

Antonelli Carlo MD

Pain Service, Department of Anesthesia and Intensive Care, POU Venosa - Director Dr Mario Bonifacio, ASL Potenza, Italy

Intervento ipnotico precoce durante la valutazione medica del dolore. *In XVIII International Congress of the International Society of Hypnosis – ISH, HYPNOSIS AND NEUROSCIENCE, Clinical implications of the new mind-body paradigms. University of Rome “La Sapienza” – Piazzale Aldo Moro 5 – Rome – Italy, 22-26.09.2009*

ABSTRACT:

Recenti studi in Italia e in Europa evidenziano l'elevata incidenza nella popolazione di dolore cronico non trattato o sottotrattato e la povertà statistica dei risultati terapeutici. L'operatore sanitario si interroga sulla sofferenza del paziente ma anche sulla sofferenza dei sistemi organizzativi e sanitari. Una maggiore attenzione al primo approccio al paziente con dolore cronico, può rappresentare una opportunità unica o addirittura irripetibile per destrutturare e frammentare l'esperienza di dolore, riducendo contestualmente il rischio iatrogeno della comunicazione medica formale. Un intervento ipnotico precoce, durante la prima visita algologica può avvalersi di strumenti semplici come la VAS o il Mc Gill Pain Questionnaire e favorire una relazione dove l'ottica diagnostica e classificativa guidata da una definizione del paziente si sovrappone a quella terapeutica modulata dalle reazioni dell'operatore.

Presentazione

Saluto i colleghi presenti, gli organizzatori del convegno, desidero ringraziare l'International Society of Hypnosis e il suo presidente il prof. Camillo Loriedo per l'invito a questa relazione.

Affronterò un problema scottante, quello della gestione del dolore cronico ed in particolare oncologico, utilizzandolo come riferimento, per comodità espositiva, in quanto esistono registri che permettono di reperire facilmente informazioni estese a tutto il territorio, aggiornate e maggiormente omogenee rispetto al dolore non oncologico.

In Europa ed in particolare in Italia il dolore cronico oncologico rappresenta ancora una emergenza, nonostante i lodevoli sforzi, anche legislativi promossi in tal senso.

I dati sono riassumibili in due numeri: Il **95%** dei pazienti italiani lamenta un dolore associato alla malattia neoplastica e anche se la quasi totalità dei pazienti con un dolore moderato-severo riceve un trattamento farmacologico, tuttavia l'efficacia completa sul controllo del dolore è riferita solo nel **20%** dei casi.

La IASP definisce il dolore come esperienza ad un danno reale o potenziale o come esperienza descritta in termini di tale danno. In ogni caso si sottolinea la soggettività. In effetti le più recenti evidenze neuroscientifiche dimostrano che le aree cerebrali che si attivano a seguito di uno stimolo nocicettivo periferico sono sovrapponibili alle aree che si attivano quando lo stimolo è suggerito ipnoticamente (Derbyshire, Neuroimage, 2004). Sembrerebbe di poter localizzare, anche biologicamente, l'esperienza di dolore all'interno della nostra mente.

Autori francesi come Le Bars e Plaghki sottolineano come lo stesso stimolo nocicettivo non può essere definito sulla sola base di una forma di energia specifica e nemmeno per una caratteristica comune di differenti forme di energia, per esempio l'intensità. Il carattere nocicettivo di uno stimolo è definibile solo per le sue conseguenze (lesione tissutale reale o potenziale) e il suo carattere algogeno (doloroso).

Prima della scomposizione terapeutica cercherò di scomporre il dolore nei principali determinanti che lo costituiscono, sottolineo che si tratta di una operazione didattica, non esiste clinicamente una importante priorità neppure cronologica per le diverse componenti del dolore.

Il primo determinante è rappresentato dal sistema sensoriale nocicettivo che informa l'individuo su intensità, estensione, localizzazione, durata e qualità (pressione, caldo, freddo) dello stimolo. Queste informazioni rappresentano il fattore sensoriale discriminativo. Lo stimolo nocivo risveglia l'individuo e dirotta le sue risorse di attenzione verso il dolore, da quel momento prioritario su tutte le attività in corso oltre ad attivare reazioni di difesa immediate che si traducono in riflessi somatomotori e reazioni neurovegetative.

Il primo fattore esaminato si accompagna ad un'emozione spiacevole che potenzia il motivo dell'azione. Questa componente, indissociabile e interdipendente dell'esperienza soggettiva, costituisce il principale fattore affettivo motivazionale. Abbiamo infine che i fattori sensoriali e affettivi sono interpretati nel contesto presente, nell'esperienza passata e nelle proiezioni verso il futuro (desiderio, attesa, aspettativa), attraverso codici e significati che impregnano l'ambiente socioculturale. L'insieme di questi trattamenti centrali dell'informazione sensoriale e affettiva rappresenta quello che è comunemente chiamato il fattore cognitivo della percezione del dolore: il terzo determinante.

Ora se sommiamo questi fattori: sensoriale discriminativo, affettivo-motivazionale e cognitivo, osserviamo che si influenzano reciprocamente ed elaborano una proprietà emergente del sistema nervoso centrale: L'esperienza soggettiva della percezione del dolore.

La dicotomia di cui siamo testimoni è questa: Da un lato le neuroscienze continuano a documentare nuove evidenze sull'importanza della Relazione e della comunicazione empatica come terapia (neuroni specchio) ed esistono strumenti culturali adeguati che permettono l'analisi complessiva di tutte le componenti dell'esperienza dolore. Dall'altro dinamiche rigide ostacolano l'integrazione operativa di tali conoscenze, allontanando conseguentemente il raggiungimento della principale mission: il sollievo della sofferenza. La medicina spesso si accosta al dolore come se fosse una struttura monolitica.

Un problema ulteriore è che il medico ritiene spesso inutile controllare la sua funzione terapeutica, convinto di essere privo di effetti collaterali. Questo non solo riduce l'efficacia dell'approccio terapeutico complessivo ma a volte aggiunge un danno iatrogeno (si creano malati, invalidi, terminali).

L'idea dominante sembra la necessità di scindere la fase diagnostica da quella terapeutica. Nella fase nosografica il clinico è impegnato a comprendere i meccanismi biologici di quel dolore ed è chiuso alla relazione, registra in modo neutrale il problema presentato dal paziente, liquidando convenzionalmente l'emergere delle istanze emotive (pacca sulla spalla).

In effetti le scienze psicologiche e mediche hanno evidenziato come interventi che definirei di educazione sociale quali la commiserazione, la consolazione, l'incoraggiamento, la stimolazione, la rassicurazione, la ridefinizione in positivo del problema non sentiti, sono inutili o possono essere francamente dannosi, proprio per la loro natura esterna, non empatica, potremmo dire che non attivano il sistema di neuroni specchio nell'uomo.

Dobbiamo tenere ben presente che il dolore non è una struttura granitica immodificabile, non è una sensazione che può essere abolita, ma è un costrutto che può essere manipolato.

Durante la prima visita algologica è quindi opportuno: Sovrapporre l'ottica diagnostico – classificativa a quella terapeutica, impegnarsi nella coostruzione della relazione e utilizzare in modo dinamico gli strumenti di valutazione ordinari: dall'anamnesi ai questionari multidimensionali, alle semplici scale di intensità del dolore.

Non possiamo più permetterci di perdere il tempo di un incontro terapeutico, anche perché una eventuale comunicazione iatrogena non è sempre facilmente recuperabile. In particolare non si può differire la costruzione di un rapport.

Quando valutiamo, misuriamo il dolore se siamo convinti che è un costrutto, possiamo manipolarlo fin dal primo incontro mentre poniamo le fondamenta della relazione e del significato condivisibile dell'esperienza che il paziente vive.

Durante il colloquio rispetto e osservazione possono essere facilitati dall'accettazione e dall'analisi minuziosa dell'esperienza portata che comporta una scomposizione già di per sé terapeutica. Inoltre qualsiasi alterazione ipnotica di un'unica caratteristica interpretativa della sensazione dolorosa contribuisce ad ottenere un'alterazione del complesso totale del dolore secondo il principio Divide et impera! Come idea generale dobbiamo provocare una diminuzione del disturbo con la scelta delle parole ed evitare le parole che fanno male.

Un semplice esempio con la scala visiva analogica: il paziente indica una VAS attuale di 10, dove l'esperienza sembra invadere tutta la percezione del soggetto, indipendentemente dalle valutazioni sulla congruenza con altri indicatori, accettiamo questa esperienza, tuttavia possiamo ratificare che - *domani certo non può peggiorare* - con l'implicazione che se ora è 10, domani può essere solo minore o uguale a 10 in caso contrario oggi non è 10.

Non si tratta di attivare un processo cognitivo, l'opposto. Per essere efficace il nostro intervento si propone come stimolo inconscio, uno stimolo che inizierà ad incrinare una percezione deformata da una esperienza totalizzante.

Concludo con quattro spunti di riflessione tratti dai lavori di M. Erickson, che sembrano tracciare un percorso logico e fattibile.

Accettare e lavorare con l'esperienza che il paziente porta, piuttosto che rassicurare e privare così il paziente della realtà dei suoi sintomi. - *“Quando voglio che un paziente provi analgesia sono dispostissimo a lasciare che inizialmente mi dica tutto sul suo dolore, sino a che vedo, dall'espressione del suo viso che sa che ho capito”*

Una volta che il paziente si è reso conto che sapeva tutto sulla sua sofferenza potete smettere di darle un nome. - *“... All'inizio il paziente mi dice il suo nome, forse per tutto il resto della seduta gli ricordo ogni dieci minuti come si chiama?”*

Nell'approccio ipnotico alla sofferenza del paziente è opportuno prepararsi la strada perché il paziente accetti successivamente le alterazioni più importanti suggerite dall'operatore. - *“In un esame medico dell'addome per una sospetta appendicite, il clinico non conficca subito le dita nella zona dell'appendice, ma inizia cautamente con una lieve palpazione della parte opposta dell'addome.”*

Infine *“Esiste una quantità di problemi che non si possono abolire; perciò occorre che li ricostruiate in modo che il paziente possa tollerarli”*

Semplicemente questo potrebbe essere il primo passo per ridurre la distanza tra evidenze neuroscientifiche e pratica clinica, cioè la dicotomia di cui si accennava nell'introduzione.

Come nel paradosso di Achille e la tartaruga: le neuroscienze sono più veloci e saremmo portati a dire che sono molto più avanti della clinica. Ma è il clinico più vicino al paziente ed è da lui che il paziente attende una risposta.