Il dolore e la psicoterapia ipnotica

Paolo Mariconti *, Francesco Lazzarin **

La caratteristica più evidente dell'esperienza algica, sia per il medico che per il paziente, è senza dubbio il versante sensoriale. Il dolore diviene predominante, richiama immediatamente l'attenzione, altera il comportamento e il pensiero in atto, modifica lo stato di coscienza e costituisce per l'individuo incentivo e motivazione ad intraprendere attività dirette ad arrestarlo il più rapidamente possibile.
Tuttavia, tenere presenti soltanto gli aspetti sensoriali del dolore ignorandone le caratteristiche motivazionali-affettive e cognitive, semplifica eccessivamente e porta a valutare solo una esigua parte del problema. La difficoltà nella definizione dell'enigma dolore nasce dalla scarsa conoscenza dei fenomeni correlati a questo processo. Tali approssimazioni non permettono di considerare universali le acquisizioni anatomo-fisiologiche sulle teorie recettoriali e sulle complesse vie del dolore, frustrando così la nostra insopprimibile esigenza di "misurare" i fenomeni che osserviamo.
Siamo in grado di valutare solo l'inizio e la fine di questo complicato iter nocicettivo che, filtrato, manipolato, distorto e amplificato viene "trasformato" in sofferenza e quindi espresso in vario modo in rapporto a molteplici fattori: fisici, mentali, ambientali, etico-culturali, religiosi o legati a precedenti esperienze. Le diatribe sulle differenze tra dolore sperimentale (provocato in laboratorio e quindi misurabile) e quello clinico (vissuto spesso drammaticamente con sentimenti di paura, ansia e depressione) e gli inevitabili riflessi pratici in tema di misurazione del dolore prescindono quasi sempre da un particolare importante: l'intima essenza del fenomeno dolore resta tuttora ignota.
Le misurazioni algometriche, utilizzando per esempio il QUID, in ambito clinico sono gravate da variabili emotive e cognitive e appare chiaro che non esiste relazione tra stimolo fisico e intensità della percezione, pertanto è implicita una difficoltà nella misurabilità, specie se riferita ai metodi unidimensionali, mentre il dolore si esprime e si manifesta al paziente e al medico con un proprio linguaggio il più delle volte difficilmente traducibile. Un notevole passo avanti nell'interpretazione dei fenomeni algici è quello di considerare tre sistemi di elaborazione del dolore, costituiti dalla dimensione sensoriale-discriminativa, che comprende le vie classiche del dolore dal livello base fino all'esperienza del dolore organicamente mediato, dalla dimensione affettivo-motivazionale e dalla dimensione cognitivo-valutativa, ognuna dipendente da sistemi encefalici fisiologicamente specializzati.
Una tale impostazione concettuale multidimensionale sembra consentire una flessibilità sufficiente ad inquadrare i fenomeni relativi al dolore e permette una costante valutazione bilanciata dell'input sensoriale e del grado con cui questo viene modulato dai "filtri" psicologici e cognitivi, comprese altre determinanti verbali ed esteriori, che trasformano il dolore in sofferenza.
Alcuni autori hanno distinto tre stadi successivi dell'esperienza dolorosa: immediata (fasica), acuta e cronica, ognuna caratterizzata da qualità temporali e stato affettivo peculiare. Essa non è una distinzione artificiosa creata dall'applicazione di un concetto di tempo su un evento biologico, né una pura esercitazione tassonomica, ma un utile processo euristico per definire la diagnosi e gli obiettivi terapeutici mentre lo stadio del dolore immediato coinvolge in primis una serie di risposte riflesse difensive con scarso impatto clinico. Altra cosa è cercare di classificare il dolore in acuto e cronico. Il dolore acuto ha in genere una causa identificabile, un'eziologia adeguata a spiegare la gravità del dolore stesso, ed una sindrome associata che comprende gli effetti dell'ansia e di un predominio dell'attività simpatico-adrenergica. Se il danno o la sorgente di stress persiste, il dolore inizia ad essere percepito come intollerabile, ne consegue uno stato di elevata ansietà e depressione che può condurre al successivo stadio di dolore cronico.
È possibile che alcuni tratti della personalità, che predispongono alcuni individui, di fronte ad un dolore acuto ad una maggiore sofferenza, abbiano, in presenza di un dolore persistente, un effetto ancora maggiore. Il dolore cronico si mantiene oltre il periodo di tempo richiesto per la guarigione ed è più destruente, a causa della sua potenzialità di esercitare un sostanziale impatto sul benessere psicologico e sociale del paziente. Il fallimento dei meccanismi biologici di guarigione e gli sforzi per sottoporsi alle convenzionali terapie mediche possono lasciare i pazienti seriamente frustrati e depressi. Accanto a queste modificazioni dell'umore si presentano disturbi del pensiero e del comportamento. Il dolore tende a focalizzare e a dominare l'attenzione della persona. I pazienti sono preoccupati e tendono ad evitare ogni contatto sociale. Si configura, cioè un'articolata situazione di handicap psico-fisico, con minorazioni-menomazioni di una o più funzioni e disadattamento sul versante psico-comportamentale. Il dolore diviene non tanto un "sintomo", quanto un aspetto caratterizzante il quadro clinico, e quindi la "malattia".
La ricerca degli intimi meccanismi del "fenomeno ipnosi" porta spesso a conclusioni non esaustive, tanto che quello stato di coscienza modificata suscitato nei pazienti resta, con le sue caratteristiche e la sua fenomenologia, in parte misterioso.
Secondo i diversi autori che si sono dedicati nel tempo a questa ricerca, la complessità del fenomeno risiede nel suo prodursi da situazioni e con meccanismi differenti (De Benedittis, 1978), cosicché la disamina di uno solo dei suoi aspetti, psicologico, neurofisiologico e neuropsicologico, seppur corretta ed approfondita, impedisce la verifica di una globalità completa. Freud interpretò l'ipnosi come un "legame erotico" intrinseco al rapporto fra paziente e terapeuta, osservando come la sottomissione e l'assenza di critica del soggetto ipnotizzato fossero molto simili ad una

situazione d'innamoramento; Pavlov ritenne invece l'ipnosi espressione di una inibizione corticale diffusa ed associata all'eccitazione focale di una singola area cerebrale, mentre Reyher ipotizzò che le procedure utilizzate per provocare lo stato di trance fossero in grado di sganciare le strutture filogeneticamente più antiche dell'encefalo dal controllo corticale, con il conseguente instaurarsi di uno stato diverso dalla veglia.
È grazie a queste ed a tutte le altre teorie proposte che l'ipnosi ha potuto evolversi dalle sue origini, radicate nell'esorcismo e nella magia, fino a diventare una metodica psicoterapica sofisticata ed attuale, portando, però, sempre con sé l'intimo desiderio dell'uomo di vincere il dolore fisico e la sofferenza psicologica.
Si potrebbe definire l'ipnosi come uno stato modificato di coscienza che si genera in un individuo ogni volta che questo viene sottoposto a particolari stimoli dissociativi indotti in maniera autogena o attraverso manovre esterne (Mosconi, 1993).
La sua fenomenologia è vasta e complessa e spazia dal campo prettamente somatico a quello psichico, provocando stati di profondo rilassamento muscolare o al contrario di catalessi, modificazione della attenzione, delle percezioni e della memoria, stati di anestesia e di analgesia, alterazioni neurovegetative, ed altro ancora. Conseguentemente alla realizzazione di tali manovre procedurali è possibile avviare diverse modalità di terapia.
È ormai di chiara evidenza come fattori etnici, culturali, psicoaffettivi ed emotivi modifichino la soglia algica e l'espressione della sofferenza: il dolore può quindi essere opportunamente controllato agendo anche su emozioni, motivazioni, aspettative e vantaggi, e quindi le metodiche psicologiche dovrebbero sempre far parte di una moderna e corretta strategia di trattamento antalgico.
Analogamente alla natura stessa dell'ipnosi, i meccanismi dell'analgesia ipnotica restano in sostanza sconosciuti, ed è possibile formulare solamente ipotesi sull'argomento.
Secondo alcuni autori (Finer, 1980) in corso di analgesia ipnotica il dolore verrebbe soppresso grazie al blocco di riflessi condizionati e simpatici creatisi conseguentemente al perdurare della sensazione algica, mentre altri (Blumenthal, 1963) ritengono che l'ipnosi possa mettere i pazienti in condizione di rendersi conto delle cause psicogene più profonde del loro malessere, quando presenti, portando a graduale ridimensionamento delle stesse. Secondo Erickson (1979) l'ipnosi renderebbe possibile lo sviluppo di capacità particolari dell'individuo, tra cui il controllo del dolore, mediante la slatentizzazione di processi inconsci.
Secondo chi, invece, resta scettico circa la reale esistenza di uno "stato ipnotico" con caratteristiche proprie e diverse dallo stato di veglia, è possibile che nel caso del dolore il soggetto in trance, grazie ad un positivo rapporto transferale, "recita una parte", soddisfacendo le aspettative del suo terapeuta (Barber, 1962, 1972).
In condizioni sperimentali, poi, ci si trova di fronte ad un apparente paradosso: mentre il soggetto ipnotizzato riferisce di non avvertire nessun dolore, durantel'esperimento tutti gli indici neurovegetativi involontari del dolore sono vivacemente alterati dalla sensazione algica somministrata.
Hilgard (1983), con la sua teoria neodissociativa, ha postulato a questo proposito l'esistenza di un modello cognitivo multiplo: i soggetti capaci di ridurre notevolmente il dolore sperimentale con l'ipnosi, opportunamente addestrati possono comunicare di avvertire in realtà un dolore intenso.
Nella mente umana, infatti, secondo Hilgard, esisterebbero sistemi cognitivi multipli subordinati ad un "Io direttivo", ma la gerarchia di tali strutture si modificherebbe in diverse circostanze, fra cui la trance ipnotica, capace di riordinare i sistemi di controllo: in sostanza, la stimolazione algica, seppur avvertita, non giungerebbe allo stato di coscienza.
Per valutare più a fondo i meccanismi dell'analgesia ipnotica è utile anche considerare le vie anatomiche seguite dall'impulso doloroso: mentre la dimensione sensoriale-discriminativa viaggia lungo il sistema paucisinaptico spinotalamo-corticale, la dimensione motivazionale affettiva segue il sistema polisinaptico spino reticolare mediano, connesso con i sistemi tronco-encefalici, diencefalici e rinencefalici, deputati anche al controllo di affettività ed emozioni.
Durante la trance ipnotica viene coinvolto in modo particolare il secondo sistema, più modulabile (Wall, 1968), con effetti importanti sulla risonanza affettiva al dolore (De Benedittis, Carli, 1990).
Lo studio delle specializzazioni funzionali degli emisferi cerebrali e delle loro dominanze ha inoltre confermato che l'emisfero destro è implicato in molti dei fenomeni della trance ipnotica. Questo emisfero è infatti specializzato nelle attività immaginative, fantastiche, sintetiche, musicali, creative, analogiche, ed altre, peculiari dello stato di trance (Collot, 1988).
Vista la rapida cessazione dei dolori in trance ipnotica, si ritiene non venga influenzato il sistema oppioide; del resto l'analgesia non viene modificata dalla somministrazione di naloxone, né sono state riscontrate modificazioni della concentrazione degli oppioidi endogeni (Goldstein, Hilgard, 1975; Spiegel Albert, 1983).
Altre ricerche non hanno evidenziato legami con i sistemi della stress-inducedanalgesia, mediata dall'ACTH, né con meccanismi colinergici (De Benedittis, Panerai, Villania, 1989). Del resto la cessazione dei dolori non è nemmeno riconducibile in tutti i casi ad una sorta di effetto placebo, o solamente ascrivibile alla sensazione di rilassamento e di benessere fisico e psichico provocata dalle suggestioni.
Resta tuttavia reale ed in molti casi utile la possibilità di controllare dolori di diverso tipo e natura mediante l'ipnosi, mettendo in atto strategie più o meno complesse.
Se in chirurgia e in odontoiatria la metodica non si sostituisce assolutamente ai moderni farmaci anestetici, e conservano solamente valore storico le centinaia di interventi effettuati in ipnoanestesia in era precloroformica, le

suggestioni dell'ipnosi conservano validità in questi ambiti per la possibilità di sedare ansia e timore nella fase di preparazione a certi interventi chirurgici e nel controllo del dolore e dei disturbi del periodo post-operatorio.
L'ipnosi mantiene invece un valore del tutto attuale nel training di preparazione al parto (Mosconi, 1987).
Dopo un ciclo di sedute di addestramento all'autoipnosi, la gravida, sempre notevolmente motivata in virtù del suo stato e quindi facilmente ipnotizzabile, è in grado di sopportare facilmente i dolori del travaglio e del periodo espulsivo.
Con un ciclo di sedute opportunamente guidate, il soggetto giunge al parto senza timori e cosciente delle proprie capacità di autocontrollo, in grado di mantenere un assoluto rilassamento dei muscoli perineali durante la fase dilatante del travaglio, di sganciare, concentrandosi sul proprio respiro, la mente dal corpo, perché non venga raggiunta dal dolore e di arrivare così al periodo espulsivo serena, con tutte le forze intatte e con la capacità di spingere efficacemente nei momenti più opportuni.
Anche in oncologia l'ipnosi, se usata correttamente, si è rivelata una metodica valida sia per la sedazione del dolore che per il controllo della sintomatologia legata alla malattia neoplastica ed alle terapie praticate, fornendo nello stesso tempo un supporto psicologico ed umano.
È grazie al rafforzamento dell'Io, all'allontanamento dell'ansia e della depressione ed al recupero del ritmo sonno-veglia, che si ottiene in sostanza un miglioramento del rapporto con se stessi e col proprio ambiente, ed un conseguente miglioramento di qualità della vita che resta.
Comunque le strategie ipnotiche di controllo del dolore sono estremamente utili nella cura del dolore cronico benigno, quando i farmaci si rivelano inefficaci per sindromi algiche complesse, o dannosi per gli effetti collaterali e la lunga durata delle terapie.
Anche in questi casi, come nella preparazione al parto, le aspettative e la convinta motivazione dei pazienti condizionano in un'alta percentuale di casi una buona risposta alle tecniche ipnotiche.
Già l'induzione dell'ipnosi, con il rilassamento progressivo, il rafforzamento dell'Io, e la sensazione di calma e di benessere suscitati produce una sensibile elevazione della soglia algica (Mosconi, 1993).
Durante la trance, poi, nel caso del dolore acuto, spesso si suggerisce la rimozione "diretta" del sintomo inducendo la suggestione di anestesia ad una mano (anestesia a guanto) mediante un idoneo condizionamento ideo-sensoriale, e trasferendo poi la sensazione di insensibilità nella zona del corpo voluta.
Nel caso del dolore cronico, dove sono necessarie strategie di intervento più lunghe e complesse, il dolore può essere "dislocato" in un'altra zona del corpo dove è meglio tollerato e poi meglio rimosso, o "convertito" in una sensazione più accettabile.
Se è vero, poi, come sostiene Erickson (1978) che il dolore è aumentato dal ricordo di quello precedentemente patito e viene temuto con ansia un suo ritorno, la vera sensazione dolorifica è in realtà solo un terzo del dolore esperito dai pazienti.
È utile quindi indurre un'amnesia parziale per il dolore provato e rimuovere i timori per il dolore futuro, riconducendo il dolore alla sola dimensione del presente.
È anche di fondamentale importanza che tutti i pazienti sofferenti di dolori cronici, sia di natura benigna che maligna, vengano addestrati a staccarsi dalla realtà entrando autonomamente nella trance ipnotica ogni volta che lo ritengano opportuno.
È grazie a questa abitudine che il paziente controlla la sintomatologia algica, anziché subirla, e ricorda ogni esperienza di dolore come estremamente fugace, entrando in trance alla comparsa dei dolori, ed uscendone quando il dolore cessa.
In casi selezionati è possibile la messa in atto di procedure ancora più sofisticate, che, attraverso l'attivazione di meccanismi ideo-sensoriali dissociativi, permettono al paziente di vivere un'esperienza al di fuori del proprio corpo malato, proiettarsi in un periodo della propria vita precedente alla comparsa della malattia o successivo alla guarigione, o di concentrarsi su visualizzazioni e sensazioni gratificanti ed incompatibili con la sofferenza ed il dolore (Gardner, 1976). Esistono quindi numerose possibilità di procedure psicoterapiche a disposizione dello psicoterapeuta ipnotista al fine di controllare il dolore, le cui indicazioni verranno poste, naturalmente, a seconda dei casi e delle situazioni.
La psicoterapia ipnotica potrà affiancarsi a tutte le altre metodiche di trattamento del dolore, fornendo un supporto insostituibile soprattutto se la psicoterapia diventa momento di incontro fra terapeuta e paziente, considerato in modo unitario con le problematiche della propria personalità e della propria sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

Barber T. X. (1972) *Ipnosi, un approccio scientifico*, Astrolabio Roma.
Barber T. X. & Hahn K. (1962) *Physiological and subjective responses to pain producing stimulation under hypnotically suggested and waking imagined analgesia*, Journal of Abnormal and Social Psycology 65, 411-418.
Blumenthal L. S. (1963) *Hypnotherapy of headache*. Headache ,197-202.
Collot G. (1988) *Ipnosi e condizionamento*, Rivista Italiana Ipnosi Clinica Sperimentale ,8,18-20.
De Benedittis G. (1978) *Introduzione allo studio ed alla terapia del dolore*, Ghedini, Milano.
De Benedittis G. & Carli G. C. (1990) *Psoconeurobiologia dell'ipnosi. Seminari sul dolore del Centro Studi Analgesia*, Università di Milano.
De Benedittis G., Panerai A. E. & al. (1989) *Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37.
Erickson M.H. (1978) *Le nuove vie dell'Ipnosi*. Astrolabio, Roma.
Erickson M. H.& Rossi E. (1979) *Hypnotherapy: an explanatory casebook.* Irvington, New York.

Finer B., (1980) *Mental mechanism in the control of pain*, in H. W. Kosterlitz & L. Y. Terenius (edt) Pain and society, Verlag Chemie, Weinnheim, 223-237.
Freud S. (1977) *Psicologia e analisi dell'Io*, in Opere, Boringhieri, Torino.
Gardner G.H. (1976) *Childhood, death, and human dignity: hypnotherapy for David*, Internationa Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2.
Goldstein A. & Hilgard E. R. (1973) *Failure of the opiate antagonist naloxone to modify hypnotic analgesia*, Proc. Natl. Acad. Sci., 2041-2043.
Hilgard E. R. (1983) *Hypnosis in the relief of pain*, William Kauffman , Los Altos.
Mosconi G. P. (1993) *Psicoterapia Ipnotica – principi e fondamenti*, Piccin, Padova.
Mosconi G. P. (1987) *Training Ipnotico – istruzioni per l'uso nella preparazione al parto*, Piccin, Padova.
Pavlov I. P. (1966) *I riflessi condizionati*. Boringhieri, Torino.
Rehyer J. (1977) *Clinical and experimental Hypnosis: implications for theory and methodology*, Annals of New York Academy of Sciences, 71-84.
Spiegel G. & Albert L. H. (1983) *Naloxone fails to reverse hypnotic alleviation of chronic pain*, Psychopharmacology, 140-143.
Wall P. D. (1969) *The Physiology of controls on sensory pathways with special reference to pain*, in Chertok (edt) Psychophysiological mechanism of hypnosis, Springer – Verlag, Berlin – Heidelberg, 107-111. Tiengo M. & Benedetti C. (1996) *Fisiopatologia e terapia del dolore*. Masson, Milano.
Melzack R. & Dennis S. G. (1980) *Phylogenetic evolution of pain expression in animals*. In Kosterlitz H.W.