

Ipnosi e dolore

Efficacia

L'impiego dell'ipnosi e' giudicato come "alleviante i sintomi" dall'82% dei pazienti, e come "benefico in generale" dal 91% dei pazienti (1). L'autoipnosi e' vantaggiosa rispetto al farmaco perche' azzera i costi, e non richiede ulteriori visite mediche o nuove prescrizioni (2). Le suggestioni dirette di analgesia, l'alterazione ipnotica dell'esperienza dolorosa, e la distrazione dell'attenzione ottengono effetti analgesici che vanno ben oltre il placebo, e che si manifestano anche in assenza di qualsiasi rilassamento psicofisico. L'ipnosi inoltre e' piu' efficace dell'agopuntura su tutti i dolori (sia psicogeni sia organici, sia acuti sia cronici) relativi a faccia, testa, e collo (3). L'ipno-analgesia e' utile nei seguenti casi: cefalee pediatriche (qui l'ipnosi va preferita al farmaco sia come terapia sia come profilassi)(4); dolori cronici pediatrici (cancro, artrite reumatoide, fibrosi cistica; qui l'ipnosi e' l'unico intervento complementare sicuramente valido)(5); dolori opprimenti e cronici (inclusi quelli intrattabili; il miglioramento si ha nel 90% dei casi, e in 1/4 dei casi e' rapido e consistente)(6); dolori della vecchiaia (7); dolori cronici oro-facciali incoercibili (8); dolori alla bassa schiena (9); dolori temporo-mandibolari (10); emicranie (11); cefalee tensive (12, 13); mal di testa cronici (14); cefalee primarie (15); dolori artritici (16); nevralgie postperpetiche (17); ustioni, specialmente sui bambini (18) o nei casi gravi (19); dolori funzionali addominali pediatrici (20); sindrome da arto fantasma (21, 22); dolori da fibromialgia (23); dolori osteoartritici, gestibili a lungo termine con l'autoipnosi (24); dolori da anemia falciforme (25); e dolori psicosomatici o da conversione (26). In oncologia, ostetricia, chirurgia, e odontoiatria, il dolore ha ben poco di psichico, e sul dolore fisico l'ipnosi dimostra la sua grande validita' di analgesico (27). Naturalmente, anche la medicina di base puo' servirsi dell'ipnosi, ad esempio per emicranie, mal di testa, dolori articolari, dolori neuromuscolari, dolori mestruali, e altro. A scopo puramente sperimentale, con la sola anestesia ipnotica (senza farmaci) sono stati effettuati interventi anche molto invasivi: appendicectomie (28), mastoplastiche (29), rimozione di cataratta (30), tiroidectomie (31, 32, 33), estrazione di denti a emofiliaci (34), e persino estrazione di sette denti a un 65-enne (35), ma oggi lo scopo diventa piu' clinico, in quanto la chirurgia moderna e' per il 60% ambulatoriale (36), e l'ipnosi sta dunque acquistando un ruolo sempre piu' rilevante per la gestione post-operatoria del dolore. In pratica l'ipnosi dimezza il dolore acuto procedurale (cioe' dovuto ad interventi sulla persona), ma dimezza anche il dolore cronico, come evidenziato dalla PET (120). Copyright (C) Alberto Torelli.

In emergenza

L'ipnosi e' utile in pronto soccorso (37), per gestire i traumi minori (38), e per la riduzione immediata di fratture scomposte (39). Si usa anche in terapia intensiva (40) per una migliore ventilazione meccanica (41), anche nei casi di sclerosi multipla o mielite trasversa (42), e per rendere l'intubazione endotracheale piu' sopportabile (43). Copyright (C) Alberto Torelli.

In chirurgia

L'ipnosi e' molto utile in anesthesiologia (44), dato che ci sono meno reazioni al dolore (45), la chirurgia ha minori complicazioni, e la convalescenza e' piu' rapida (46). Bastano dosi minime o nulle di farmaci di sostegno postoperatorio, e il decorso post-chirurgico e' migliore 9 volte su 10 (47). L'ipnosi sedativa pre-operatoria in pediatria e' persino superiore e preferibile al midazolam (48). In chirurgia l'ipnosi offre grandi vantaggi pre-operatori (sedazione)(49), operatori, e post-operatori, specialmente in chirurgia plastica (50, 51), in chirurgia oftalmica (riduzione dell'attivita' oculomotoria)(52, 53), in chirurgia

orale e maxillo-facciale, dove la prognosi dipende dall'adattamento del paziente (54), sugli obesi non anestetizzabili chimicamente (55), o su pazienti poco tolleranti all'anestesia locale (56). Con l'ipnosi i pazienti operati sono piu' soddisfatti (57), e la degenza e' migliore (58). Copyright (C) Alberto Torelli.

In ostetricia

In ginecologia e ostetricia si sente particolarmente la mancanza di ipnotisti competenti (59). Con l'ipnosi si ottiene un ottimo controllo di vomito e nausea (60); la correzione della posizione fetale (da breech/caudale a vertex/craniale) a 37-40 settimane avviene nell'81% dei casi (con l'ipnosi) invece che nel 48% dei casi (senza ipnosi)(61), e si puo' avere un parto naturale senza taglio cesareo (62); l'ipnosi e' superiore al vecchio metodo Lamaze (63), abbassa i costi delle laparoscopie (64), e consente un'ottima gestione dei parti multipli, anche quadrigemellari (65); inoltre l'autoipnosi previene la depressione post-partum (66), e l'ipnosi prenatale e' associata a un migliore esito del parto (67), con minore bisogno di analgesici durante le doglie (68). Questo spiega perche' l'ipnosi viene accolta con estremo favore dalle partorienti (69). Copyright (C) Alberto Torelli.

In esami e cure

In radiologia l'abbattimento dei costi arriva anche al 50% grazie all'ipnosi (70), e in media si risparmia piu' di 1/4 d'ora di tempo nelle procedure, con un consumo molto ridotto di sedativi (71) in caso di procedure dolorose. In radiologia il risparmio di tempo e di spesa e' evidente (79). Con la preparazione ipnotica la convalescenza e' piu' rapida (72); i pazienti collaborano pienamente, e richiedono meno farmaci nelle biopsie (73, 74), nelle aspirazioni midollari (75), in oncologia pediatrica (76), nelle punture lombari (persino sui dementi l'ipnosi allevia la fobia da ago)(77), nelle colonscopie (78), nelle operazioni percutanee vascolari (con miglioramento della stabilita' emodinamica)(80), e nella medicazione delle ustioni (con effetto anti-stress di gran lunga superiore a quello da psicoterapia)(81). Copyright (C) Alberto Torelli.

In odontoiatria

L'ipnosi, qui applicabile con induzioni rapide (82), consente il controllo del dolore, della salivazione, e del sanguinamento (83); quest'ultimo effetto e' di vitale importanza per gli emofiliaci (84); l'ipnosi puo' a volte sostituire gli anestetici in caso di pazienti ipersensibili ai farmaci (85) o gia' assunti altri farmaci (86), e riduce ulteriormente il gia' basso rischio di complicazioni da anestetico locale (87); l'ipnosi aumenta la tolleranza alle protesi nuove (88), impedisce il gag reflex nei pazienti che tendono a serrare la bocca (89), riduce o annulla le paure (90), consente al dentista di lavorare meglio (91) e permette ai pazienti di sentire meno dolore (92). Copyright (C) Alberto Torelli.

Su malattie gravi

L'ipnosi qui e' un supporto fondamentale, soprattutto nei casi giovanili di cancro (93), dove produce forti benefici, riduce la nausea (94), aumenta la tolleranza alle terapie (95), abbatte il dolore metastatico (96), e migliora il decorso del paziente (97), specialmente se lo si aiuta a rimuovere certi preconcetti contro l'ipnosi (98). Il dializzato nefropatico in fin di vita soffre molto meno (99), i malati di AIDS hanno meno bisogno di antidolorifici (100), e i cardiopatici gravi ottengono benefici (101). Copyright (C) Alberto Torelli.

Come agisce

L'analgesia ipnotica e' tuttora poco conosciuta. Dato che resiste al naloxone, un antagonista della morfina (102), deve avere natura non endorfinica (103), cioe' non

oppiacea (lenta), ovvero neurale (rapida). L'esperienza indica che l'effetto analgesico dell'ipnosi e' maggiore mantenendo le suggestioni ipnotiche piuttosto che dando suggestioni postipnotiche (104). Inoltre si nota che l'ipnotismo ericksoniano ha effetti antidolorifici piu' rapidi e profondi rispetto al rilassamento jacobsoniano, e questo a parita' di sedute (8 in tutto)(105). Gli effetti prodotti dall'analgesia ipnotica possono essere elencati come segue: dissociazione funzionale centrale sul neopallio (106), anzi, doppia dissociazione, a livello sia della corteccia somatosensoriale primaria, sia delle classiche aree limbiche corticali (107), come suggerito dalla variazione degli EEG in analgesia ipnotica a livello di onde gamma (32-100 Hz) relative allo scalpo prefrontale (108, 109); inibizione spinale discendente sul riflesso nocicettivo R-III (110), inibito per 2/3, con percezione del dolore ridotta a 1/4 (111); reinterpretazione cognitiva dell'esperienza dolorosa (112); disattivazione autonoma centrale, evidenziata in pupillometria (113); inibizione delle capacita' propriocettive generali, come il senso della posizione (114); alterazione della mappa del dolore, con modifica sia della percezione dello stimolo algogeno sia della sua localizzazione (115); effetto soverchiante il placebo (116), e basato su meccanismi neurali differenti da quelli implicati nei processi di distrazione o di riduzione dell'attenzione (117); variazioni del flusso ematico a livello corticale e cingolare (subcorticale) (118), come rivelato dalla PET su pazienti ipnotizzati sofferenti di fibromialgia; coinvolgimento dei centri corticali cingolati nella modulazione del dolore acuto e cronico (119); coinvolgimento corticale anteriore e cerebellare posteriore se si usano suggestioni di aspettativa e di certezza nell'analgesia (119); coinvolgimento corticale mediano e ipocampale se si usano suggestioni ansiogene di incertezza sul dolore (119).
Copyright (C) Alberto Torelli.



Riferimenti bibliografici

- 1)Int J palliat Nurs, 2001
- 2)Pediater Drugs, 2002
- 3)Am J Clin Hypn, 2001
- 4)Arch Pediatr, 2005; Rev Neurol (Paris), 2005
- 5)Evid Based Complement Alternat Med, 2005
- 6)J Human Stress, 1978
- 7)Geriatrics, 1978
- 8)Aust Dent J, 1978
- 9)Arch Phys Med Rehabil, 1983
- 10)Psychosom Med, 1984; J Orofac Pain, 1994
- 11)Curr Pain Headache Rep, 2005
- 12)Aust Fam Physician, 1983
- 13)Am Fam Physician, 2002
- 14)Pain, 1994
- 15)Headache, 2003
- 16)Nurs Clin North Am, 1984; J Clin Psychiatry, 1985
- 17)Am J Clin Hypn, 1995
- 18)J Burn Care Rehabil, 1995

19)Am J Clin Dermatol, 2000
20)Clin Pediatr, 2001
21)Int J Clin Exp Hypn, 2001
22)Clin Rehabil, 2002
23)Clin J Pain, 2001
24)Clin J Pain, 2001
25)J Am Board Fam Pract, 2001
26)Psychoneuroendocrinology, 2005
27)Hilgard & Hilgard, 1984
28)Tinterow, 1960
29)Mason, 1955
30)Ruiz, Fernandez, 1960
31)Kroger, 1959
32)Chong, 1964
33)Patton, 1969
34)Lucas et al, 1962
35)Weyandt, 1972
36)Drugs, 2003
37)Postgrad Med J, 1984
38)Anaesthesia, 1984
39)J Emergency Med, 1999, 17(1), 53-56
40)Encephale, 2002
41)AACN Clin Issues, 2003
42)Chest, 1985
43)Crit Care Clin, 1994
44)Int J Clin Exp Hypn, 1994
45)J Nerv Ment Dis, 1977
46)South Med J, 1976
47)Anesth Analg, 2002
48)Paediatr Anaesth, 2005
49)Plast Surg Nurs, 2001
50)Br J plast Surg, 1976
51)Plast Reconstr Surg, 1985
52)Ophthalmic Surg, 1981
53)Am J Ophthalmol, 1983
54)Int J Clin Exp Hypn, 2004
55)JAMA, 1985
56)Anaesthesist, 2004
57)Reg Anesth, 1995; Pain, 1997
58)Am J Hosp Palliat Care, 2002
59)Minerva Med, 1975
60)South Med J, 1976
61)Arch Fam Med, 1994
62)J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004
63)Am J Clin Hypn, 1994
64)J Am Assoc Gynecol Laparosc, 1996
65)Am J Clin Hypn, 2002
66)Compl Ther Nurs Mid, 2002
67)Am J Clin Hypn, 2004
68)Br J Anaesth, 2004
69)J Midwifery Womens Health, 2004
70)Radiology, 2002
71)Acad Radiol, 2002
72)J Behav Med, 1983
73)J Clin Gastroenterol, 1992

- 74)Int J Clin Exp Hypn, 2002
- 75)J Pain Symptom Manage, 1994
- 76)Child Health Care, 1994
- 77)Int J Clin Exp Hypn, 2001
- 78)J Clin Gastroenterol, 1994
- 79)Am J Roentgenol, 1994
- 80)Lancet, 2000
- 81)Burns, 2001
- 82)Int J Clin Exp Hypn, 2003
- 83)Oral Surg, 1976
- 84)Ann N Y Acad Sci, 1975
- 85)Spec Care Dentist, 1993
- 86)Anesth Prog, 1995
- 87)Pa Dent J, 2002
- 88)Br Dent J, 1994
- 89)Dent Update, 2002
- 90)Dent Update, 2003
- 91)Aust Endod J, 2001
- 92)Rev Belge Med Dent, 2003
- 93)J Adolesc Health Care, 1983
- 94)J Clin Oncol, 1984
- 95)Health Educ Q, 1984
- 96)Psychosom Med, 1983
- 97)Eur J Cancer Care, 2002
- 98)Eur J Cancer Care, 2003
- 99)Gen Hosp Psychiatry, 1984
- 100)Int J Clin Exp Hypn, 2002
- 101)Prog Cardiovasc Nurs, 2002
- 102)Proc Natl Acad Sci USA, 1975
- 103)Psychopharmacology, 1983
- 104)Int J Clin Exp Hypn, 2001
- 105)Eur J Pain, 2002
- 106)Hilgard, 1994
- 107)J Neurophysiol, 2001
- 108)Int J Psychophysiol, 2002
- 109)Pain, 2004
- 110)Hilgard, 1994
- 111)Pain, 1995
- 112)Hilgard, 1994
- 113)Wien Med Wochenschr, 1995
- 114)Percept Mot Skills, 1976
- 115)Pain, 2001
- 116)Int J Clin Exp Hypn, 1994
- 117)Psychophysiology, 2001
- 118)Eur J Pain, 1999
- 119)Trends Cogn Sci, 2003
- 120)Brain Res Cogn Brain Res. 2003 Jul;17(2):255-62.