

## **IPNOSI E DOLORE**

L'Ipnosi è un fenomeno naturale che è geneticamente insito nell'uomo. Il trattamento ipnotico può essere paragonato ad un "clic" sull'icona di un programma, per attivarlo, dove il programma installato inizialmente non era in uso. Il metodo di attivazione è: indurre l'ipnosi.

Secondo la definizione che viene impiegata ufficialmente negli USA dal *National Health Statistics Report* nell'ambito del NIHS (*National Health Interview Survey*) e che rappresenta la definizione tecnica dell'ipnosi usata per stilare le statistiche più autorevoli in campo sanitario ed epidemiologico, l'ipnosi è:

*"Uno stato alterato di coscienza, caratterizzato da un'aumentata risposta alle suggestioni. La condizione ipnotica si ottiene dapprima rilassando il corpo e successivamente spostando l'attenzione del soggetto su una gamma ristretta di cose o di idee, secondo quanto viene suggerito dall'ipnoterapista. La procedura è utilizzata per produrre cambiamenti positivi nelle persone e per il trattamento di numerose condizioni di salute, comprese le ulcere, i dolori cronici, i disturbi respiratori, lo stress e il mal di testa" (National Center for Health Statistics, 2007, D-17)*

Secondo il NCCAM (*National Center for Complementary and Alternative Medicine*), una costola del più famoso NIH (*National Institute of Health*), che rappresenta la più autorevole agenzia governativa in campo sanitario, e fornisce informazioni sia alle persone interessate che ai professionisti sanitari, sulle medicine complementari e alternative, con un continuo aggiornamento sulla ricerca scientifica:

*"Le tecniche ipnotiche inducono stati attentivi di messa a fuoco selettiva e diffusiva in combinazione con una accresciuta capacità immaginativa. Vengono impiegate spesso per indurre il rilassamento e possono anche far parte di una terapia cognitivo-comportamentale. Le tecniche usate prevedono sia elementi pre- che post-suggestivi. (...) Gli individui variano ampiamente nella loro suscettibilità ipnotica e nella loro suggestionabilità, sebbene le ragioni di queste differenze siano del tutto sconosciute" (NIH, 1996).*

L'interesse verso l'ipnosi, nella gestione del dolore, è aumentato grazie anche alle recenti evidenze che l'ipnosi può ridurre il dolore e costi associati alle procedure mediche ([Lang et al., 2000](#)).

Quando il dolore perde la sua funzione di campanello di allarme - uno stato di alterazione che supera i soggettivi limiti biologici - la sua funzione di sintomo, diventa esso stesso malattia. Questo è il **dolore cronico**.

Ci sono sufficienti studi controllati ipnosi/dolore per trarre conclusioni significative dalla letteratura, per quanto riguarda il dolore cronico ( [Jensen & Patterson, 2006](#) , [Montgomery, Duhamel, e Redd, 2000](#) ; [Patterson & Jensen, 2003](#) ). L'ipnosi nel trattamento del dolore cronico, in generale, comporta un'induzione ipnotica con suggerimenti per il *relax* e il *comfort*. Può essere data una suggestione post-ipnotica, per ridurre il dolore, che può continuare oltre la sessione, e che il paziente può rapidamente e facilmente riprodurre (per esempio, facendo un respiro profondo ed espirando ad occhi chiusi). Il focus di ipnosi nel trattamento del dolore cronico spesso consiste nell'insegnare al paziente l'auto-ipnosi, o nel fornire registrazioni di sessioni di ipnosi che possono essere utilizzate per ridurre il dolore su base giornaliera, al di fuori delle sessioni. Nella nostra esperienza, alcuni pazienti hanno una riduzione immediata della gravità del dolore, mentre altri possono ottenerne la riduzione con la pratica ripetuta di auto-ipnosi e/o sessioni di ipnosi.

L'ipnosi è uno stato alterato di coscienza che si compone di assorbimento elevato di attenzione focale (trance), dissociazione, consapevolezza periferica, e migliore risposta agli stimoli sociali. Essa ha una lunga tradizione di efficacia nel controllo dei sintomi somatici. Il dolore - il sintomo più comune nella pratica clinica - è un'esperienza multi-dimensionale, che include componenti sensoriali-discriminative, affettivo-emotivo, cognitive e comportamentali.

Vi è un crescente riconoscimento per l'ipnosi e le tecniche correlate nella gestione del dolore. (*Kaupf JW, Rapoport-Hubschman N, Spiegel D. Psychosocial treatment. In: Levenson JL, editor. Textbook of psychosomatic medicine. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005. pp. 923-956*)

L'utilizzo dell'ipnosi per il trattamento del dolore può essere rintracciato in letteratura fin dal 1840 (*Hypnosis for chronic pain management: a new hope. Jense, M.P., Pain. 2009 Dec; 146(3):235-7*).

L'induzione in ipnosi è semplice; la base è la concentrazione e l'immersione della mente in se stessi. In uno stato ipnotico, vari cambiamenti funzionali del cervello vengono raggiunti secondo i suggerimenti e l'immaginazione, e il dolore può essere controllato.

In altre parole, dopo l'induzione da parte del terapeuta, si instaura un processo di cambiamento di sensazioni, di percezioni, di pensiero e comportamento del paziente. (*Forging ahead: the 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. Green J.P., Barabasz, A.F., Barrett, D., Montgomery, G.H., Int J Clin Exp Hypn. 2005 Jul; 53(3):259-64.*)

Pur essendo uno dei metodi più antichi utilizzati per il trattamento del dolore, essa non ha avuto, e non ha ancora, largo uso. Tuttavia, recentemente, c'è stato un aumento di interesse anche per l'influenza che l'ipnosi ha sulla neurofisiologia del dolore, e sugli effetti del trattamento del dolore cronico.

Ci sono tre elementi fondamentali nell'ipnosi: la trance ipnotica, la dissociazione e suggestione. (*Review Neurophysiological correlates of hypnosis and dissociation. Spiegel D., J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1991 Fall; 3(4):440-5*)

L'assorbimento (trance ipnotica) consiste nell'immergersi profondamente nella percezione, nell'immaginazione o in un'esperienza astratta.

Questo è il fenomeno "chiave" dell'ipnosi e indica un qualsiasi stato di concentrazione su se stessi, dalla più leggera e inconsapevole distrazione, fino al completo assorbimento. Non si tratta di uno strumento artificiale, ma di una capacità insita nell'essere umano, quella di dissociarsi mentalmente. Si tratta di un'esperienza che, in modo più o meno profondo, sperimentiamo tutti i giorni, per esempio quando guardiamo un film, leggiamo un libro o percorriamo in macchina un tratto di strada che conosciamo bene.

Coloro che hanno la tendenza a sperimentare con facilità la trance risultano più ipnotizzabili. (*Review The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. Kupers R, Faymonville ME, Laureys S, Prog Brain Res. 2005; 150():251-69.*)

La dissociazione è la separazione degli elementi della mente e del comportamento; per esempio quando si richiama una memoria autobiografica, questa è simile allo stato di sogno in cui il soggetto è l'osservatore e, allo stesso tempo, il personaggio principale. Ci potrebbe essere un certo comportamento in stato di incoscienza, o un'esperienza di sensazione di parti del corpo separate dal corpo stesso, tuttavia, questo non significa che il soggetto abbia perso completamente la sua volontà.

La suggestione riguarda il fatto che il soggetto si adatta facilmente alle indicazioni del terapeuta. L'ipnosi rende solo più facile per il soggetto accettare suggerimenti; ciò costituisce una disposizione al cambiamento e alla formazione di quadri comportamentali che vanno al di là di quelli che si sviluppano a livelli ordinari.

Le risposte all'ipnosi e alle suggestioni post-ipnotiche sono diverse per ogni individuo, e ci sono caratteristiche temperamentali in una certa misura, che possono essere definite suscettibilità ipnotica o ipnotizzabilità (*Measuring hypnotic susceptibility: a guest editorial. Gur RC, Am J Clin Hypn. 1978 Oct-1979 Jan; 21(2-3):64-7*).

In letteratura, possono venire usati, in modo intercambiabile, termini come risposta ipnotica e suggestionabilità ipnotica. Quando si misura suscettibilità ipnotica, viene utilizzato uno strumento standardizzato denominato profilo di induzione ipnotica (HIP). (*The hypnotic induction profile (HIP): a review of its development. Spiegel H, Ann N Y Acad Sci. 1977 Oct 7; 296():129-42*).

Si è osservato che nei pazienti con dolore cronico, quelli con maggiore suscettibilità ipnotica hanno avuto una maggiore riduzione del dolore dopo l'agopuntura. (*Editorial: Acupuncture. Kao TM, Chen CN, Chu FCM ed. Ann Dist Columbia. 1974 Dec; 43(12):1-8*).

In una ricerca che ha confrontato l'efficacia dell'agopuntura con il placebo per il dolore cronico alla spalla, non vi erano differenze significative nei risultati del trattamento tra i due gruppi, ma in entrambi i gruppi, i pazienti con alta suscettibilità ipnotica hanno mostrato un miglioramento significativo del dolore. (*Acupuncture for chronic shoulder pain. An experimental study with attention to the role of placebo and hypnotic susceptibility. Moore ME, Berk SN, Ann Intern Med. 1976 Apr; 84(4):381-4*).

In esperienze di anestesia locale o sedazione cosciente, accompagnati con l'ipnosi (invece della sola anestesia), in oltre 4.800 pazienti del reparto di anestesiology, quando un metodo di riduzione dello stress e l'ipnosi sono stati assegnati in modo casuale ai pazienti trattati con la chirurgia plastica, il gruppo di pazienti sottoposti a ipnosi ha avuto maggiore riduzione di dolore e ansia e, in seguito, ha fatto un minor uso di analgesici. (*Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy ., Pain. 1997 Dec; 73(3):361-7*).

Attraverso tecniche di *neuroimaging* si è osservato che varie parti del cervello sono coinvolte nell'esperienza e nel controllo del dolore. Le aree del cervello che si attivano quando il dolore è vissuto sono il talamo, corteccia somatosensoriale primaria (SI), corteccia somatosensoriale secondaria (SII), insula, proencefalo (corteccia prefrontale), amigdala e corteccia cingolata anteriore (ACC). Queste aree del cervello sono chiamate neuro-matrice. Ogni area del cervello ha diverse funzioni: il talamo, SI, SII, e le parti posteriori del insula sono responsabili della discriminazione sensoriale,

l'amigdala, ACC, e le parti anteriori dell'insula sono responsabili delle componenti affettivo-motivazionali del dolore, e il PFC è responsabile per i cognitivo-valutativi gli aspetti del dolore (*Knudsen L, Petersen GL, Nørskov KN, Vase L, Finnerup N, Jensen TS, et al. Review of neuroimaging studies related to pain modulation. Scand J Pain. 2011;2:108-120*).

Queste aree sono strettamente correlate alle funzioni di elaborazione emotiva e di pensiero negli esseri umani, per cui le caratteristiche multidimensionali dove viene decisa l'esperienza del dolore possono essere spiegate da diversi fattori. Utilizzando H215O-PET (tomografia ad emissione di positroni), i ricercatori hanno osservato che, quando a soggetti in stato ipnotico è stato suggerito di recuperare ricordi felici, si sono attivati molti settori come l'occipitale, parietale, precentrale, prefrontale, e la corteccia cingolata.

Invece, quando ai soggetti è stato chiesto di recuperare memorie di ricordi felici in stato non-ipnotico, si sono attivati entrambi i lobi temporali e il proencefalo basale. Ciò suggerisce che, lo stato del cervello che ricorda durante l'ipnosi, è diverso dal richiamo di memoria episodica nello stato normale di veglia. (*Functional neuroanatomy of hypnotic state. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, Lamy M, Biol Psychiatry. 1999 Feb 1; 45(3):327-33*).

A soggetti sani in stato ipnotico è stata data una suggestione di dolore; essi non solo hanno fatto esperienza del dolore, ma hanno mostrato un aumento di attività del talamo, ACC, insula, prefrontale e parietale. Il grado di dolore e l'aumento dell'attività cerebrale erano più grandi di quando i soggetti immaginavano solamente il dolore, senza indurre l'ipnosi. Queste aree del cervello si attivano anche quando il dolore vissuto è reale. (*Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA, Neuroimage. 2004 Sep; 23(1):392-40*).

Dott.ssa *Maria Mirabelli*