

Ospedale “Sacro Cuore - Don Calabria”
Negrar (VR)

PER UNA VITA COME PRIMA

3A EDIZIONE 16 MAGGIO 2009

Oncologia: qualità delle cure e qualità della vita

Il ruolo dell'ipnosi nella terapia del dolore cronico oncologico

Dott.ssa Maria Paola BRUGNOLI
Medico Chirurgo Spec. Anestesia e Rianimazione
Perfezionamento in Terapia del Dolore e Cure Palliative
Direttore Scientifico



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DELLA TERAPIA DEL DOLORE E
DELL'IPNOSI CLINICA www.aist-pain.it

Le caratteristiche del dolore cronico oncologico

Il dolore è un' esperienza sensoriale ed emotiva

**associata ad un danno dei tessuti
(frattura, ustione, flogosi
o descritta come tale
(fitta, bruciore, costrizione,
crampo, scossa elettrica).**

**questa definizione riconosce il fatto che un danno
tissutale può essere assente
in presenza di un dolore severo,
come avviene nel dolore cronico
o nel dolore neuropatico**

REAZIONI DELL'ORGANISMO AL DOLORE

Reazioni immediate al dolore

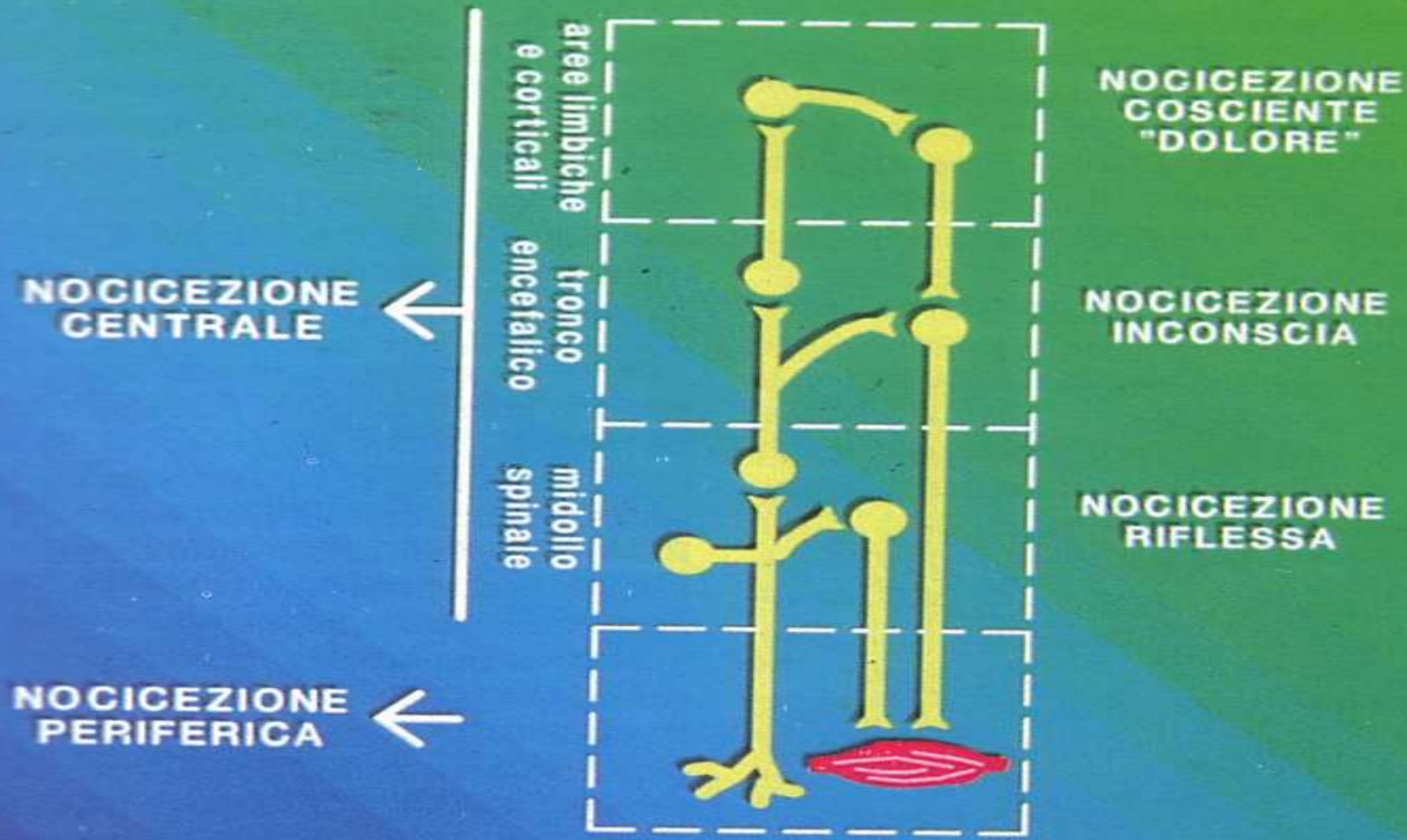
A livello midollare si tratta di riflessi elementari somatici (retrazione) o viscerali, dovuti all'esistenza di centri vegetativi del midollo (parasimpatico pelvico, tratto laterale simpatico).

A livello mesencefalico (integrazione reticolare) sono situate la maggior parte delle risposte vegetative al dolore, dominate dall'ipertonicità simpatica (tachicardia, ipertensione, tachipnea)

A livello diencefalico compaiono le manifestazioni dolorose, più complesse, espressione di una integrazione da parte di numerose strutture: **L'ipotalamo** rappresenta il livello più alto delle reazioni neuro-vegetative al dolore: tremore, traspirazione, pilorezione, tachicardia, midriasi, iperglicemia

Il talamo sembra essere il responsabile dello scatenarsi delle reazioni inconscie al dolore le più coordinate, le più evolute. L'arrivo massivo di afferenze nocicettive al suo livello danno luogo ad un comportamento emozionale globale (grido, fuga).

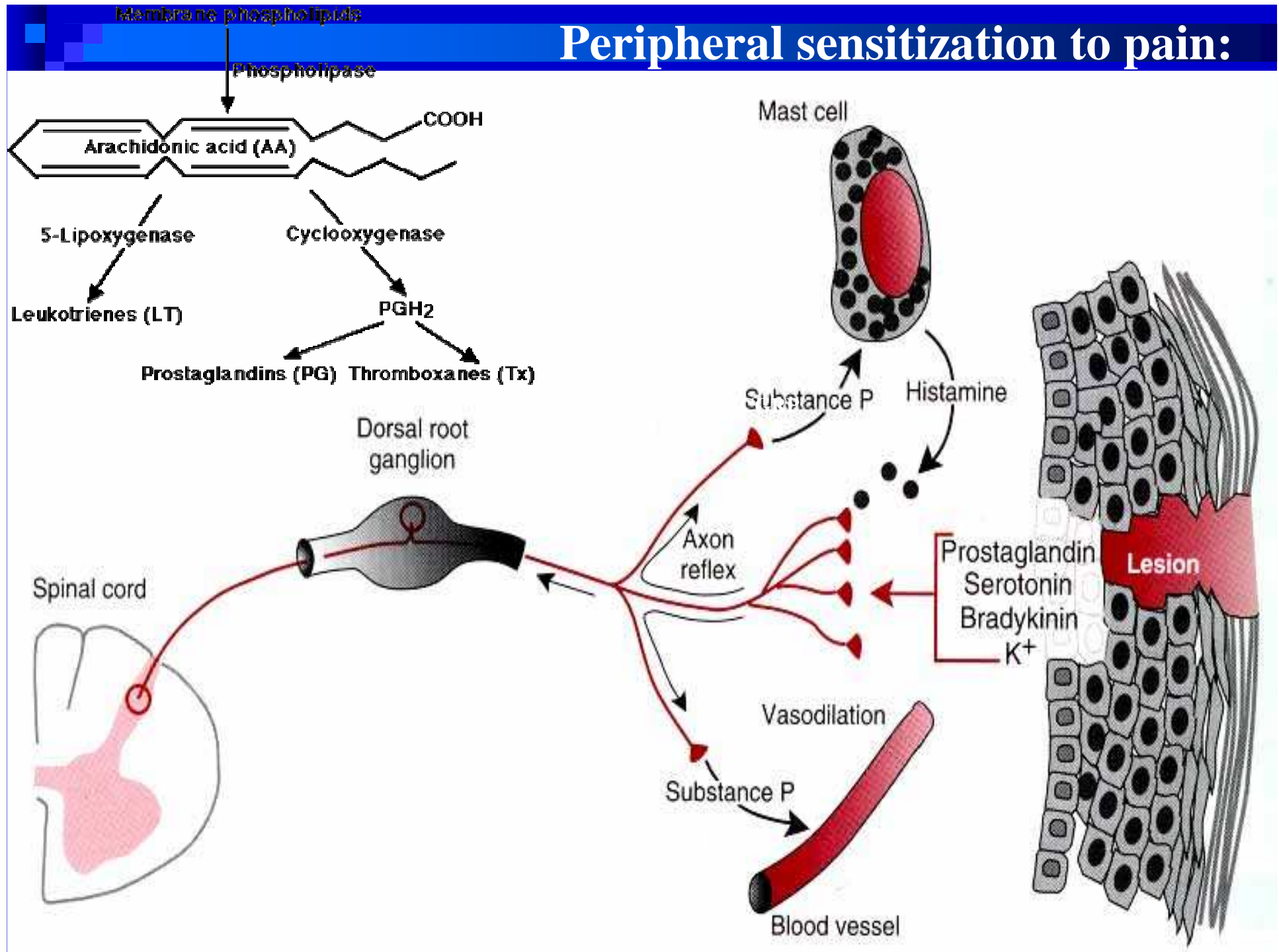
Contemporaneamente il talamo scarica sulla corteccia degli impulsi che determinano l'esperienza dolorosa e la memorizzazione della risposta.



NOCICEZIONE: attivazione per effetto di stimoli adeguati che possono indurre danno tissutale di un particolare sottinsieme di recettori, afferenti nervose periferiche e delle loro vie centrali

DOLORE: stato mentale associato all' attivazione dei circuiti della nocicezione cosciente

Peripheral sensitization to pain:



NEUROPSICOLOGIA DEL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO

Attualmente si considera l'esperienza dolorosa, come un'esperienza di natura multidimensionale, in cui accanto ad un:

- **DOLORE FISICO** dimensione neurofisiologica e somatodinamica, con le sue modulazioni (periferica, segmentaria, soprasegmentaria) svolgono un ruolo cruciale nel determinare il profilo che il dolore assume all'interno del paziente:
- **DOLORE PSICHICO** :fattori strutturali, affettivi e motivazionali, costituenti la dimensione psicodinamica del fenomeno doloroso.
- **DOLORE SOCIALE**
- **DOLORE SPIRITUALE**

LA NEUROMATRICE

(Melzack R., Wall P.D.
Handbook of Pain Management, 2003)

“nella corteccia cerebrale ha sede la neuromatrice, che dovrebbe essere composta da una fitta rete di neuroni, che genera nel corso del tempo autonomamente, in una mappa corticale, una immagine mentale del corpo. Su di essa il cervello proietta i vari segnali che danno forma e consistenza al dolore; questo modello potrebbe spiegare perché la sensazione di dolore sia strettamente e squisitamente individuale”

Inputs to body-self neuromatrix from:

Cognitive related brain areas; memories of past experience, attention, meaning, anxiety

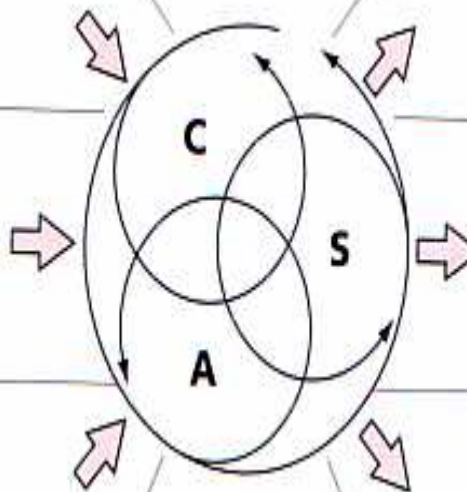
Sensory signalling systems

Cutaneous, visceral, musculoskeletal inputs

Emotion-related brain areas

Limbic system and associated homeostatic/stress mechanisms

Body-self neuromatrix



Outputs to brain areas that produce:

Pain perception
Sensory, affective, and cognitive diagnosis

Action programmes
Involuntary and voluntary action patterns

Stress regulation programmes
Cortisol, noradrenaline, and endorphin levels
immune system activity

Time

Time

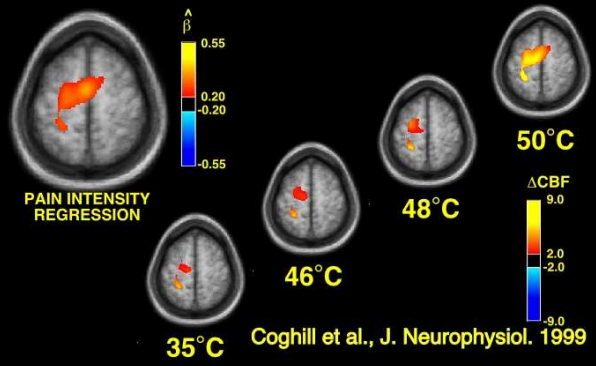
A livello corticale, infine, appare la percezione cosciente

La corteccia parietale, permette un riconoscimento rapido della natura e della topografia dell'aggressione dolorosa. Partendo da questo riconoscimento preciso, viene elaborata la risposta per eliminare la causa dolorosa.

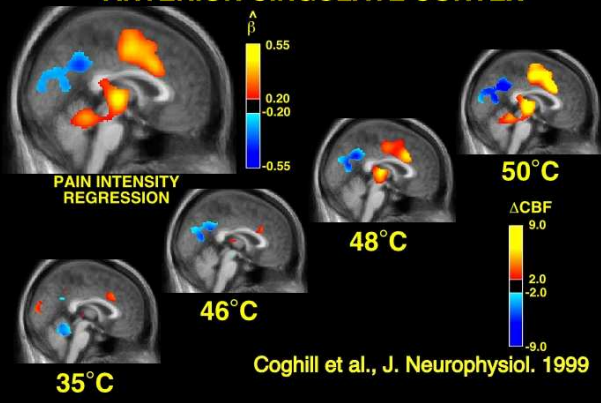
La corteccia frontale sembra avere un ruolo primordiale nella comparsa delle manifestazioni affettive ed emotive del dolore.

**Così si realizza il trasferimento nel campo
psichico, passaggio dal dolore
alla sofferenza.**

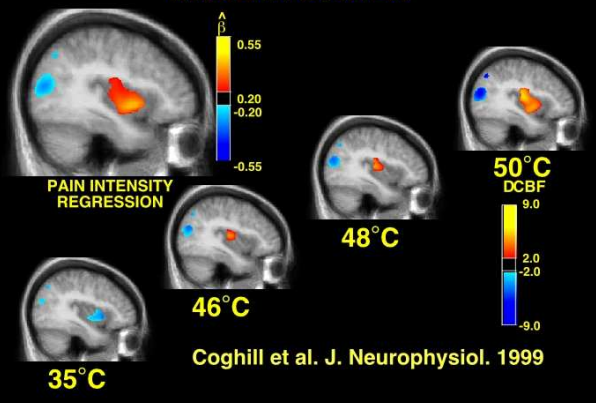
PRIMARY SOMATOSENSORY CORTEX



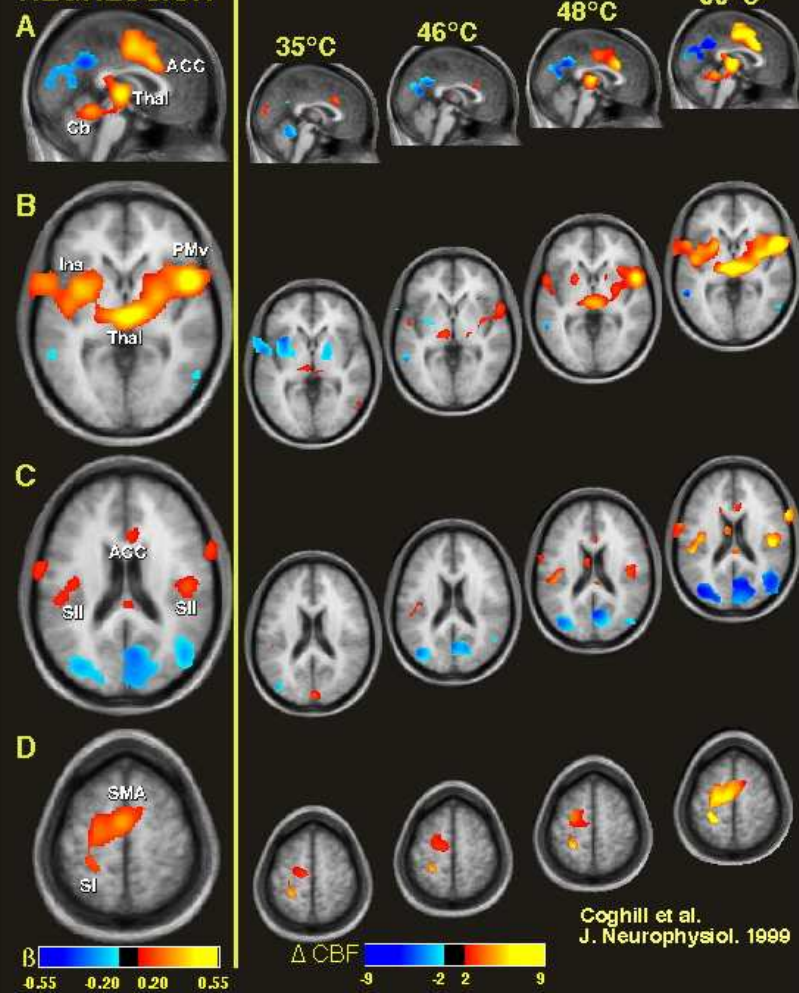
ANTERIOR CINGULATE CORTEX



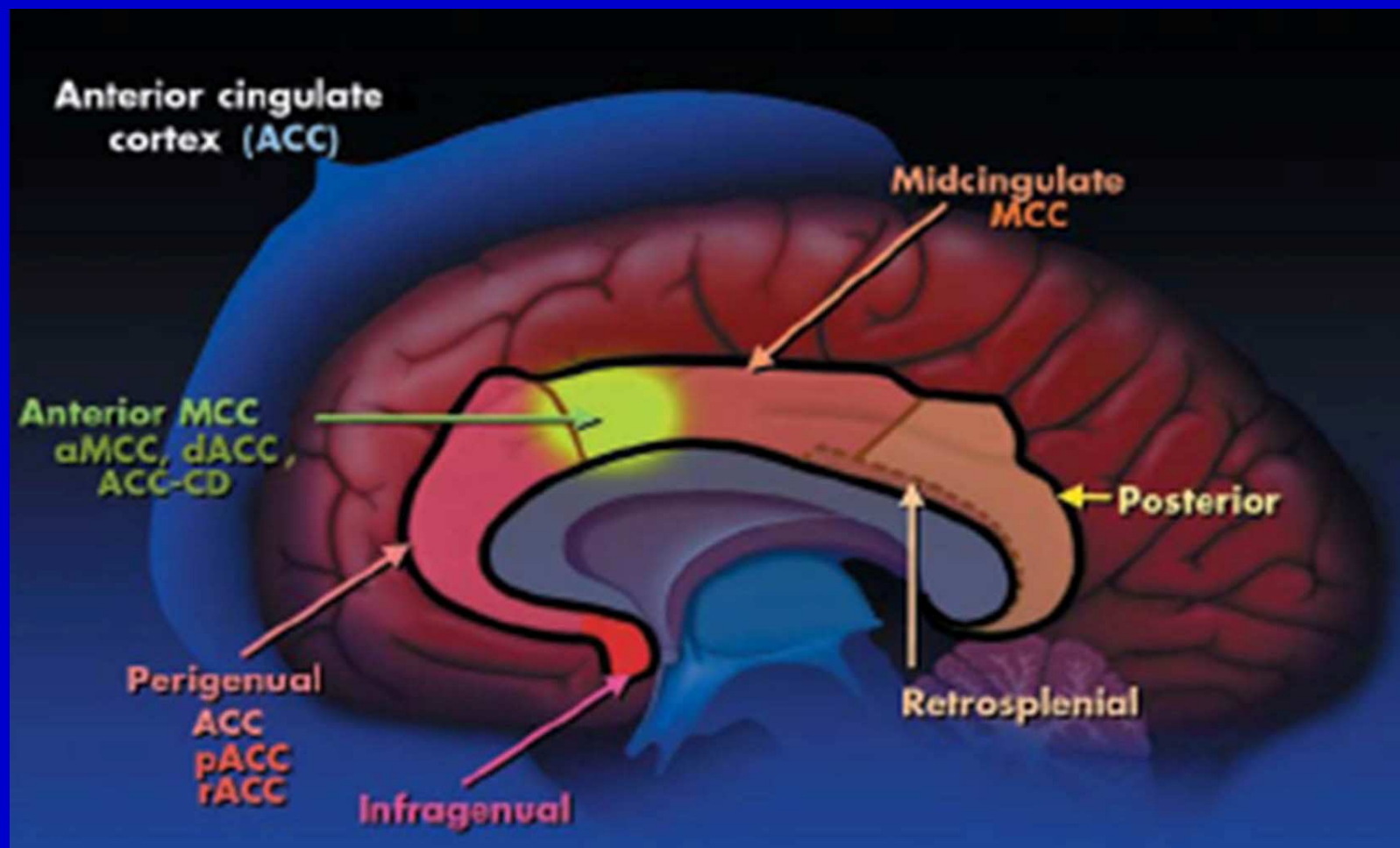
INSULAR CORTEX



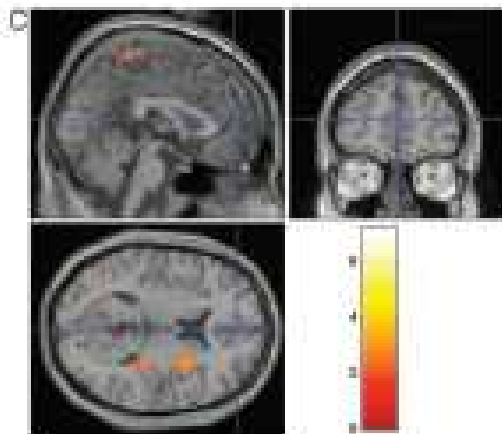
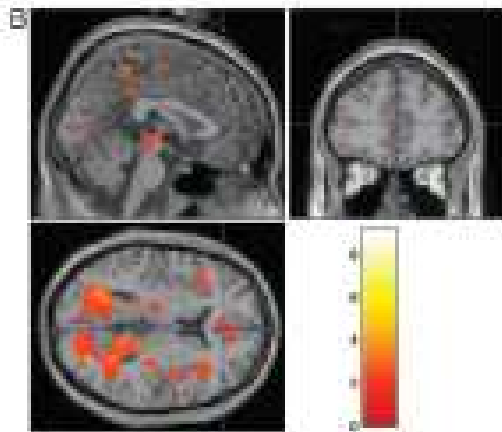
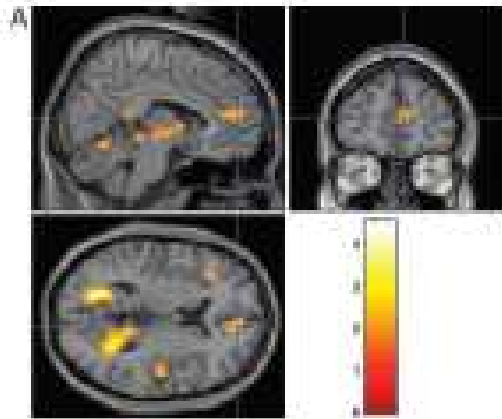
INTENSITY REGRESSION



Multiple regression analysis (left panel) of positron emission tomography data revealed statistically reliable relationships between perceived pain intensity and activation of a functionally diverse group of brain regions, including those important in sensation, motor control, affect, and attention. Pain intensity-related activation occurred bilaterally in the cerebellum (Cb), putamen, thalamus (Thal), insula, anterior cingulate cortex (ACC), and secondary somatosensory cortex (SII), contralaterally in the primary somatosensory cortex (SI) and supplementary motor area (SMA), and ipsilaterally in the frontal operculum (PMv).



Structure of the cingulate cortex. The anterior region of the mid cingulate cortex (MCC, shown in green) is a subregion called the anterior mid cingulate cortex of the ACC (aMCC); it has a variety of other names including the caudal ACC, the dorsal ACC (dACC), or cognitive division of the ACC (ACC-CD). pACC, anterior perigenual ACC; rACC, rostral ACC.



Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain


Amir Raz , Jin Fan , and Michael I. Posner

Sackler Institute for Developmental Psychobiology

Weill Medical College of Cornell University, New York, NY

PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences) July 12,
2005, vol. 102, no. 28:p. 9978-9983

Functional MRI data revealed that under posthypnotic suggestion, both ACC and visual areas presented reduced activity in highly hypnotizable persons compared with either no-suggestion or less-hypnotizable controls.



Raz's neuroimaging findings show that a specific brain area which regulates automatic processes, the anterior cingulate cortex (ACC), "lights up" when individuals perform the Stroop task without suggestion.

However, the ACC tends to turn off when highly hypnotizable individuals perform the task under the suggestion that these English words should be perceived as gibberish.

Amir Raz Phd.

"At least for highly suggestible people, words framed as part of a carefully-crafted suggestion can change focal brain activity in a way no drug we have can do"

Egner, T. & **Raz, A.** (2007). Cognitive control processes and hypnosis. In G. A. Jamieson (Ed), *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective* (pp. 29-50). New York: Oxford University Press.

Raz, A. (2005). Attention and Hypnosis: Neural Substrates and Genetic Associations of Two Converging Processes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 53(3), 237-258.

Raz, A. (2004). Atypical Attention: Hypnosis and Conflict Reduction. In M. I. Posner, (Ed), *Cognitive neuroscience of attention* (pp. 420-429). New York: Guilford Press.

Raz, A., Fan, J., & Posner, M. I. (2005). Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 102(28), 9978-9983.

Raz, A. (2007). Suggestibility and Hypnotizability: Mind the Gap. *American Journal of Clinical Hypnosis* 49(3), 205-210.

Anterior cingulate cortex (ACC)

pain intensity coding

Hypnosis works here

Midcingulate MCC

prediction of the sensory consequences of pain-related action

Anterior MCC
aMCC, aACC, ACC-CD

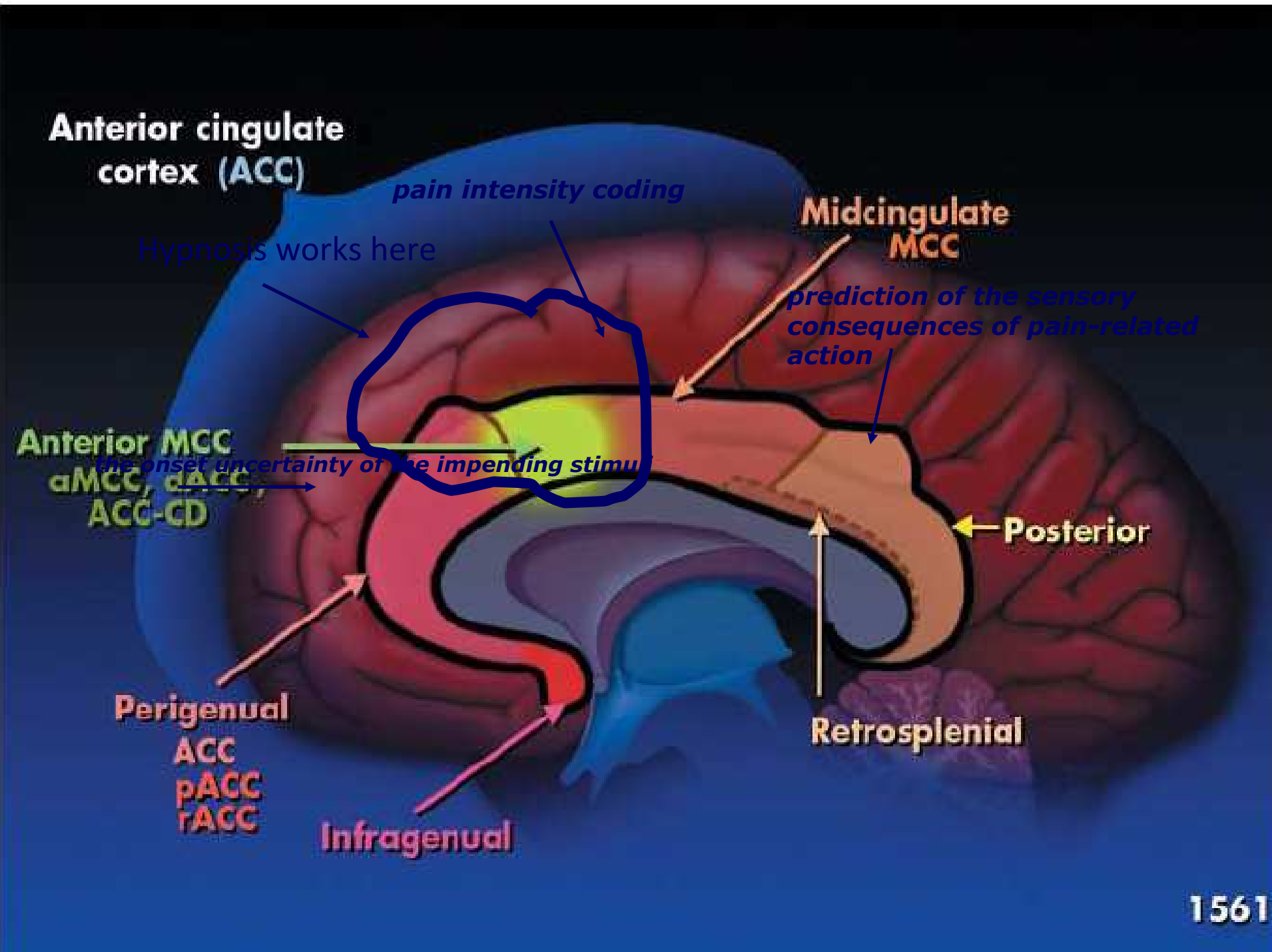
the onset uncertainty of the impending stimulus

← **Posterior**

Perigenual ACC
pACC
rACC

Infragenual

Retrosplenial



Reazioni secondarie al dolore cronico oncologico si tratta dell'entità: « dolore-malattia »

Il dolore cronico oncologico può comportare:

- **deficit alimentari**
- **deficit ventilatori**
- **privazione del sonno**
- **ansia- depressione**
- **debilitazione progressiva dell'organismo**
- **esaurimento progressivo delle risposte vegetative ed endocrine**
- **aggressione neuropsicologica e spirituale**
- **perdita della dignità**

Intensita`, Qualita` e Componente Affettiva e psicosociale DEL DOLORE

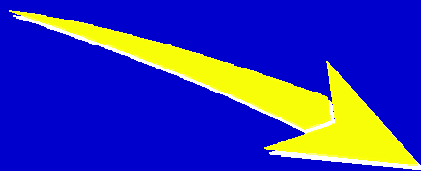
**Il dolore e` una sensazione soggettiva:
l'intensita` del dolore e` quindi basata su cio`
che il paziente ci comunica.**

**E` opportuno tenere in considerazione che il
paziente a volte non riferisce al medico la
presenza del dolore.**

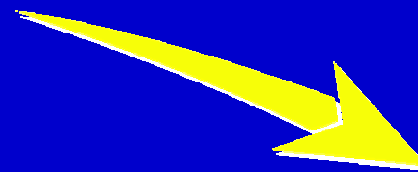
**I motivi di questa omissione sono vari:
esperienze precedenti con terapie inadeguate
o errate, timore di irritare familiari e medico,
desiderio di essere stoico e di essere percepito
come un
"buon paziente".**

IMPATTO DELLA MALATTIA NEOPLASTICA

**NORMALE ASPETTATIVA DI VITA CON PROGETTI
PER IL FUTURO**



**MALATTIA CON
ASPETTATIVA DI
UN FUTURO
INCERTO**



**DOLORE
E SOFFERENZA**

IMPATTO DELLA MALATTIA NEOPLASTICA

Scegliere, Decidere, Pensare, Fare



IL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO E L'ANSIA



Componente ansiosa del dolore:

- **Il dolore acuto e` generalmente accompagnato da uno stato d'ansia reattivo**
- **il dolore cronico e` generalmente accompagnato sia da uno stato d'ansia che da una depressione reattiva.**

Questi stati psicologici influenzano l'intensita` della percezione dolorosa e la sofferenza associata alla sensazione dolorosa.

In situazioni particolari l'ansia e la depressione, seppur reattive allo stato doloroso, diventano gravi a tal punto che richiedono una terapia farmacologica che si va ad aggiungere alla terapia antalgica.

STRESS E ANSIA NEL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO

Il termine "ansia" ha la stessa radice latina di angere ed è espressivo del concetto "stringere con violenza". Indica un certo aspetto del disagio fisico soggettivo che troviamo particolarmente nel dolore cronico.

I sintomi fisici e psichici dell'ansia nel dolore cronico oncologico

- **sono soggettivi, e possono essere di intensità variabile da caso a caso.**
- **E' comune la presenza di sintomi somatici, che rappresentano in realtà normali correlati psicofisiologici dell'ansia:
Cefalea da tensione, palpitazioni, tachiaritmie.
Spesso questi sintomi sono vissuti con intensa, profonda angoscia da parte del soggetto.**

**L'ESPERIENZA
DOLORE NON E' UNA COSTANTE
PSICOFISICA E PUO' ESSERE
INFLUENZATA DA
VARI FATTORI PERSONALI CHE
INCIDONO SULLA PERCEZIONE**



ANSIA E DEPRESSIONE NEL DOLORE CRONICO ONCOLOGICO

- agiscono abbassando la soglia ed il grado di tolleranza al dolore**
- amplificano la sensazione soggettiva di dolore**
- attivano specifici ed individuali meccanismi di difesa**
- entrano in risonanza con i meccanismi di difesa degli operatori e dei care giver in generale**

L'esperienza "DOLORE" è legata all'individuo:

- alla sua storia : personale e familiare**
- alle sue categorie di significato/senso e linguaggio**
- al suo ambiente**
- al contesto**
- alla sua capacità di capirne**
le cause
- le conseguenze**
- alla memoria e attesa**
- alla cultura**
- alla religione**

QUALI VARIABILI ???

- **COGNITIVE**
- **COMPORTAMENTALI**
- **EMOZIONALI:**
 - **L'ATTENZIONE**
 - **LA DISTRAZIONE**
 - **L'ANSIA**
 - **LA DEPRESSIONE**
 - **LA MALATTIA**

Alterazioni neurofisiologiche nella reazione d'ansia e di dolore cronico

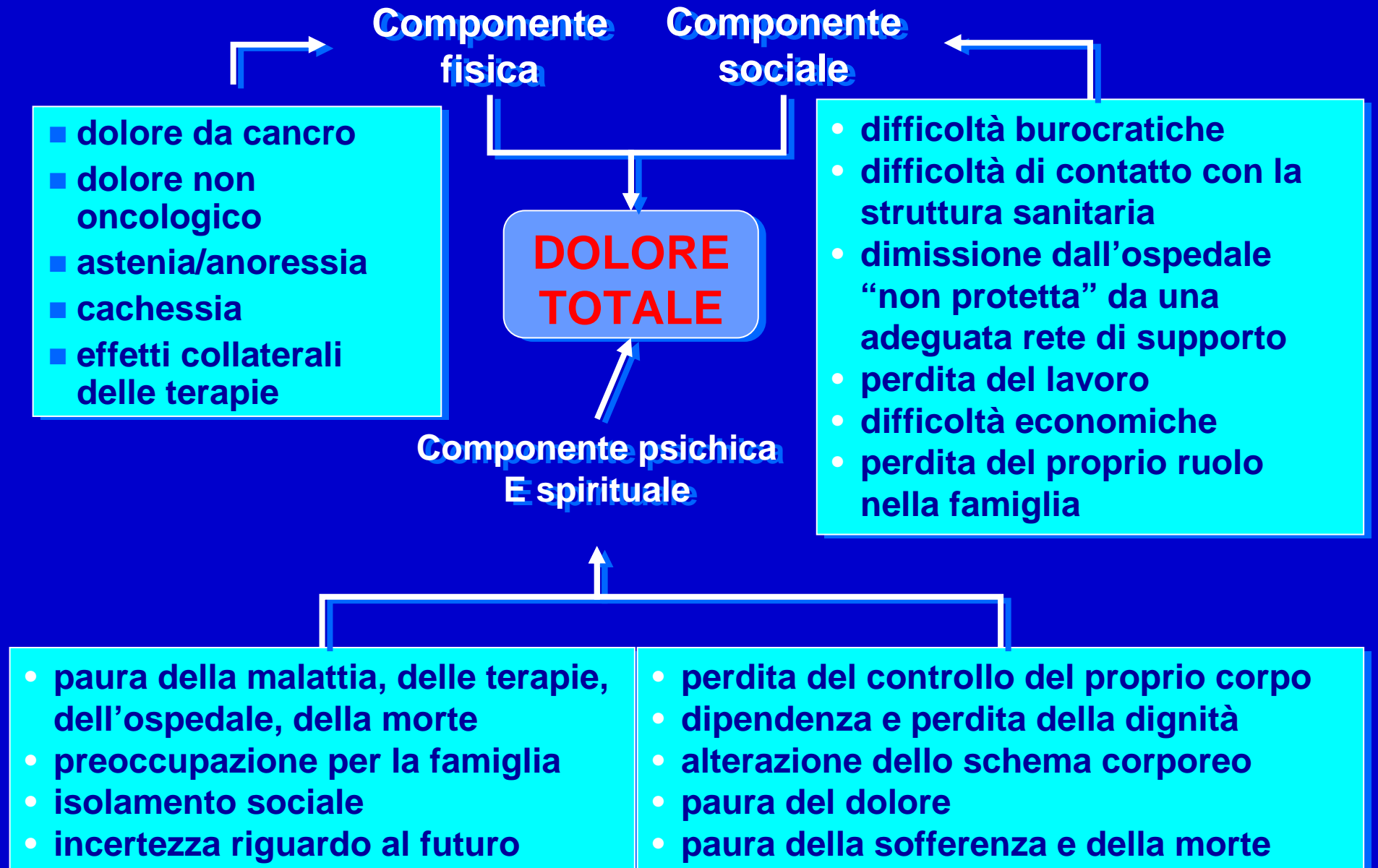
- **alterazione dell'equilibrio neurovegetativo**
- **diminuzione dell'ampiezza e aumento della frequenza EEG**
- **aumento della tensione muscolare generale e/o distrettuale**
- **aumento della frequenza cardiaca**
- **possibile extrasistolia**
- **aumento della pressione arteriosa sistolica**
- **vasocostrizione periferica**
- **aumento della frequenza e irregolarità respiratorie**
- **modifica della secrezione e motilità gastrointestinale**
- **aumento della sudorazione**
- **iperreflessia**
- **aumento del consumo di ossigeno**

ANSIA, DOLORE E GLI EFFETTI DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO SIMPATICO E PARASIMPATICO SU ORGANI E APPARATI:

(modificato da: Guyton)

Organi	STRESS ACUTO Effetto della stimolazione del S.N.simpatico (adrenergico)	STRESS CRONICO Effetto della stimolazione del S.N.parasimpatico (colinergico)
Ghiandole:	vasocostrizione	abbondante secrezione fluida
Ghiandole sudoripare	abbondante sudoraz. (colinergica)	nessuno
Cuore: Miocardio	aumento della frequenza aumento dell'energia sistolica	diminuzione della frequenza diminuzione energia sistolica dell'atrio
Coronarie	vasodilatazione	vasocostrizione
Polmoni	dilatazione	costrizione
Vasi sanguigni	lieve costrizione	nessuno
Intestino: Canale	diminuzione della peristalsi e del tono	aumento della peristalsi e del tono
Sfinteri	aumento del tono	diminuzione del tono
Fegato	liberazione di glucosio	nessuno
Rene	eliminazione ridotta	nessuno
Vasi sanguigni sistemici:		
Addome	costrizione	nessuno
Muscoli	costrizione (adrenergica) dilatazione (colinergica)	nessuno
Cute	costrizione (adrenergica)	dilatazione (colinergica)
Sangue: Coagulazione	accelerazione	nessuno
Glucosio	aumento	nessuno
Metabolismo basale	aumento fino al 150%	nessuno
Secrezione della corteccia surrenale	aumento	nessuno
Attività mentale	aumento	nessuno

Il concetto di dolore totale



LA SOFFERENZA SOCIALE, PSICOLOGICA E SPIRITUALE:

1. SENSO DEL LIMITE (DELLA VITA)

2. SENSO DI PERDITA:

- **AUTONOMIA**
- **AUTOSUFFICIENZA**
- **AUTODETERMINAZIONE**
- **TEMPO**
- **PROGETTUALITA'**
- **COMUNICAZIONI** (non poter parlare delle proprie paure, del morire, della morte)
- **PROPRIA IMMAGINE**
- **PROPRIO RUOLO**
- **FIDUCIA**
- **RELAZIONI SOCIALI**
- **DIGNITA'**
- **RELAZIONE PSICHE-SPIRITO**

IL DOLORE CRONICO NEL MALATO NEOPLASTICO E LA PAURA

- ❑ DOLORE INCONTROLLABILE**
 - ❑ PERDITA AUTOCONTROLLO (mentale/fisico)**
 - ❑ DI ESSERE RESPINTI – RIFIUTATI**
 - ❑ DI ESSERE UN PESO PER LA FAMIGLIA**
 - ❑ DI MORIRE**
-
- ATTIVAZIONE DI SPECIFICI E SOGGETTIVI MECCANISMI DI DIFESA PER FAR FRONTE ALL'ANGOSCIA (CRISI DI PANICO)**
 - COMPORTAMENTI DI IPERCONTROLLO E ANSIA**

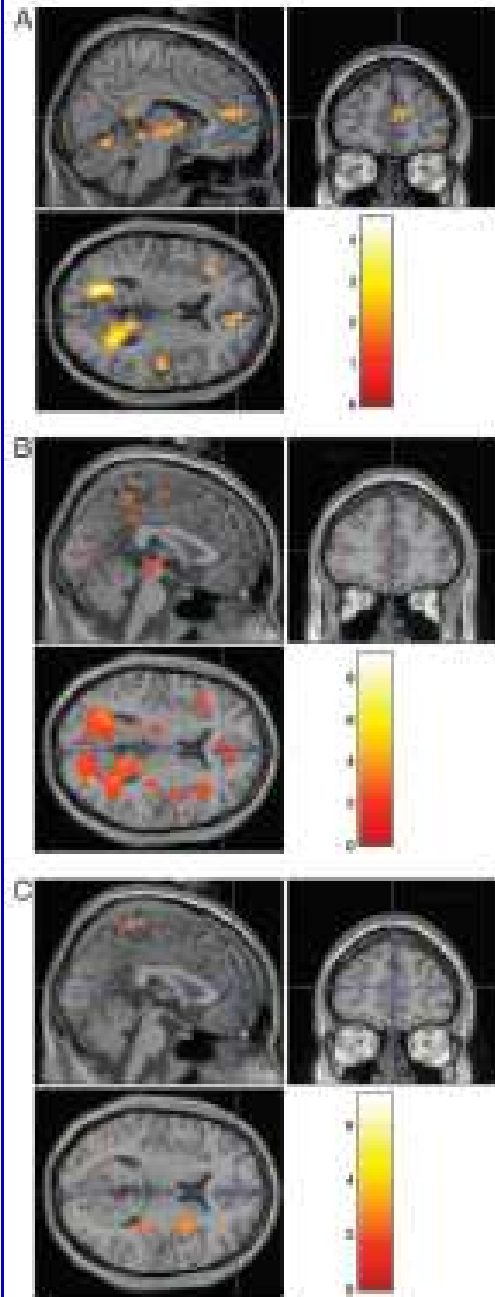
Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain

Amir Raz , Jin Fan , and Michael I. Posner

Sackler Institute for Developmental Psychobiology

Weill Medical College of Cornell University, New York, NY

PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences) July 12, 2005, vol. 102, no. 28:p. 9978-9983



Functional MRI data revealed that under posthypnotic suggestion, both ACC and visual areas presented reduced activity in highly hypnotizable persons compared with either no-suggestion or less-hypnotizable controls.

A livello corticale, infine, appare la percezione cosciente

La corteccia parietale, permette un riconoscimento rapido della natura e della topografia dell'aggressione dolorosa. Partendo da questo riconoscimento preciso, viene elaborata la risposta per eliminare la causa dolorosa.

La corteccia frontale sembra avere un ruolo primordiale nella comparsa delle manifestazioni affettive ed emotive del dolore.

Così si realizza il trasferimento nel campo psichico, passaggio dal dolore alla sofferenza.



**processi cognitivi che possono
influenzare il comportamento nella
sindrome dolorosa
a livello corticale:**

- 1.entità dello stimolo doloroso**
- 2.personalità**
- 3.fattori inconsci**
- 4.esperienze vissute**
- 5.memoria del dolore**
- 6.valutazione cognitiva dello stimolo doloroso**
- 7.attivazione emozionale**
- 8.grado di ansia**

Componente ansiosa del dolore:

- **Il dolore acuto e` generalmente accompagnato da uno stato d'ansia reattivo**
- **il dolore cronico e` generalmente accompagnato sia da uno stato d'ansia che da una depressione reattiva.**

*Questi stati psicologici influenzano **l'intensita`** della percezione dolorosa e la sofferenza associata alla sensazione dolorosa.*

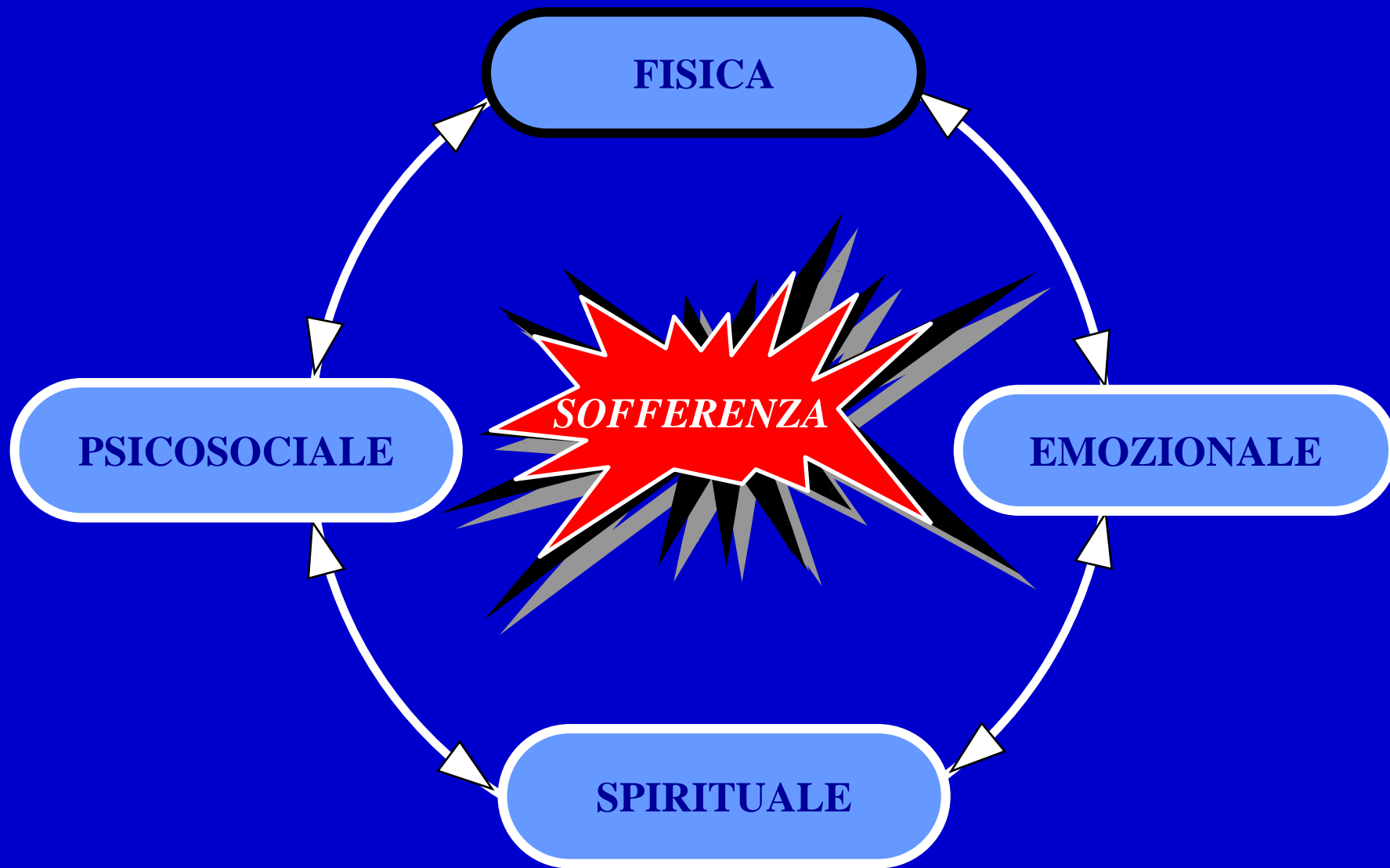
In situazioni particolari l'ansia e la depressione, seppur reattive allo stato doloroso, diventano gravi a tal punto che richiedono una terapia farmacologica che si va ad aggiungere alla terapia antalgica.

Sofferenza: reazione emotiva negativa generata nei centri nervosi più elevati o da uno stimolo doloroso ripetuto oppure da altri stati emozionali quali:

-depressione -isolamento -paura -ansia

Nella sofferenza sono coinvolti oltre la **corteccia cerebrale, il sistema limbico, il talamo l'amigdala e l'ippocampo**

La sofferenza inizia a manifestarsi quando il soggetto si sente minacciato od offeso nella sua integrità fisica o psicologica ed innesta un sistema di "biofeedback" tra paura, ansia, isolamento fisico e psichico e depressione



RIDUZIONE E CONTROLLO DEL DOLORE TOTALE NEL MALATO ONCOLOGICO

- **Identificare la fonte del dolore**
- **Misurazione della percezione e della gravità del dolore da parte della persona (V.A.S)**
- **Identificare segni fisici del dolore**
- **Identificare le risposte emotive/psicologiche rispetto al dolore**
- **Verificare l'efficacia della terapia farmacologia in atto**
- **Rilevazione degli effetti collaterali della terapia in atto (T.I.Q.)**
- **Aiutare la persona a comunicare ed a identificare la fonte e le caratteristiche del dolore**
- **Comunicare il proprio riconoscimento e accettazione del dolore della persona**



CONTINUA 

- **Fornire informazioni accurate rispetto alla causa del dolore, durata, alla terapia, alla via di somministrazione, agli effetti collaterali, alla gestione e utilizzo di dispositivi per il controllo del dolore (elastomeri, pompe CADD)**
- **Aiutare la famiglia a garantire alla persona la privacy durante la riacutizzazione del dolore**
- **Comunicare al MMG ed al palliativista qualsiasi problema legato al non controllo del dolore o al non controllo degli effetti collaterali**
- **Istruire la persona e la famiglia sulla corretta assunzione/somministrazione dei farmaci analgesici prescritti al bisogno**
- **Spiegare alla persona ed alla sua famiglia le misure non invasive del controllo del dolore (distrazione, contatto fisico (ad es. carezza), musica, rilassamento)**
- **Sottolineare alla persona ed alla sua famiglia la necessità che un controllo non soddisfacente del dolore venga riferito**



STATI DI COSCIENZA E IPNOSI

- ✓ Nel 1949, Moruzzi e Magoun hanno osservato come stimolando delle regioni del tronco encefalico del gatto ne cambiasse lo stato comportamentale globale. La stimolazione di alcune regioni provocava sonno, di altre uno stato di allerta generalizzato. Questa area controllava lo stato di vigilanza generale.
- ✓ Quali sono i rapporti tra attivazione, vigilanza ed attenzione selettiva?

RELAZIONI TRA STATI DI COSCIENZA, SONNO E IPNOSI :



“Veglia attiva”

Nello “stato di veglia attiva” la consapevolezza, secondo le nostre abitudini e il nostro “normale” modo di vivere al di fuori del sonno, si presenta completa ed estremamente attuale in tutte le sue espressioni:

**l’attenzione, la concentrazione,
la volontà
e la memoria
sia a breve che a lungo termine.**

Veglia rilassata e stati di rilassamento

**Tutte quelle stimolazioni di tipo diverso
che provengono dal mondo interiore
in modo particolare dal profondo
della propria coscienza
da quel labirinto che sottende angoli
ancora nascosti della personalità**

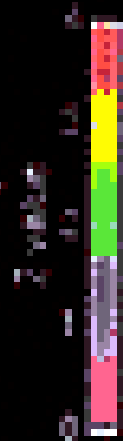
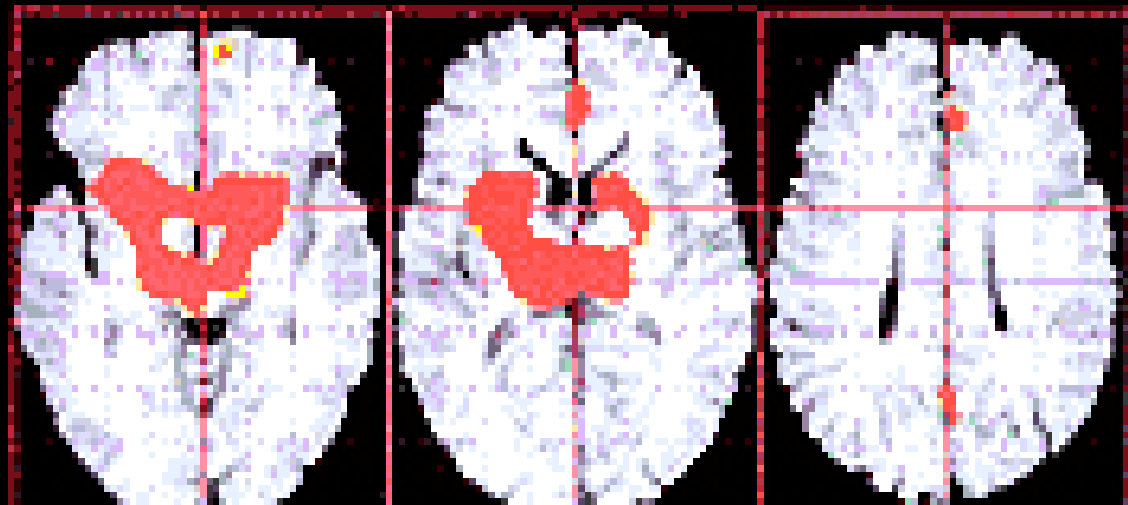
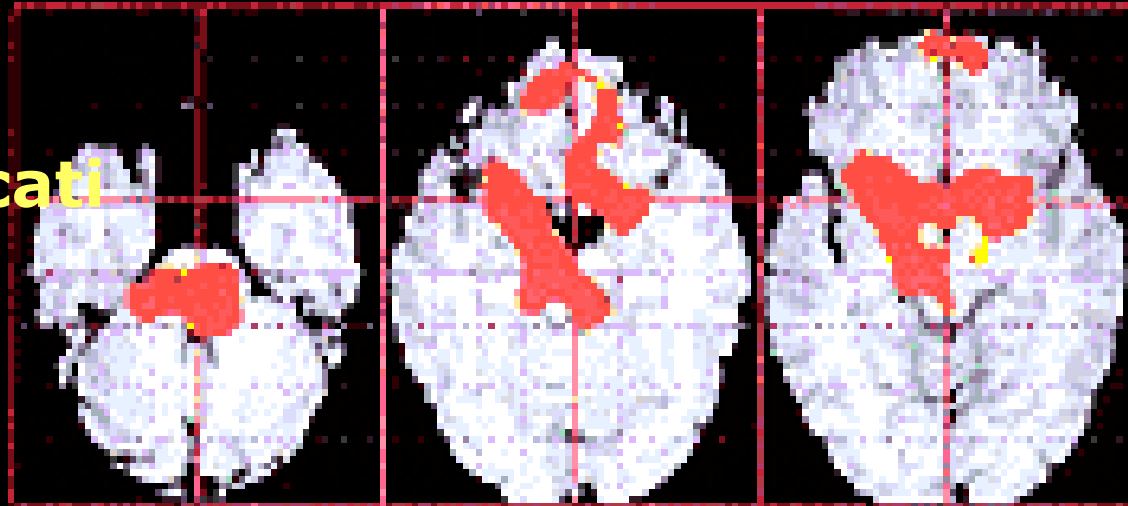
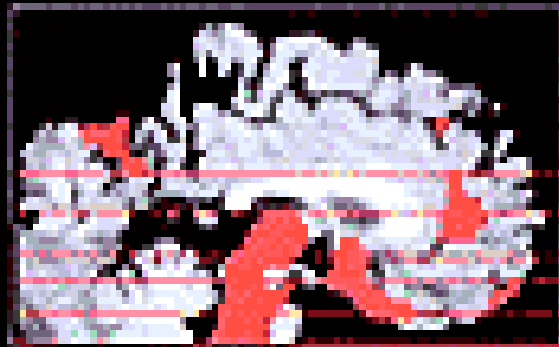
Stati di coscienza modificati

(veglia rilassata, ipnosi, stato di sogno)

**Stato di inibizione della corteccia cerebrale
con attivazione dei centri sottocorticali**



zone del cervello più interessate dagli stati di coscienza modificati



L'IPNOSI NELLA TERAPIA DEL DOLORE

L'ipnosi può essere considerata come un processo di apprendimento a sviluppare,
in conformità con determinati principi e ad opera di adeguati stimoli, molteplici capacità che ampliando le dimensioni dell'uomo concepito come inscindibile unità psicosomatica, in condizioni di salute o di malattia, sono variamente ed ampiamente utilizzabili a fini sperimentali, profilattici diagnostici e terapeutici (Guantieri).

L'intervento terapeutico delle tecniche di rilassamento e ipnosi

è soprattutto finalizzato a mettere a fuoco e a ristrutturare, attraverso processi di autostima e di rinforzo dell'Io, le regole cognitive seguite dal soggetto alla base della risposta emozionale disturbata ad esempio nel dolore cronico

I meccanismi ipnotici in terapia del dolore nell'ipotesi di lavoro di Melzack della "neuromatrice" :

nella corteccia cerebrale ha sede la neuromatrice,
che dovrebbe essere composta da una fitta rete
di neuroni, che genera nel corso del tempo
autonomamente, in una mappa corticale, una
immagine mentale del corpo.

Su di essa il cervello proietta i vari segnali che
danno forma e consistenza al dolore;
questo modello potrebbe spiegare perché la
sensazione di dolore sia strettamente e
squisitamente individuale e modificabile in ipnosi.

LE TECNICHE DI RILASSAMENTO E IPNOSI

PER IL CONTROLLO DELL'ANSIA

NELLA TERAPIA DEL DOLORE

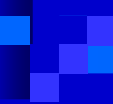
Le tecniche di rilassamento mirano ad accrescere le risorse mentali del soggetto, allenandolo a confrontarsi con la situazione critica ed aumentare il suo senso di controllo.

Durante l'induzione del rilassamento e dell'ipnosi, il terapeuta insegna al soggetto uno stato di coscienza modificato (= intermedio tra la veglia e il sonno) che attraverso una realtà sensoriale diversa, lo aiuta ad elaborare una condizione di migliore adattamento agli stimoli stressogeni e dolorosi

Stato ipnotico

**Paracelso ancora nel XV secolo affermò che:
"La volontà di una persona può
con l'energia del suo sforzo
agire sull'essere spirituale di un'altra persona,
entrare in lotta
e sottoporla alla propria possanza".**

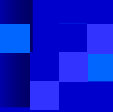
**Franz Anton Mesmer (1734-1815)
propose invece la teoria del magnetismo
animale. Spiegò che un fluido, che permea tutto
l'universo tiene in stretto rapporto gli individui
tra loro e i corpi celesti
Nel corpo umano, la non omogeneità di questo
fluido generava le malattie.
Da ciò egli arguiva che ogni persona e anche gli
animali sono provvisti di energia magnetica.
Lo stato ipnotico veniva dunque spiegato
con il magnetismo**



Il termine ipnosi fu coniato dal medico scozzese J. Braid e comparve in suo scritto attorno all'anno 1842 e fu la "parola" che dettò il passaggio dal periodo pseudo-scientifico di Mesmer, che adoperava la tecnica facendo riferimento al magnetismo animale a un'analisi più scientifica.

Nella prima metà del 1800 per le analogie che a quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico e quelle che si avevano in quella condizione particolare che si pensava creata dai magnetizzatori.

Oggi sappiamo che il sonno non ha nulla a che fare con l'ipnosi.



**Il "Grande Dizionario Universale Larousse"
nell'edizione del 1865-1890 per la prima volta
presenta il termine "ipnosi" e, così, lo definisce:
"Sonno prodotto soprattutto dalla visione
prolungata di oggetti brillanti"
(Tomo IX, H-K, del 1873).**

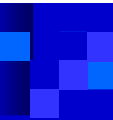
**Il termine "ipnosi" non è certo quello più
adeguato per sintetizzare e descrivere quanto
avviene in quella condizione particolare di
funzionamento dell'organismo umano
detta ipnosi.**

IPNOSI

“Stato di coscienza modificato - sicuramente al di fuori della realtà di veglia vigile inteso da molti autori come stato intermedio molto probabilmente inserito tra veglia rilassata e sonno”

“Stato di parziale inibizione corticale con focalizzazione dell’attenzione sulle parole dell’ipnologo”

“Stato particolare di coscienza che non è veglia che non è sonno”



Descrizione dei diversi stati di rilassamento e di ipnosi clinica

Tra i vari tipi di stati di rilassamento che ci interessano in questo nostro excursus possiamo ricordare:

Jacobson: rilassamento muscolare e somatico con indicazione specifica dei vari punti di appoggio, se possibile senza intervento del pensiero, nel senso che tutto avviene da solo, "non devo far nulla". "I not doing".

Schultz: esercizi inferiori e superiori del Training Autogeno.

Ajuriaguerra: rilassamento tonico, usato specie nei bambini.

Sapir: rilassamento a induzioni variabili, in sedute diverse e a volte anche con modalità diverse


Desoille: sogno guidato in condizioni di veglia rilassata, lasciandosi guidare dalle parole del terapeuta (réve éveillé dirigé).

Fretigny–Virel: rilassamento in stato di immaginazione mentale, (imagerie mentale).

Kretschmer: metodo detto del doppio binario.

Aiginger: training analitico di tipo compensato.

Vari tipi di rilassamento basato sul controllo del tono muscolare in stato di veglia, con esercizi diversi, a seconda del momento e degli autori.



Caycedo: metodo cosiddetto sofrologico
con rilassamento fisico, mentale e spirituale

Parietti: tecnica della distensione
immaginativa.

Autori vari Tecnica della creazione di riflessi
condizionati: diverse scuole tra cui la Scuola di
Ipnosi di Granone (Torino).

Stato ipnoide

Sbattimento delle palpebre.

Rilassamento fisico

muscolare, tendineo e nervoso.

Chiusura spontanea degli occhi dopo un breve periodo di tempo,

segno di inizio del rilassamento psicofisico.

Sensazione progressiva di

profondo rilassamento psicofisico,

accompagnato spesso da

spiccata diminuzione dell'attività mentale,

in modo particolare quella corticale.

Diminuzione dello stato d'ansia

e dei disturbi somatoformi,

ma non in tutti gli individui.

Ipnosi leggera

**Incapacità di aprire gli occhi.
Respirazione progressivamente
più profonda e lenta
con pause di sospensione.**

**Intensificazione progressiva
della letargia o stato di sonnolenza.**

**Visualizzazioni spontanee del tipo
ipnopompico o ipnagogico
senza svolgimento di natura logica.**

Ipnosi media

Anestesia a guanto.

**ANALGESIA O ANESTESIA DEL DOLORE ACUTO
E CRONICO**

Amnesia parziale dei vissuti.

**Visualizzazioni di tipo sogno
"ad occhi aperti"**

**con coinvolgimento dei cinque sensi,
ma non in tutti i soggetti.**

**Per alcuni autori anche
allucinazioni visive ed auditive con immersione
parziale o totale nel vissuto esperienziale.**

Ipnosi profonda

**Capacità di aprire gli occhi e di movimento,
senza nessuna influenza sulla
profondità dello stato modificato.**

**Vissuti particolari definiti come importanti con
immersione nei cinque sensi e visualizzazioni a
tipo di sogno.**

**Fenomeni di verbalizzazione spontanea
del vissuto con vissuti illogici o alogici, ma
senza perdita completa di coscienza o
dell'attività di censura del Super-Io.**

ANALGESIA O ANESTESIA DEL DOLORE

I cinque principali Criteri di Induzione Ipnotica di Milton Erickson

1) Non è necessario rendere cosciente l'inconscio.

È infatti possibile stimolare i processi inconsci in modo che funzionino in forma autonoma, più adatti per risolvere in maniera personale i problemi di ciascun paziente.

2) Non è necessario analizzare al paziente i meccanismi mentali e le caratteristiche della sua personalità.

Si possono utilizzare invece processi, dinamismi e vie che favoriscono il conseguimento degli obiettivi terapeutici.

3) Non è necessario che i suggerimenti siano diretti o direttivi.

Spesso i suggerimenti indiretti risultano migliori nell'aggirare le limitazioni del paziente che favoriscono di norma la produzione di eventuali resistenze. In tal modo si aiuta e si asseconda solo lo sviluppo, l'espansione e la risalita dei processi inconsci.

4) Con un suggerimento indiretto molto spesso il paziente è messo in grado di superare i difficili processi interni di disorganizzazione, riassociazione e proiezione di esperienze interiori.

5) Il suggerimento di tipo terapeutico non è un processo di programmazione del paziente secondo il punto di vista del terapeuta. Comporta invece "una risintesi interiore del comportamento del paziente a opera del paziente stesso".

Le Tecniche postericksoniane, con l'attuazione di particolari stati di confusione, necessari per diminuire le difese razionali in alcuni soggetti troppo introspettivi, nei quali non è possibile raggiungere lo stato ipnotico nei modi voluti, per il fatto che si presentano sempre "troppo vigili ed attenti a tutto ciò che succede intorno a loro".

Perchè le tecniche di rilassamento e ipnosi nel dolore cronico oncologico?

Farmaci e blocchi anestetici:

- **Stipsi**
- **Nausea e/o vomito**
- **Gastrite**
- **Depressione respiratoria**
- **Stato confusionale, allucinazioni**
- **Mioclono**
- **Sonnolenza**



Tecniche di ipnosi

- ❖ Rendono più sopportabili gli effetti collaterali dei chemioterapici
- ❖ Approccio meno invasivo
- ❖ Diminuzione del dolore o analgesia completa
- ❖ Diminuzione dell'ansia e della sofferenza psichica e spirituale

Queste tecniche non vogliono essere un unico trattamento, ma sono un valido completamento delle terapie convenzionali

**Le tecniche di rilassamento e ipnosi mirano ad
accrescere le risorse mentali
del soggetto,
allenandolo a confrontarsi
con la situazione critica ed aumentare il suo senso di
controllo.**

**Durante l'induzione del rilassamento o dell'ipnosi, o
della meditazione,
il terapeuta insegna al soggetto
uno stato di coscienza modificato
(= intermedio tra la veglia e il sonno)
che attraverso una realtà sensoriale diversa,
lo aiuta ad elaborare una condizione
di migliore adattamento
agli stimoli stressogeni e dolorosi**

Reported Effects of Relaxation Techniques in Surgical Patients

Petry, JJ. Surgery and complementary therapies: a review. Alternative Therapies. September 2000; 6(5):64-74

Effetti delle tecniche di rilassamento nei pazienti chirurgici

- ❖ ↓ dolore postoperatorio
- ❖ ↓ il tempo di ricovero postoperatorio
- ❖ ↓ uso dei narcotici postoperatori
- ❖ ↓ la PA, la FC e la frequenza respiratoria postoperatoria
- ❖ ↓ ansia

Reported Effects of Imagery in Surgical Patients

- ❖ ↓ postoperative pain and narcotic use
- ❖ ↓ cortisol levels
- ❖ ↓ anxiety
- ❖ ↓ time to return of gastrointestinal function
- ❖ ↑ noradrenaline levels

Petry, JJ. Surgery and complementary therapies: a review. Alternative Therapies. September 2000; 6(5):64-74

Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance.

Deng G, Cassileth BR.

CA Cancer J Clin. 2005 Mar-Apr;55(2):109-16.

Assistant Member, Integrative Medicine Service, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center,

New York, NY, USA.

Many people with cancer experience pain, anxiety, and mood disturbance. Conventional treatments do not always satisfactorily relieve these symptoms, and some patients may not be able to tolerate their side effects.

Complementary therapies such as acupuncture, mind-body techniques, massage, and other methods can help relieve symptoms and improve physical and mental well-being.

Self-hypnosis and relaxation techniques help reduce procedural pain.

II CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA recita all'articolo 37

“.. in caso di malattie a
prognosi sicuramente infausta
o pervenute in fase terminale,
il medico deve limitare la sua
opera all'assistenza morale ed
alla terapia atta a risparmiare
inutili sofferenze, fornendo al
malato i trattamenti
appropriati a tutela, per
quanto possibile, della qualità
della vita.....”

COULEURS CÉLESTES, LAC
TAHOE, CALIFORNIE

IL PAZIENTE ONCOLOGICO

I sintomi nell'ultimo anno di vita

- ┌ Astenia 90%
- ┌ **Dolore 84%**
- ┌ Anoressia e iporessia 71%
- ┌ Nausea, vomito 51%
- ┌ Insonnia 51%
- ┌ Dispnea 47%
- ┌ Stipsi 47%
- ┌ Depressione 38%
- ┌ Confusione mentale 33%
- ┌ Piaghe da decubito 28%

Cartwright, 1991

QUANDO NULLA RESTA DA
FARE TUTTO RESTA DA FARE



LE TECNICHE DI IPNOSI DI Attivazione dell'inconscio spirituale Erickson, Assagioli, Frankl e Brugnoli

**Valida solo nei soggetti motivati o preparati ad essere
illuminati dall'alto o
dai contenuti del Sé più profondo
In questi casi e solo in questi l'inconscio spirituale o
superiore può essere proiettato,
con tecniche adatte, di norma piuttosto difficili ed
impegnative, oltre le esperienze temporali, sulla soglia
dell'eternità**

**Nei vissuti di atemporalità l'anima
liberata dalla sofferenza può finalmente librarsi senza legami
fisici e contenuti psichici deprimenti, sui sentieri del cosmo,
immergendosi nell'infinito mediante vissuti virtuali,
assaporando "momenti di grande conforto, speranza,
elevazione ed ispirazione"**

GLI ULTIMI GIORNI

**IL TRATTAMENTO DEI MALATI TERMINALI HA
CARATTERISTICHE ATTIVE COME FRUTTO DI
UN ATTENTO EQUILIBRIO TRA COSTI UMANI,
PSICOLOGICI E SPIRITUALI
E BENEFICI ATTESI**



GLI ULTIMI GIORNI

*non esiste una sola strada per una
morte corretta,*

ma mille storie personali che,

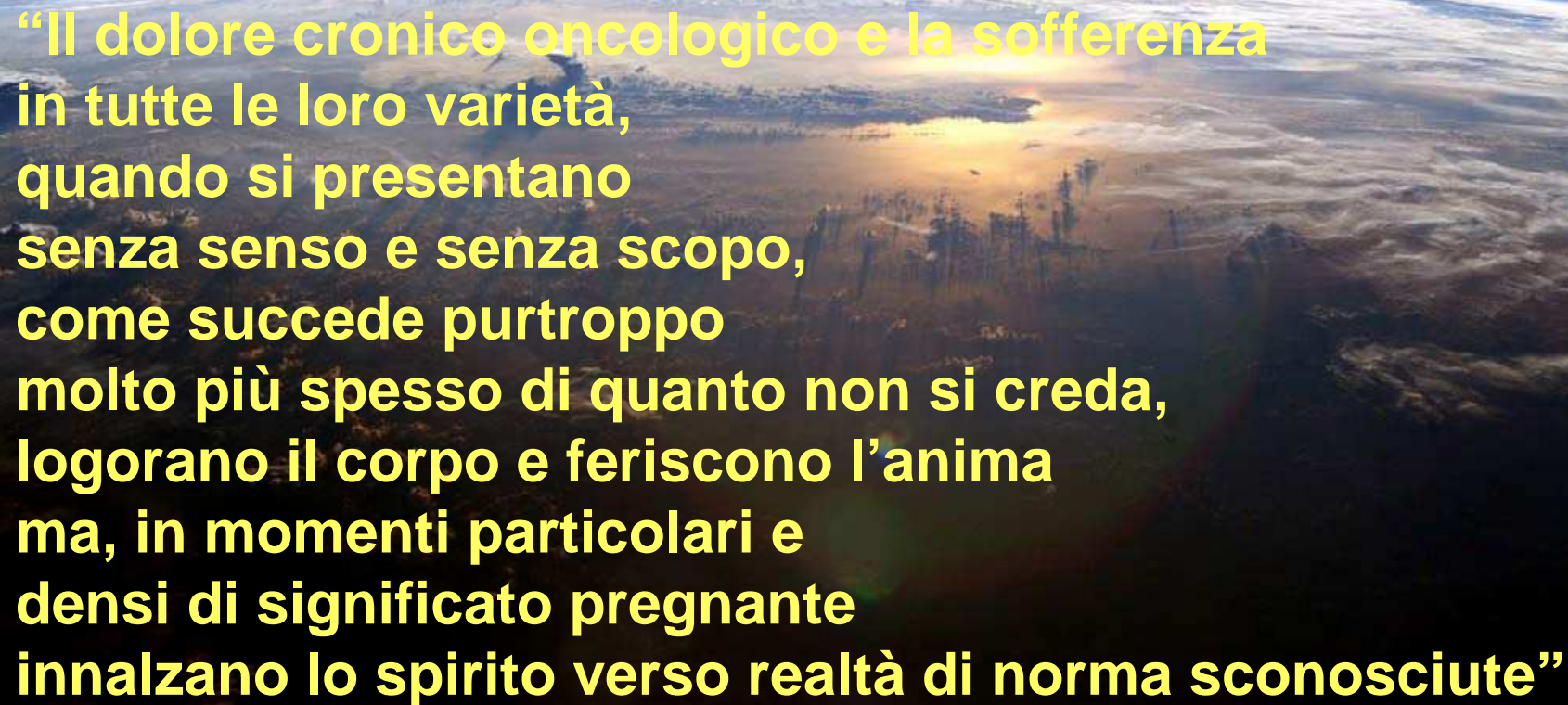
per molte strade,

conducono alla fine della vita



**Quando il cielo si illumina e il mare riflette,
Anche l'uomo comune si interroga
sulle dimensioni
della psiche e del Sacro,
nascosti dentro le pieghe dell'anima**





**“Il dolore cronico oncologico e la sofferenza
in tutte le loro varietà,
quando si presentano
senza senso e senza scopo,
come succede purtroppo
molto più spesso di quanto non si creda,
logorano il corpo e feriscono l’anima
ma, in momenti particolari e
densi di significato pregnante
innalzano lo spirito verso realtà di norma sconosciute”**

A. Brugnoli

*Dentro la notte dell'anima può nascere
la luce, come la luce dell'aurora boreale*

GRAZIE

AIST www.aist-pain.it paola.brugnoli@libero.it