

# L'approccio ipnotico nella gestione del dolore: casi clinici

Il dolore rappresenta un'esperienza soggettiva nella quale si intrecciano stati emozionali e fisici e proprio per questo può avere delle ricadute importanti sulla qualità di vita di una persona. Il presente lavoro si avvale della collaborazione tra la S.C. di Psicologia e la S.C. di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica – Ambulatorio di Terapia Antalgica del dolore cronico – dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli e si prefigge di valutare l'eventuale impatto di un intervento psicologico breve e mirato, costituito da una fase psico-educazionale e dall'approccio ipnotico, nel controllo del dolore e sul benessere psicologico di alcuni pazienti con differenti tipologie di dolore afferenti all'ambulatorio. In particolare, sono stati descritti alcuni casi clinici rappresentativi, in cui si è valutato l'effetto dell'intervento sulla qualità di vita, sulla gestione del dolore, sul sonno e sul disagio psicologico, in termini di stati ansiosi e depressivi derivanti dall'eventuale patologia organica in atto.

ALESSANDRA DI COLA, MASSIMO CIANFANELLI, PATRIZIA COLOMBARI

## Introduzione

Ognuno di noi, nel corso della propria vita, ha sperimentato una qualche forma di dolore e gran parte di essa è volta ad evitarlo. Dolore non è solo una sensazione fisica, un mal di testa, una ferita che brucia, una cicatrice che “tira” dopo un intervento o la cornice di un evento traumatico quale potrebbe essere una malattia; dolore può essere anche una ferita dell'anima derivante dalla perdita di una persona cara, dalla fine di una storia sentimentale che è stata importante o, semplicemente, il “dolore” di crescere e farsi carico di nuove responsabilità.

Il dolore, in ogni sua espressione, sottolinea la propria presenza: entra nel corpo, prende i colori delle emozioni, è presente nelle relazioni e investe la persona nel suo insieme e nelle sue dimensioni. Il dolore, quindi, rappresenta un'esperienza soggettiva nella quale si intrecciano stati emozionali e fisici e proprio per questo può avere delle ricadute importanti sulla qualità di vita della persona.

Il presente lavoro si avvale della collaborazione tra la S.C. Di Psicologia e la S.C. di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica – Ambulatorio di Terapia Antalgica del Dolore Cronico dell'Ospedale S. Andrea di Vercelli. Si è deciso di intraprendere questo lavoro nell'ambito della terapia del dolore spinti dalla “curiosità” di indagare ed inserire una strategia di intervento alternativa o co-adiuvante alla terapia farmacologica. L'obiettivo era infatti di indagare, con l'utilizzo dell'induzione ipnotica, un eventuale miglioramento nella gestione della sintomatologia algica e nella percezione di altri aspetti legati alla qualità di vita.

Se il dolore acuto è una sorta di allarme che ci avvisa che qualcosa non sta andando per il verso giusto e tutti gli riconoscono un ruolo indispensabile per la conservazione della salute, il dolore cronico è una sofferenza inutile e vana, diviene esso stesso malattia, portando con sé significati che fino ad ora erano nascosti, una malattia non tanto del corpo quanto dell'anima.

Come sostengono Ercolani e Pasquini (2007), il messaggio che il dolore cronico vuole comunicare non riguarda tanto il corpo, quanto un malessere che non si riesce a comunicare attraverso categorie psicologiche, verbali, facilmente riconoscibili ma, che si evidenzia attraverso il corpo il quale diviene visualizzatore di ansie, paure, rabbia e risentimenti mal riconosciuti ed elaborati, traumi rimossi e identità malfornate. Il corpo parla, dunque, un linguaggio difficile, che pur essendo nel corpo, vuole esprimere una difficoltà dell'essere nel mondo, con se stessi e nelle relazioni. Se ad un messaggio nel corpo rispondiamo con attenzioni rivolte solo al corpo, rischiamo di non cogliere quella richiesta di aiuto, spesso non consapevole, che viene comunque gridata dal corpo stesso.

## Il nostro lavoro: casi clinici

### Obiettivo

L'obiettivo era quello di valutare l'impatto che hanno i fattori emotivi sull'espressività della sintomatologia algica e, di conseguenza, di un intervento psicologico breve e mirato, costituito da una fase psico-educazionale e dall'approccio ipnotico, nel controllo del dolore e sul benessere psicologico di alcuni pazienti con differenti tipologie di dolore afferenti all'ambulatorio. In particolare, si è valutato l'effetto dell'intervento sulla qualità di vita, sulla gestione del dolore, sul sonno e sul disagio psicologico, in termini di stati ansiosi e depressivi derivanti dall'eventuale patologia organica in atto.

### Soggetti, strumenti e intervento

Sono stati reclutati, tramite colloquio individuale, pazienti di età compresa tra i 20 e i 60 anni con differenti tipologie di dolore afferenti all'Ambulatorio per la Terapia Antalgica del dolore cronico. Tra questi, sono stati scelti quattro casi rappresentativi. Prima di essere inserito nello studio, ogni paziente è stato incontrato individualmente dalla psicologa; le informazioni raccolte durante i colloqui individuali hanno permesso di escludere la presenza di precedenti psichiatriche e altri elementi che potevano interferire con il corretto svolgimento dell'induzione ipnotica.

All'inizio e al termine del ciclo di incontri è stata effettuata una valutazione psicodiagnostica. L'intervento si è svolto nell'arco di 5 incontri a cadenza settimanale della durata di 60 minuti circa, più un colloquio di follow up a distanza di un mese per verificare il mantenimento dei risultati.

La valutazione psicodiagnostica, allo scopo di verificare l'efficacia di questo tipo di intervento comprendeva, oltre il colloquio clinico, la somministrazione di una batteria testistica. Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti:

– HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS): breve questionario autosomministrato sviluppato per essere utilizzato in pazienti con patologia organica. I 14 items compongono due sottoscale che misurano ansia (7 items) e depressione (7 items). Il paziente è invitato a valutare la presenza del disagio psicologico durante la settimana corrente su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3). Il punteggio totale dunque varia da 0 (assenza di distress) a 42 (massimo

disagio). Si tratta di un test ampiamente utilizzato in ambito oncologico ed anche la versione italiana dello strumento ha buone caratteristiche psicometriche;

– VAS (Scala Visivo – Analogica, PJ Scott e EC Huskisson, 1976): consiste in un segmento lungo 10 cm, alle cui estremità si posiziona, a sinistra, l'assenza del sintomo e, a destra, la sua massima gravità; al paziente viene chiesto di collocare tra queste due estremità la gravità del sintomo. Il punteggio viene espresso dai millimetri che intercorrono tra lo 0 e il punto indicato dal paziente;

– QUID – Questionario Italiano del Dolore (De Benedittis e coll., 1994) che consiste in una lista di 42 aggettivi che il paziente deve scegliere tra quelli che meglio descrivono il suo dolore; □ – SF-36 (Short Form 36 Items Health Survey) questionario di autovalutazione multi-dimensionale, breve, di rapida e facile compilazione; tradotto in numerose lingue in quanto inserito nel progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment), tiene in considerazione il punto di vista del Paziente e il Suo "Io" interiore. Composto da una scheda contenente 36 domande che esplorano 8 aree, l'Attività fisica, il ruolo e la salute fisica, il Dolore fisico, la Salute in generale, la Vitalità, le Attività sociali, il Ruolo e lo stato emotivo, la Salute mentale ed il Cambiamento dello stato di salute. Più il punteggio è elevato più è indicativo del benessere della persona.

#### *Casi clinici*

Verrà descritta in dettaglio la storia di Rosa che è stata tra le prime pazienti con dolore cronico protratto nel tempo, ad essere sottoposta a questo intervento innovativo, la quale ci ha permesso di sperimentare l'approccio ipnotico ed ampliare la casistica trattata.

#### **Rosa – un caso di sindrome della "bocca urente"**

La signora Rosa accede all'Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore nella zona orale caratterizzato da bruciore intenso e dolore da sfioramento alla guancia destra. Rosa è una signora dall'aspetto sciupato verosimilmente a causa del profondo disagio che sta vivendo in questo periodo.

La collaborazione è buona. La signora si è da subito dimostrata disponibile al dialogo e ansiosa di poter raccontare quello che l'angosciava così tanto. □ Riferisce di non essere più in grado di svolgere le normali attività di sempre a causa del dolore e profondo fastidio alla bocca. Mentre racconta è piuttosto agitata e infastidita.

Attualmente riferisce di 'sentirsi strana', lamenta una stanchezza diffusa ("mi sento sfinita") e la incapacità di reagire ("non so più dove sbattere la testa"; cosa che la preoccupa molto in quanto si ritiene "una donna forte che ha sempre lottato di fronte alle difficoltà"); riporta inoltre inappetenza accompagnata da un forte senso di nausea e progressivo calo ponderale per l'impossibilità di alimentarsi correttamente; disturbi del sonno (in particolare difficoltà di addormentamento e di mantenimento del sonno) e irritabilità.

Mentre parla è visibilmente agitata, cambia spesso posizione sulla sedia, muove nervosamente le mani e talvolta è presente una certa labilità emotiva. □ Rosa ha 57 anni ed è figlia unica. È sposata da 25 anni con un uomo più grande di lei di due anni. Non ha figli.

Riferisce di avere un rapporto conflittuale con il marito, soprattutto in questo ultimo periodo, in quanto lo sente un po' distante e "poco accogliente" nelle sue richieste di aiuto. □ Attualmente non lavora.

Nell'ultimo periodo ritiene di aver avuto cambiamenti rilevanti soprattutto nella salute.

#### *Storia del dolore*

Il sintomo doloroso della signora Rosa è esordito nel 2002, in relazione temporale con un intervento odontoiatrico ed è andato peggiorando gradualmente. Successivamente, la paziente si è sottoposta ad una serie di accertamenti medici, tutti di esito negativo. La sintomatologia depressiva è esordita nel 2004, in concomitanza con alcuni problemi in ambito familiare. All'esordio dell'episodio depressivo si è verificata un'esacerbazione importante del sintomo algico alla cavità orale. Nel tempo, la paziente ha intrapreso numerose terapie con farmaci antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, neurolettici e farmaci antalgici, tutti senza beneficio. Giunge al nostro Ambulatorio nell'Aprile 2010 dopo diversi ricoveri, visite specialistiche e altrettanti vani tentativi di arginare tale sensazione di dolore.

La paziente, alla presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso, tipo intenso bruciore localizzato al cavo orale, in particolare all'arcata gengivale superiore con irradiazione al palato e alle labbra e un dolore da sfioramento alla guancia destra. Il bruciore era presente durante tutto l'arco della giornata e si esacerbava in corrispondenza di ansia e situazioni stressanti. Il tono dell'umore era volto al polo depressivo, con tendenza alla labilità emotiva (presente anche nei colloqui) ma senza idee anticonservative. Il pensiero era polarizzato sul sintomo algico. Erano inoltre presenti sensi di colpa nei confronti del marito. Sono emersi diminuzione dell'appetito e alterazione del ritmo sonno-veglia con insonnia all'addormentamento e di mantenimento. Il funzionamento psico-sociale ne risultava compromesso in maniera importante. Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Algico (Sindrome della bocca urente – stomatopiroso) e Depressione maggiore, episodio ricorrente (DSM- IV – Tr). □ La stomatopiroso o "sindrome della bocca urente" (burning mouth syndrome) contrariamente a quanto si possa pensare, è una malattia di frequente riscontro nella pratica clinica ma di difficile trattamento. La caratteristica principale dei pazienti che ne sono affetti è che soffrono di un bruciore orale diffuso in assenza di lesioni mucose. I sintomi vengono riferiti come bruciore o dolore di gravità variabile, che può essere associato a secchezza delle fauci e ad un'alterata sensibilità gustativa. Altre volte vengono riportate descrizioni bizzarre come "punture di spilli", "freddo tipo ghiaccio" e "carboni ardenti". Le funzioni sensoriali quali la termica e la tattile rimangono in genere inalterate. Il bruciore colpisce la lingua (specie il dorso e la punta), il palato, le labbra, le superfici mucose in rapporto con protesi mobili e più raramente il pavimento della bocca. Nella maggior parte dei casi il bruciore è generalizzato a tutta la mucosa orale. La sintomatologia può insorgere in maniera improvvisa o graduale. Il bruciore

talvolta è già presente al mattino e peggiora con il trascorrere delle ore, raggiungendo un'intensità massima nel tardo pomeriggio. I disturbi solitamente hanno un andamento continuo con temporanee remissioni in coincidenza dei pasti, del sonno o di attività che distolgono l'attenzione del paziente.

Da quanto risulta dagli studi, non esiste un trattamento specifico e risolutivo della stomatopirosi. Di volta in volta, per ogni singolo paziente, vanno individuati i fattori causali e quindi l'approccio terapeutico deve essere consequenziale. Anche la signora Rosa, fino ad ora, non ha mai avuto un trattamento che fosse risolutivo e non ha mai intrapreso un trattamento di tipo psicologico.

Già dai primi incontri ci siamo resi conto che informarla sulla natura dei suoi disturbi è stato fondamentale e, in particolare modo, è stato importante rassicurarla che il bruciore orale non era causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica. La nostra idea era di valutare l'efficacia di un intervento esclusivamente psicologico di prima scelta, ed eventualmente supportarlo, in un secondo momento, con una terapia farmacologica.

#### *Percorso terapeutico ed esito del trattamento*

Tenendo presente gli elementi sopra esposti, si è impostato un percorso terapeutico breve e mirato che lavorasse da un lato, sui sintomi di aumentata attivazione fisiologica (ad esempio, le difficoltà di addormentamento, i frequenti risvegli e lo stato di ipervigilanza ed esagerate risposte di allarme) fornendo alla paziente degli strumenti efficaci per meglio gestire tale attivazione fisiologica e per ridurre l'intensità del dolore percepito e dall'altro, sull'integrazione ed elaborazione cognitiva ed emotiva della situazione.

Nel corso delle prime sedute si è lavorato molto sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, necessaria per poter entrare maggiormente in contatto durante la fase di trance al fine di ottenere dei cambiamenti. È stato di fondamentale importanza, come primo passo, tranquillizzare la paziente e normalizzare la situazione facendole percepire la "base sicura" a cui poteva ancorarsi per fronteggiare il suo disagio. Importante, prima di poter avvicinare la paziente all'ipnosi, è stato infatti l'intervento di psico-educazione, effettuato insieme al medico, in cui le sono state fornite le informazioni necessarie circa la sua patologia e le modalità di trattamento sia psicologico che farmacologico; ciò ha permesso in qualche modo di ri-attribuire un significato alle reazioni che la paziente stava vivendo. Sempre nel corso della stessa seduta è stata somministrata la batteria testistica di cui si riportano i risultati nella tabella 1.

Per quanto riguarda il QUID si è valutato solamente l'aspetto qualitativo delle risposte riferite dalla paziente; in particolare, Rosa descriveva il suo dolore come persistente, fisso e bruciante, come un cane che morde, assillante, deprimente ed angosciante. Nel corso della seconda seduta, è stata utilizzata un'induzione ipnotica di rilassamento per mezzo della quale la paziente ha avuto un riscontro obiettivo di quanto fosse potenzialmente in grado di rilassarsi perfettamente e di stare bene dentro al proprio corpo; un'esperienza intensa e diretta che è valsa più di molte parole sentite in tutti gli anni passati a cercare di risolvere il suo problema. Si è approfondito lo stato di trance contando lentamente da 1 a 10, in modo che ad ogni numero la paziente potesse fare un passo verso un luogo sereno – il suo "posto al sicuro" – precedentemente concordato e, a mano a mano, che si sarebbe avvicinata il suo livello di rilassamento si sarebbe fatto più profondo e avrebbe avuto la possibilità di percepire se stessa come una base sicura e di ritornarvi ogniqualvolta lo desiderasse mediante l'installazione del comando post-ipnotico.

Tabella 1

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)		SF-36			
Ansia	13	Attività fisica	45	Ruolo e stato emotivo	66
Depressione	20	Ruolo e salute fisica	75	Salute mentale	56
Totale	33	Dolore fisico	100	Ind. Sint componente fisica	43,57
VAS (Scala Visuo- Analogica)		Salute in generale	35	Ind. Sint componente mentale	38,93
	9	Vitalità	30		
		Attività sociali	50		

Ho poi proseguito con la fase di ri-orientamento dello stato di coscienza ordinario, invitando la signora a lasciare il suo posto al sicuro, rinforzandone la piacevolezza e la preziosità delle abilità che gli consentono di accedere ad una simile condizione di sicurezza psicofisica.

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento era quello di ridurre, in primo luogo, lo stato di iperarousal della paziente aiutandola a gestire le sue manifestazioni e attivare una risposta di rilassamento mediante la focalizzazione interna dell'attenzione. □ Al contempo, per ridurre le problematiche legate al sonno, sono state fornite delle indicazioni riguardanti l'Igiene del Sonno ed è stato consigliato di ricorrere all'utilizzo di tali tecniche qualora avesse incontrato difficoltà all'addormentamento o nel mantenimento del sonno.

È stata poi invitata ad allenarsi, tra una seduta e l'altra, con gli esercizi effettuati in seduta, lasciando a lei la scelta del momento. □ Nel corso delle successive tre sedute si è ripreso il lavoro fatto in precedenza ma l'attenzione si è focalizzata sul dolore percepito alla zona orale, motivo dell'invio. Parlando con la paziente è emerso che, all'esordio della sintomatologia, riusciva a trarre un lieve sollievo dal bruciore se gustava una caramella alla menta. In accordo con lei, decidiamo di utilizzare un'induzione che sfruttasse proprio il canale percettivo del gusto, invitandola a percepire, in stato di trance, il gusto piacevole di una caramella alla menta lasciandosi incuriosire dal suo lento dissolversi nella sua

bocca e lasciandosi trasportare dalle sensazioni di benessere (in termini di detensione del dolore e della sensazione di bruciore) che il contatto di quella caramella le procurava all'interno della sua bocca. Si è poi proseguito con l'installazione del comando post- ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L'utilizzo della tecnica ipnotica è stata anche un'ottima occasione per far apprendere alla signora una nuova prospettiva di intervento e gestione del dolore nonché migliorare le sue abilità di coping in modo da renderla meno vulnerabile ai fattori stressogeni dell'andamento quotidiano e più abile nell'affrontarli. Il trattamento ha avuto una durata complessiva di 5 sedute durante le quali la paziente ha lavorato costantemente per il superamento del suo disagio ed ha imparato a valutare in modo adeguato le proprie sensazioni fisiche e a gestire la componente algica. Ha modificato le sue convinzioni disfunzionali relative alla sua patologia e alle ripercussioni sulla quotidianità. Riassumendo, al termine del trattamento riferisce di aver ottenuto i seguenti benefici: miglioramento della sensazione di bruciore e della sensibilità e reattività al dolore; riduzione dell'attivazione fisiologica; miglioramento del sonno.

Tabella 2

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	13	7	Attività fisica	45	65	Ruolo e stato emotivo	56	79
Depressione	20	10	Ruolo e salute fisica	75	75	Salute mentale	56	67
Totale	33	17	Dolore fisico	52	100	Ind. Sint componente fisica	43,5	61,50
VAS			Salute in generale	35	67	Ind. Sint componente mentale	38,9	57,92
PRE	POST		Vitalità	30	50			
9	4		Attività sociali	50	75			

La paziente riferisce, inoltre, di “riuscire a dormire tranquilla, avere dei momenti della giornata liberi da dolore, aver ripreso le attività di prima ma soprattutto aver ripreso a gustare i cibi senza più provare quel senso di nausea” (tabella 2) Dal confronto testistico è possibile notare un abbassamento dei valori, indicativi della buona riuscita dell'intervento terapeutico e del mantenimento dei benefici. □ È stato poi esplicitato alla paziente la possibilità di un'eventuale ricomparsa di una reattività fisiologica in concomitanza con possibili eventi stressanti, specie se ripetuti nel tempo. Tuttavia, l'aspetto più rilevante è racchiuso nel ricordare alla paziente come, nel corso della terapia, avesse sviluppato abilità specifiche ed acquisito strategie di gestione del dolore che avrebbe potuto applicare nel momento in cui fossero ricomparsi momenti di difficoltà e di crisi. Si è condivisa con lei anche la convinzione che, un'eventuale ripresa del trattamento, non solo psicologico ma anche da un punto di vista farmacologico, non avrebbe comunque avuto la valenza di “fallimento”. Degli altri tre casi trattati si è deciso di riportare una breve descrizione del percorso terapeutico e i risultati del confronto testistico.

### Daniela – un caso di sindrome fibromialgica

La signora Daniela giunge all'Ambulatorio antalgico per un senso di stanchezza diffusa, dolore localizzato e scarsa sensibilità principalmente agli arti inferiori. □ Daniela è una signora di 42 anni, sposata da circa 8 anni con un figlio di 6 anni. Attualmente lavora presso l'edicola del marito da circa 2 anni.

Il sintomo doloroso è esordito circa un anno e mezzo fa, senza un apparente motivo, anche se sembra quasi coincidere, in termini di relazione temporale, con l'acquisizione dell'edicola da parte del marito. Da quel momento ha eseguito diverse indagini, sia di laboratorio che strumentali, come la risonanza magnetica nucleare del cervello e del tratto lobo-sacrale della colonna vertebrale e ha praticato diverse terapie mediche, con prevalente utilizzo di analgesici. La negatività dei referti e la risposta non soddisfacente ai trattamenti farmacologici hanno incrementato, col passare del tempo, la preoccupazione di avere una “malattia grave che non si riesce a capire bene cosa sia”.

Dal punto di vista fisico, Daniela ha sempre goduto di discreta salute, fatto eccezione un periodo di depressione insorto dopo il parto e trattato farmacologicamente con antidepressivi per circa quattro mesi con remissione soddisfacente della sintomatologia, tanto da consentire la sospensione del trattamento. Due anni più tardi ha incominciato a sviluppare disturbi gastrici, persistenti e fastidiosi, anch'essi trattati con terapia medica prevalentemente a base di antispastici e benzodiazepine, della durata di circa sei mesi. Segue un periodo di riferito benessere fino ad un anno e mezzo fa quando compaiono i sintomi attuali. La storia della paziente richiama l'attenzione sull'importanza di prendere in considerazione i fattori legati alla personalità nella valutazione di un quadro clinico caratterizzato dall'intrecciarsi di componenti psichiche e somatiche.

La paziente, infatti, al momento della presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso localizzato prevalentemente agli arti inferiori sotto forma di pesantezza, presente per la maggior parte del giorno anche in condizione di riposo. Al colloquio è emersa una deflessione del tono dell'umore sul versante depressivo senza idee anticonservative. Il pensiero era polarizzato sul sintomo algico e sulle sensazioni di affaticamento e debolezza. Erano inoltre presenti sensi di colpa per la sua incapacità momentanea ad occuparsi del suo bambino. Sono emersi diminuzione dell'appetito e lieve alterazione del ritmo sonno-veglia di tipo situazionale. Anche il funzionamento psico-sociale ne risultava compromesso.

Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Algico (Sindrome Fibromialgica) in comorbidità con Disturbo dell'Adattamento, con sintomatologia depressiva. □

Le sedute si sono basate principalmente sul rilassamento muscolare profondo: inducendo il rilassamento muscolare si riduce l'iperattività neurovegetativa alla base della fibromialgia. Come approfondimento della trance ipnotica e per alleviare il dolore e il senso di affaticamento è stata utilizzata un'induzione derivante da una azione che la paziente definisce "un rituale" – il momento della doccia. Pertanto, con la paziente in stato di rilassamento ipnotico, le si è suggerito di immaginare di trovarsi sotto il getto di una doccia calda e piacevole e di immaginare che l'acqua che scorreva delicatamente su di lei si portasse via con sé il dolore e la fatica che avvertiva sul suo corpo, insistendo sulle sensazioni e sugli effetti benefici che l'acqua calda, scendendo dalla testa fino alle dita dei piedi, le trasmetteva liberandola dal dolore. Si è, quindi, installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. Gli obiettivi erano riuscire a ridurre e a gestire astenia e dolore attivando una risposta di rilassamento mediante la focalizzazione interna dell'attenzione, nonché far ritrovare nel proprio corpo dei momenti di benessere, calma interiore ed un buon rilassamento muscolare. Nel corso delle sedute la paziente ha riferito un effetto sulla sintomatologia che ha portato ad una attenuazione delle principali manifestazioni (in particolare della astenia e del dolore) ed un miglioramento della qualità del sonno come dimostrato dal confronto testistico riportato di seguito (tabella 3).

Re – test della paziente:

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	7	4	Attività fisica	65	74	Ruolo e stato emotivo	68	79
Depressione	10	4	Ruolo e salute fisica	60	69	Salute mentale	60	73
Totale	17	8	Dolore fisico	40	80	Ind. Sint componente fisica	37,9	78,24
VAS			Salute in generale	45	67	Ind. Sint componente mentale	43,4	66,02
		POST	Vitalità	25	84			
PRE			Attività sociali	50	100			
7		3						

Tabella 3

### Roberta – un caso di algie toraciche

La signorina Roberta accede all'Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore localizzato alla gabbia toracica sinistra che sembra interferire con la respirazione. Roberta è una ragazza di 25 anni, figlia unica, che vive con i genitori e frequenta l'ultimo anno di università con un profitto buono.

L'esordio della sintomatologia di Roberta risale ad una ventina di giorni prima e sembra apparentemente non essere il risultato di alcun evento traumatico. La nostra prima ipotesi vista la sintomatologia, ci portava a diagnosticare una frattura o un'incrinatura delle costole, ipotesi scartata con l'esito negativo delle radiografie. La paziente, alla presa in carico, presentava un quadro clinico caratterizzato da un sintomo doloroso che lei stessa definiva "vivo e trafittivo" e che, per certi aspetti, incuriosiva poiché sembrava arrivare dal nulla. Il dolore era presente per la maggior parte della giornata e si esacerbava in corrispondenza di alcuni momenti o situazioni che la paziente "non sopportava". Il tono dell'umore era in asse. Era presente uno sfondo ansioso che tendeva ad accentuare le difficoltà respiratorie. Il funzionamento psico-sociale non risultava compromesso in maniera importante.

Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Somatoforme NAS (DSM – IV-Tr). □ Roberta fino ad allora aveva goduto di buona salute e il fatto di trovarsi in questa situazione e non sapere esattamente la causa del suo malessere la faceva sentire ancora più in ansia. È stato quindi necessario rassicurarla sul fatto che il dolore non era causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica.

Tenendo in considerazione la sintomatologia esperita dalla paziente, si è pensato di lavorare, in primo luogo, sulla regolarizzazione del respiro, cercando di limitare gli episodi di iperventilazione e, successivamente sul dolore toracico utilizzando la tecnica della traslazione dell'anestesia che prevede la formazione di una zona di anestesia su una parte del corpo diversa da quella colpita da dolore, generalmente una delle mani (nel caso della paziente la mano destra) ed il suo successivo trasferimento sulla zona dolente.

È stato in seguito installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L'obiettivo era quello di distogliere la paziente dal suo dolore suggerendole la sensazione di averlo annientato. Nel corso delle sedute la paziente ha riferito una riduzione del dolore a livello toracico ed una attenuazione degli episodi di iperventilazione.

Nella tabella 4 è riportato l'esito del confronto testistico.

Tabella 4

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	6	4	Attività fisica	76	89	Ruolo e stato emotivo	68	89
Depressione	4	0	Ruolo e salute fisica	67	86	Salute mentale	70	90
Totale	10	4	Dolore fisico	50	100	Ind. Sint componente fisica	57,0 1	89,28
VAS			Salute in generale	50	82	Ind. Sint componente mentale	63,2 3	86,00
	PRE	POST	Vitalità	55	100			
	8	0	Attività sociali	97	100			

### Alessia – un caso di distonia cervicale

La signorina Alessia accede all' Ambulatorio di Terapia Antalgica per un dolore localizzato al collo accompagnato da rigidità muscolare accompagnato talvolta a senso di nausea e capogiri. □ Alessia ha 26 anni, è figlia unica e vive in famiglia con i genitori. Attualmente non lavora.

La sintomatologia di Alessia è esordita nel 2002, senza un apparente motivo di origine traumatica, con un dolore sordo localizzato al collo e piegamento dello stesso da un lato che si protraeva nel tempo e causava limitazioni funzionali. Per diverso tempo le sono stati somministrati farmaci antiinfiammatori con un sollievo nell'immediato ma scarso beneficio sul lungo termine. Successivamente la paziente si è sottoposta ad una serie di accertamenti medici che però non hanno portato ad una diagnosi definitiva. Alessia nel frattempo notava che alcuni fattori sia esterni che interni portavano ad esacerbazione della sintomatologia, in particolare i cambiamenti climatici repentini o alcune posture da un lato, oscillazioni del tono dell'umore o incremento dell'ansia dall'altro. Dopo un periodo di relativo benessere, nel 2006, in seguito ad una riacutizzazione della sintomatologia e ad una insufficiente risposta alla terapia farmacologica, viene effettuata la diagnosi di Distonia cervicale e proposto un programma riabilitativo, a medio termine, finalizzato a migliorare le problematiche acute e croniche derivanti dalla patologia stessa con blocchi neuromuscolari selettivi con tossina botulinica ogni tre mesi, che riducono la contrazione dei muscoli iperattivi, associati all'esercizio terapeutico. La distonia cervicale - denominata anche distonia focale - è una sindrome neurologica caratterizzata da contrazioni muscolari prolungate con difficoltà di controllo della muscolatura del capo e del collo. □ La paziente, giunge all' Ambulatorio di Terapia antalgica per valutare l'eventuale possibilità di integrare la terapia iniettiva con la tossina botulinica con altri blocchi neuromuscolari con anestetici locali. Data la complessità e la peculiarità del caso, in accordo con la paziente, si decide di optare in primo luogo per un trattamento di tipo psicologico breve mirato alla detensione del senso di rigidità nel tratto cervicale. Sulla base dei dati emersi, si è formulata la seguente ipotesi diagnostica: Disturbo Algico associato ad una condizione medica generale (Distonia cervicale).

Le sedute hanno utilizzato come punto di partenza il rilassamento muscolare profondo per poi approfondire la trance ipnotica e ridurre la sensazione di rigidità al collo con la tecnica del fascio di luce.

Con la paziente in stato di rilassamento ipnotico, le si è suggerito di concentrarsi sulla parte del corpo che le faceva male e di immaginare di lasciarsi inondare e avvolgere delicatamente da un fascio di luce purificatrice, pacifica e dorata che scioglie lentamente la tensione e la rigidità che avvertiva sul suo collo portando via con sé questa sensazione sgradevole e, lasciandosi raggiungere e toccare dalla luce in ogni parte di lei rinforzando le sensazioni di beneficio che la luce purificatrice, scendendo dalla testa fino alle dita dei piedi, le trasmetteva liberandola dal dolore. Si è installato il comando post-ipnotico relativo alle sensazioni positive esperite dalla paziente. L'obiettivo era quello di farle apprendere questa tecnica per poterla utilizzare al domicilio in modo autonomo. La paziente ha riportato un elevato grado di soddisfazione per i risultati ottenuti; in particolare, ha notato una "maggiore fluidità nei movimenti dal capo e una diminuzione della contrazione muscolare".

Tali cambiamenti sono riscontrabili anche dal confronto testistico riportato nella tabella 5.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)			SF-36					
	PRE	POST		PRE	POST		PRE	POST
Ansia	3	3	Attività fisica	75	75	Ruolo e stato emotivo	58	77
Depressione	2	0	Ruolo e salute fisica	67	72	Salute mentale	83	85
Totale	5	3	Dolore fisico	60	90	Ind. Sint componente fisica	62,3 9	76,89
VAS			Salute in generale	67	79	Ind. Sint componente mentale	74,0 0	78,35
PRE		POST	Vitalità	73	86			
6		3	Attività sociali	100	100			

Tabella 5

## Discussione e Conclusioni

I casi trattati in tale lavoro riguardano aspetti del dolore cronico benigno, il quale rimane un problema di difficile studio, nonostante l'imponente mole di lavori pubblicati. □ La scelta di presentare dei casi clinici in cui la componente "dolore" riveste una rilevanza tale da inficiare la qualità di vita e lo svolgimento delle attività quotidiane e porta verso aspetti più nascosti della mente e degli affetti, dei desideri e delle paure, è derivata dalla possibilità di intraprendere un percorso terapeutico che prendesse in considerazione anche un ulteriore approccio di gestione del dolore limitando il più possibile l'utilizzo dei farmaci, al fine di poter valutare la "potenza" dell'ipnosi.

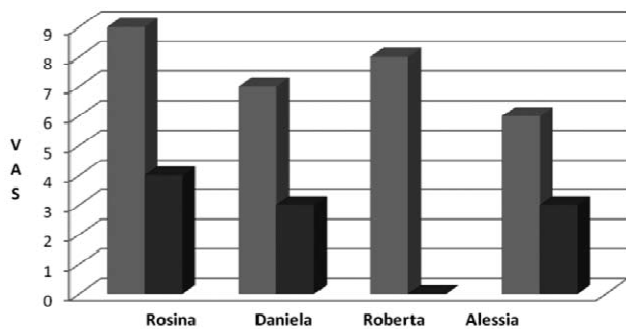
Ed era proprio questo uno degli obiettivi che ci si era prefissati. □

L'utilizzo dell'ipnosi presuppone un'integrazione corpo-mente ed un'integrazione paziente-terapeuta; uno degli aspetti essenziali affinché l'ipnosi possa verificarsi con successo risiede nel fatto che venga stabilita con il paziente una relazione di 'comprensione empatica' che costituisca uno spazio nel quale il paziente si senta riconosciuto ed accettato con i suoi bisogni di rassicurazione, con le sue ansie, le sue paure e la possibilità di esprimere le proprie emozioni. □ Tale aspetto di condivisione, all'interno della seduta ipnotica, si concretizza in una sincronizzazione tra paziente e terapeuta. Diviene importante non avere fretta nel raggiungere dei cambiamenti perché questi arrivano da sé, con i tempi e i ritmi della persona, con le sue caratteristiche di personalità o le sue difficoltà. □ Altro aspetto rilevante è che di fronte ad un dolore con una forte componente psicogena l'ipnosi è uno strumento potente, per alcuni casi, nell'estinzione del dolore stesso; quando, invece, si intrecciano componenti somatiche e psichiche è più difficile da estinguere ma l'ipnosi ne facilita la gestione e soprattutto rende il paziente autonomo e "capace di fare qualcosa" per trovare sollievo; non solo vengono dimezzati i tempi di apprendimento, ma si offre alla persona una grande opportunità per gestire i momenti critici o pre-critici, non solo legati all'esperienza di dolore ma più in generale dovuti a situazioni stressanti, in maniera rapida ed efficace con un effetto di beneficio che dura nel tempo e che può essere richiamato ogni volta che la persona ne avverta la necessità.

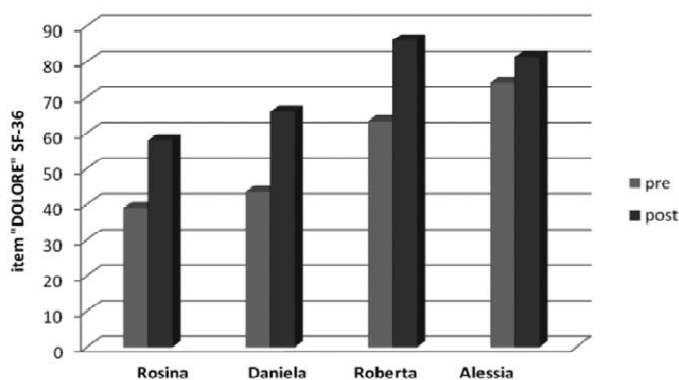
Ed, inoltre, permette di ritrovare un equilibrio nel rapporto con il proprio corpo, soprattutto quando questo viene negato o tenuto eccessivamente sotto controllo proprio a causa del dolore. □ In conclusione, questo lavoro, seppur costituito da un numero ridotto di casi clinici, ha permesso di esplorare in un certo senso la 'reazione' dei pazienti di fronte ad un trattamento "nuovo e sconosciuto", i cui risultati hanno messo in luce un miglioramento della qualità della vita, relativo allo stato generale di salute. Come è stato verbalizzato esplicitamente da alcuni pazienti, durante questo percorso hanno progressivamente abbandonato l'attitudine a crogiolarsi in preoccupazioni e hanno ripreso attività e contatti sociali temporaneamente ridotti a causa della forte imponenza del dolore. In tal senso, si può anche fornire una possibile interpretazione del cambiamento nella sintomatologia ansiosa e depressiva rilevata tramite la HADS.

Per quanto riguarda nello specifico la dimensione dolore, si è riscontrato un abbassamento nella sua intensità percepita dai pazienti al termine dell'intervento psicologico come visibile nei grafici sottostanti.

Confronto VAS PRE/ POST TOTALE



## Confronto ITEM "DOLORE" SF – 36 PRE/ POST TOTALE



Il riscontro positivo avuto riguarda proprio l'effetto benefico dell'ipnosi sul controllo del dolore nel corso della giornata favorendo l'apprendimento di nuove strategie da utilizzare in maniera autonoma ed, al contempo, facilitando la costruzione di una nuova relazione con il corpo incrementando il senso di autocontrollo e stimolando il reperimento di risorse individuali.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychiatric Association (2002) *DSM IV – Text Revision*. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson, Milano. □
- Ballantyne J.C. (2006) *Trattamento del dolore. Il manuale del Massachusetts General Hospital*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Bonica J.J. (1985) *Treatment of cancer pain: current status and future needs*. In: Fields H.L., Dubner F., Cervero F., (eds.) *Advances in pain research and therapy*, vol. 9. Raven Press, New York, pagg. 589-616.
- Cilia S., Sica C. (1998) *Assessment Cognitivo Comportamentale: le strategie CBA 2.0*. Tecnoscuola, Gorizia Corli O. (1988) *Che cos'è la medicina palliativa*, in Corli O. (ed.) Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia. Città Nuova, Roma.
- Davison G.C., Neale J.M. (2000) *Psicologia clinica*. Zanichelli, Bologna. □
- De Conno F., Martini C., Zecca E. (1996) *Fisiopatologia e terapia del dolore*. Editore Masson, Milano.
- Del Castello E., Casilli C. (2007) *L'induzione ipnotica. Manuale pratico*. Franco Angeli – Psicoterapie, Milano.
- D'Zurilla T. J., Goldfried M. R. (1971) *Problem solving and behavior modification*. Journal of Abnormal Psychology, vol. 78, pagg. 107-126 □
- D'Zurilla T. J. (1986) *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical intervention*. Springer, New York. □
- Ercolani M., Pasquini L. (2007) *La percezione del dolore. Il Mulino*, collana "Itinerari", Bologna. □
- Foley K.M. (1979) *Pain syndromes in patients with cancer*. In: Bonica J.J., Ventafridda V. (eds.), *Advances in pain research and therapy*, vol. 2 Raven Press. New York. 59-75. □
- Galeazzi A., Meazzini P. (2004) *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Giunti Editore, Firenze. □
- Granone F. (1989) *Trattato di ipnosi*. Volume 1 e 2. UTET, Torino. □
- Giusti E. (2007) *Tecniche immaginative. Il teatro interiore nelle relazioni d'aiuto*. Sovera Multimedia s.r.l., Roma. □
- Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003) *Manuale pratico di Psico-oncologia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma. □
- Goldwurm G.F., Sacchi D., Scarlato A. (1993) *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*. Franco Angeli. □
- Herbert C., Didonna F. (2006) *Capire e superare il trauma*. Centro Studi Erickson, Trento. □
- Hoffmann Bernt H. (1980) *Manuale di training autogeno*. Casa Editrice Astrolabio, Roma. □
- Horowitz M. J. (1986) *Stress responses syndrome*. Aronson, Northvale. □
- Marchi I., (2002) *Teoria e pratica del Training Autogeno*. Demetra, Milano. □
- Maritano M. (2003) *Dolore e dolori. Manuale di diagnosi e terapia*. C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- Markham U. (1993) *La visualizzazione. Immagini per dominare la realtà*. Xenia Edizioni, Milano. □
- Marnati L. (1996) *Il rilassamento*. Xenia Edizioni, Milano. □
- Mascetti G.G., (1994) *Gli ormoni, i neurotrasmettitori, il sistema immunitario e il comportamento*. Demeghini Editore, Padova. □
- Mercadante S., Ripamonti C. (2000) *Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro*. Masson
- Pellegrino F. (2008) *Il dolore. Aspetti psicologici e psicopatologici*. Mediserve s.r.l., Milano. □
- Reitano M.S. (a cura di) (1986) *Psicofisiologia dello stress*. Kappa, Roma. □
- Regnard C.F.B., Tempest S., Toscani F. *Manuale di medicina palliativa*. 3° edizione italiana. CIS Editore.
- Rolla E., Manca M. (1984) *Il rilassamento muscolare secondo Jacobson*. Terapia del comportamento, vol. 1, 95-108. □
- Sanavio E. (1991) *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. Nis: La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., Zotti A.M. (1997) *CBA 2.0 – Cognitive Behavioural Assessment 2.0: Scale Primarie*. O.S., Organizzazioni Speciali, Firenze. □
- Schultz H.G. (1968) *Il Training Autogeno. Esercizi Inferiori*. Feltrinelli, Milano. □
- Torta R., Mussa A. (1997) *Psiconcologia. Basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici*. Centro Scientifico Editore, Torino. □
- Torta R., Mussa A., (2000) *Psiconcologia*. Centro Scientifico Editore, Torino. □
- Ventafridda V. (1990) *Providing continuity of care for cancer patients*. J. Psychosocial Oncology. Vol. 8(2/3).

Sito <http://www.aisd.it/tiengobellucci.php>