

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2016

**IPNOSI E AUTOIPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE CRONICO
FIBROMIALGICO**

Candidato

LORENZO TAURISANO

Relatore

PROF. ENRICO FACCO

ABSTRACT

SCOPO: il dolore cronico affligge la maggior parte dei pazienti fibromialgici e diventa un problema nel momento in cui i malati non sanno controllarlo e gestirlo.

Nasce dunque la necessità d'indagare tra le terapie non farmacologiche e tra queste troviamo l'ipnosi che ha la possibilità di dare sollievo e benefici ai pazienti. Lo scopo di questa tesi è di indagare possibili ambiti di ricerca, far emergere quella presente e dare spazio a questa pratica così poco sviluppata quanto utile.

MATERIALI E METODI: questa revisione della letteratura effettuata su PubMed e PsycInfo e evidenziato studi sistematiche basati su pazienti adulti affetti da FM, tutti accomunati da dolore cronico.

Gli studi mostrano che l'ipnosi è efficace per ridurre il dolore cronico, anche se i risultati variano tra gli individui.

Mostrano anche che i trattamenti ipnotici hanno una serie di effetti positivi che vanno oltre il dolore e hanno il potenziale d'aumentare il benessere dei pazienti.

Gli studi realizzati sono concordanti tra loro nel riferire l'utilità dell'ipnosi in ambito della malattia fibromialgica con le limitazioni d'aver piccoli campioni di studio e poche standardizzazioni e confronti.

I dati riportati da questi studi possono avere importanti implicazioni per il modo in cui i pazienti hanno reagito alle terapie ipnotiche e possono aiutare traendo il massimo beneficio dall'ipnosi con trattamenti che includono componenti ipnotiche e formazioni all'autoipnosi.

INTRODUZIONE

Descriveremo eziologia, diagnosi, terapie, storia della malattia, sintomi per riconoscerla, l'educazione del paziente, il programma terapeutico di base farmacologico e riabilitativo di supporto, la programmazione di un'attività fisica moderata ma continua.

Le modificazioni delle abitudini di vita che potrebbero determinare e/o perpetuare la sintomatologia fibromialgica, e la cosa più importante e debilitante il dolore cronico che affligge questi malati.

Parleremo d'ipnologia ipnosi autoipnosi che saranno confrontate con altre tecniche psicologiche che aiutano efficacemente il controllo del dolore.

CAPITOLO 1

1.1 EZIOLOGIA DELLA SINDROME FIBROMIALGICA

La patogenesi della FM resta senza dubbio l'argomento più controverso e sul quale sono state spese più parole, paradossalmente non perché ci siano pochi dati a disposizione, ma piuttosto perché ce ne sono troppi.

Infatti, da quando sono stati introdotti i criteri diagnostici ACR, si sono moltiplicati gli studi su gruppi omogenei di pazienti con lo scopo di determinare i meccanismi eziopatogenetici alla base della FM.

Sono così emersi numerosi dati di tipo anatomopatologico neurochimico, e endocrinologico a volte addirittura contrastanti tra loro e comunque non definitivi, nel senso che nessun rilievo è stato in grado di offrire una ipotesi eziopatogenetica completa ed esauriente della FM. La fibromialgia non è una malattia a origine "periferica", poiché non sono mai state dimostrate alterazioni muscolari o tendinee significative.

Nella quasi totalità dei casi dall'esordio della FM può essere individuato un evento scatenante: trauma fisico o psichico, malattia febbrile spesso ad eziologia virale (in particolare da EBV), altro evento stressante (es. intervento chirurgico). Anche quando tal evento apparentemente non si è verificato, un'attenta indagine riesce a documentare un trauma psichico recente che si può dimostrare correlato all'insorgenza della FM.

Esiste certamente una familiarità per FM. Anche se non sono noti i precisi meccanismi di trasmissione; alcuni lavori hanno documentato la maggiore prevalenza di alcuni alleli del sistema HLA.

La FM non è una malattia psicosomatica: numerosi lavori hanno dimostrato che i tratti psicopatologici dei pazienti fibromialgici sono del tutto sovrapponibili a

quelli di pazienti con altre patologie caratterizzate da dolore cronico (es. artrite reumatoide) e sono quindi da considerare reattivi alla malattia di base.

1.2 CARATTERISTICHE DELLA FM

Una delle caratteristiche della FM è l'iperattività simpatica che si traduce in particolare in alterazioni della microcircolazione periferica e centrale; alterata distribuzione dei capillari a livello del tessuto muscolare con ipervascolarizzazione dei tender points, fenomeno di Raynaud, alterazioni del flusso cerebrale con diminuzione del flusso in particolari aree cerebrali (nucleo caudato e talamo) responsabili della trasmissione e della modulazione del dolore.

Ciò rende ragione della caratteristica fondamentale della FM e cioè dell'iperalgia, poiché il malfunzionamento di queste aree cerebrali porta a un'errata interpretazione degli stimoli dolorosi.

1.3 ALTERAZIONI DELLA FM

Nella FM sono state dimostrate e più volte confermate alterazioni di numerosi neurotrasmettitori, a riprova della ragione "centrale" della FM; ridotta concentrazione di serotonina e 5-idrossi-triptofano nel liquor e nel plasma, ridotta produzione di melatonina, aumento di oltre 3 volte delle concentrazioni di sostanza P. nel liquor.

Tutti questi neurotrasmettitori sono coinvolti nella modulazione del dolore e nella regolazione del sonno.

Tutti i farmaci che hanno dimostrato di essere efficaci nella FM agiscono a livello del sistema nervoso centrale.

Basandosi su questi “fatti” si può quindi immaginare che in un soggetto predisposto (che verosimilmente ha ereditato un sistema neurovegetativo sbilanciato verso un’iperattività simpatica forse per un deficit metabolico del sistema serotoninergico) agisca un fattore in grado di slatentizzare la FM.

1.4 CAPACITA’ SCATENANTE COMUNE DI QUESTI FATTORI

Tutti i fattori descritti hanno in comune probabilmente la capacità di agire a livello midollare o celebrale: per esempio è stato dimostrato che un trauma cervicale (colpo di frusta) è in grado di scatenare la FM molto più frequentemente di un trauma lombare.

Si realizza quindi una redistribuzione del flusso celebrale con ischemia relativa di alcune aree deputate al controllo delle vie del dolore con progressivo peggioramento nel tempo della sintomatologia.

E’ probabile che alcune delle alterazioni dei neurotrasmettitori documentate siano l’effetto di questi meccanismi piuttosto che la causa.

Le manifestazioni muscolari della malattia (rigidità, dolore, tender points) derivano verosimilmente da una sregolazione delle vie simpatiche midollari, secondaria alle alterazioni centrali, che controllano la vascolarizzazione e la contrazione muscolare.

Tali meccanismi sono poi potenziati e mantenuti da numerosi eventi collaterali, tutti orientati verso un mantenimento dello squilibrio neurovegetativo, che complicano lo scenario patogenetico (variazioni climatiche, alterazioni ormonali, ecc.) probabilmente in alcuni pazienti resta comunque fondamentale il meccanismo serotoninergico, mentre in altri, nel tempo, possono prevedere altri meccanismi.

Importante è comunque sottolineare come queste alterazioni siano potenzialmente correggibili e reversibili.

Lo dimostra il fatto che in corso di infezione da EBV sono state descritte delle classiche FM completamente regredite con la guarigione della malattia virale e che la terapia di rilassamento, verosimilmente in grado di modificare la distribuzione del flusso cerebrale, può portare a completa regressione della FM.

Proprio la risposta alla terapia di rilassamento e ai farmaci SSRI fa ritenere che il deficit predominante nella FM sia quello delle vie serotoninergiche in grado di modulare le attività neurovegetative e che tale deficit sia correlato alla distribuzione del flusso cerebrale.

Un insieme di regioni cerebrali funzionano di concerto per mediare l'esperienza dolorifica: queste includono la corteccia anteriore cingolata (sede di valutazione dei pericoli dell'ambiente), L' insula (area attiva durante l'elaborazione delle emozioni), le regioni prefrontali (sede dei processi attentivi e di pianificazione) e le corteccie somatosensoriali (principali centri di elaborazione degli stimoli tattili e dolorifici). Un'attivazione abnorme all'interno di questo "network" potrebbe essere la causa principale nella genesi della fibromialgia (1).

CAPITOLO 2

2.1 LA DIAGNOSI FIBROMIALGICA

La fibromialgia è una sindrome da sensibilizzazione centrale caratterizzata dalla disfunzione dei neurocircuiti preposti alla percezione, trasmissione e processazione delle afferenze nocicettive, con prevalente estrinsecazione del dolore a livello dell'apparato muscolo-scheletrico.

È una condizione dolorosa cronica ad eziologia sconosciuta caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso e da sintomi extrascheletrici a carico di numerosi organi ed apparati.

Oltre al dolore muscolo-scheletrico diffuso, i pazienti lamentano numerosi sintomi costituzionali, variamente embricati, i più frequenti dei quali sono disturbi del sonno, l'astenia, la sindrome del colon irritabile e vari problemi neuropsicologici tra cui l'ansia, la depressione e le disfunzioni cognitive.

Essa colpisce approssimativamente circa 1,5-2 milioni di persone in Italia soprattutto donne con un rapporto di 9:1 rispetto agli uomini; può colpire non di rado adolescenti e bambini (1-3).

La diagnosi può essere formulata sia con vecchi criteri classificativi del 1990, che richiedono la presenza di dolore muscolo-scheletrico diffuso da almeno 3 mesi e la positività almeno 11 trigger points sui 18 previsti, sia con i più recenti criteri diagnostici formulati dall'ACR nel 2010, in cui, oltre al dolore cronico diffuso viene attribuita maggiore importanza ai sintomi extra-scheletrici. (1)

2.2 SINTOMI DELLA FM

Molte malattie, non solo reumatiche si possono manifestare con sintomi del tutto sovrapponibili a quelli della fibromialgia per cui è necessario, prima di porre diagnosi escludere la presenza di patologie diverse.

Non esistono esami specifici per la FM. Le indagini richieste dal medico servono unicamente per escludere altre malattie, non per confermare la diagnosi di FM. (1-2-3)

2.3 STORIA DELLA FIBROMIALGIA

Dal 1843 al 2010 l'identificazione e la classificazione della FM attraverso vari studiosi della materia ha continuato ad essere sempre più specifica, dalla definizione di Froriep (4) di "callosità muscolari" alla definitiva di YUNUS del 1981 di "sindrome fibromialgica" (5).

NUOVI CRITERI DIAGNOSTICI (ACR 2010)

Oggi un paziente soddisfa i nuovi criteri diagnostici per la FM se risponde alle seguenti tre condizioni:

1. Indice di dolore diffuso $WPI > 0 = 7$ e punteggio scala severità sintomi $SS > 0 = 5$ oppure $WPI 3-6$ e $SS > 0 = 9$
2. Sintomi presenti con la stessa intensità da almeno 3 mesi
3. Il paziente non ha una patologia diversa che potrebbe spiegare il dolore.

Valutazione WPI = comprensiva di 19 distretti corporei (somma del numero delle aree nelle quali il paziente ha avuto dolore nell'ultima settimana)

Valutazione SS = astenia, svegliarsi non riposati, disturbi cognitivi (indicare per ognuno dei tre sintomi grado di gravità da 0 a 3); sintomi somatici

(indicare da 0 a 4 a seconda della quantità) (1-2).

PUNTI DI RIFERIMENTO SOMATICI PER LA POSSIBILE DIAGNOSI DI FM

- A. OCCIPITE: bilaterale, dell'inserzione del muscolo sub-occipitale
- B. CERVICALE: bilaterale, superficie anteriore dei legamenti intertrasversari C-5 C-7
- C. TRAPEZIO: bilaterale, al punto medio del bordo superiore
- D. SOVRASPINATO: bilaterale, all'origine del muscolo sovraspinato al di sopra della spina della scapolare, in prossimità del bordo mediale della scapola
- E. SECONDA COSTA: bilaterale, a livello della seconda articolazione costo-condrale
- F. EPICONDILO-LATERALE: bilaterale 2cm distalmente all'epicondilo
- G. GLUTEO: bilaterale, sul quadrante supero-esterno del grande gluteo
- H. GRANDE TROCANTERE: bilaterale, posteriormente alla prominza trocantiera
- I. GINOCCHIO: bilaterale, a livello del cuscinetto adiposo mediale, prossimalmente all'interlinea articolare.

2.4 TERAPIE DELLA FM

Vi sono diverse terapie farmacologiche, e fisiatriche, psicologiche, ipnologiche, ipnotiche e autoipnosi, tutte complementari tra loro per arrivare al sollievo atteso dal paziente.

La farmacologica deve essere gestita con molta attenzione conoscendo a fondo i meccanismi d'azione dei farmaci gli effetti collaterali come titolarli (ossia da che dosaggio partire come incrementarlo e come in seguito diminuirlo) con la possibilità di più associazioni di farmaci e quali risultati attendersi (5).

L'esercizio fisico a basso impatto come il Tai Chi, lo Yoga e l'attività fisica aerobica sono fortemente raccomandati ai pazienti fibromialgici che tuttavia essendo astenici, per paura della riacutizzazione del dolore, tendono evitare. Sta al medico stilare un programma specifico e mirato in base alle caratteristiche del singolo paziente con la frequenza, la modalità esecutiva e l'intensità degli esercizi da effettuare (6-7).

Vi è l'approccio multidisciplinare che consiste nel trattamento cognitivo comportamentale (CBT) come base per parecchi programmi del trattamento del dolore, dello stress e costituisce una forma di educazione più complessa del paziente. Questi interventi richiedono la collaborazione attiva del paziente e comprendono monitorare i propri pensieri, sentimenti, sintomi ambiente sociale con tecniche di risoluzione dei problemi e tecniche di rilassamento.

Ristrutturazione cognitiva il tutto seguito da un trattamento multidisciplinare che si avvalga della collaborazione di reumatologi, anestesisti, psicologi, e terapisti della riabilitazione.

CAPITOLO 3

3.1 EVOLUZIONE CONCETTO DI IPNOSI

L'ipnologia e l'ipnosi accettate dalla medicina dell'evidenza per le numerose prove che dimostrano, più al pari di altre tecniche psicologiche, un'efficacia nel controllo del dolore. Di fatto però, sono rilette dalla maggior parte degli operatori della sanità al confine tra la magia, il buffo e comunque il non praticabile. In questo settore è fondamentale una particolare apertura mentale. Questo diventa imprescindibile quando osserviamo l'uso distorto e abusivo di una medicina che sembra richiedere scarse risorse materiali e contemporaneamente appaga il senso narcisistico di potere sul prossimo.

Scismi tassonomici determinati da esigenze specifiche (come la preparazione dei manager, educazione alla vendita) e non concettuali, hanno reso più confuso il panorama. Il termine stesso di "ipnosi" (da sonno) non da certamente ragione alla complessa fenomenologia che sottende questa condizione. Tuttavia, almeno per ora "ipnosi" è il termine di riferimento per indicare sia una condizione alterata di coscienza, dalla quale ci aspettiamo scaturiscano utili cambiamenti psicologici, neuroendocrini, metabolici e in generale biologici, sia una condizione relazionale particolare all'interno della quale questi cambiamenti possono compiersi in sicurezza.

3.2 SINTESI STORICA DELL'IPNOSI

I primi esempi d'induzione ipnotica con danze, canti e cerimonie collettive, sono rintracciabili in Cina dal 1700 a.C. e successivamente riscontrabili con diverse denominazioni e utilizzi in numerose civiltà ad ogni latitudine e longitudine. La fase "scientifica" si considera aperta con Anton Mesmer (1734-1815), il quale orienta l'interpretazione dei fenomeni osservati in modo naturalistico

(magnetismo). In questo periodo si formarono due gruppi di correnti (magnetizzatori e gli animisti), i primi sostenitori di un fluido magnetico, gli altri di una forza vitale spirituale. Puysegur (1751-1825) evidenzia l'importanza del delicato rapporto che si instaura con la magnetizzazione identificando lo stato empatico con il paziente ponendo al centro il soggetto. L'Abate Farina (1775 -1919) definisce l'ipnosi un "sonno lucido" e identifica una particolare "impressionabilità Psicica" individuale.

James Braid (1795-1860) è il primo ad utilizzare il termine "ipnotici" per identificare i diversi fenomeni, apparentemente simili al sonno, che si verificano nei soggetti magnetizzati, sostiene che la spiegazione del fenomeno e da ricercarsi all'interno del cervello, senza l'intervento di forze esterne.

J.M. CHARCOT (1825-1893) introduce l'ipnosi a livello accademico, portando nel 1882 all'attenzione dell'accademia delle scienze di Parigi le sue ricerche su l'ipnotismo nella cura dell'isteria .

Per Pavlov (8) (1849-1936) l'ipnosi rappresenta un processo d'inibizione corticale diffusa associato ad un'area d'eccitabilità e la parola in ipnosi è il "segnale del segnale".

Milton ed Erickson (1901-1980) aprono infine quella che sarà la strategia ipnotica moderna, Bateson, Rossi, Araoz, Bandler, Grinder, Jay, Haley, Watzlawick, ed altri individuarono all'interno delle modalità comunicative di Erickson un modello di riferimento che sarà definito come "nuova ipnosi". La psicoterapia Ericksoniana è ancora in pieno sviluppo con importanti contributi (JAY, HALEY, BRUNNER, ed altri (9). Altri autori, quali R.Bandler e J. Grinder (10) coniano invece il termine di programmazione neurolinguistica che sebbene di derivazione Ericksoniana presenta obiettivi diversi.

3.3 CONCETTO ATTUALE DI IPNOSI

È ormai accettato che l'ipnosi è una condizione psicosomatica in cui esiste uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia e da tutte le fasi del sonno.

Può presentare alcune affinità con stati meditativi, in particolare per l'attenzione focalizzata, il pensiero dominato dal processo primario della ricettività dell'io

(Fromm 1977-79).

Questo stato psicofisico è dinamico ed è caratterizzato dalla prevalenza di funzioni immagino –emotive rispetto quelle critico-intellettive, e dalla presenza di una parziale dissociazione psichica e da fenomeni ideoplastici in particolare ai livelli più profondi.

Le teorie attuali sul meccanismo dell'ipnosi implicano un transfert e controtransfert positivo, uno stato empatico e una sincronia interattiva fra ipnologo e soggetto. È quindi enfatizzato il ruolo della relazione tra l'ipnotista e l'ipnotizzato, non solo nel successo dell'induzione ipnotica, ma anche nello sviluppo della fenomenologia caratteristica e come fattore essenziale del fenomeno stesso. L'ipnosi è considerata una particolare forma d'interazione umana in una persona reale o immaginaria.

La relazione è un contenitore dove si svolge qualsiasi atto professionale, in cui coesistono aspetti affettivi / emozionali ed elementi cognitivi (11).

In tempi recenti sono stati sviluppati disegni sperimentali raffinati per identificare un correlato neurofisiologico dello stato di coscienza "ipnotico" o di trance (12) , e sono stati proposti diversi modelli speculativi (13), ma persiste notevole difficoltà ad ottenere elementi che evidenziano univocamente questo

Stato come caratteristico e specifico della condizione di trance.

Il paradigma maggiormente accreditato è quello dell'asimmetria funzionale degli emisferi cerebrali (14).

Sintetizzando le specializzazioni emisferiche, si possono individuare le seguenti caratteristiche per l'emisfero "dominante" (sinistro nel destrimane e in buona parte dei mancini) maggiore abilità per i compiti analitico verbali analitico spaziali temporali, aritmetici, ideazionali, maggiore competenza a cogliere gli aspetti rilevanti degli stimoli elaborando l'informazione in modo sequenziale, attraverso l'analisi delle singole parti.

Utilizzando un termine informatico, possiamo definire la modalità di elaborazione come digitale. Essa risulta infatti estremamente efficiente per operazioni matematiche, linguistiche e per la formulazione di concetti astratti.

Lo stile cognitivo di quest'emisfero coincide con cosiddetti "processi secondari" della psicoanalisi. Esiste inoltre un collegamento con lo stato di coscienza ordinario e una maggiore performance per le emozioni positive. L'emisfero "non dominante" (destro nel destrimane) sembra specializzato per compiti visuo-spaziali, musicali, geometrici, sintetici spaziali e temporali.

Lo stile cognitivo è in grado di integrare diversi stimoli simultaneamente con un comportamento analogico- sintetico, quasi non verbale, olistico, molto efficace per le attività visivo-spaziali, la coordinazione motoria nello spazio, la comprensione della tonalità musicale.

Il suo stile cognitivo coincide con i "processi primari" della psicoanalisi.

Non esiste un collegamento con lo stato di coscienza ordinario, la performance è maggiore per le emozioni negative e per quelle attività che richiedono una percezione simultanea del tutto (percezione olistica), per la creatività artistica e scientifica, quindi per le intuizioni. Esistono evidenti analogie fra la fenomenologia della trance ipnotica e le funzioni dell'emisfero destro già sottolineate da Erickson e Rossi (15) in contrapposizione allo stato di veglia,

nello stato di trance si svilupperebbe una prevalenza emisferica destra (del destrimane).

CAPITOLO 4

4.1 STUDI ELETTROENCEFOLOGRAFICI DI SOGGETTI IN IPNOSI

Lo studio elettroencefalografico di soggetti in ipnosi comparato con quelli in stato di veglia ha permesso di identificare e comprendere alcuni meccanismi neurofisiologici sottesi allo stato ipnotico (16).

Gran parte degli studi hanno focalizzato l'attenzione su una particolare onda dell'EEG; il ritmo alfa. Questo ritmo (8.12 Hz), presenta un comportamento paradossale, poiché tende a scomparire e desincronizzarsi nel soggetto vegliante ad occhi aperti, intento in attività cognitive, ma anche, all'estremo opposto nel soggetto rilassato mentre tende a diventare più sonnolento.

Un'elevata attività di fondo alfa è stata invece, riscontrata nei soggetti in condizioni di particolare rilassamento e in alcune forme di meditazione.

Perciò almeno storicamente questo ritmo è associato ad una condizione di relativa inattività del sistema nervoso.

Attraverso analisi spettrale di frequenza dell'EEG, è stato evidenziato (17) che nello stato di riposo vigile, la maggior parte dei soggetti destrimani presenta una maggior quantità di ritmo alfa nell'emisfero sinistro.

In condizioni di trance ipnotica almeno nei soggetti ipnotizzabili, si ha un'inversione del profilo spettrale del ritmo alfa con una sua predominanza dell'emisfero sinistro. Con l'assunto che l'attività alfa sia inversamente proporzionale all'attivazione funzionale dell'emisfero, si può concludere che durante la condizione ipnotica si assiste ad una riduzione relativa dell'attività funzionale emisferica sinistra e ad una prevalenza emisferica destra.

Altri autori non hanno confermato questi risultati tuttavia è stata evidenziata in ipnosi, a differenza di quanto si osserva allo stato di veglia, un'attività EEGgrafica apparentemente non congrua con il compito richiesto (ad es.

matematico o visuo-spaziale). Quest'incongruenza è attribuita all'azione inibitoria in ipnosi, di strutture sottocorticali diencefaliche sull'attivazione corticale compito specifica.

4.2 STUDI ELETTROFISIOLOGICI NEI FENOMENI IPNOTICI

Studi elettrofisiologici hanno identificato due aree nel sistema nervoso implicate nei fenomeni ipnotici, queste aree appartenenti al sistema limbico sono l'ippocampo, che sembra responsabile del mantenimento della condizione ipnotica e l'amigdala che sembra svolgere un ruolo primario nei meccanismi di risveglio dall'ipnosi. Lo stato ipnotico sarebbe mediato dall'attività combinata di queste due strutture, attraverso un'inibizione funzionale dell'amigdala. Questa è responsabile del senso di calma, dell'ipoattività e dell'insensibilità all'ambiente e un'attivazione funzionale delle strutture ippocampali.

L'analisi dei potenziali evocati corticali somatosensoriali non ha rilevato significative differenze nella latenza e nell'ampiezza delle componenti nelle condizioni di trance e di veglia.

Una diminuzione d'ampiezza della componente lenta è stata riferita in un esperimento di ipnoanalgesia. Per quanto riguarda i potenziali evocati corticali visivi, auditivi e olfattori esistono risultati contraddittori.

Per confermare il paradigma dell'emisfericità destra sono state sviluppate altre metodiche come l'ascolto dicotico, che hanno permesso di accumulare una notevole evidenza empirica.

4.3 IPNOTERAPIA E IPNOSITERAPIA

L'ipnoterapia e l'ipnositerapia, implica un intervento preciso, da parte del terapeuta o per opera del paziente stesso; in quest'ultimo caso si parla di autoipnosi.

L'ipnositerapia, che rappresenta l'utilizzo a scopo medico delle potenzialità intrinseche del soggetto che si rendono disponibili pienamente in questo stato psicosomatico, è una scienza basata sulle correlazioni dimostrate fra mente e corpo.

L'ipnoterapia può rivestire nella prevenzione o nella cura del disturbo o della malattia un ruolo importante anche attraverso un'azione a più livelli (18).

CAPITOLO 5

5.1 L'IPNOTERAPIA DEL DOLORE CRONICO IN FIBROMIALGIA

Il dolore è un'esperienza fondamentale nella vita di ogni essere vivente. È un grande segnale d'allarme che permette di evitare situazioni nocive e potenzialmente fatali. Negli esseri umani l'evoluzione celebrale ha permesso di collegare questo primordiale segnale con diverse sensazioni, rendendolo un evento estremamente complesso e composito.

Ecco dunque che possiamo aspettarci il dolore del dentista e quindi anticiparlo (aumentandone gli effetti) o ancora possiamo tornare a casa dopo una giornata di lavoro e trasformare lo stress accumulato in una pesante cefalea di tipo tensivo.

Più spesso ancora un malore fisico è accompagnato da una sensazione di depressione per la condizione dolorosa stessa o di ansia dovuta all'idea che questa condizione possa perdurare.

La fibromialgia è un esempio di patologia, dove sono colpite le fasce muscolari (da qui il prefisso "fibro" per indicare i tessuti fibrosi) causando uno stato di continua tensione che porta ad una sensazione dolorifica diffusa (mialgia significa di infatti dolore muscolare).

Questo dolore è accompagnato spesso da sensazione di gonfiore e rigidità continue, dovute ai muscoli continuamente tesi. Tale tensione porta a un continuo affaticamento e rende difficile un adeguato riposo.

Un insieme di regioni cerebrali funzionano di concerto per mediare l'esperienza dolorifica: queste includono la corteccia anteriore cingolata (sede dei processi attentivi e di pianificazione) e le cortecce somatosensoriali (principali centri di elaborazione degli stimoli tattici e dolorifici). Un'attivazione abnorme all'interno di questo "network" potrebbe essere la causa principale nella genesi della fibromialgia (19).

5.2 IPNOSI E GESTIONE DEL DOLORE FIBROMIALGICO

Ormai l'ipnosi può essere considerata un utile strumento per la gestione di questo tipo di dolore. In un recente studio (20) si è confrontato l'effetto di ipnosi e rilassamento in 42 soggetti affetti da fibromialgia .

I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi sperimentali: un gruppo era sottoposto ad ipnosi e suggestioni di rilassamento (I+R) , un secondo gruppo veniva sottoposto a ipnosi e suggestioni analgesiche, (I+A), un terzo riceveva solamente un training di rilassamento (R).

Il dolore era misurato prima e dopo il trattamento, tramite la somministrazione di una scala analogica (VAS: visual analogical scale) che rappresentava ai due estremi le condizioni di assenza di dolore e massimo dolore percepibile.

In tutti i gruppi si è verificata una riduzione del dolore e massimo dolore percepibile . in tutti i gruppi si è verificata una riduzione del dolore, che tuttavia è risultata significativamente migliore in soggetti del gruppo I+A dimostrando come le suggestioni di analgesia siano più efficaci rispetto alle suggestioni di rilassamento (I+R) o solo rilassamento(R).

In un secondo studio (21) si sono indagate, tramite risonanza magnetica funzionale (fMRI), le aree cerebrali attive in seguito a suggestioni ipnotiche date a soggetti affetti da fibromialgia.

La riduzione del dolore dovuta alle suggestioni di analgesia era correlata all'attivazione di diverse aree tra cui cervelletto, talamo, corteccia cingolata, corteccia sensoriale primaria e secondaria, insula e corteccia prefrontale.

Inoltre ad una maggiore attivazione di questo complesso circuito cerebrale corrispondeva una più efficace analgesia.

Queste scoperte indicano che le suggestioni ipnotiche inerenti l'analgesia possono avere un effetto di attenuazione dell'intensità del dolore anche in soggetti affetti da fibromialgia .

Sovente, si ricorre alla medicina cosiddetta "alternativa" soltanto quando il ricorso ai farmaci non è più esaustivo nel contenimento del dolore. Gli studi riportati (insieme a molti altri non citati in queste poche battute) portano invece l'attenzione sull'utilità dell'ipnosi in questo tipo di patologie e sull'importanza dello studio di queste metodologie, all'interno di programmi per il trattamento di pazienti con dolore cronico.

5.3 SOSTITUZIONE DELLE STRUTTURE DI RIFERIMENTO PER L'ANESTESIAANALGESIA

Dice Erickson: Quando voglio che un paziente sviluppi un'analgesia, è molto probabile che io non menzioni questa faccenda dell'analgesia. Sono estremamente disposto a lasciare che il paziente mi parli a fondo del suo dolore fino a quando non vedo dall'espressione del suo viso che lui pensa che io abbia capito. Non sono contrario a dire qualcosa, poche cose che facciano pensare al paziente che ho capito veramente. E quindi è molto probabile che gli ponga qualche domanda che lo allontani da questa faccenda del dolore: "Dove sei stato l'estate scorsa?". Il paziente può restare abbastanza sorpreso da questa domanda sull'estate precedente. L'estate precedente non aveva avuto questo dolore. Possiamo inoltrarci nell'argomento dei piaceri, delle gioie, delle soddisfazioni dell'estate precedente. Mettiamo in rilievo il rilassamento, il benessere fisico, le gioie e le soddisfazioni e facciamo notare al paziente come sia piacevole continuare a ricordare le gioie e le soddisfazioni dell'estate precedente, il benessere fisico dell'estate precedente. Quando mi sembra che il paziente si sia innervosito appena un po', gli ricordo di quando stava remando sulla barca e si fece quella vescica sulla mano. Gli faceva un po' male ma fortunatamente guarì. Non avevo esitato a nominare ferite o dolore o sofferenza, ma ciò era ben lontano dal dolore alla schiena del quale il paziente aveva cominciato a parlarmi. Avevo nominato il dolore dovuto a una vescica causata dall'aver remato l'estate scorsa, e non ero stato turbato da quell'espressione di disagio sul suo viso. Infatti nell'ipnosi il tuo compito è quello di guidare il pensiero e le associazioni di idee del paziente lungo canali terapeutici. Tu sai molto bene che puoi avere un punto del corpo dolorante e puoi andare avanti a vedere uno spettacolo emozionante e perderti nell'azione che avviene sullo schermo e dimenticare del tutto il dolore alla gamba o il dolore al braccio, dolore ai denti o in qualsiasi altro posto. Questo lo sai, allora perché non fare esattamente lo stesso tipo di cosa con il tuo paziente? Se stai trattando un paziente nel tuo studio e sei consapevole del fatto che ciò può causare dolore, puoi guidare il pensiero del tuo paziente in una zona molto remota dalla situazione dolorosa. Liberamente tratto da Milton H. Erickson & Ernest L. Rossi, Ipnoterapia, pag. 153, ed. Astrolabio.

CONCLUSIONI

L'ipnosi è utilizzata a livello mondiale per il trattamento del dolore operatorio e postoperatorio, per agevolare procedure diagnostiche o terapeutiche dolorose, in particolare nei bambini; per il dolore iatrogeno, il dolore da parto, il dolore odontoiatrico, il dolore da ustioni (con riconoscimento della FDA americana), per il dolore cronico non oncologico ad es. lombalgia, fibromialgia, sindrome dell'arto fantasma, cefalee croniche primarie; per il dolore oncologico i disturbi associati, dove il ricorso precoce sembra utile anche al controllo dell'evoluzione della malattia.

Sono passati dieci anni da quando nel 1994 l'Associazione Internazionale per lo studio del dolore definisce il dolore come "esperienza ... mentale". Sempre lo stesso anno, la IV edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders introduceva all'interno dei disturbi somatiformi la categoria "Pain Disorders" dove la valutazione psicologica non serve a distinguere un dolore "organico" da uno "psicogeno" ma ad analizzare come i fattori psicologici interferiscano con l'espressione del dolore e l'effetto del dolore sul benessere del paziente.

Dovrebbe essere ormai superata definitivamente la dicotomia Shakesperiana fra dolore fisico e mentale.

Solo accettando questo, potremo sforzarci di modulare la nostra comunicazione con il paziente in termini "curativi".

BIBLIOGRAFIA

1. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol.* 2006;12:124-8.
2. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol.* 1999;26:1570-6.
3. Salaffi F, De Anfelis R, Grassi W. Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample: results of a regional community-based study. The MAPPING study. *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23:819-28.
4. Sarzi-Puttini P, Cazzola M. *La sindrome fibromialgica.* Milano, Edi. Ermes 2001.
5. Cazzola M. *La Sindrome Fibromialgica: una, nessuna, centomila.* Ricerca in Riabilitazione 1993;2:4-6.
6. Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM, et al. Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on healthcare seeking behaviour. *J Rheumatol.* 1999;26:413-9.
7. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, et al. Pain as a reason to visit the doctor; a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175-80.
8. Pavlov I. *I riflessi condizionati.* Ed. Boringhieri, Torino, 1966.
9. Haley J. *Terapie non comuni.* Ed. Astrolabio, Roma, 1976.

10. Bandler R, Grinder J. La ristrutturazione. La programmazione neuroloinguistica e la trasformazione di significato. Ed. Astrolabio, Roma, 1984.
11. Antonelli C. Ipnosi e Dolore (aspetti integrati). Ed. Laterza, Bari, 2003, 28-29.
12. De Benedittis G, Poggi Longostrevi G. Cerebral blood flow changes in hypnosis: a single photon emission computerized tomography (SPECT) study. 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. The Hague 1988, 28.
13. Arnold MB. Brain function in hypnosis. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1988; 36:89-95.
14. Pagano RR, Akots NJ, Wall TW. Hypnosis, Cerebral Laterality and Relaxation. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1988; 36:350-358.
15. Rossi EL. La psicobiologia della guarigione psicofisica. Ed. Astrolabio, Roma, 1989.
16. De Benedittis G. Meccanismi neurofisiologici e neuropsicologici dell'ipnosi. *Rivista Italiana d'Ipnosi Clinica e Sperimentale* 1987; 2: 23-29.
17. De Benedittis G, De Gonda F. Hemispheric specialization and the perception of pain: a task-related EEG power spectrum analysis in chronic pain patients. *Pain* 1985; 22: 375-384.
18. De Benedittis G, Sironi VA. Deep cerebral electrical activity in man during hypnosis. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1986; 34: 63-70.
19. Soldano L. Tra mente e corpo, come si costruisce la salute. 1° ed, Ed. Cortina, Milano, 2001.
20. Hilgard ER. Divided consciousness. Multiple controls in human thought and action. John Wiley and Sons Eds, New York, 1977.

21. Feldman JB. La neurobiologia del dolore, delle emozioni e dell'ipnosi. *Am J Clin Hypnosis* 2004; 46: 187-200.