nella terapia conservativa del LBP sono:

- riduzione del dolore
- riduzione della flogosi e della contrattura muscolare (che deve essere trattata per impedire l'instaurarsi del circolo vizioso dolore-contrattura-dolore).
- riposo delle strutture anatomiche sofferenti per ridurre i normali tempi di guarigione e/o prevenire aggravamenti
- recupero della forza muscolare (frequente è l'ipotrofia conseguente all'inattività prolungata o al danno radicolare)
- incremento dell'articolarià (la flogosi e/o le contratture possono comportare una perdita di mobilità)
- incremento delle capacità funzionali
- ridurre le recidive
- modificare le risposte psicologiche.

Numerose sono le opzioni terapeutiche a disposizione per raggiungere questi obiettivi ma, in realtà, non esiste un trattamento unico veramente efficace che produca una risposta terapeutica esauriente. Non è sempre agevole quindi, stabilire quale sia il trattamento corretto nei vari casi di LBP.

In accordo con le Linee Guida Toscane del 2005, è fondamentale che il medico informi il paziente sulla genesi del dolore (la lombalgia meccanica), le verosimili cause scatenanti e gli eventuali fattori di rischio connessi sia all'attività lavorativa/ricreativa sia a possibili anomalie strutturali o posturali; ma è altrettanto importante che il paziente venga rassicurato sulla natura benigna del disturbo, che tende alla risoluzione spontanea ma che può dare frequenti recidive. L'educazione a un uso corretto della colonna è parte integrante del trattamento e il soggetto lombalgico deve essere informato su quali siano le posizioni congrue ed incongrue, per esempio alla guida o a lavoro, su come evitare posture viziate o statiche prolungate e anche sul corretto sollevamento dei carichi. Inoltre è utile ricordare sempre, la necessità di rimanere attivi e, se possibile, non lasciare il lavoro; l'attività aerobica (nuoto, cammino, bicicletta) può essere iniziata quanto prima.

La terapia farmacologica è un elemento fondamentale nel trattamento del paziente con LBP, insieme alle terapie fisiche e all'esercizio.

L'obiettivo dell'esercizio è di migliorare resistenza, controllo neuromotorio, coordinazione, efficienza meccanica e forza dei muscoli degli arti e del tronco. Benefici aggiuntivi possono essere la perdita di peso, la socializzazione e la diminuzione dell'ansia e della depressione. Pochi studi clinici controllati, sono stati condotti su questo argomento e spesso vengono applicati programmi misti di esercizio; ma è opinione comune tra gli esperti, il ruolo positivo del movimento aerobio, soprattutto quello a minor impatto sul rachide (nuoto, per esempio): anche le linee guida consigliano attività a basso impatto, superato il periodo acuto.

Risulta sempre importante, informare il paziente e consigliargli di continuare a casa, gli esercizi appresi per mantenere più a lungo i risultati ottenuti, ma anche per ridurre il numero e l'intensità delle possibili recidive.

Attività Fisica Adattata:

È un'iniziativa della Regione Toscana promossa e coordinata dalla ASL e dalle società della salute. L'A.F.A. è il programma di attività fisica adattata per specifiche condizioni di salute, riguarda soprattutto le persone adulte e anziane, che presentano condizioni dolorose ricorrenti e/o riduzione delle capacità funzionali da malattie pregresse.

Per attività fisica adattata si intendono programmi di esercizi non sanitari, svolti in gruppo, predisposti per i cittadini affetti da patologie croniche e finalizzati al miglioramento degli stili di vita nella popolazione.

L'attività fisica adattata si svolge negli abituali contesti dell'attività sociale e viene effettuata da personale adeguatamente formato.

Al programma AFA si accede su suggerimento del proprio Medico. I programmi AFA (che non rientrano fra le prestazioni sanitarie) sono promossi e coordinati dalle Aziende USL e/o dalle SdS e sono adatti a prevenire la perdita di capacità motorie attraverso il movimento svolto in un gruppo guidato da un istruttore. I Soggetti erogatori di questa attività non sanitaria mettono a disposizione le sedi, garantiscono istruttori qualificati e il costo per il partecipante ai programmi di esercizio alla tariffa concordata a livello regionale. L'AFA è un servizio di natura

sociosanitaria che non rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza e non è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

La sua natura sociosanitaria comporta la programmazione da parte della Società della Salute ed il controllo e la verifica da parte della stessa.

Il servizio è a totale carico dell'utente.

Definizione delle patologie e delle tipologie di AFA:

Il servizio AFA si rivolge ai cittadini residenti o domiciliati nel territorio Toscano affetti da sindrome algica da ipomobilità.

Sono dette SINDROMI ALGICHE DA IPOMOBILITA':

1. Artrosi con disturbo algofunzionale
2. Altre artropatie con disturbo funzionale caratterizzato da un andamento cronicizzante e dal bisogno di adattamento dello stile di vita
3. Osteoporosi
4. Esiti di disabilità stabilizzata con riduzione delle capacità motorie non suscettibile di ulteriore livello di recupero, anche dopo programma riabilitativo sanitario.

Le patologie indicate nei punti 1, 2 e 3 si riferiscono all'AFA generica (persone con bassa disabilità)

Le patologie indicate nel punto 4 sono inerenti all'AFA speciale (persone con alta disabilità).

Attività Fisica Adattata Speciale (alta disabilità)

L'attività fisica adattata speciale (AFAS) è indicata:

- negli esiti di disabilità stabilizzata con riduzione delle capacità motorie non suscettibile di ulteriore livello di recupero, a conclusione di un programma riabilitativo sanitario
- nelle persone con disabilità anche non stabilizzata, e con riduzione delle capacità motorie, contestualmente e con ruolo complementare ad un programma riabilitativo sanitario.

Regolamento aziendale AFA

Delibera n. 0255 del 19.04.2010 - ATTUAZIONE DGRT 459/2009 - ATTIVITA' FISICA ADATTATA (AFA) - ADOZIONE REGOLAMENTO AZIENDALE ATTIVITA' MOTORIA PER SOGGETTI ADULTI CON RACHIALGIA

OBIETTIVI - EFFETTI DOCUMENTATI :

- Riduzione del dolore
- Prevenzione delle riacutizzazioni
- Miglioramento della Fitness
- Miglioramento di: autostima, tono dell'umore, socializzazione
- Riduzione ansia

ATTIVITA' INDICATA

Programmi di CORPO LIBERO con:

Esercizio dinamico aerobico a BASSO IMPATTO

Esercizi mirati di:

- Flessibilità (articolare e muscolare)

- Forza
 - Propriocezione
 - Rilassamento
 - Postura
- Eventuali programmi di attività motoria in acqua
- Esercizio aerobico in acqua a ritmo non elevato

CONDIZIONI E FASI DI NON ELEGGIBILITA' ALLA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' MOTORIA

Rachialgia in fase acuta

Dolore intenso, limitazione funzionale di recente insorgenza

Ipnosi:

Non tutti i soggetti sono ipnotizzabili. 5-10% dei soggetti è ipnotizzabile facilmente (sonnambulici), 5-10% non sono ipnotizzabili da nessuno, gli altri con adeguate tecniche possono raggiungere un buono stato ipnotico.

L'ipnotizzabilità è la capacità del soggetto di realizzare ipnosi. Esistono delle variabili favorevoli allo stato ipnotico: rapporto positivo, motivazioni, aspettative, abilità nell'apprendimento, età, intelligenza. Esistono anche delle variabili ostacolanti lo stato ipnotico: rapporto negativo, pregiudizi, paura.

L'ipnotismo è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creato tra questi e l'ipnotizzatore. Questa definizione fu data dal Prof. Granone nel 1961. L'ipnosi è la semplice sintomatologia ipnotica come sindrome a sé stante e avulsa, in un certo qual modo, dall'operatore. Quindi l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo e l'ipnotismo la tecnica che permette di attuare questo stato. Il valore e l'importanza terapeutica dell'ipnosi stanno nelle vie d'accesso che essa apre, non solo nella personalità psichica profonda ma anche a quella somatica e viscerale. L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato (quindi fisiologico e non patologico). L'ipnotizzabilità è diversa dalla suggestionabilità. La suggestionabilità è l'accettazione acritica dell'idea dell'altro, l'ipnotizzabilità è l'accettazione critica dell'idea dell'altro. Quando siamo assorbiti in una lettura, nell'ascolto della musica o siamo particolarmente concentrati su qualcosa siamo in uno stato ipnotico, cioè in uno stato di coscienza modificato, con una distorsione spazio-temporale. Perché si instauri uno stato ipnotico è importante il rapporto con il medico conduttore (rapport) soprattutto per avviare e mantenere lo stato di coscienza modificato. Una volta instaurato lo stato ipnotico, il paziente è in grado di creare il "monoideismo plastico" cioè la realizzazione sul piano fisico e psichico di un'idea suggerita dall'operatore al paziente, una sola idea che riverbera sul piano psicosomatico. Per esempio è suggerita una sensazione di leggerezza ed il paziente riesce a farla propria. Quindi l'ipnosi è sia uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, sia un rapporto medico-paziente durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici. Una volta

instaurato il monoideismo plastico, l'operatore può dare al paziente un ancoraggio, cioè un segnale fisico (es. l'unione di indice e pollice della mano destra) che gli consente di rientrare nella condizione ipnotica e ricreare il monoideismo plastico in autonomia quando vorrà senza l'aiuto dell'operatore.

I fenomeni ipnotici vengono definiti con la sigla LECAMOIASCO e consistono in: levitazione, catalessi, movimenti automatici rotatori, inibizione movimenti volontari, analgesia, sanguinamento, condizionamento.

Nell'ipnosi possiamo distinguere due fasi:

- l'ottundimento delle facoltà critiche dell'ipnotizzato, che si può ottenere verbalmente ma anche con manovre passive, quali effetti ottici, acustici, cinestesici.
- La fase del subentramento della direttività dell'ipnotizzatore, fase in cui si determina un particolare rapporto fra ipnotizzatore ed ipnotizzato.

Didatticamente possiamo dividere in fasi la struttura dell'induzione ipnotica in:

- **PREINDUZIONE:** Ingresso della relazione tra operatore e soggetto con caratteristiche di fiducia, affidamento all'operatore. Il soggetto deve abbassare la critica che favorisce il monoideismo plastico. Per abbassare la critica posso utilizzare degli ordini semplici, motivandoli (yes set). È importante in questa fase valutare il canale d'accesso preferenziale del paziente (visivo, uditivo o cenestesico) in modo da poter utilizzare il linguaggio e le suggestioni adatte a lui e l'attitudine maggiore verso il peso, la leggerezza o la catalessi da utilizzare in fasi successive. In questa fase deve essere stabilito un obiettivo concordato con il paziente.
- **INDUZIONE:** destabilizzazione della coscienza ordinaria con riduzione o modificazione degli stimoli esterni, sottrazione di consapevolezza, insinuando un progressivo e gradevole stato di relax. Riducendo l'attenzione agli stimoli esterni ci concentriamo su l'idea che viene proposta dall'operatore. In questa fase possiamo usare descrizioni, ricalco, ratifica, sfida, suggestioni.
- **CORPO E RISTRUTTURAZIONE:** lieve dissociazione fisiologica e transitoria con modifiche quantitative e qualitative dello schema corporeo, spazio-temporali, delle emozioni, del senso dell'io. Riorganizzazione con modalità nuova di schemi precedenti con suggerimento di monoideismo plastico con l'utilizzo di metafore. Ancoraggio o condizionamento postipnotico.
- **DEINDUZIONE:** ristabilizzazione della coscienza ordinaria

- CODA: periodo di maggior suscettibilità ad una nuova destabilizzazione.

Metodi induttivi:

Nelle popolazioni primitive lo stato ipnotico veniva indotto per mezzo di canti e danze. Recentemente con l'avvento dell'ipnosi scientifica e medica ne sono sorti di più tecnici. Sono stati descritti da diversi operatori vari metodi che più si adattavano alle loro caratteristiche e attitudini della loro personalità. Ognuno di questi metodi può servire per indurre uno stato ipnotico, ma solo quando l'operatore è capace e il soggetto adatto, e nessuno è efficace se mancano queste condizioni. Per aumentare le probabilità di riuscita si devono muovere le leve del paziente attuandone controllo e critica ed aumentandone la fiducia nell'operatore. Occorre esaltare le funzioni dell'emisfero cerebrale destro, immaginativo, creativo, artistico, con la sorveglianza quiescente del sinistro, emisfero della logica, della critica, del linguaggio articolato. Così le idee enunciate dall'operatore vengono accettate dal soggetto ed eseguite senza alcuna critica. A questo punto l'operatore potrà concentrarsi sul monoideismo plastico e fornire al paziente una sola rappresentazione mentale, la quale, imponendosi nella coscienza, si attua secondo il suo contenuto. L'operatore deve basare la propria tecnica sulla particolare personalità del paziente, sui suoi bisogni e sui suoi desideri, valendosi anche delle sue risposte e del suo atteggiamento nel momento dell'induzione, senza mai opporvisi. L'arte dell'ipnosi sta nell'intervenire nel momento giusto con la suggestione adatta al soggetto ed alla circostanza, tenendo conto della cultura, del grado di resistenza e suggestionabilità, della passività agli ordini del soggetto (12).

Il linguaggio che si usa per l'induzione deve essere comprensibile e molto chiaro. È molto importante anche tenere presente il sistema rappresentazionale del paziente: visivo, auditivo, cinestesico, olfattivo e gustativo. Sebbene le persone utilizzino tutti i sistemi rappresentazionali di cui sono dotate, esse tendono a favorirne uno in particolare, in virtù di una naturale propensione a pensare per immagini, suoni o sensazioni. Il sistema rappresentazionale che si usa in prevalenza è detto primario. Anche se non ne siamo coscienti, le parole e le espressioni che utilizziamo indicano i sistemi rappresentazionali che stiamo impiegando in un determinato momento. Conoscendo il sistema rappresentazionale primario di un soggetto possiamo migliorare la comunicazione ed il rapporto con un risultato migliore (13).

Le modalità induttive possono essere LENTE (da usare in persone ansiose, permettono una distensione profonda e relax), CONSUETE (qualche minuto), VELOCI (1 minuto, si usa in condizioni d'emergenza, nelle catastrofi), SHOCK (da non utilizzare per gli effetti biologici che causano).

Le tecniche possono essere di tipo DIRETTO o INDIRETTO. Le tecniche dirette utilizzano una forma classica. Il terapeuta si rivolge al soggetto, entrambi consapevoli che ci sarà nel percorso una guida ed uno che si lascia guidare. Le

indirette spesso non sono verbali, sono criptate, gestuali, espressive (sguardi, sfioramenti). Toccare trasmette, infatti, un messaggio rassicurante.

Alcune modalità tra le più conosciute sono la fissazione di un punto, di un oggetto, dello sguardo dell'operatore, suggestioni verbali semplici, levitazione della mano, stimoli uditivi, visivi, fisici, rilassamento frazionato, sovraccarico sensoriale, metodi non verbali etc..

Passiamo ora a considerare le indicazioni terapeutiche. Il semplice stato di ipnosi implica automaticamente già alcuni immediati risultati terapeutici. L'ipnosi è un rilassamento, una tecnica di rilassamento, ma è anche un rilassamento muscolare, un miorelaxante; con l'ipnosi inoltre otteniamo la possibilità di dominare l'ansia e dobbiamo quindi considerarla un ansiolitico; infine, tale strumento va considerato un riequilibratore psicofisico che porta a un rafforzamento dell'io.

Uno dei fenomeni molto importanti che otteniamo con l'ipnosi è l'analgesia; infatti, l'ipnosi alza la soglia dolorosa e inoltre lo stimolo doloroso non è più percepito come tale, viene scotomizzato, nel senso che lo stimolo viene percepito ma non più percepito come doloroso. Le indicazioni terapeutiche sono le più svariate quindi: malattie psicosomatiche, malattie somatopsichiche, nevrosi, alcolismo, tabagismo, malattie psicosessuali, in ostetricia, odontoiatria, dermatologia.

L'ipnosi, come ogni altro trattamento può avere effetti negativi. Come anche l'assunzione di un antibiotico, può dare effetti negativi se somministrata con l'indicazione o tecnica inadatta. L'unica controindicazione reale all'ipnosi sono le psicosi (12).

MATERIALI E METODI:

Questo studio è stato svolto grazie alla collaborazione dell'Agenzia Recupero e Riabilitazione A.O.U.C Firenze (Direttore Dott. P. Pasquetti) con il Gruppo sportivo unità spinale Firenze ONLUS (Diretto dal Prof. Piero Amati) presso la piscina Centro Traumatologico Ortopedico (CTO) di Firenze.

20 pazienti afferenti ad attività fisica adattata gruppo algie vertebrali affetti da lombalgia cronica sono stati inclusi nello studio. I pazienti sono stati divisi casualmente in due gruppi di attività fisica adattata in acqua senza valutarne le caratteristiche di ipnotizzabilità.

Ad entrambi i gruppi sono state somministrate le scale di valutazione Roland Morris specifica per la valutazione delle rachialgie ed una scala visuoanalogica dello stato d'animo generale prima dell'inizio del trattamento di attività fisica adattata in piscina (tempo T0), dopo il trattamento di durata di un mese con cadenza bisettimanale (tempo T1) ed ad un follow up a 2 mesi (T2).

La scala Roland Morris è un questionario autosomministrato che misura il grado di disabilità legato a lombalgia. È costituito da 24 item che descrivono situazioni tipiche della vita quotidiana.

Il punteggio massimo cui corrisponde il maggior grado di disabilità è 24. Esiste una versione italiana.

Il risultato del questionario è suddiviso in tre classi di disabilità in base al punteggio ottenuto:

- da 0 a 9: Lombalgia sub-acuta o cronica a bassa disabilità con possibile gestione da parte del Medico di Medicina Generale.
- da 10 a 13: Lombalgia sub-acuta o cronica a media disabilità.
- almeno 14: Lombalgia sub-acuta o cronica a alta disabilità: gestione da parte di un team specialistico.

Il **GRUPPO A** è risultato composto da 9 pazienti che sono stati sottoposti a **sedute di gruppo di ipnosi** di rilassamento e consapevolezza del se corporeo due volte a settimana per circa 30 minuti a seduta, prima delle sedute di **attività fisica adattata in acqua**. Ai pazienti è stato dato durante le sedute un ancoraggio e sono stati invitati ad utilizzarlo tutti i giorni per qualche minuto in modo da rinforzare il messaggio della seduta.

Un paziente è stato sottoposto a **seduta individuale** prima dell'attività fisica adattata per lo stesso tempo e con le stesse indicazioni del gruppo. Il paziente che ha eseguito la seduta individuale si è offerto volontario.

Il **GRUPPO B** è risultato composto da un altro gruppo di pazienti che ha svolto attività fisica adattata (10 pazienti) cui sono state somministrate le stesse scale di valutazione al tempo T0, T1 e T2. Questo gruppo ha svolto esclusivamente **attività fisica adattata in piscina**.

I trattamenti sono iniziati la prima seduta di AFA in acqua il 3 giugno 2014 (T0) e terminate l'ultima seduta di AFA in acqua il 5 luglio 2014 (T1) per un totale di 10 sedute di attività fisica adattata in acqua nel gruppo 2 e attività fisica adattata ed ipnosi di gruppo nel gruppo 1 ed in un paziente in maniera individuale.

Le sedute si sono svolte con pazienti sdraiati sul lettino (dove consentito dalla sintomatologia algica vertebrale, altrimenti in posizione seduta) di una palestra adiacente alla piscina del CTO contenente 10 lettini bobath.

Le sedute di ipnosi di gruppo si sono svolte con una parte iniziale di "ordini" ai pazienti in cui si chiedeva di posizionarsi sui lettini, in posizione sdraiata o se non consentito dal mal di schiena in posizione seduta, il più comodi possibile e di chiudere gli occhi. Ogni ordine veniva seguito dalla spiegazione del perché dovevano eseguire l'ordine. Per esempio chiudi gli occhi così ti sarà più facile concentrarti sulla mia voce. (Yes set)

Nella seconda fase si procedeva ad un rilassamento frazionato in cui si faceva prendere consapevolezza di una parte alla volta del proprio corpo, sviluppando una sensazione in qualche seduta di leggerezza in altre di pesantezza creando immagini adatte alla situazione. Es. immaginati il tuo corpo su di una nuvola che ti sostiene, di cui puoi immaginare le caratteristiche: la consistenza, una tenue sfumatura di colore etc che rende il tuo corpo sempre più leggero e lo solleva lentamente.

Continuavamo con lo spostare l'attenzione su la respirazione creando anche qui un'immagine di aria fresca e pulita che entrava dalle narici inspirando ed aria sporca, che portava via tutte le preoccupazioni e lo stress della giornata, allontanata dal corpo espirando.

Dicevamo poi, una volta raggiunto uno stato di rilassamento, di portare questa sensazione di benessere e relax nella parte più profonda di sé, nella mente, nell'io più profondo creando anche qui una metafora di benessere e liberazione. Quando i pazienti avevano raggiunto un rilassamento profondo lo facevamo notare, e rimarcavamo che potevano portare con sé questa sensazione portandola nel loro posto sicuro. Spendevamo un pò di tempo nella creazione del posto sicuro e poi davamo l'ancoraggio. Con l'ancoraggio dicevamo che tutte le volte che avrebbero voluto sarebbero potuti tornare nel posto sicuro con quel semplice gesto e li esortavamo a farlo quotidianamente. Passavamo poi alla deinduzione.

L'analisi statistica è stata svolta con test t-student per dati appaiati.

RISULTATI

Il **gruppo A** è risultato composto da 9 persone (8 F, 2 M) con un'età media di 54,1 (range 35-73 anni).

Nel gruppo A la scala Roland Morris a T0 è risultata pari 15,3 a T1 pari a 6,3 e a T2 pari a 5,5.

Nel gruppo A la scala VAS dello stato d'animo generale a T0 è risultata pari a 4,4 a T1 pari a 6,7 e a T2 pari a 6,8.

Le variazioni della scala Roland Morris tra T0-T1 del gruppo A sono risultate statisticamente significative ($p=0,0001$), mentre tra T1 e T2 non sono risultate statisticamente significative ($p=0,4$). Le variazioni della scala VAS dello stato d'animo generale sono risultate statisticamente significative tra T0 e T1 ($p=0,002$) che tra T0 e T2 ($p=0,002$).

Il **gruppo B** è risultato composto da 10 persone (7 F, 3 M) con un'età media di 59 (range 44-78 anni).

Nel gruppo B la scala Roland Morris a T0 è risultata pari a 12,9 a T1 pari a 6,9 e a T2 pari a 7,3.

Nel gruppo B la scala VAS dello stato d'animo generale a T0 è risultata pari a 4,6 a T1 pari a 6,3 e a T2 pari a 4,4.

Le variazioni della scala Roland Morris tra T0-T1 del gruppo B sono risultate statisticamente significative ($p=0,004$), mentre tra T1 e T2 non sono risultate statisticamente significative ($p=0,5$). Le variazioni della scala VAS dello stato d'animo generale sono risultate statisticamente significative tra T0 e T1 ($p=0,005$) ma non tra T0 e T2 ($p=0,4$).

In base all'analisi da noi ottenuta i due gruppi non risultano perfettamente omogenei a T0, per questo motivo l'analisi tra i due gruppi viene effettuata esclusivamente a scopo esplorativo. I miglioramenti nella scala Roland Morris e VAS sono maggiori nel gruppo che ha eseguito anche ipnosi. Per valutare la significatività abbiamo comparato le differenze tra T0-T1 e T0-T2 di entrambe le

scale di valutazione nei due gruppi. Risulta statisticamente significativa esclusivamente la differenza della VAS tra T0-T2.

Una paziente ha eseguito sedute di ipnosi individuali. Questa paziente presentava una Roland Morris a T0 pari a 14 a T1 pari a 2 a T2 pari a 2. La VAS a T0 era pari a 4 a T1 pari a 9 e a T2 pari a 8.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La lombalgia è considerata internazionalmente ormai una patologia biopsicosociale in cui gli aspetti psicologici e sociali possono avere effetti significativi sull'esordio, il decorso della patologia alterando sicuramente i risultati terapeutici. (17)

Già da tempo studi prospettici sottolineano anche il ruolo delle variabili psicologiche nella genesi della lombalgia come stress e ansia nella percezione del dolore (7), invece la depressione rappresenta il subset frequente in quei soggetti che sviluppano una lombalgia cronica.

Inoltre studi sono già stati condotti su ipnosi e lombalgia (18,19,20,21,22).

Nel nostro studio le variazioni della scala Roland Morris tra T0-T1 di entrambi i gruppi sono risultate statisticamente significative anche se nel gruppo A ($p=0,0001$), mentre nel gruppo B ($p=0,4$).

Quindi tra l'inizio e la fine del trattamento c'è stato un miglioramento nella disabilità legata al mal di schiena con una riduzione in entrambi i gruppi ma lievemente più significativa nel gruppo che ha eseguito oltre all'attività fisica anche l'ipnosi. È comprensibile che il miglioramento della disabilità legata alla lombalgia sia dato prevalentemente dall'attività fisica. La letteratura corrente e le linee guida della lombalgia riportano l'importanza dell'attività fisica nel trattamento della lombalgia cronica.

Tra T1 e T2 le variazioni della scala Roland Morris nei due gruppi non sono risultate statisticamente significative. Questo ci dice che il beneficio ottenuto a fine trattamento si mantiene stabile senza ulteriori miglioramenti dal punto di vista della disabilità a fine trattamento. Anche questo è un risultato che potevamo aspettarci.

Le variazioni della scala VAS dello stato d'animo generale sono risultate statisticamente significative tra T0 e T1 in entrambi i gruppi, anche se nel gruppo A con ($p=0,002$) e nel gruppo B con ($p=0,005$). In entrambi i gruppi c'è un miglioramento dello stato d'animo generale nel gruppo B probabilmente dovuto al prendersi cura di se stessi, all'entrare a far parte di un gruppo di persone con problematiche simili potendo condividere la sofferenza e sentendosi meno isolati, con qualcuno che si prendesse cura di loro. Inoltre sono documentati effetti positivi sull'umore a seguito di attività fisica (14,15,16).

Il dato più interessante è sicuramente la variazione della VAS dello stato d'animo generale tra T0 e T2. Questa risulta statisticamente significativa nel gruppo A ($p=0,002$), ma non nel gruppo B ($p=0,4$). Questo indica un mantenimento del beneficio ottenuto, se non un ulteriore miglioramento nel gruppo A ma non nel gruppo B tra T0 e T2 nello stato d'animo generale. Una possibile spiegazione potrebbe essere che le cause del beneficio psicologico nel gruppo B alla fine del trattamento vengono a mancare: non c'è più né attività fisica, né condivisione e partecipazione ad un gruppo, mentre nel gruppo A ad i pazienti è stata fornita un'arma da utilizzare giornalmente per il controllo del proprio stato d'animo, ovvero un ancoraggio che gli consente di praticare autonomamente autoipnosi.

I limiti dello studio sono sicuramente l'esiguità del campione e la mancanza di un gruppo di controllo che abbia eseguito esclusivamente ipnosi di gruppo. I risultati sono però incoraggianti per possibili ulteriori lavori futuri con casistica maggiore ed una maggior correttezza scientifica. Inserire l'ipnosi nei gruppi di attività fisica adattata potrebbe prolungare l'effetto benefico sul piano fisico e dare un beneficio sullo stato d'animo non soltanto nell'immediato. L'autoipnosi, se praticata costantemente dal paziente in modo autonomo, potrebbe ridurre la componente psicosociale della lombalgia.

Al di là dello studio scientifico condotto, per me è stata un'esperienza personale molto intensa e positiva. Dopo la fine del corso questa è stata quasi la mia prima esperienza pratica in cui mi sono messa in gioco. Conoscevo già la maggioranza dei partecipanti al gruppo di attività fisica adattata perché li avevo in precedenza visitati ambulatorialmente per la lombalgia. Grazie alla precedente conoscenza godevo della loro fiducia e questo mi ha sicuramente aiutato ad affrontare più serenamente l'esperienza e a creare un miglior rapport.

La prima seduta l'ho affrontata con una grande ansia da prestazione che si è però lentamente ridotta durante la sessione trasformandosi in un profondo stato di benessere. La mia tranquillità interiore si è creata insieme a quella dei partecipanti al gruppo. Mentre mi accorgevo che il loro rilassamento aumentava cresceva anche il mio e probabilmente anche al contrario. Dopo la prima volta le sedute successive non sono più state fonte di stress, anzi sono state un momento atteso e vissuto con pienezza e serenità. Il gruppo, indipendentemente dalle scale di valutazione ed escluso qualche paziente, mi ha ringraziato con sincero interesse dopo ogni seduta ed è stato visibilmente dispiaciuto alla fine dello studio. Alcuni pazienti mi hanno confessato che essere "obbligati" all'autoipnosi giornaliera, gli aveva fatto prendere coscienza dell'importanza di crearsi un proprio spazio e prendersi il proprio tempo in maniera costante all'interno della frenetica e stressante vita moderna. Riteniamo l'ipnosi di gruppo una tecnica da poter affiancare efficacemente all'attività fisica per prolungarne gli effetti benefici a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

1. Spitzer WO, LeBlanc E, Dupuis M et al " Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. A monograph for clinicians" Report to Quebec Task Force on spinal disorders. Spine. 1987;12:S1-S59.
2. Deyo RA " Il mal di schiena" Le scienze1998;363:101-6.
3. Donchin M, Woolf O, Kaplan L et al " Secondary prevention of low back pain. A Clinical trial" Spine 1990;15(12): 1317-20.
4. Bigos S et al "Acute low back pain problems in adults. Clinical practice guideline" Quick reference guide number: US Department of health and human services, Public health service, agency for health care policy and research, AHCPR Pub. 95-0643. December 1994.
5. Daltroy LH, Iversen MD, Larson MG et al " A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries. New Engl J of Med 1997, 31:322-8.
6. Borestein DJ "Low back pain in practical rheumatology" Times minor International Limited 1995
7. Linton SJ " A review of psychological risk factors in back and neck pain" Spine 2000;25(9): 1148-56.
8. Goldberg MS, Soatt SC, Mayo NE " A review of association between cigarette smoking and development of nonspecific back pain and related outcomes" Spine 2000; 25(8):995-1014
9. Pope MH " Risk indicators in low back pain" Ann Med 1989; 21:387
10. Giovannoni S, Minozzi S, Negrini S " percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena. Pacini Editore 2006.
11. Boos N, Semmer N, Elfering A et al" Natural History of individuals with asymptomatic disc abnormalities in magnetic resonance imaging. Predictor of low back pain related medical consultation and work incapacity. Spine 2000;25 (12):1484-92
12. Granone F. "trattato di ipnosi" vol. 1-2. Utet. Ristampa 2009.
13. Bavister S, Vickers A. "PNL essenziale" Alessio Roberti editore 2013.
14. Strickland JC, Smith MA "The anxiolytic effects of resistance exercise". Front Psychol. 2014 Jul 10;5:753. Review

15. Zhang X, Ni X, Chen P. "Study About the Effects of Different Fitness Sports on Cognitive Function and Emotion of the Aged". *Cell Biochem Biophys*. 2014 Jul 5.
16. Minor MA, Hewett JE, Webel RR, Anderson SK, Kay DR "Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis". *Arthritis Rheum*. 1989 Nov;32 (11):1396-405
17. Waddell G. "The back pain revolution", Ravizza, 2000.
18. Spinhoven P et al "Education and self-hypnosis in the management of low back pain: a component analysis" *J. Clin. Psychol* 1989 May; 28 (Pt 2): 145-53.
19. Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Fukui T, Smith D, Williams W "A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain" . *Eur J Pain*. 2014 Jun 17.
20. Tan G, Fukui T, Jensen MP, Thornby J, Waldman KL."Hypnosis treatment for chronic low back pain". *Int J Clin Exp Hypn*. 2010 Jan;58(1):53-68.
21. Morone NE, Greco CM. "Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review". *Pain Med*. 2007 May-Jun;8(4):359-75. Review.
22. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. "Hypnotherapy for the management of chronic pain". *Int J Clin Exp Hypn*. 2007 Jul;55(3):275-87. Review.