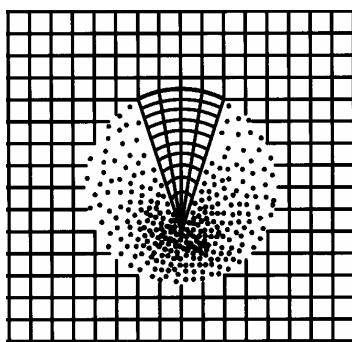


AIST
ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DELLA
TERAPIA DEL DOLORE E DELL'IPNOSI CLINICA

ISTITUTO ITALIANO STUDI DI
IPNOSI CLINICA E PSICOTERAPIA
"H. BERNHEIM"
SCUOLA DI RICERCA E FORMAZIONE
FONDATA DA G. GUANTIERI

*ASSOCIAZIONE ADERENTE ALLA SOCIETA' INTERNAZIONALE DI IPNOSI E
ALLA SOCIETA' EUROPEA DI IPNOSI IN PSICOTERAPIA E MEDICINA PSICOSOMATICA*



IPNOSI INTESA COME
STATO MODIFICATO DI COSCIENZA,
RELAZIONE INTERPERSONALE E
PARZIALE RITORNO ALLO STATO ARCAICO

Alla luce delle attuali conoscenze e delle ultime ricerche in questo vasto campo, per noi l'ipnosi è uno stato modificato di coscienza, che non è veglia, che non è sonno; relazione interpersonale tanto più efficace, operativa e terapeutica quanto più in sintonia con il soggetto; vissuto particolare, spesso non logico od addirittura alogico, nel quale si attiva un ritorno allo stato arcaico, con elaborazione subconscia od inconscia, di archetipi, miti, rituali, favole, leggende ecc."

A questo punto dunque possiamo affermare che l'ipnosi non è solamente stato e relazione interpersonale ma anche ritorno allo stato arcaico.

E' ormai noto che il processo ipnotico può essere instaurato rapidamente o lentamente a seconda del tipo di soggetto e delle metodiche impiegate.

In passato venivano definiti diversi stati di profondità dell'ipnosi, come, per es. con Forel. primo stadio o stadio della sonnolenza, in cui il soggetto può decidere se seguire i suggerimenti rivoltigli, secondo stadio o stadio del sonno lieve, in cui i suggerimenti dati permeano il comportamento, senza creare amnesia postipnotica, terzo stadio, classificato anche come stadio del sonno profondo o sonnambulico, caratterizzato da suggerimenti specifici che determinano una reazione o di amnesia spontanea, o di regressione all'infanzia o di comportamenti strettamente inerenti allo stimolo primario.

Tutto questo è superato dall'avvento dell'ipnosi ericksoniana e post moderna.

Resta comunque un valido tentativo di classificazione, anni 60, da non trascurare, anche se ormai non più condiviso dalla maggioranza degli autori per un legame di quasi sottomissione all'ipnologo.

Molto utile conoscere anche quello che scrive Galeotto, negli anni 60, che così descrisse ciò che si riferisce proprio alla suggestione, naturalmente di tipo ipnotico.

Modificazione dell'attenzione, con restringimento temporaneo visivo del campo mentale cosciente, ma con temporanea esaltazione, nel senso di miglior focalizzazione delle idee coscienti, Per questa via si arriva al monoideismo, chiave di tutti gli altri fenomeni suggestivi.

Modificazioni della percezione degli stimoli sensoriali.

Modificazioni del tono della muscolatura scheletrica e vascolare.

Modificazioni della cenestesi.

Modificazioni della funzionalità neurovegetativa e di quella endocrina.

Modificazioni umorali del ricambio, della nutrizione, del ritmo, della durata e del tipo di sonno e della veglia.

Modificazioni delle risposte immunitarie agli antigeni (o allergeni) esogeni ed endogeni (psicoantigeni e psicoallergeni).

Modificazioni dell'ideazione, dell'emotività, dell'affettività, della volontà e del carattere.

Come ben si nota, nell'analisi dei fenomeni suggestivi od ipnotici, si prendevano allora in considerazione molteplici fattori in prevalenza quelli fisiologici, umorali, neuroendocrini, proprio per dimostrare l'effettiva presenza di uno «stato modificato di coscienza» alla base di tutto questo.

Alla fine degli anni 90 invece questa modalità di analisi parcellare dei fenomeni ipnotici o delle alterazioni che si presentano durante l'ipnosi è ormai grandemente superato, in modo particolare da tutte le scuole che si avvalgono degli studi, delle ricerche e delle intuizioni sia del tipo ericksoniano sia post ericksoniano.

Questo perché tanti tipi di fenomeni sono ormai dati per scontati, mentre si è alla ricerca, a volte perfino esasperata, di nuove forme di conduzione dell'induzione ipnotica e della terapia conseguente.

Del resto già Guantieri, ancora negli anni 70, così scriveva:

“Noi riteniamo puramente ipotetiche e non del tutto fondate le varie suddivisioni in stadi e gradi, ai quali corrispondono determinati fenomeni. Le suddette ipotesi probabilmente derivano anche dalla tendenza a riferirsi ad un'ipotesi intesa e suggerita come sonno e pertanto studiata dallo stesso angolo visuale dal quale si è cercato di indagare sul sonno; dalla tendenza ancora a studiare il processo ipnotico con mentalità organicistica (analitica più che sintetica) e a volerlo pertanto classificare a tutti i costi. ”Saremmo piuttosto propensi a pensare che vi siano diversi tipi di ipnosi più che ben definiti stadi di intensità.

In alcuni casi può esser raggiunta una notevole intensità rapidamente; in altri più lentamente; in altri infine l'intensità massima permessa è modesta.

Potremmo distinguere tutt'al più un'intensità minima, media e massima, corrispondente quest'ultima all'ultimo grado di ogni classificazione.

Maggiore è l'intensità e più è possibile, di solito, ottenere fenomeni imponenti, quali certe clamorose distorsioni percettive, la regressione di età, la scrittura automatica; non raramente però una vivida immaginazione ipnotica o una notevole influenza sulle funzioni viscerali sono possibili anche quando l'ipnosi non si è prodotta molto intensa".

Pertanto se consideriamo l'ipnosi secondo la nostra definizione e cioè: stato modificato di coscienza, relazione interpersonale e vissuto particolare con ritorno allo stato arcaico, possiamo dare una spiegazione anche a tutti quei tipi di induzione, indiretta, mascherata, alogica, che, prima di ora, erano scarsamente classificabili con i metodi tradizionali ed addirittura, per molti autori, non pertinenti oppure nemmeno esistenti.

Noi preferiamo parlare di «stato modificato di coscienza» rispetto a «stato alterato di coscienza» usato da maggioranza delle autori, anche perché quest'ultimo, in italiano, assume una connotazione più patologica che fisiologica.

In inglese, il verbo «to alter» significa sì alterare, ma anche cambiare e modificare. Noi crediamo che tutta questa confusione di termini sia nata con i primi traduttori italiani, che ben poco si intendevano o si interessavano di ipnosi.

COME AGISCE LO STATO IPNOTICO IN ANALGESIA LOCALIZZAZIONI PERIFERICHE E CENTRALI DEL DOLORE

Esistono recettori specifici del dolore in molti organi, ma in modo particolare nella cute. Questi veri e propri "nocicettori", secondo Perl, devono sottostare a due requisiti principali: essere completamente silenti, quando il soggetto non avverte nessun tipo di dolore; possedere una soglia di stimolazione alquanto elevata, per essere eccitati, in modo molto specifico, solamente da stimoli dolorosi, oppure di forte pressione, o anche da alta temperatura.

La scuola di Wall invece contrappone la tesi, sempre più sperimentata, di una informazione afferente continua, composta da un ininterrotto treno di impulsi che originano dai tessuti capaci "anche" di "sentire" dolore.

Questo flusso di norma non arriva alla soglia della coscienza perché, tra periferia e corteccia cerebrale, esiste una specie di filtro particolare o porta (gate control theory).

Essa ha il compito specifico di inibire, entro limiti variabili da soggetto a soggetto, questi particolari impulsi sensitivi, evitando che arrivino in massa alla corteccia. La "pattern theory di Weddel", oltre all'intensità dello stimolo, prende in considerazione anche il codice di informazione, con caratteristiche diverse a seconda che le stimolazioni partano dalla cute, oppure dagli organi interni.

L'informazione afferente porterebbe sensazioni diverse a seconda dell'intensità dello stimolo: a stimoli leggeri corrisponderebbe una sensazione di pressione, a stimoli di intensità moderata una di calore, a stimoli ancora più intensi una di dolore.

Non esiste ancora un accordo teorico tra le varie scuole, ma è riscontrabile almeno un generale consenso sull'ipotesi che il recettore di tipo sensitivo non possa essere considerato come una struttura statica, stimolata solo da quel dato tipo di informazione. Si ritiene, invece, come è probabile, che esso possa essere sensibile, di volta in volta, a varie componenti variabili di natura fisica, chimica e nervosa. Gli stimoli dolorosi verrebbero fermati nel talamo per effetto di un "cancello" o "griglia talamica" che non lascerebbe filtrare il flusso di stimoli

“fisiologici”, per non sovraccaricare la corteccia di input inutili o al limite anche dannosi.

Questo cancello è superato da impulsi afferenti di intensità piuttosto forte, come appunto certi stimoli algogeni. Cause genetiche o contingenti spontanee ostati d’ansia, specie anticipatoria, oppure azioni farmacologiche provocano il diradamento delle maglie, con conseguente abbassamento della soglia dolorifica.

Così gli stimoli sensitivi fisiologici giungono alla coscienza sotto forma di sensazioni spiacevoli, parestesiche o dolorose.

Particolari allenamenti, ottenuti con tecniche diverse, a sopportare meglio gli stimoli dolorosi, come nelle generazioni dei fachiri, degli sciamani, degli stregoni, oppure con gli esercizi superiori del Training Autogeno di Schultz o anche con l’ipnosi di grado medio o profondo, auto ed eteroindotta, possono portare ad un infittimento delle maglie della griglia talamica ed innalzare così la soglia dolorifica.

ASPETTI DEL DOLORE.

Data la complessità del dolore, bisogna valutarne non solo la componente somatica (sensitiva), ma anche psicologica come l’umore del cliente, i suoi atteggiamenti, il modo in cui reagisce allo stato morboso, le sue risorse di tipo fisico e psicologico, le risposte positive o negative dei familiari e l’impatto della situazione sfavorevole sulla loro vita.

Il sintomo dolore è uno dei meccanismi più efficaci che servono a proteggere la vita, come anche l’ansia, in modo particolare quella che sorge nell’aspettativa della sindrome dolorosa. L’ansia ed il dolore sono sicuramente motivo di grande disagio, a volte perfino insopportabile, ma di altrettanto serio pericolo quando mancano.

Essi appaiono infatti come due momenti strettamente collegati di una stessa reazione: il primo puntualizzato nel presente, il secondo invece proiettato nel futuro, come previsione della continuazione dell’esperienza dolorosa (ansia anticipatoria).

Il dolore si presenta come un meccanismo di natura multifattoriale: è un processo estremamente complesso, nel quale convergono la biochimica, la neurofisiologia, e la psicologia dinamica. Si origina, si integra, si modifica e si diffonde attraverso una lunga serie di processi nervosi correlati a fattori biochimici, umorali, ormonali e psicologici, che sono variabili da soggetto a soggetto e, nello stesso soggetto, lungo l’arco del tempo.

Quando il dolore si affaccia alla coscienza non è solo la “pars dolens” che soffre ma è tutto l’organismo che ne viene interessato e coinvolto.

TERAPIA DEL MALATO ONCOLOGICO ANCHE CON IPNOSI.

Molto utile analizzare gli aspetti psicologici del dolore cronico, piuttosto che i suoi molteplici correlati fisici, ricordando come per esso sia sempre necessario un approccio multidisciplinare. E’ della massima importanza considerare i due aspetti del problema dolore: la sua percezione fisica e la reazione mentale del soggetto sofferente. Il ruolo sostenuto da ciascuno dei due componenti del dolore si diversifica da individuo a individuo, a seconda della sensibilità, della razza, del sesso, dell’età, dell’ambiente, del grado di acculturazione.

E’ anche in stretta relazione con il grado di attenzione e di disponibilità verso di esso. La soglia del dolore aumenta, quando l’attenzione viene distratta da forti stimoli competitivi come nelle gare sportive , oppure da importanti motivazioni etico-spirituali di varia natura.

Secondo la scuola riflessologica ,specie di tipo Pavloviano, l’aumento della soglia del dolore dipende da un certo grado di modificazione degli analizzatori centrali, nel senso di una inibizione centrale della loro attività o stato di inibizione

corticale. I recettori nervosi periferici, le vie nervose afferenti ed efferenti, eccitanti ed inibenti, ed i processi neurofisiologici ad essi legati costituiscono le vie e le reazioni chimiche mediante le quali si attua la trasmissione degli stimoli dolorosi al cervello. La reazione emotiva determina il grado di sofferenza avvertito.

I processi neurofisiologici e le strutture anatomiche costituiscono il substrato della reazione emotiva; ma sono le esperienze passate, accumulate e memorizzate in queste strutture, che costituiscono il modello con cui il nuovo stimolo viene paragonato ad altri precedenti, per determinarne la reazione emotiva più o meno accentuata e violenta. La paura del dolore, la tensione muscolare, tendinea e nervosa, lo stato di ansia, la focalizzazione dell'attenzione sulla sensazione spiacevole, sono tutte cause di predisposizione al dolore che divengono tanto più gravi tanto più sono associate. Il dolore, in modo particolare quello cronico di lunga durata, è una sensazione immersa in una intensa carica affettiva. E' a questa carica affettiva che si deve "come" e "quanto" il dolore venga non solamente "avvertito" ma "sofferto". Questa duplice origine, fisica e psichica, fa sì che il dolore rappresenti, molto più degli altri tipi di esperienze, la natura e l'essenza dell'uomo.

Quando un dolore si presenta intenso e prolungato nel tempo, si scatenano, in molti organi, sistemi od apparati, molteplici effetti a distanza: modificazioni del tono muscolare e vasale, del biochimismo umorale, del sistema neurovegetativo, le quali, a loro volta, inducono contrazioni muscolari riflesse consce ed inconscie, con creazione di ulteriori fonti di dolore, finché si arriva al "circolo vizioso algogeno".

Bisogna anche considerare il fatto che quando un organismo soffre da lungo tempo si instaura molto spesso un quadro depressivo secondario, a volte addirittura peggiore delle sofferenze stesse. Prima della terapia con ipnosi, è sempre necessario chiedersi "come, quanto, da quanto tempo e perché" il soggetto soffre. Questi quattro interrogativi sono alla base di una diagnosi che deve necessariamente essere accurata e circostanziata.

Servono anche per valutare il malato oncologico nella sua personalità, nel suo instabile equilibrio emotivo, nella eventuale conoscenza delle cause legate alla sua sofferenza, nelle possibili speranze di guarigione, nello stato più o meno intenso di ansia anticipatoria e/o depressione. Solo a questo punto si può affrontare, con la necessaria serenità, un programma terapeutico che, unito anche a presidi farmacologici indispensabili, si avvalga anche della terapia con ipnosi.

In questi casi l'ipnoterapia si rivela veramente utile per ridurre la sintomatologia dolorosa, specialmente nei soggetti fortemente motivati e disposti a collaborare con il medico o con lo psicologo, per essere sollevati dai sintomi che tanto li fanno soffrire e dall'ansia che li tiene legati sempre più alla sindrome dolorosa.

Prima di scegliere una delle tante tecniche in uso, per ottenere buoni risultati è sempre necessario creare una buona sintonia con il malato, un valido rapporto interpersonale e conquistare la sua fiducia con un alto grado di disponibilità.

Si inizia con tecniche di rilassamento profondo, a volte già di per sé sufficienti a diminuire la sintomatologia dolorosa, per innalzamento, almeno temporaneo, della soglia del dolore. Nel trattamento del dolore oncologico l'ipnosi mostra la sua maggiore efficacia quando venga applicata da ipnologi molto preparati, di lunga esperienza e motivati anche psicologicamente per questo particolare tipo di terapia. che si presenta prolungata nel tempo, difficile da realizzare, molto spesso coinvolgente, impegnativa anche a livello emotivo e scarsamente gratificante.

La Tecnica che intendiamo utilizzare per questo progetto è un trattamento multimodale con “approccio” al dolore cronico oncologico di tipo olistico, per cui si cerca di stimolare un miglioramento delle condizioni generali del malato creando grande armonia tra le sue dimensioni fisiche, psichiche, spirituali ed emotive.

Questa agisce a diversi livelli in cui il “sistema dolore” si struttura e si integra: dal livello percettivo-sensoriale periferico al Pain Behavior a livello sottocorticale e da questo all’esperienza corticale di percezione.

Si attua con tre modalità principali:

- 1) valido rapporto interpersonale**
- 2) allenamento allo stato ipnotico sempre più profondo,**
- 3) favorire un tipo di condizionamento che possa divenire sempre più operante.**