

L'Ipnosi nel paziente in fase avanzata: risorsa palliativa o terapeutica?

Dott. Umberto Montecorboli.

Odontoiatra, Medico-Chirurgo e Psicoterapeuta - Libero Professionista - Piacenza

1. Premessa
2. Sofferenza e speranza
3. Il paziente in fase avanzata
4. Ipnositerapia
5. Conclusioni
6. Bibliografia

Parole Chiave:

Dolore, Sofferenza, P.N.E.I., Coma, Ipnosi, Cure Palliative.

KeyWords:

Pain, P.N.E.I., Coma, Palliative care

RIASSUNTO

Attraverso una revisione della letteratura, l'Autore ha voluto evidenziare come lo stato di salute, di malattia e di guarigione siano espressione di un cambiamento all'interno del medesimo sistema biologico e come il medico possa partecipare, stimolando il processo di guarigione attraverso il proprio modo di prendersi cura del paziente. La psicoterapia ipnotica viene proposta quale strumento d'elezione per migliorare il rapporto vigente tra il paziente in fase avanzata e la propria sofferenza.

ABSTRACT

Through a revision of literature, the author has wanted to make clear like the state of health, of illness and of recovery are expression of a change into the same biologic system and like doctor can participate, goading trial of recovery through his own way to take takes care of the patient. The hypnotic psychotherapy is proposed which instrument of election to improve in force relationship between the patient in advanced phase and her own pain.

1. PREMESSA

“Ogni cosa avviene conforme a natura”(1), “ Il medico cura ma è la Natura che guarisce”(2), sono solo alcune delle massime che la scuola medica ippocratica ci ha trasmesso sulla forza risanatrice della natura.

L'O.M.S. ha stabilito che “La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non è solo l'assenza di malattie ed infermità. Il raggiungimento dello stato di salute ottimale è un diritto umano fondamentale”.

È questa una scoperta o forse si tratta soltanto del ritorno ad una visione più antica della medicina per la quale non esiste solo la malattia e il dolore ma anche e soprattutto la Sofferenza nella accezione più ampia del termine? Questa visione della medicina, riporta il malato e non la malattia al centro dell'universo medico, ritrova le coordinate di un impegno umano, solidaristico e può rappresentare la sfida di questi e dei prossimi anni per chi ha compreso che non è più sufficiente "curare" ma è necessario "prendersi cura" di chi soffre.

2. SOFFERENZA E SPERANZA

Nell'iter di crescita umana e professionale di un medico, il contributo del mondo accademico è certamente importante per l'acquisizione di nozioni necessarie ad una corretta conduzione della malattia ma spesso accade che indicazioni utili alla gestione di un malato possono essere attinte

quasi esclusivamente dal rapporto tra medico e paziente. Attualmente in campo sanitario si è soliti individuare come “utente” colui il quale gode di cure mediche, ma è bene non dimenticare la differenza tra tale termine, che definisce l’individuo che usufruisce di un servizio pubblico, da quella di “paziente”, che definisce colui che soffre. È proprio nel rapporto medico-paziente che si ritrova il significato più profondo della medicina: lenire la sofferenza e ridare la speranza. Sappiamo per esperienza diretta quanto la Medicina non possa definirsi una scienza esatta e forse neanche una scienza infatti “tutta la moderna concezione del mondo si fonda sull’illusione che le cosiddette leggi naturali siano le spiegazioni dei fenomeni naturali”(3).

Nel nostro dogmatismo medico-scientifico spesso siamo portati a sminuire se non anche negare quelle che sono le sensazioni riferite dal paziente perché non conformi con i dettami statistici e ci aggrappiamo ancora oggi a termini come “essenziale”, “idiopatico” o “criptogenetico” per nascondere la nostra ignoranza. Personalmente, da un caro quanto inaspettato amico, ho avuto modo di scoprire come i veri insegnamenti si sviluppino dalla liberazione di falsi e rigidi convincimenti: “Niente è più vero di ciò che noi riteniamo tale “ e parafrasando tale messaggio possiamo affermare che ” Non esiste altra realtà di ciò che noi riteniamo tale”.

Un falso luogo comune, ancora oggi ampiamente diffuso, è stato quello di definire un soggetto affetto da un quadro patologico grave e senza valide possibilità terapeutiche conosciute, come “terminale” e ancora più falso è quello di ritenere il paziente oncologico come il principale tipo di paziente avente diritto ad attenzioni e cure per le problematiche legate alla sua malattia. I mass-media, le grandi multinazionali farmaceutiche, l’industria e la società con il suo “buonismo” si interessano al problema cancro trascurando peraltro che più di due terzi dei pazienti oncologici in fase avanzata hanno dolore. Inoltre un’analisi dei risultati di 12 pubblicazioni del settore, riguardanti un totale di circa 2.600 pazienti di nazioni sviluppate, ha evidenziato che in più del 50 per cento dei casi il dolore non sia controllato (4), dati questi confermati anche da uno studio più recente su 900 pazienti italiani conferma il dato (5). Nonostante questi risultati sconcertanti attualmente, grazie all’avvento della medicina palliativa, un certo numero degli ammalati di tumore riesce a lasciare la vita in modo dignitoso, a differenza di quanto accadeva non molti anni fa.

È vero certamente che il dolore da cancro sia uno dei più terribili, ma come compariva su di un articolo di Louise Gibbs (6), “Avete notato che c’è molta altra gente che muore in maniera penosa? Non è il caso di intervenire?”. Non possiamo dimenticare che esistono altre categorie di pazienti che soffrono molto, prima di morire: i pazienti cardiopatici (le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Italia - 43% dei decessi nel ’97), con insufficienza respiratoria, epatica o renale, con A.I.D.S., i politraumatizzati, i pazienti neurologici e in coma.

In Gran Bretagna è stato fatto uno studio sulla qualità della vita dei pazienti in fase avanzata. Lo studio ha dimostrato che gran parte di essi ha passato gli ultimi sei mesi di vita con una sintomatologia che, se fosse stato malato di tumore, avrebbe fatto intervenire i “servizi di cure palliative”. Inoltre pochissimi di questi pazienti fruiva di un aiuto psicologico professionale. Il trattamento di questi pazienti deve avere come obiettivo principale quello di migliorare la Qualità della Vita e di limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche tali da condizionare la vita futura del soggetto. La valutazione del dolore cronico ma soprattutto della sofferenza vissuta e non stimata del paziente è il passo fondamentale per il conseguimento degli obiettivi, attraverso il riconoscimento di tutte le componenti di quello che è stato definito il “Dolore Totale”, che include lo stimolo fisico nocivo, ma anche gli aspetti psicologici e sociali che possono modularne l’intensità e rendere estremamente variabile la risposta interindividuale e intraindividuale agli analgesici (7).

3. IL PAZIENTE IN FASE AVANZATA

Sulla base di quanto espresso finora, ritengo che si possa definire come “paziente in fase

avanzata” quel soggetto che, indipendentemente dalle eventuali possibilità di una guarigione parziale o totale dalla propria condizione patologica, si trovi in un profondo stato di sofferenza psicofisica, con limitate o nulle risposte PsicoNeuroEndocrinoImmunologiche (fase di esaurimento di Selye) (8), dove lo stato di ansia e di angoscia, spesso presenti, diventano espressione della perdita di speranza di cambiamento della propria condizione. La ricerca nel campo della PsicoNeuroImmunologia, si è sviluppata a partire dal 1977 grazie ad un lavoro di Bartrop, in Australia, aveva segnalato uno stato di immunosoppressione in soggetti in lutto, da studi sperimentali su animali condotti dal gruppo di Marvin Stein a New York e di Vernon Riley a Seattle, che iniziarono a diffondere su testate internazionali come “Science” i fondamenti del rapporto tra cervello, stress e sistema immunitario. Ma fu soprattutto grazie all’opera di Robert Ader nel 1981 che la PsicoNeuroImmunologia (P.N.I.) si propose come disciplina emergente. Circa a metà degli anni Ottanta, Scapagnini introdusse in Italia il concetto di PsicoNeuroEndocrinoImmunologia (P.N.E.I.), termine con il quale si tentava di sintetizzare la complessità dell’asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (9).

Frequentemente possiamo riscontrare in taluni operatori sanitari atteggiamenti colpevolizzanti circa lo stato di salute del paziente, “ Come mai signor Rossi abbiamo il fegato così in disordine?”, oppure “ Anche oggi abbiamo la pressione alta!”. L’utilizzo di suggestioni negative determina risposte emotive più intense perché aumentano i livelli d’ansia del soggetto. La comprensione di tali suggestioni avvengono consciamente e inconsciamente, in stato di veglia, di sonno (fisiologico e indotto), di coma e di ipnosi. Personalmente ho avuto modo di raccogliere le testimonianze di alcune persone uscite da uno stato di coma. Tutte queste persone mi hanno riferito di come quella particolare condizione non sia caratterizzata, così come è stato ritenuto per lungo tempo, da una interruzione dei canali di comunicazione con il mondo circostante, ma soltanto da una interruzione delle risposte del soggetto verso l’esterno. I pazienti sono in grado di percepire ma non di reagire e proprio a causa di ciò possono avere risposte emotive reattive a frasi, atteggiamenti del personale senza peraltro dare segno di risposta apparente. Una di queste persone, ripresasi da uno stato di coma medio (6-7 secondo il Glasgow Coma Score G.C.S.), mi ha riferito cosa fosse successo intorno a lei nel reparto di rianimazione, di quanta paura e voglia di urlare avesse e che successivamente non riuscendo ad esprimersi era sopraggiunta una profonda disperazione. Spesso nei pazienti che riemergono da uno stato di coma sono presenti segni di depressione che ne limitano le possibilità di recupero. Nel contesto terapeutico, lo stato di ridotta o sospesa coscienza può essere gestito in maniera costruttiva mediante l’utilizzo di suggestioni positive. È esperienza comune che tali suggestioni fornite a pazienti durante interventi chirurgici in anestesia generale, permettano di ottimizzare le risposte biologiche, ridurre la somministrazione di antidolorifici nel periodo post-operatorio e ridurre spesso i tempi di degenza ospedaliera. Relazionare con un soggetto che apparentemente non risponde alle nostre stimolazioni è sempre e comunque un dialogo, dove entrambi, operatore (medici, paramedici, familiari) e paziente, interagiscono ognuno con le proprie possibilità. L’operatore deve perseguire l’obiettivo di instaurare un rapporto terapeutico positivo, di interagire in modo efficace e finalizzato agli scopi proposti, consciamente, inconsciamente ed emotivamente con il paziente per elaborarne e risolverne le problematiche per ottenerne la guarigione. La Psicoterapia, è un intervento condotto con mezzi verbali e relazionali finalizzato ad ottenere modificazioni positive e stabili nella salute, nella personalità e nella vita di relazione di persone sofferenti per problemi, disturbi e alterazioni psichici, psicosomatici, somatopsichici e/o comportamentali. Pertanto un paziente necessita non di una tecnica di psicoterapia, ma della “Psicoterapia”, alla perenne ricerca, come qualsiasi altra scienza, umanistica o tecnica, di estendere le proprie frontiere e di migliorare le proprie possibilità, che richiede conoscenze mediche, psicologiche e psichiatriche e lo stato mentale di ipnosi ne è lo strumento principe per identificare ed elaborare le variazioni spontanee dello stato mentale del paziente.

4. IPNOSITERAPIA

“L’ipnosi è uno stato mentale naturale, diverso dagli stati di veglia e di sonno, in cui la recettività a stimoli esteroceettivi e propriocettivi è dissimile nella elaborazione e nelle possibilità di realizzazione. Può svilupparsi in modo spontaneo, autoprovocato o eterostimolato. Si instaura spontaneamente nelle attività mentali immaginative, creative o mnesiche, nelle attività automatiche e ripetitive e nell’ambito dei ritmi circadiani individuali. È autoprovocato consapevolmente in seguito ad un precedente apprendimento (autoipnosi, meditazione yoga, training autogeno, tecniche di rilassamento, ecc). È eterostimolato nelle prassi terapeutiche definite <<induzioni>>. È un processo di apprendimento attuato a molteplici livelli intrapsichici e di comunicazione. Lo stato mentale di Ipnosi eteroindotto , consente al terapeuta di influire sulle condizioni psichiche, emotive, somatiche e viscerali del soggetto: ”(10). L'American Medical Association e le associazioni mediche di altri paesi hanno formalmente riconosciuto l'ipnosi come disciplina terapeutica, su concrete basi neurobiologiche. Un recente studio pubblicato sul Journal of Cognitive Neuroscience, condotto con la tomografia a emissione di positroni (PET), ha confermato come lo stato di trance ipnotica sia diverso da quello normale di coscienza e da quello di sonno, e come specifiche aree cerebrali siano attivate nel processo di suggestione ipnotica (11). Secondo la teoria ericksoniana, durante lo stato ipnotico si invertirebbe la dominanza emisferica cerebrale. Nell'emisfero sinistro, quello dominante, si ritiene essere collocata la parte conscia della mente, che agisce secondo il principio di realtà. In quello destro è invece situata la parte inconscia, che agisce secondo il principio del piacere, evitando il dolore e cercando il soddisfacimento. Durante lo stato di ipnosi il terapeuta si rivolge, attraverso le varie forme di comunicazione verbali e non-verbali, a questa parte destra, che si ritiene essere collegata direttamente al sistema rinencefalo limbico-ipotalamico, ponte di comunicazione tra psiche e corpo. Il sistema ipotalamo-ipofisario può convertire gli impulsi nervosi in messaggi ormonali e neuroendocrini (con produzione di endorfine e stimolazione del sistema immunitario). Durante l'ipnosi si potrebbero così indurre i meccanismi di autoguarigione che ciascuno di noi possiede.

Tradizionalmente l’ipnosi medica trova i seguenti campi di applicazione:

1. disturbi nevrotici: ansia, depressione, insonnia, fobia sociale, disturbi ossessivi-compulsivi, attacchi di panico;
2. dolore: cefalea, mal di schiena, dolore oncologico;
3. preparazione agli interventi chirurgici e odontoiatrici;
4. sostituzione dell'anestesia (in caso di idiosincrasia o allergia ai farmaci);
preparazione al parto;
5. malattie a componente psicosomatica: vaginismo, dismenorrea, colon irritabile, dermatiti, ulcera, asma;
6. fumo, alcolismo, tossicodipendenze.

Sulla base delle notevoli possibilità di applicazione nel campo medico ma soprattutto della psicobiologia l’ipnosi anche sperimentale apre nuovi stimolanti orizzonti terapeutici.

La specificità della psicoterapia ipnotica consiste nel potersi rivolgere ad un paziente il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma è generato dalla situazione traumatizzante della malattia e attraverso la stato di “trance” superare la particolare condizione ed elaborare nuove strategie per affrontare il momento.

Gli obiettivi della ipnositerapia nel paziente in fase avanzata possono essere così sintetizzati:

- a) aiutare il paziente durante il decorso della malattia e soprattutto nei momenti particolarmente destabilizzanti fino alla guarigione o all'exitus;
- b) migliorare il rapporto con il “proprio dolore”;
- c) costruire una posizione di reazione contro il proprio “status”;

- d) accettare le modificazioni del proprio corpo legate alla patologia;
- e) elaborare i sintomi psicologici che lo affliggono;
- f) in caso di coma di lieve o moderata profondità, stimolare il processo di risveglio mediante l'elaborazione dei vissuti positivi del soggetto;
- g) modificare i comportamenti a rischio rispetto al possibile peggioramento delle sue condizioni psicofisiche generali (eccessiva assunzione di alcol, tabagismo, disturbi del comportamento alimentare ecc).

5. CONCLUSIONI

Sin dalla nascita del pensiero filosofico e scientifico, arrivare al massimo grado di conoscenza possibile dell'oggetto investigato e delle relazioni di causa ed effetto di questo con la realtà, ha rappresentato l'obiettivo ambizioso e caratteristico della scienza. Nel suo sviluppo, il massimo grado di conoscenza è stato documentato dalle verità delle asserzioni relative all'oggetto di conoscenza scientifica.

Dopo secoli nei quali la medicina occidentale si è occupata del dolore e della malattia, preoccupata primariamente della prognosi e poi sempre più attenta alla diagnosi, oggi essa si trova a doversi occupare della realtà di una morte, contigua alla vita e ad essa sempre più sovrapposta. Una morte sempre meno naturale, anche se inevitabile, che la medicina affronta come antagonista dichiarata, non senza disagio.

La medicina, da questo confronto, ne è uscita ferita nella sua presuntuosa onnipotenza, stimolata continuamente dall'accanimento terapeutico delle sue tecnologie più avanzate e, dopo tante frammentazioni specialistiche, si è ritrovata impotente a gestire l'uomo come insieme di malattie d'organo e sgomenta di fronte ad un evento peraltro ineluttabile.

Le cure palliative sono definite dall'O.M.S. (1990) come "cure globali attive, rivolte ai pazienti la cui patologia non risponde o non risponde più ai trattamenti di tipo curativo". Il nostro campo di intervento quotidiano ci vede spesso alle prese con condizioni patologiche di cui ignoriamo profondamente le cause e quindi i rimedi etiologici, pur tuttavia non ci arrendiamo di fronte alla ignoranza della nostra scienza medica e proponiamo delle terapie. I nostri nonni ci dicevano che il raffreddore passa in sette giorni se lo curi, mentre passa in sette giorni se non lo curi. Perché il bambino raffreddato soffre meno se ha accanto una madre affettuosa?

Personalmente non so dove finisca la medicina Terapeutica e dove inizi la medicina Palliativa, ma so che il ruolo del medico è quello di usare tutta la propria medicina per "prendersi cura" di chi soffre, anche per aiutarlo a morire se necessario, utilizzando una medicina per l'uomo che rimane un vivente fino alla morte. Nella fase della malattia in cui molti medici arrivano alla conclusione che "non c'è più nulla da fare", lì possiamo ancora lottare, per migliorare e migliorarci nel nome della dignità della vita (12).

6. BIBLIOGRAFIA

- 1) Ippocrate (medico greco, ca. 460-377 a.C.), "L'aria, le acque, i luoghi, 22".
- 2) Galeno (medico greco, 130 - 200 d.C.). "Macrotechnum".
- 3) Wittgenstein, Ludwig (filosofo austriaco, 1889-1951), "Tractatus logico-philosophicus".
- 4) J.J. Bonica, "Treatment of cancer pain: current status and future needs". In: Fields HL et al. *Advances in pain research and therapy*. Raven Press, New York, 1985.
- 5) F. Toscani "Classification and staging of terminal cancer patients: rationale and objectives of a multicentre cohort prospective study and methods used". *Support care cancer* 1996; 4: 56.
- 6) L.M.E. Gibbs, J. Addington-Hall, and J. S. R. Gibbs "Dying from heart failure: lessons from palliative care", *B.M.J.* 1998; 317: 961-962.
- 7) H. Selye, "The stress of Life", New York: McGraw-Hill Book Co. 1956.
- 8) "Dolore da cancro e cure palliative". Rapporti tecnici dell'Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra, 1990.

- 9) M. Biondi, "Mente, Cervello e sistema immunitario", McGraw-Hill Libri Italia 1997.
- 10) R. Arone di Bertolino, "Lo stato mentale di Ipnosi" Rivista della Società Medica Italiana di Psicoterapia ed Ipnosi (S.M.I.P.I.) n°1 ; 1988;
- 11) P. Rainville, R. K. Hofbauer, Tomás Paus, Gary H. Duncan, M. Catherine Bushnell, Donald D. Price, "Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion", Journal of Cognitive Neuroscience. 1999;11:110-125;
- 12) S. Spinsanti, Introduzione. Quando la medicina si fa materna. In Corli O. (ed): Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia. Città Nuova. Roma, Italy, 1988.