MILTON H. ERICKSON INSTITUTE

LA NEWSLETTER
del MILTON ERICKSON INSTITUTE di TORINO
ipnosi e dolore

" Cari Lettori,
questo numero è speciale perché impreziosito dalla testimonianza di una nostra amica ed allieva, la dott.ssa Giustina Viarengo, che ha voluto condividere con tutti noi la sua personale esperienza con il **dolore**. Leggendola potrete forse capire meglio le enormi **potenzialità dell'autoipnosi** nel modulare la sintomatologia dolorosa, per quanto grave essa possa essere.
Chiunque scopra le proprie risorse inconsce imparando come potervi attingere, ha sempre con sé **uno strumento** da poter utilizzare, in piena autonomia, per gestire il dolore, fino a giungere, in alcuni casi, al totale abbandono dei farmaci, di cui probabilmente si riteneva impossibile fare a meno. "

Lo staff del Milton H. Erickson Institute di Torino

[IPNOSI E NEUROSCIENZE]

a cura di Alessandro Piedimonte

Ipnosi e percezione del **dolore**

Il dolore è stato, nel corso della nostra evoluzione, un importante segnale atto a difenderci dai pericoli dell'ambiente circostante. Immaginiamoci di muovere inavvertitamente il nostro braccio verso qualcosa che stia emettendo un fortissimo calore. Sicuramente la percezione bruciante che proveremo ci indurrà ad evitare quella situazione in futuro. L'International Association for the Study of Pain (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". Questo tipo di definizione coglie appieno il concetto di dolore come unità esperienziale psico-somatica. Non si può dissociare, in un'esperienza dolorifica, la nocicezione (il ruolo del sistema nervoso centrale nella trasmissione ed elaborazione degli stimoli dolorifici) dalla sensazione privata di disagio dovuta allo stimolo nocicettivo.
Anche per questo motivo, spesso, un evento traumatico ci fa provare dolore ed, al tempo stesso, un dolore fisico è tanto maggiore quanto più si accompagna a pensieri su di esso. La componente di aspettativa è pervasiva di certi tipi di dolore e ne rende la valutazione estremamente articolata. Non deve quindi stupire che i processi ipnotici, lavorando sulla rappresentazione cognitiva ed emotiva di una situazione, possano interagire in modo profondo sulla percezione dolorifica. L'ipnosi si è dimostrata uno strumento estremamente utile per il trattamento del dolore, sia acuto che cronico.
In generale, una suggestione ipnotica consiste in una induzione ipnotica seguita da una suggestione in cui si invita la persona ad immaginare particolari situazioni. Si parla, invece, di suggestioni immaginative quando non si procede con l'induzione ipnotica ma solo con l'immaginazione di particolari situazioni. In un recente studio1 è stato confrontato l'effetto analgesico indotto dall'ipnosi con quello indotto da un trattamento placebo.
172 volontari sono stati assegnati a 4 differenti gruppi:
- un gruppo di controllo che non riceveva alcun trattamento di riduzione del dolore
- un gruppo placebo che riceveva un trattamento placebo per indurre analgesia
- un gruppo immaginativo in cui è stata indotta una suggestione di analgesia fuori dallo stato ipnotico
- un gruppo ipnotico che ha invece ricevuto la suggestione dopo l'induzione di una trance ipnotica

I risultati hanno evidenziato come tutti i gruppi trattati abbiano sperimentato un'analgesia rispetto al gruppo di controllo. Inoltre il trattamento ipnotico si è dimostrato più efficace rispetto al placebo ed alla sola suggestione immaginativa (questi ultimi non hanno infatti presentato differenze significative). Risulta chiaro, quindi, come l'aspettativa di analgesia, indotta per il tramite dell'ipnosi, possa giocare un ruolo rilevante nell'esperienza dolorifica. Inoltre, utilizzando sempre un paradigma che ha coinvolto suggestioni immaginative ed ipnotiche, è stato possibile individuare le aree cerebrali attive durante un'induzione dolorifica [2]. In questo studio i soggetti sperimentali sono stati sottoposti ad una risonanza magnetica funzionale (fMRI) in tre condizioni differenti: **reale esperienza di dolore termico, suggestione ipnotica di dolore termico in assenza di stimolazione, immaginazione di dolore termico in assenza di stimolazione.**
I risultati hanno dimostrato come la suggestione ipnotica attivi un pattern cerebrale simile alla reale esperienza di dolore. In particolare, le aree attivate sono state il talamo, fondamentale stazione di passaggio delle percezioni sensoriali, la corteccia cingolata anteriore e le aree prefrontali, attive durante compiti attentivi e di modulazione delle risposte emozionali e l'insula, responsabile dell'esperienza emozionale soggettiva.
Contrariamente alla suggestione ipnotica, la sola immaginazione di dolore produce minime attivazioni della cosiddetta "pain-matrix", ovvero il complesso di aree attive durante l'esperienza dolorifica.
L'attivazione, durante induzione ipnotica, di aree cerebrali coinvolte non solo nella percezione sensoriale ma anche nelle risposte emozionali legate alle situazioni dolorifiche, dimostra come l'ipnosi possa agire su livelli cognitivi profondi e soprattutto come il dolore sia un fenomeno complesso che va oltre la nocicezione.

Bibliografia

1. Milling L.S. Response expectancies: a psychological mechanism of suggested and placebo analgesia. Contemp. Hypnosis 26(2): 93–110 (2009).
2. Derbyshire S.W.G., Whalley M.G., Stenger V.A., Oakley D.A. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. Neuroimage 23: 392-401(2004).

EVENTI

✓ [APRILE-DICEMBRE 2012] TORINO

21 GIORNATE: MASTER POST-UNIVERSITARIO IN "IPNOSI CLINICA AD ORIENTAMENTO ERICKSONIANO"
MILTON H. ERICKSON INSTITUTE DI TORINO
Sono aperte le iscrizioni al Master Post-Universitario in Ipnosi Clinica ad Orientamento Ericksoniano. Il nostro master si rivolge esclusivamente ai Laureati in Psicologia, Medicina ed Odontoiatria già iscritti ai loro rispettivi albi professionali.
Il taglio del corso è prettamente pratico-esperienziale, per dare la possibilità agli allievi di sperimentare in aula le tecniche induttive man mano che esse vengono illustrate beneficiando della diretta supervisione dei docenti. Il percorso è a numero chiuso.
Il programma delle lezioni e il calendario sono on line.

✓ [14. 15. 16. 17. NOVEMBRE] TORINO

CORSO DI "IPNOSI E COMUNICAZIONE NON VERBALE"
MILTON H. ERICKSON INSTITUTE DI TORINO
Laboratorio di lettura e utilizzazione dei segnali del corpo nel quotidiano e nell'ipnosi. È rivolto a coloro che abbiano frequentato il Primo Livello di Ipnosi presso il nostro Istituto.

✓ [24 - 26 NOVEMBRE] MILANO
CENTRO CONGRESSI "PALAZZO DELLE STELLINE"

XI CONGRESSO SOCIETA' ITALIANA PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE (SIPC)
I BISOGNI EMERGENTI DI "PSICHIATRIA" NELL'OSPEDALE GENERALE
La SIPC ha voluto dedicare il suo XI Congresso Nazionale al sempre più emergente fenomeno dei problemi psichiatrici correlati alle malattie croniche, e invitare i relatori e le altre associazioni italiane di psichiatria a sviluppare proposte e piani d'intervento su questo tema.

✓ [8 - 12 DICEMBRE] PHOENIX , ARIZONA, U.S.A.,

XI INTERNATIONAL CONGRESS ON ERICKSONIAN APPROACHES TO HYPNOSIS AND PSICHOTHERAPY
Questo congresso, organizzato direttamente dalla Milton H. Erickson Foundation, è il più importante appuntamento internazionale per coloro che si occupano di ipnosi ericksoniana. Nell'arco di 5 giornate i partecipanti potranno assistere a numerose conferenze dei principali esperti mondiali di ipnosi e psicoterapia e partecipare ai molti momenti formativi previsti.
www.ericksoncongress.com

[IPNOSI E CLINICA]

a cura di Mauro Cavarra

Ipnosi e autoipnosi per il controllo del **dolore**

La ricerca neuroscientifica ha ormai dimostrato che la percezione del dolore è regolata da reti i cui nodi risiedono, per una parte significativa, sulla corteccia cerebrale, struttura che viene modificata continuamente attraverso l'esperienza [1]. Questo dato ha costituito una base teorica in grado di spiegare finalmente il successo di interventi psicologici volti al miglioramento della gestione del dolore. Tra questi, ipnosi ed autoipnosi hanno notevolmente polarizzato l'attenzione dei ricercatori negli ultimi dieci anni, in quanto insegnare l'autoipnosi al soggetto sofferente significa fornirgli uno strumento del quale può servirsi in piena autonomia [2,3,4,5]. Particolarmente interessante è il lavoro di Derbishyre su pazienti affetti da fibromialgia: in seguito ad un breve addestramento di autoipnosi, i soggetti fibromialgici si sono dimostrati in grado di aumentare, diminuire e stabilizzare il proprio dolore molto più efficacemente rispetto a pazienti in stato di veglia [3]. Anche altre ricerche dimostrano che i risultati ottenuti con l'ipnosi tendono ad essere stabili e accompagnati da cambiamenti di attivazione neurale, - soprattutto se l'intervento comincia sin dalle prime fasi del disturbo [6,7]. Questo grazie al fatto che i pazienti non si limitano a sottoporsi ad un trattamento, ma, apprendendo l'autoipnosi, si dotano di strategie attive di gestione del sintomo che possono metter in atto nel momento del bisogno [8,9,10,11].

Una delle applicazioni promettenti delle tecniche ipnotiche riguarda il campo del dolore cronico, sintomo che può emergere da una grande quantità di condizioni mediche. Un esempio sono i pazienti che a causa di un trauma hanno riportato lesioni alla colonna vertebrale. Circa un terzo di questi soffre di dolore cronico che difficilmente regredisce [12,13] e per il quale non sempre i farmaci sono d'aiuto [14,15]. Uno studio del 2009, condotto da ricercatori dell'università di Washington e Miami, ha dimostrato come l'ipnosi sia in grado di abbassare il grado di dolore percepito dai pazienti, sia nell'immediato, sia in modo stabile nel tempo. È interessante notare come i risultati siano stati raggiunti indipendentemente dal grado di ipnotizzabilità dei pazienti.

Non sono però solo le condizioni croniche a generare quadri in cui il dolore rappresenta un elemento invalidante, basti pensare, tra gli altri, ai sopravvissuti a gravi ustioni. L'invasività del dolore da ustione è talmente grande che comunemente si ricorre a notevoli quantità di oppioidi per contenerlo [16,17], che, oltre a risultare spesso inefficaci [18], espongono i pazienti al rischio di effetti collaterali. Aggiungiamo che il dolore intenso rallenta il processo di guarigione [19,17], può causare stati di delirium [20,21] o favorire l'insorgere di un disturbo da stress post-traumatico [22]. Uno studio recente19 mette a confronto un gruppo di pazienti sottoposti a cure standard con un gruppo che a queste aggiungeva degli interventi ipnotici per il controllo del dolore. In quest'ultimo gruppo si osserva un più rapido miglioramento dal punto di vista fisico – lenimento del dolore, migliorata efficacia dei farmaci, minor necessità di ricorso ad anestesie generali e minor occorrenza di stati di ottundimento – e dal punto di vista psichico ,con notevoli riduzioni dei livelli di ansia, soprattutto all'approssimarsi delle terapie fisiche, minor livello di depressione e aumento della sensazione di benessere. Notevole inoltre il fatto che i pazienti nel gruppo d'ipnosi andavano incontro a guarigioni più rapide e consideravano certe terapie fisiche, che ai partecipanti del gruppo di controllo provocavano forti stati d'ansia, come piacevoli. In altre parole l'ipnosi può essere utilizzata per ridurre il dolore anche nel caso in cui questo venga provocato da procedure mediche [23] o daeventi non necessariamente connessi a gravi patologie o traumi. Un'altra interessante applicazione dell'ipnosi èquella per l'anestesia durante il parto. Una review del 2011 [24] riporta molti esempi in cui questo tipo di approccio ha dato ottimi risultati per le donne coinvolte. L'idea del parto è spesso accompagnata da stress e paura a causa del timore di un dolore che viene descritto come tra i più intensi in assoluto [25]. A questo va aggiunto che la percezione soggettiva del dolore sembra crescere all'aumentare dei livelli di ansia, meccanismo che rischia di innescare uno spiacevole circolo vizioso [26,27]. I dati ci dicono che sostanzialmente tutte le partorienti richiedono anestesia [28] che spesso viene eseguita attraverso l'utilizzo di sostanze o procedure che, in alcuni casi, possono avere effetti collaterali che complicano il parto o che hanno ripercussioni sul nascituro. Dei ricercatori dell'università di Hartford, passando in rassegna la letteratura sull'argomento, hanno concluso che, rispetto ad un programma sanitario standard [29,30,31,32,33], a sedute di counseling supportivo [34,35] o ai corsi di preparazione al parto [36,37,38], l'ipnosi riduce più consistentemente il dolore soprattutto se eseguita direttamente in sala parto. A questo si aggiunge una riduzione della durata della prima fase del travaglio, descritta in genere come la più dolorosa, ed un aumento del punteggio APGAR del bambino [24].

Infine, ritornado alle sindromi dolorose croniche, una tra le più comuni è il mal di testa ricorrente.ne soffre infatti circa il 13% della popolazione adulta e circa il 20% della popolazione infantile/adolescenziale [39]. Anche in questo caso l'ipnosi è risultata estremamente efficace, come dimostra una ricerca del 2010 [40]. Oltre a provocare dolori talvolta particolarmente intensi, ha delle conseguenze sulla concentrazione, sullo svolgimento di attività professionali, scolastiche e ricreative, e può portare, soprattutto in bambini ed adolescenti ad un deterioramento delle relazioni familiari [41,42,43,44,45]. Per quanto i farmaci si rivelino spesso d'ausilio, soprattutto in soggetti giovani, non sempre sono efficaci e possono causare effetti collaterali [46]. Uno studio condotto presso l'università di Minneapolis ha esaminato gli effetti dell'autoipnosi per il trattamento di questa condizione. Si è verificato che, in seguito all'intervento ipnotico, i pazienti hanno riportato un sollievo dal dolore sia in termini di frequenza, che di intensità, che di durata. Inoltre i partecipanti, oltre a continuare a servirsi dell'autoipnosi per il controllo del dolore, ne hanno generalizzato l'utilizzo anche ad altre situazioni: interventi odontoiatrici, come ausilio alla prestazione sportiva e contenimento dell'ansia e dello stress.

Riassumendo possiamo affermare che l'ipnosi rappresenta un utile strumento per il controllo dell'intensità, della durata e della frequenza con cui il dolore si presenta. Può essere utilizzata sia in caso di dolore cronico sia di dolore acuto dovuto a traumi o a procedure mediche, sia per condizioni minori che riguardano la vita di ogni giorno. Oltre a migliorare l'esperienza psicologica del dolore, contenendo stati di ansia, di depressione o di stress, si rivela una tecnica generalmente più economica rispetto ai farmaci [19] e che rende il paziente, in seguito ad un breve addestramento, capace di raggiungere un miglior stato di benessere generale in totale autonomia.

Bibliografia

1. Jensen MP. Hypnosis for chronic pain management: A new hope. Pain. 2009;146:235-237.
2. Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. NeuroImage. 2004;23:392-401.
3. Derbyshire SWG, Whalley MG, Oakley DA. Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. European journal of pain. 2009;13:542-550.
4. Hofbauer RK, Rainville P, Duncan GH, Bushnell MC. Cortical representation of the sensory dimension of pain. Journal of Neurophysiology. 2001; vol. 86 no. 1: 402-411.
5. Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bunshell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science. 1997;277:968 - 71.
6. Apkarian AV, Bunshell MC, Treede RD, Zubieta JK. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. European journal of pain. 2005;9:463-84.
7. Seifert F, Mainhofer C. Central mechanisms of experimental and chronic neuropathic pain: findings from functional imaging studies. Cellular and molecular life sciences. 2009;66:375-90.
8. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Molton IR, Raichle KA, Osborne TL, Engel JM, Stoelb BL, Kraft GH, Patterson DR. A Comparison of Self-Hypnosis Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients with Multiple Sclerosis and Chronic Pain. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2009 April;2(57):198-221.
9. Jensen MP, Barber J, Romano JM, et_al. Effects of self-Hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. International Journal of Clinical Hypnosis. 2009;57:239-268.
10. Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. Journal of behavioral medicine. 2006;29:95-124.
11. Patterson DR, Jensen MP. Hypnosis and clinical pain. Psychology bullettin. 2003;129:495-521.
12. Ehde DM, Jensen MP, Engel JM, Turner JA, Hoffman AJ, Cardenas DD. Chronic pain secondary to disability: A review. Clinical journal of pain. 2003;19:3-17.
13. Jensen MP, Hoffman AJ, Cardenas DD. Chronic pain in individuals with spinal cord injury. A survey and longitudinal study. Spinal cord. 2005;43:704-712.
14. Cardenas DD, Jensen MP. Treatments for chronic pain in persons with spinal cord injury: a survey study. Journal of spinal cord medicine. 2006;29(109-117).
15. Warms CA, Turner JA, Marshall HM, Cardenas DD. Treatments for chronic pain associated with spinal cord injuries: many are tried, few are helpful. Clinical journal of pain. 2002;18:154-163.

16. Everett J, Patterson DR, L. BG, Montgomery B, Heimbach D. Adjunctive interventions for burn pain control: comparison of hypnosis and ativan: the 1993 Clinical Research Award. Journal of Burn Care & Rehabilitation. 1993;14:676-83.
17. Broadbent E, Petrie KJ, Alley PG, Booth RJ. Psychological stress impairs early wound repair following surgery. Psychosomatic medicine. 2003;65:865-9.
18. Patterson DR, Hoffman HG, Weichman SA, Jensen MP, Sharar SR. Optimizing control of pain from severe burns: a literature review. American journal of clinical hypnosis. 2004;47:43-54.
19. Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen J, Pinget C, Maravic P, Koch N, Raffoul W, Chiolero RL. Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. Burns. 2010;36:639-646.
20. Devlin JW, Fong JJ, Fraser GL, Riker RR. Delirium assessment in the critically ill. Intensive care medicine. 2007;33:929-40.
21. Pun BT, Ely EW. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. Chest. 2007;132:624-36.
22. Bras M et al. cute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. Journal of Burn Care & Research. 2008;29:22-35.
23. Porter LS, Keefe FJ. Psychosocial issues in cancer pain. Current Pain and Headache Reports. 2011;15:263-270.
24. Landolt AS, Milling LS. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. Clinical psychology review. 2011;31:1022-1031.
25. Niven C, Murphy-Black T. Memory for labor pain: A review of the literature. Birth: issues in perinatal care. 2000;27:244-253.
26. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. American academy of family physicians. 2003;68:1109-1112.
27. Simkin P. Commentary: The meaning of labor pain. Birth issues in perinatal care. 2000;27:254-255.
28. Waldenstrom U, Bergman V, Vasell G. The complexity of labor pain: Experiencesof 278 women. Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology. 1996;17:215-228.
29. Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL. Antenatal self-hypnosis for labor and childbirth: A pilot study. Anesthesia Intensive Care. 2006;34:464-469.
30. Guthrie K, Taylor DJ, Defriend D. Maternal hypnosis induced by husbands. Journal of Obststrics and Gynaecology. 1984;5:93-96.
31. Jenkins MW, Pritchard MH. Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1993;100:221-226.
32. Rock N, Shipley T, Campbell C. Hypnosis with untrained, nonvolunteer patients in labor. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1969;17:25-36.
33. VandeVusse L, Irland J, Berner M, Fuller S, Adams D. Hypnosis for childbirth: A retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. American Journal of Clinical Hypnosis. 50:109-119.
34. Letts PJ, Baker PRA, Ruderman J,KK. The use of hypnosis in labor and delivery: A preliminary study. Journal of Women's Health. 1993;2:335-341.
35. Mehl-Madrona L. Hypnosis to facilitate uncomplicated birth. American Journal of Clinical Hypnosis. 2004;46:299-312.
36. Davidson JA. An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour. British Medical Journal. 1962;2:951-953.
37. Harmon T, Hynan M, Tyre T. Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. Journal of consulting clinical psychology. 1990;5:93-96.
38. Mairs D. Hypnosis and pain in childbirth. Contemporary Hypnosis. 1995;12:111-118.
39. Headache Classification Sub-Committee of the International Headache Society. International classification of headache disorders (2nd ed). Cephalgia. 2004;24(suppl. 1):24-49.
40. Kohen DP. Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: What the Children Say. International journal of clinical and experimental hypnosis. 2010;58(4):417-432.
41. Brna P, Gordon K, Dooley J. Canadian adolescents with migraine: Impaired health-related quality of life. Journal of Child Neurology. 2008;23:39-43.
42. Carlsson J, Larsson B, Mark A. Psychosocial functioning in schoolchildren with recurrent headaches. Headache. 1996;36:77-82.
43. Karwautz A, Wöber C, Lang T, Bock A, Wagner-Ennsgraber C, Vesely C, et_al. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension- type headache: A controlled study and review of the literature. Cephalgia. 1999;19:32-43.
44. Mazzotta G, Gallai B, Mattioni A, Florid F, Foti F, Allegretti M, et_al. Cost assessment of headache in childhood and adolescence: Preliminary data. Journal of Headache Pain. 2005;6:281-283.
45. Rohner AD. Headache in adolescence inAdolescent Health Update American Academy of Pediatrics. 2006; 18(2):1-9.
46. Fisher P. Help for headaches: A strategy for your busy practice. Contemporary pediatrics. 2006;22:34-41.

[LA VOCE DI ERICKSON]

Ipnosi conversazionale per l'analgesia

L'approccio colloquiale per fissare e trattenere l'attenzione del paziente può essere molto utile nelle situazioni traumatiche.

C'era stato un incidente automobilistico a Portland, Oregon, ed un uomo strisciò il viso sul brecciolino della strada per circa dieci metri. Strada sterrata e brecciolino.
Venne portato all'ospedale come caso di emergenza. Uno dei membri della American Society of Clinical Hypnosis – lo chiameremo Dan – che fa soprattutto chirurgia plastica ed orale, era di guardia quella notte. Entrò e vide che l'uomo era cosciente e che soffriva molto. Chi di voi conosce Dan sa che meraviglioso parlatore sia. Ha un flusso incessante di parole, di umorismo, di interesse, di informazione, un'incredibile abbondanza di conoscenza e di umorismo.

Dan disse: "Ti sei proprio riempito la faccia di brecciolino e tu sai che razza di lavoro questo significhi per me. Devo prendere le pinzette e togliere ogni minimo fastidioso granello di sabbia e terra e per me sarà una bella fatica e dovrò veramente ripulire questa faccia e togliere metà della pelle, e hai provato molto dolore e vuoi che qualcuno ti aiuti per questo e devi veramente avere qualcosa che ti faccia diminuire il dolore e tanto prima cominci a sentire meno dolore tanto meglio sarà e non so cosa devi fare mentre aspetti che l'infermiera ti porti qualcosa da iniettare nel braccio ma veramente devi ascoltarmi mentre di parlo e ti spiego che devo fare certe cose sulla tua faccia.

Tu sai che qui c'è un grosso taglio, deve essere stato un sasso ben appuntito che ha fatto questo taglio, ma qui c'è n'è uno piccolo e qui c'è una brutta contusione e veramente devo pulirlo con l'alcol. All'inizio ti farà un po' male, ma dopo poco che è stato fatto qualche volta il bruciore ottunderà le terminazioni nervose che sono scoperte e tu smetterai di sentire il bruciore dell'alcol, e hai mai provato a costruire un violino? Sai che puoi costruire dei violini con legno di mirto, puoi costruirli con legno di abete? Hai mai provato a farne uno di quercia?".

Dan aveva avuto il primo premio ad una gara nazionale per il violino con il migliore timbro, e lo aveva costruito lui stesso con legno di mirto, e Dan continuò il suo fiume di parole. Di tanto in tanto parlava dell'enorme difficoltà del pulire veramente quella faccia e del mettere i punti e chiedendosi quando sarebbe arrivata l'infermiera con l'ago ipodermico.

Nel frattempo, dietro a lui, l'infermiera stava passando a Dan il tipo giusto di strumento, il tipo giusto di sutura, il tipo giusto di tampone e così via. Dan continuò con questo fiume di parole e il paziente disse: "Sei molto loquace, no?". Dan disse: "Non mi hai sentito al massimo delle mie possibilità, posso parlare molto più velocemente, dammi solo una possibilità e vedrai come aumento". Quindi Dan cominciò a parlare più veloce: "Sai che io penso anche molto velocemente e hai mai sentito nessuno imitare il ronzio del calabrone? Dovrei fartelo sentire".

Così Dan rifece il ronzio del calabrone, e, alla fine, disse: "Ecco uno specchio, dà un'occhiata". Il paziente guardò e disse: "Quando hai messo questi punti? Quando mi hai pulito la faccia? Quando mi hanno fatto una iniezione? Pensavo che mi stessi solo parlando, solo preparando".

Dan disse: "Ho lavorato sodo per un paio d'ore, circa due ore e mezzo". Il paziente rispose: "No hai parlato per cinque o dieci minuti". Dan disse: "No, dà un'occhiata, conta i punti se vuoi, e come ti senti la faccia?". Il paziente rispose: "La mia faccia è intorpidita."

Liberamente tratto da Erickson M. H., Rossi E. L., Ipnoterapia, Roma, Astrolabio-Ubaldini, 1982.

NOTIZIE
visita www.ericksoninstitute.it
seguici su Facebook

La testimonianza di *Giustina Viarengo*

Gestire il dolore con l'autoipnosi

Lo spazio dell'intervista di questo mese è riservato alla testimonianza della dottoressa Giustina Viarengo, infermiera e psicologa, che ha voluto raccontarci la sua storia personale, che l'ha resa prima vittima di una grave forma di dolore cronico e poi le ha fornito uno strumento per combatterlo: l'autoipnosi.

"La mia avventura inerente la patologia di cui soffro, inizia nel 1995 con un infortunio sul lavoro: svolgo attività in qualità d'infermiera e durante la mobilizzazione di un paziente, mi procuro l'erniazione di un disco intervertebrale. A breve si presentano i sintomi classici di questa patologia, dolore dapprima lombare e poi irradiato all'arto inferiore destro, rigidità dorsolombare e impossibilità a svolgere molte delle mansioni quotidiane. Con il passare del tempo si presenta anche la perdita di sensibilità all'arto interessato; tuttavia, non volendo ricorrere alla chirurgia, assumo farmaci prescritti dall'ortopedico consistenti prevalentemente in antiinfiammatori, miorilassanti e antidolorifici. Ovviamente associo la terapia farmacologica con la fisioterapia, trazioni, ginnastica posturale. Le terapie non mi procurano un beneficio tale da poter riprendere neppure le più semplici attività di vita quotidiana; chiaramente interrompo ogni attività sportiva alla quale mi dedicavo prima dell'infortunio (incluso il nuoto). Il dolore è sempre molto forte, i sintomi e i segni (parestesie all'intero arto inferiore) peggiorano, rendendo l'intervento inevitabile. Siamo nel 1996 e le tecniche microinvasive non sono la prassi. Il chirurgo che interviene per la rimozione dell'ernia effettua un intervento molto aggressivo, effettuando oltre alla rimozione della porzione di disco intervertebrale erniato anche un'emilaminectomia che mi procurerà, in seguito, instabilità vertebrale. Gli esiti dell'intervento non hanno riscontro positivo: si creano delle aderenze cicatriziali intorno alla radice nervosa, la mobilità della schiena è compromessa, l'infiammazione diventa cronica, il dolore persiste e col passare del tempo diventa poco trattabile, quasi incoercibile anche con terapie invasive (peridurali antalgiche) e orali.

In un modo o nell'altro vado avanti, e nel 2002 mi iscrivo all'Università, Facoltà di Psicologia. Nei momenti peggiori però sono costretta ad assumere morfina; vengo seguita dal Servizio di Terapia Antalgica. Si tenta l'associazione con farmaci differenti, inclusi antiepilettici e antidepressivi (a determinati dosaggi hanno effetto antidolorifico). Gli effetti collaterali dei farmaci mi stordiscono; l'attenzione è compromessa, così la capacità di memorizzare e di reagire a stimoli.

La mia vita è cambiata. Le abitudini, le aspettative, i sogni! Ho difficoltà ad accettare la mia nuova situazione di vita, ed il fattore dolore è quello predominante. Non scompare mai del tutto; a periodi di parziale remissione della sintomatologia seguono- a distanza di tempo ravvicinata, circa ogni uno, due mesi al massimo- periodi di riacutizzazione violenta che mi costringono a letto. Cerco nuove vie; lentamente sto accettando la mia condizione fisica - che solo fisica non lo è mai! - ma non mi arrendo: proseguo gli studi e soprattutto cerco qualcuno che mi possa aiutare. Trovo un neurochirurgo, a Treviso, che interviene sulle aderenze cicatriziali con la microchirurgia; dopo tre interventi il problema è risolto solo al 50%, e il dolore continua ad accompagnarmi sempre, a volte meno cruento, a volte insopportabile.

La "svolta" arriva nel 2008, quando scopro l'ipnosi in modo "diretto". La mia prima Tesi di Laurea in Psicologia riguarda la trance ipnotica; l'argomento ipnosi quindi mi interessa da molto tempo e lo voglio approfondire: motivo per cui arrivo al Milton Erickson di Torino; desidero intraprendere un percorso formativo di tipo pratico ed esperienziale. Già durante il primo livello capisco che posso utilizzare l'autoipnosi per gestire il dolore. Inizio, con il supporto della Dottoressa Gava e del Dottor Di Bartolomeo, ad esercitarmi alla trance. Con il tempo, l'impegno e la costanza, ho imparato ad utilizzarla in maniera sempre più efficace. Apprendere l'autoipnosi è come fare una 'ginnastica mentale', e per ottenere buone performance è necessario un allenamento quotidiano. Inizialmente è stato faticoso. Ma la fatica era dettata soprattutto da una mia credenza; che la trance fosse uno stato della mente da acquisire. In realtà, è per noi "in dotazione" da tempi remotissimi e accompagna la storia evolutiva della nostra specie.

Ho sempre avuto una particolare predisposizione alle visualizzazioni, e così, con il tempo e l'esercizio ho reso più efficace una capacità innata! Ho appreso a trovare quelle immagini che più sono funzionali per il processo ipnotico auto-indotto. In stato di trance le immagini mi vengono suggerite dalla mente stessa… semplicemente "visualizzandole". Per esempio, visualizzo acqua limpida che entra in me attraverso la testa, percorre il mio corpo, scorre attraverso la colonna vertebrale portando via con sé "la ruggine", finché quest'acqua ormai rossastra fluisce attraverso la pianta dei miei piedi, lasciandomi la schiena "pulita" e meno dolorante. Altre volte immagino il dolore "come una grande sfera rossa e acuminata" dove la schiena maggiormente mi duole. Durante la trance immagino che il colore della sfera sbiadisca gradualmente fino al giallo pallido, e anche gli aculei si smussano; la sfera rimpicciolisce e rotola via attraverso i piedi. Queste visualizzazioni sovente le associo ad immagini più semplici, potrei dire "riassuntive" rispetto all'esperienza di trance; simboli, colori, odori o piccoli gesti, in modo tale che il ricorrere in stato di veglia al mio ancoraggio-riportando alla mente il simbolo, il colore o effettuando il gesto ancorato-, quando se ne presenta la necessità, sia più veloce. All'uscita dalla trance la sensazione dolorosa è diminuita. Ormai utilizzo i farmaci solo eccezionalmente ed anche i dosaggi, in quelle occasioni, sono molto ridotti rispetto ad un tempo. So che il dolore mi accompagnerà sempre, ma adesso ho uno strumento in più per gestirlo. Mi muovo, cammino, riesco a fare cose che non credevo di poter nuovamente fare -pur con delle grandi limitazioni- La mia vita è nuovamente cambiata. Questa volta, in meglio! Adesso lavoro come psicologa, frequento una scuola di psicoterapia. A volte medici mi chiedono un supporto per alcuni pazienti affetti da dolore cronico farmaco-resistente; utilizzo l'ipnosi e miro a trasferire ai soggetti l'abilità di auto-induzione atta a gestire il dolore . Non sempre ho successo. Il controllo del dolore con l'autoipnosi è un processo che, come ho detto, si apprende col tempo. Ma è soprattutto la motivazione del paziente ad essere fondamentale. Io l'avevo fortissima, volevo e voglio lottare. Innanzitutto bisogna accettare la propria situazione clinica, volere un miglioramento, possibilmente immaginarlo e "sognarlo" in modo vivido, ossia percepirsi diversamente, uscendo dal ruolo di "paziente", desiderare fortemente liberarsi dal dolore (pur con la coscienza necessaria che ciò potrebbe avvenire solo in parte), attivarsi emotivamente, "sentire" come e cosa si desidera. Prefiggersi degli obiettivi realistici e marcarsi stretti, non mollare mai pur nella consapevolezza che si può fallire. Se fattibile è buona cosa assumere la minor quantità di farmaci analgesici possibile; sovente le alterazioni a livello cognitivo, emotivo e comportamentale che tali farmaci inducono nel soggetto, rendono molto problematica l'induzione, la memorizzazione dei percorsi mentali o degli ancoraggi "trovati" in stato di trance ipnotica. E' altresì importante darsi il tempo di comprendere quale sia il "modo migliore" per se stessi per entrare in trance, trovare gli stimoli giusti, come utilizzarli. Io uso le visualizzazioni perché la modalità percettiva che maggiormente utilizzo è quella visiva; ma ho scoperto che anche con gli ancoraggi olfattivi riesco ad ottenere buoni risultati, soprattutto per indurmi rilassamento muscolare, scaricare tensioni e pensieri negativi. Ognuno trova la propria via, anche se l'apprendimento della tecnica e l'esercizio sono indispensabili. Con il tempo, l'impegno e la volontà l'auto-ipnosi diventa un automatismo. Semplicemente respirando con il diaframma, portando l'attenzione su un punto qualsiasi - ossia, dentro di me - riesco ad ottenere buoni risultati per la gestione del dolore e non solo. L'ipnosi mi aiuta a riprendere il controllo del mio corpo e delle mie sensazioni. La sedia a rotelle che mi avevano prospettato come inevitabile, è ormai uno spauracchio lontano. La consapevolezza di riuscire a gestire in modo soddisfacente il dolore con le mie forze è sicuramente una grande spinta a continuare su questa strada; per Giustina e per le persone che, come me, ne hanno bisogno e desiderio."

G.V.