

Al confine tra due mondi: l'applicazione dell'Ipnosi nelle Cure Palliative.
On the border between two worlds: the application of Hypnosis in Palliative Care.
Di Vera Baroni



Indice

1. Introduzione.....	p.3
2. Motivazioni.....	p.3
3. L'Ipnosi Clinica.....	p.5
3.1 Cenni storici.....	p.5
3.2 Definizione e descrizione della pratica.....	p.10
3.3 Correlati anatomofunzionali.....	p.14
3.4 L'Ipnottizzabilità e la sua valutazione.....	p.18
3.5 Lo stato attuale dell'Ipnositerapia: applicabilità e limiti.....	p.18
4. Le Cure Palliative e la Fase Terminale di malattia.....	p.22
4.1 Origine delle Cure Palliative.....	p.22
4.2 Definizione di Cure Palliative: caratteristiche ed erogazione.....	p.23
4.3 Definizione di Terminalità e caratteristiche del malato terminale.....	p.25
5. Ipnosi Clinica e Cure Palliative.....	p.30
5.1 Perché applicare l'Ipnosi Clinica in Cure Palliative?.....	p.30
5.2 Risultati delle ricerche.....	p.32
5.2.1 Ipnosi e sintomi fisici-psicologici-spirituali.....	p.32
5.2.2 Ipnosi e Cure Palliative Pediatriche.....	p.37
5.2.3 Ipnosi e Sclerosi Laterale Amiotrofica.....	p.40
6. Conclusioni.....	p.47
 Bibliografia.....	 p.49

In copertina foto tratta da: <https://www.ilgiardinodeilibri.it/speciali/autoipnosi-terapeutica-quattro-stadi-ipnosi.php>

1. Introduzione.

“Esiste una predisposizione innata a cercare la vicinanza di una figura protettrice quando ci si sente in pericolo o in difficoltà” (Liotti, 1994, in Antonelli, 2009, pp. 25).

Partendo da questa affermazione è possibile concepire l'ipnosi come possibilità di incontro esistenziale con l'altro, dove ognuno porta sé stesso con le proprie qualità distintive, il proprio modo di essere. Risulta perciò un'occasione preziosa per accedere alle proprie risorse, utilizzarle al meglio, al fine di metterle al servizio della persona e della famiglia che si sta accompagnando (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 7).

In questo articolo si è cercato di approfondire la gestione dei sintomi nei malati sottoposti a cure palliative utilizzando l'ipnosi. L'obiettivo è quello di comprendere se tale tecnica sia in grado di alleviare o gestire i sintomi presenti nel fine vita che possono diventare di difficile controllo sia per il paziente che per la sua famiglia. Le persone vogliono affidarsi a dei professionisti qualificati, che sappiano fornire un'assistenza specifica ma anche personalizzata, ovvero adattata alle proprie caratteristiche e alla situazione che stanno vivendo. I trattamenti medici devono perciò considerare tutti gli aspetti umani (biologici, psicologici, spirituali, sociali) e tutte le possibili modalità di cura (convenzionali/tradizionali ma anche complementari), al fine di alleviare sia le pene del paziente (quando la guarigione non è più possibile), sia della sua famiglia.

2. Motivazioni.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire la tematica dell'ipnosi nelle cure palliative sono diverse.

Ho fatto conoscenza di questo argomento, che mi ha da subito incuriosito, dopo aver frequentato il *Master in Death Studies & The End of Life* - Studi sulla morte e sul morire per l'intervento di sostegno e per l'accompagnamento, promosso dall'Università degli Studi di Padova.

Basandomi sulle mie precedenti esperienze di tirocinio all'interno degli *Hospices* della mia regione, ho notato come quando le terapie di base/convenzionali/tradizionali non

funzionano o non hanno efficacia significativa, il paziente si sente abbandonato, può perdere le speranze e questo può influenzare significativamente il suo stato psicologico come pure l'evoluzione della sua malattia.

Per questi motivi ho deciso di approfondire la metodica dell'ipnosi applicata alle cure palliative. Tale pratica permette di alleviare i sintomi limitanti e invalidanti della fase terminale, non produce gli effetti collaterali tipici dei farmaci, migliora la qualità di vita della persona, e parallelamente, facilita ai familiari l'accompagnamento del proprio congiunto nella fase terminale di malattia.

3. L'Ipnosi Clinica.

3.1 Cenni storici.

La parola ipnosi, dal greco ὕπνος (hýpnos) ovvero sonno, compare per la prima volta nel 1843 all'interno dell'opera "*Neurypnology, or the Rationale of Nervous Sleep considered in relation to animal magnetism*", dell'oftalmologo scozzese James Braid, e fa riferimento a un fenomeno psicosomatico/psicofisiologico. Può essere provocata/indotta artificialmente da un operatore professionista o dall'individuo stesso (autoipnosi), tramite la focalizzazione dell'attenzione e della concentrazione su un singolo oggetto e/o idea (monoideismo), tale per cui la focalizzazione su di esso/a rende l'esperienza sempre più vivida in modo da essere considerata non più immaginata ma reale (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 22). Risulta perciò essere una condizione particolare di "funzionamento" che coinvolge e influenza sia la dimensione fisico-comportamentale che psicologica della persona sottoposta al trattamento, durante il quale essa non può essere forzata ad agire contro la sua volontà. Secondo l'autore inoltre la differenza sostanziale tra ipnosi e sonno è che il primo è una condizione di concentrazione ridotta, in cui nella persona si ha un obnubilamento della coscienza (*trance*), mentre nella seconda la concentrazione è aumentata e ciò permette di norma all'individuo di essere ricettivo alle suggestioni visive e/o sonore che percepisce intensamente, responsabili sia dell'induzione ipnotica che della sua efficacia terapeutica.

In realtà l'uso di tale pratica risulta essere antica e consolidata, lo confermano gli studi sia dei reperti archeologici preistorici, che dei costumi degli attuali popoli primitivi (neoguineani, australiani), inducibile con varie modalità, e utilizzata per scopi magici, divinatori o terapeutici.

Una stele egizia risalente al regno di Ramesse XI della XX dinastia egizia (c.a. 3000 anni fa) riporta un'antica registrazione di una seduta ipnotica (Musès C.A., 1972, pp. 9-17). Il papiro di Leida, risalente al regno di Ramsete XII, descrive una tecnica di induzione ottenuta facendo dondolare una lampada davanti agli occhi della persona. Nel papiro di Ebers (circa 1.500 a.c.) si descrivono rituali magici che inducono la persona in uno stato alterato al fine di guarirla. Diversi popoli (Caldei, Medi, Persiani, Egizi, Aztechi, Maya,

Zapotечи) praticavano rituali simili. Tra gli indiani l'ipnosi e l'autoipnosi (dei fachiri) sono praticate da almeno duemila anni, influenzate anche dal Brahmanesimo e dal Buddhismo; gli Ebrei si avvalevano di pratiche ipnotiche per indurre la divinazione. Si basavano su fenomeni ipnotici sia i misteri bacchici menzionati nell'*Attis* di Gaio Valerio Catullo, sia la cerimonia di iniziazione ai misteri di Sileno, che prevedeva la fissazione protratta di una maschera raffigurante il dio stesso riflessa in una coppa illuminata. Tra i nativi americani Chippewa la trance ipnotica, indotta attraverso la ripetizione del canto dello sciamano, aveva funzione analgesica e di preparazione all'insegnamento dei costumi tribali nei riti di iniziazione dei giovani alla pubertà.

Tale pratica è poi andata in declino nel Medioevo con il sorgere del cristianesimo, dal momento che veniva erroneamente associata alle manifestazioni divine, diaboliche, oppure al risultato di pratiche magiche (stregoneria).

Il primo tentativo di formulazione scientifica e rigorosa dell'ipnosi compare nel 1779 all'interno del saggio "*Mèmoire sur la découverte du magnétisme animal*" (Memoria sulla scoperta del magnetismo animale), del filosofo viennese Franz Anton Mesmer. Secondo la sua teoria, detta *mesmerismo*, ogni corpo dell'universo sarebbe composto da un fluido biologico vitale ("*magnetismo animale*"), che permetterebbe agli uomini di entrare in relazione sia tra di loro sia con i corpi celesti (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 21). Tale fluido, in condizioni normali, sarebbe distribuito in modo omogeneo nel corpo, mentre in condizioni patologiche risulterebbe prevalente in determinati distretti corporei e necessiterebbe di spostamento e re-incanalatura. I metodi di cura proposti dall'autore spaziavano dall'applicazione di magneti in particolari posizioni del corpo all'impostazione di mani irragianti energie benefiche (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 21). Tali pratiche potevano essere personali o di gruppo e, solitamente, dopo uno stato di crisi caratterizzato da movimenti non coordinati e convulsioni, i soggetti risultavano guariti. La pratica del magnetismo animale venne successivamente abbandonata in quanto i benefici indotti sembravano dovuti esclusivamente ad un effetto placebo, ovvero all'insieme di cambiamenti comportamentali e neurobiologici che si hanno in seguito alla sola simulazione di un atto terapeutico (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 21).

In seguito Armand Marie Jacques de Chastenet, marchese Puységur, descrisse uno stato ipnotico opposto a quello analizzato da Mesmer, definito "*sonnambulismo artificiale*",

in cui nonostante l'apparente addormentamento, l'individuo era in grado di eseguire comandi, parlare più facilmente di eventi personali, e sembrava possedere uno stato intellettuale superiore a quello della veglia. Risultava inoltre piuttosto semplice fargli rivivere emotivamente le esperienze precoci (regressione infantile), infine una volta uscito dallo stato ipnotico, la persona non ricordava nulla (amnesia post-ipnotica). Tali osservazioni spinsero Chastenet ad attribuire il processo di guarigione alla peculiare interazione tra paziente e magnetizzatore (odierno terapeuta) e non a uno scambio di fluido vitale (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 22).

Nell'Ottocento ci furono ulteriori sviluppi nell'interpretazione di tale pratica, grazie alla Scuola di Nancy (fondata dai medici francesi Ambroise-Auguste Liébeault e Hippolyte Bernheim) che la considerava un fenomeno normale e fisiologico, spiegabile in termini di suggestione, e utilizzabile in ambito clinico; e successivamente alla Scuola Salpêtrière, dove il neurologo francese Jean-Martin Charcot, la equiparava a una nevrosi isterica artificiale e perciò a un fenomeno patologico, distinguendone i diversi stadi (letargo, catalessi e sonnambulismo). In seguito si assistette a un aumento della sua applicazione in ambito clinico, specie in chirurgia: i primi ad aver sperimentato l'ipnosi per la gestione del dolore chirurgico (analgesia) furono i medici John Elliotson (nel 1840) e John Forbes in Inghilterra. Il 12 aprile 1829, Jules Germain Cloquet effettuò il primo intervento con anestesia ipnotica in Francia, asportando una mammella a una paziente ipnotizzata, che non sentì dolore e non ricordò al risveglio l'operazione subita. Nel 1830 Jean Victor Dudet estrasse il primo dente in anestesia ipnotica. Nel 1880 Ambroise-Auguste Liébeault produsse analgesia totale in un travaglio di parto della durata di 22 ore. Anche Sigmund Freud si occupò di tale pratica, utilizzandola nella terapia dell'isteria, seguendo il metodo catartico, consistente nel far defluire o abreagire la carica emotiva, impedendo che questa potesse cercare vie anormali di sfogo attraverso la manifestazione dei sintomi; ma la transitorietà dei risultati terapeutici, la laboriosità dei procedimenti, la limitazione delle applicazioni, lo spinsero ad abbandonare precocemente tale strumento. Con la morte di Charcot e l'inizio della psicoanalisi cominciò per l'ipnosi un periodo di decadenza.

Una ripresa d'interesse verso tale pratica si osservò nel Novecento, durante la prima guerra mondiale, quando con tale metodo si iniziarono a trattare le nevrosi traumatiche di guerra. Importanti furono gli studi del fisiologo ed etologo russo Ivan Petrovič Pavlov,

che utilizzando tale strumento con i pazienti traumatizzati, portandoli a regredire al momento del trauma, scoprì casualmente l'importanza delle emozioni nei processi di riequilibrio psichici, evidenziando come queste permettono di cancellare ricordi e far spazio nella mente.

Soltanto dopo la seconda guerra mondiale l'atteggiamento della comunità scientifica nei confronti dell'ipnosi migliorò. In particolare in questo periodo furono due le personalità di spicco che si occuparono di questo fenomeno: lo psicologo statunitense Clark Leonard Hull, che dimostrò empiricamente l'efficacia analgesica dell'ipnosi e come essa non avesse alcuna connessione con il sonno; lo psichiatra e psicoterapeuta statunitense Milton Hyland Erickson, presidente e fondatore della Società Americana di Ipnosi Clinica e membro delle Associazioni Americane di Psichiatria, Psicologia e Psicopatologia, che, riprendendo la lezione di uno degli allievi di Charcot, Jean Leguirec, sviluppò un'ipnositerapia chiamata "ipnosi ericksoniana", più flessibile e meno direttiva, dando vita a una nuova fase della storia di questa metodologia, definita "nuova ipnosi". Tale approccio la considera una condizione di coscienza peculiare ma essenzialmente fisiologica, uno stato diverso, ma ordinario, di coscienza, un'esperienza naturale, reversibile e pervasiva della vita quotidiana ("*common everyday trance*", "l'ipnosi non esiste perché tutto quanto è ipnosi"), non uno stato alterato di coscienza (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 22). La persona infatti può pensare, agire, e comportarsi come nel normale stato di coscienza o anzi anche meglio, grazie all'intensità della sua attenzione e alla forte riduzione dalle distrazioni. In questa situazione focalizzata, l'individuo che sta funzionando ipnoticamente, non solo mantiene la capacità di usare la volontà o la ragione, ma dimostra anche di essere meno manipolabile, al punto che non è in alcun modo possibile costringerlo ad agire contro il suo volere. Con Erickson l'ipnosi appare molto simile a una normale conversazione, in cui il terapeuta, mediante un linguaggio metaforico, induce una *trance* ipnotica, riuscendo a entrare in comunicazione non solo con la parte razionale-critica ma anche inconscia della persona. L'obiettivo è che i suggerimenti proposti possano stimolare la ricerca transderivazionale, un processo associativo tra uno stimolo e le proprie esperienze in memoria: il suggerimento ipnotico dà il via ad un'evocazione automatica e a un utilizzo del repertorio caratteristico e individuale di risposte dell'individuo. In questo modo si originano anche potenziali soluzioni per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico (Molinari et al., 2010). Grazie

ai contributi di Erickson negli USA e di altre importanti figure a livello internazionale, come Franco Granone e Gualtiero Guantieri in Italia, l'ipnosi ha subito un progressivo sviluppo nella seconda metà del XX secolo, acquisendo finalmente lo status di disciplina scientifica, medica e psicologica. Nel 1949 venne fondata negli USA la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis* che divenne Società internazionale nel 1959. Nel 1957 si costituì una seconda associazione, *l'American Society of Clinical Hypnosis*. In particolare nel 1958 *l'American Medical Association* riconobbe tale pratica metodo legittimo di cura in medicina e in odontoiatria. Nel 1969 *l'American Psychological Association* creò una sezione di psicologi che si interessavano prevalentemente di ipnosi. In Inghilterra, nel 1955 la *British Medical Association* la riabilitò ufficialmente. Negli anni Cinquanta fu fondata la *Federación Latinoamericana de Hipnosis Clínica* che riuniva più associazioni locali, mentre in Giappone fu oggetto di grande interesse già a partire dal periodo Meiji (1868-1912), tanto che nel 1902 fu costituita la *Teikoku Saimin Gakkai (Imperial Society for the Study of Hypnotism)*, oltre alla *Nihon Saimin Tetsugakkai (Japan Society for Hypnosis Philosophy)* e alla *Dai Nihon Saimin Jutsu Kyokai (Japanese Society for the Practice of Hypnotism)*.

In Italia la prima Associazione scientifica per lo studio e l'applicazione dell'ipnosi, l'A.M.I.S.I. (Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi), fu costituita nell'aprile del 1960. Nel 1965 fu creato il Centro di Ipnosi Clinica e Sperimentale divenuto, nel 1979, Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale (C.I.I.C.S.) ad opera di Franco Granone. Nel 1985 fu fondata a Bologna la Società Medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi (S.M.I.P.I.) e in seguito a Roma la Società Italiana di Ipnosi (S.I.I.).

Infine, dopo la seconda metà del XX secolo, si è registrato un crescente interesse grazie allo sviluppo delle tecniche di imaging cerebrale, che permettono di visualizzare le variazioni dell'attività cerebrale durante tale lo stato.

3.2 Definizione e descrizione della pratica.

Esistono diverse definizioni di ipnosi:

- “una procedura in cui una persona è guidata dall’ipnotista per rispondere ai suggerimenti per i cambiamenti nell’esperienza soggettiva, nelle alterazioni, nella percezione, nelle sensazioni, nelle emozioni, nel pensiero o nel comportamento” (Jensen, 2011);
- “uno stato di coscienza che comporta attenzione focalizzata e ridotta consapevolezza periferica, caratterizzata da una rafforzata capacità di risposta ai suggerimenti” (*American Psychological Association* - APA 2014);
- “metodo di fissazione e spostamento dell’attenzione, che permette di uscire da schemi cognitivi ed emotivi prefissati per poter trovare soluzioni più funzionali e creative” (Molinari et al., 2010);
- “una scienza che si basa sulle correlazioni mente-corpo scientificamente controllabili” (Granone, 1989). Risulta dunque una tecnica destinata a migliorare l'utilizzo delle potenzialità della nostra mente, per il conseguimento del miglioramento della Qualità della Vita (Piazza, 2015).

È possibile inoltre sintetizzare tale pratica, tramite la formula, $I = S / R \times c$ (Antonelli, 2009), in cui:

- I = ipnosi;
- S = stato di coscienza;
- R = relazione (che sfrutta modalità percettive particolari);
- c = corpo (soggettivo o della relazione).

Risulta perciò essere uno stato di coscienza determinato da una particolare relazione che si inserisce su dinamiche percettive sensoriali (corpo) (Antonelli, 2009).

Partendo da queste definizioni, l’ipnosi può essere concettualizzata come uno stato di coscienza caratterizzato da uno stato mentale naturale, che si colloca tra la veglia e il sonno (pur differenziandosi da entrambi), denominato “*trance* o stato di ipnosi”, contraddistinto da una forte attenzione/responsività/recettività/allerta a stimoli estero/propriciocettivi, una riduzione delle capacità critiche, un aumento di convinzione e suggestionabilità, cui si associano delle modificazioni a livello del sistema nervoso centrale e periferico (rilassamento corporeo). È caratterizzato da fenomeni di ideoplasia e monoideismo, ossia di trasformazione in realtà soggettiva e oggettiva di quanto viene

intensamente immaginato, trasformando l'idea in azione, movimento, rimanendo concentrati su una sola idea alla volta. Nello stato di trance ipnotica emerge una capacità mentale di tipo onirico, ovvero non costretta a seguire solamente pattern di funzionamento logico-razionale-induttivo (Molinari et al., 2010). Durante questo stato ipnotico, il paziente, ha accesso volontariamente, anche se in modo inconsapevole, a circuiti fisiologici che di norma entrano in funzione solo in modo automatico, come reazione emozionale ad uno stimolo stressogeno specifico (Molinari et al., 2010).

L'ipnosi può svilupparsi in modo (fonte: <https://kintsugimental.wordpress.com/2018/11/28/ipnosi-nelle-cure-palliative/>):

- spontaneo, nelle attività mentali immaginative, creative o mnestiche, automatiche, ripetitive, e nell'ambito dei ritmi circadiani individuali;
- autoprovocato, consapevole, in seguito ad un precedente apprendimento (es. autoipnosi, meditazione yoga, training autogeno, tecniche di rilassamento);
- eterostimolato, nelle prassi definite "induzioni", processi di insegnamento-apprendimento attuato a molteplici livelli di comunicazione, che richiedono la presenza di specifiche condizioni mentali e di rapporto (es. interesse, curiosità, disponibilità, fiducia).

Una sessione di ipnosi comprende tipicamente due fasi fondamentali (Elkins, Fisher, Johnson & Sliwinski, 2012):

- l'Induzione, durante la quale il terapeuta aiuta il paziente a rilassarsi, tramite una serie di suggerimenti (es. facendo immaginare un paesaggio rassicurante, una scena pacifica), al fine di aiutarlo a concentrarsi e focalizzarsi sull'obiettivo della sessione e effettuare dei cambiamenti positivi. La dinamica del processo di induzione include (Molinari et al., 2010): la fissazione dell'attenzione; il depotenziamento della mente conscia e degli schemi cognitivi abituali; la ricerca inconscia; l'elaborazione inconscia; la risposta ipnotica. In altre parole, il terapeuta assume il ruolo di "catalizzatore" di eventi, agente che facilita lo stato di trance calibrando l'induzione in relazione alle specifiche caratteristiche del soggetto. (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 27).

- L'Applicazione, durante questa fase, il paziente riceve le suggestioni ipnotiche, affermazioni speciali che sono progettate per dare sollievo dai sintomi oggetto del trattamento (Piazza, 2015).

Emerge come sia importante il “*rapport*”, ovvero la relazione empatica, selettiva ed esclusiva tra paziente e terapeuta (una consonanza/risonanza, un'alleanza, un clima di condivisione partecipata, di attenzione e curiosità reciproca, Molinari, Castelnuovo, 2010), in cui si sviluppa una reciproca focalizzazione dell'attenzione ed un aumento della responsività (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 26). In questo ambiente/spazio relazionale così intimo (“bolla ipnotica”), il terapeuta può facilitare uno stato di focalizzazione dell'attenzione nel paziente (lo aiuta a dirigere la propria attenzione all'interno di sé stesso, in modo da entrare in contatto con le proprie risorse interiori, la percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo) (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 26) e rendere più agevole l'accettazione delle rappresentazioni mentali (suggestioni) proposte dal terapeuta nel lavoro di ristrutturazione percettivo-cognitiva. La relazione ipnotica basata su una profonda e sincera collaborazione permette quindi di raggiungere gli obiettivi personali dell'interessato. Emerge chiaramente come il processo terapeutico non dipenda dalle parole o dalle azioni dell'operatore come comunemente si crede, ma derivi interamente da una riorganizzazione interna che solo il paziente medesimo può portare a termine in un ambiente favorevole (Erickson, 1948).

Il *rapport* inoltre si mantiene attraverso diversi strumenti, tra questi “l'osservazione responsiva”, intesa come osservazione attenta/accurata del terapeuta verso il linguaggio verbale/non verbale, “*minimal cues*/piccoli indizi”, che preannunciano l'inizio di un cambiamento nel paziente.

L'ipnosi è perciò un'esperienza relazionale ma altamente personalizzata, nel senso che non può prescindere dalle caratteristiche del singolo, in quanto avviene al suo interno, agisce spesso su un piano simbolico, ma è anche un processo di comportamento nel quale la persona modifica il proprio rapporto con l'esterno (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 28). Il paziente è l'esperto, il maestro della propria storia e del proprio sentire, quindi al terapeuta spetta il difficile compito di osservarlo e coglierne le peculiarità per aiutarlo ad attivare le proprie risorse. La possibilità, inoltre, per la persona di potersi immergere nel qui ed ora, grazie alla maggiore centratura su sé stessa ha molteplici benefici: se da

un lato le permette di essere più consapevole riguardo alla sua condizione, dall'altro le infonde la forza necessaria per potere usufruire pienamente dei vissuti attuali (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 29).

Esistono diverse tecniche di ipnosi:

- L'Autoipnosi, in cui il paziente viene educato, da professionisti (es. medici, infermieri, psicologi) che fungono da facilitatori (e spesso forniscono audioregistrazioni), a raggiungere in autonomia uno stato ipnotico rilassato e terapeutico (Kravits, 2013) tramite suggerimenti dati a sé stesso (auto-suggestione), che possono essere semplici (es. "mentre si espira, lasciatevi scivolare profondamente nella superficie sottostante") o complessi (es. "ripensi ad un determinato evento e lo riviva senza paura") (Piazza, 2015).
- La visualizzazione, una tecnica immaginativa che consiste nel visualizzare o immaginare, un oggetto o una determinata situazione (presente, futura oppure una realtà immaginaria). Serve per far sperimentare alla persona una realtà differente (Piazza, 2015).
- L'ancoraggio, definito come "stato esterno che porta a una risposta o a un particolare stato interno" (Guidi, n.d.). Al paziente viene insegnato un gesto molto semplice, ad esempio toccare una parte del corpo specifica, da utilizzare successivamente per affrontare una situazione o un'emozione difficile (Plaskota et al., 2012).
- La Tecnica dell'intorpidimento della mano, fa sì che la mente recluti la capacità di sperimentare sensazioni immaginate ("immagina la brezza fredda che arriva da una montagna attraverso la tua mano") (Kabalak et al., 2014).
- La Consapevolezza del respiro, ovvero cercare di "mandare" i propri sentimenti al respiro, essere consapevoli dell'inspirazione e dell'espiazione così da far diventare mente e corpo una cosa sola (Kabalak et al., 2014; Malvasi).

Emerge chiaramente come i prerequisiti fondamentali per una buona efficacia del trattamento ipnotico siano: le abilità terapeutiche del professionista; la motivazione, la cooperazione, la volontà di eliminare il sintomo disfunzionale da parte della persona.

3.3 Correlati anatomofunzionali.

Classicamente nell'induzione alla *trance* ipnotica, le istruzioni fornite al soggetto per ottenere la focalizzazione dell'attenzione sulle parole/azioni dell'ipnotista, comportano un processo di orientamento, con conseguente fissazione e restringimento del *focus* attentivo dal piano percettivo (realtà esterna) a quello emozionale (realtà interna). Questi processi sono mediati fisiologicamente da circuiti neurali talamo-corticali e parieto-frontali (sistema rinencefalo limbico-talamico, ponte di comunicazione tra psiche e corpo, sistema ipotalamo-ipofisario che converte gli impulsi nervosi in messaggi ormonali e neuroendocrini, con produzione di endorfine e stimolazione del sistema immunitario) (Montecorboli, 2016). Ad un livello successivo corrispondente alla chiusura degli occhi e al rilassamento (passaggio dalla veglia alla *trance*), si riscontra una diminuzione dell'attivazione dei circuiti neurali fronto-limbici, con conseguente riduzione della valutazione critica e dell'esame di realtà (perdita momentanea della capacità di integrazione fra il livello cognitivo e quello emotivo-motivazionale), compatibile con la momentanea dissociazione delle funzioni esecutive. In tale fase la persona può avvertire sensazioni di spersonalizzazione, irrealtà, alterazione dello schema corporeo, associate a fantasie e immagini fugaci. All'ultimo livello avviene la costruzione della realtà ipnotica, che corrisponde fisiologicamente ad una maggiore attivazione delle strutture corticali posteriori di specificità emisferica prevalentemente destra (Gruzelier, 1998; Antonelli, 2009).

Studi elettroencefalografici (EEG) hanno sancito la caduta della teoria che equiparava sonno e stati ipnotici, i quali sono invece maggiormente assimilabili allo stato di veglia. A seguito di induzioni ipnotiche, la quantità di attività delle onde cerebrali più veloci (onde β) tende a diminuire, mentre tende ad aumentare quella relativa alle onde lente (onde α) (Batty, Bonnington, Tang, Hawken & Gruzelier, 2006). Questo secondo aspetto si riscontra anche nel soggetto sveglio intento in attività cognitive, si discosta invece nettamente dal pattern che caratterizza il sonno profondo (sonno REM) contraddistinto da onde lente (onde δ).

Gi studi di stimolazione elettrica cerebrale profonda di De Benedittis e Sironi (1986; 1988) hanno dimostrato il coinvolgimento delle strutture limbiche durante l'induzione ipnotica, nello specifico si osserva un'inibizione dell'attività elettrica nell'amigdala (che regola l'orientamento dell'attenzione verso nuovi stimoli), e un'eccitazione dell'attività

elettrica nell'ippocampo (che regola l'orientamento dell'attenzione verso stimoli ripetuti). Lo stato ipnotico infatti consiste nel gestire gli stimoli irrilevanti e spostare le risorse attentive verso stimoli che rappresentano la fonte di informazione principale (e perciò abituali/ripetuti) (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 81).

Ulteriori studi EEG mostrano come durante l'induzione ipnotica aumenti significativamente il livello di onde lente: le θ soprattutto nelle aree cerebrali posteriori, le α in tutti gli altri siti corticali (Sabourin et al., 1990; Graffin et al., 1995). Le onde θ risultano essere un buon marcatore delle capacità di rilassamento del soggetto, mentre le onde α risultano correlate con i cambiamenti nello stato ipnotico in sé (fase pre/post ipnotica) (Williams & Gruzelier, 2001). Inoltre durante tale fase è stata rivelata una maggiore potenza elettrica nell'area associativa parieto-temporo-frontale coinvolta nei processi di attenzione (Mészáros & Szabo, 1999; Terhune et al., 2011).

I fenomeni ipnotici costituiscono delle esperienze che il paziente vive come se fossero reali, in grado di attivare sia le dimensioni affettive che cognitive, integrando i contenuti mentali consci con quelli inconsci. In quanto tali, sono accompagnate da cambiamenti significativi di attivazione a livello delle aree cerebrali interessate, dimostrati tramite studi di brain imaging.

Nei primi studi condotti con la PET (*Positron Emission Tomography*/Tomografia ad Emissione di Positroni) di Maquet et al. (1999) e Fink et al. (1996), è stata utilizzata un'induzione ipnotica basata sul ricordo di materiale autobiografico. Durante lo stato ipnotico è stata osservata un'attivazione delle aree occipitali, parietali, precentrali, prefrontali e corteccia cingolata. Tali risultati hanno dimostrato come dopo l'induzione ipnotica non vi sia soltanto una rievocazione di materiale dalla memoria episodica, ma piuttosto un reclutamento di aree sensoriali e motorie che si attivano, come durante le normali percezioni e l'esecuzione di atti motori, ma in assenza di input (es. stimoli visivi/tattili) o output (movimenti effettivamente eseguiti) esterni (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 85). L'elaborazione percettiva in assenza di input a livello di aree parieto-occipitali in ipnosi, ricorda l'immaginazione mentale e le sue caratteristiche, come l'esperienza sensoriale polimodale visiva e tattile (Kosslyn et al., 2001; Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 85). L'attivazione di aree maggiormente frontali conferma inoltre la somiglianza con i compiti di *motor imagery*, dove aree considerate

motorie si attivano per la semplice immaginazione, in assenza di esecuzione vera e propria (Decety, 1996; Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 85). La corteccia cingolata è invece una struttura coinvolta nei processi di spostamento dell'attenzione, e la sua attivazione può essere collegata con l'interpretazione dell'ipnosi come strumento capace di focalizzare il soggetto verso un evento che diventa particolarmente rilevante, tale capacità è definita *absorption* (Tellegen & Atkinson, 1974; Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 81).

In un altro studio PET, Halligan et al. (2000) hanno riprodotto, attraverso l'induzione ipnotica, una paralisi alla gamba sinistra di una persona. Al partecipante è stato chiesto di muovere l'arto, ma non è stato osservato alcun spostamento. A livello cerebrale è stato possibile registrare attivazioni della corteccia orbitofrontale e della corteccia cingolata anteriore ma non della corteccia motoria, responsabile dei movimenti (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 86). Il dato supporta l'idea secondo cui, durante l'ipnosi, le aree cerebrali più frontali inibiscono altri centri corticali (in questo caso le aree motorie) alterandone la funzionalità (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 86).

Infine buona parte delle ricerche condotte sull'ipnosi si sono concentrate sull'elaborazione degli stimoli dolorosi. In uno studio PET, Faymonville et al. (2000) hanno cercato di comprendere le basi neurali del fenomeno analgesico successivo all'induzione ipnotica (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 87). Le persone ipnotizzate sono state invitate a rivivere episodi spiacevoli, senza alcuna menzione rispetto alla percezione dolorifica. I risultati hanno mostrato un aumento di attività nella corteccia cingolata anteriore, che induce analgesia tramite i suoi collegamenti con l'insula, talamo, corteccia striata e aree prefrontali, regioni deputate alla gestione del dolore nelle sue componenti sensoriali ed emotive. Tramite questi collegamenti è possibile modificare il processo associativo che coinvolge l'attenzione e la memoria dello stimolo doloroso (Faymonville et al., 2000, 2006; Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 88). In un ulteriore studio fMRI (*Functional Magnetic Resonance Imaging*/Risonanza Magnetica Funzionale) è stato mostrato come sia possibile modulare il dolore, tramite suggestioni di analgesia, indotte durante l'ipnosi in pazienti affetti da fibromialgia (sindrome caratterizzata da dolore muscolare cronico e diffuso associato a rigidità) (Derbyshire & Oakley, 2009). I risultati hanno mostrato una significativa riduzione della sensazione

dolorifica, che correla con l'attivazione di diverse aree cerebrali: corteccia sensoriale (primaria e secondaria), corteccia cingolata anteriore, insula anteriore e posteriore, cervelletto, corteccia parietale inferiore, le quali compongono il network cerebrale noto come *pain matrix*/matrice del dolore, indispensabile per l'elaborazione degli stimoli nocivi (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 88-89).

Negli ultimi due secoli è stato perciò possibile inferire un'iniziale relazione tra il substrato neuronale e l'induzione ipnotica. Tuttavia ad oggi non è ancora possibile avere una marcatura esatta dei correlati neurobiologici dell'ipnosi per due ordini di motivi: il primo è legato alle apparecchiature usate nella ricerca (es. PET, fMRI). Con l'apprendimento, l'attivazione di una specifica area, legata all'attività da imparare, decresce, perciò più il processo cognitivo da indagare è efficiente nella persona, meno richiesta di ossigeno ci sarà da parte dell'area deputata a quel processo (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 91). Elevato è il rischio dunque di confondere falsi negativi per positivi (e viceversa) perché influenzati dall'effetto apprendimento delle prove. Il secondo problema è legato all'ambiguità del linguaggio utilizzato in ipnosi, variegato nelle sue declinazioni e nelle diverse scuole, che non garantisce un'adeguata standardizzazione dei risultati.

3.4 L'Ipnottizzabilità e la sua valutazione.

L'ipnotizzabilità è definita come la misura che valuta la capacità di una persona di essere ipnotizzata (Elkins, Barabasz, Council, & Spiegel, 2015).

Esiste una differenza individuale nella suscettibilità ipnotica/risposta al suggerimento, per cui l'ipnoterapeuta dovrà capire e studiare il paziente e pianificare il trattamento di conseguenza, con la consapevolezza che potrebbe anche essere un individuo non ricettivo, non rispondendo o rispondendo solo in parte, e in maniera unica, alle suggestioni (Barabasz & Perez, 2007; Piazza, 2015). Queste differenze sono state collegate all'efficienza del network parieto-temporo-frontale, coinvolto nei processi di attenzione (Mészáros & Szabo, 1999; Terhune et al., 2011), funzione principale e di base in tale

pratica. Tale misurazione è da tempo riconosciuta come un aspetto importante nella ricerca sull'ipnosi (Piazza, 2015).

Esistono diversi strumenti per la rilevazione di tale costrutto, il primo sviluppato è stato la *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, modulo A e B* (SHSS: A, B; Weitzenhoffer e Hilgard, 1959), a cui sono seguite: la *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, modulo C* (SHSS: C; Weitzenhoffer e Hilgard, 1962) e la *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, modulo A* (HGSHS: A; Shor & Orne, 1962). Più recente è invece la *Elkins Hypnotizability Scale* (EHS; Elkins, 2014).

3.5 Lo stato attuale dell'Ipnositerapia: applicabilità e limiti.

La disciplina che utilizza l'ipnosi in ambito terapeutico si chiama ipnositerapia. Tale approccio, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), rientra nell'ambito della Medicina Alternativa e Complementare/*Alternative and Complementary Medicine* (CAM), ovvero trattamenti non farmacologici/non convenzionali, che mirano a trattare la dimensione affettiva, cognitiva, comportamentale e socio-culturale di una determinata problematica, al fine di migliorare la qualità di vita delle persone. Ad oggi viene riconosciuta come terapia medica/psicologica/assistenziale, ed è supportata da diverse evidenze scientifiche. A tal proposito, dal 1919 ad oggi il termine ipnosi compare in 12280 articoli scientifici citati dalla *U.S. National Library of Medicine and National Institutes of Health*. L'interesse scientifico è aumentato esponenzialmente negli ultimi 20 anni tanto che dal 1990 in poi il numero delle citazioni risulta pari al 60% del totale (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 19-20).

In Italia tale pratica viene considerata una tecnica psicoterapeutica, può essere applicata solo da professionisti abilitati (medici, psicologi e odontoiatri) che hanno frequentato scuole di formazione in ipnosi (che rilasciano attestati con qualifica di ipnotista) e scuole di specializzazione post-laurea in psicoterapia ipnotica.

Diversi risultano essere i suoi campi di applicazione (*American Society of Clinical Hypnosis*, 2015):

- lo spettacolo (Ipnosi da palcoscenico);

- lo sport (Ipnosi per lo sport, ovvero tecniche utilizzate per la preparazione psicologica degli atleti in diverse discipline sportive. I principali risultati ottenuti sono: il raggiungimento del rilassamento, sia muscolare che mentale; il controllo del tono muscolare e dello stato emotivo; la regolazione dell'ansia pre-agonistica; il recupero della fatica fisica e mentale);
- la ricerca (Ipnosi per scopi militari; Ipnosi nei programmi spaziali; Ipnosi per lo studio di fenomeni paranormali);
- la medicina. Gli anestesisti e i chirurghi la utilizzano come analgesico per il controllo del dolore (anche post-operatorio), come anestetico durante gli interventi chirurgici (es. colonscopie, taglio cesareo, rimozione cistifellea). Gli ostetrici e i ginecologi la applicano nella preparazione e nella conduzione del parto e nei disturbi ginecologici psicosomatici. In dermatologia viene usata per la cura di patologie della pelle (es. prurito, verruche), anche psicosomatiche. In oncologia viene impiegata nell'eliminazione degli effetti collaterali causati dalle diverse terapie (es. nausea, vomito, eccessiva stanchezza), nella gestione e controllo del dolore fisico (sia acuto che cronico). Viene inoltre utilizzata nel dolore neuropatico (es. fibromialgie), cefalee, disturbi gastrointestinali (es. crampi muscolari, morbo di Crohn), ipertensione, esami di laboratorio, patologie respiratorie (es. allergie, asma), sino alle cure palliative.
- La psicologia clinica. Viene impiegata: nel controllo delle emozioni nei disturbi d'ansia, attacchi di panico; nelle diverse forme di nevrosi; nei disturbi somatoformi, nelle diverse dipendenze (alcol, fumo, tabacco, droga); nei disturbi sessuali di origine psicogena; nei disturbi alimentari; in ipnosipedia, ovvero l'impiego dell'ipnosi nell'apprendimento, finalizzato ad aumentare la concentrazione, e, attraverso suggerimenti post-ipnotici, rafforzare la personalità ed aumentare la motivazione allo studio. In psiconcologia viene utilizzata come strumento di sostegno psicologico (es. chiarificazione e ristrutturazione psicologica di credenze false, gestione delle emozioni negative), tecnica di rilassamento.
- L'odontoiatria. Viene impiegata nel controllo delle fobie, delle ansie da studio dentistico e del dolore (ipnodontria) e come analgesico.
- Attualmente si registra inoltre la diffusione dell'Ipnosi "illegale", ovvero applicazioni extracliniche di tale pratica per finalità illecite, solitamente truffaldine.

Nonostante le sue possibili e diverse applicazioni in ambito terapeutico, tale strumento risulta essere ancora poco utilizzato, a causa della difficile standardizzazione dei risultati, nella fattispecie, gli esiti ottenuti si differenziano sia in base alla suggestionabilità del soggetto, che alle capacità del terapeuta. Ciò comporta che due campioni differenti, in termini di suggestionabilità, e due terapeuti differenti, in termini di tecnica di induzione e carisma/capacità intrinseche comunicative-relazionali, potrebbero produrre risultati molto differenti. Un ulteriore limite risulta essere i diversi pregiudizi/atteggiamenti antitetici che la riguardano, ovvero: una totale fiducia, tanto da considerarla una panacea di tutti i mali; un completo scetticismo che porta a rifiutare questa pratica in qualsiasi contesto (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 30); la credenza che il terapeuta possa avere il controllo totale sulla persona ipnotizzata e possa farle fare tutto quello che vuole, quando invece esse rimane in controllo per tutta la sessione (Cattaneo, 2017). Uno studio promosso dall'associazione Antea U.O.C.P (Unità Operativa di Cure Palliative) di Roma nel 2007, ha confermato i dati disponibili in letteratura, rilevando come la parola ipnosi venga spesso associata a termini quali: "magia, sonno profondo, dipendenza" (Belletti, M., n.d.).

In realtà l'ipnositerapia risulta essere un trattamento sicuro, ma non può essere utile per tutti i pazienti; deve perciò essere prescritta solamente dopo un consulto con uno specialista (Cattaneo, 2017). Risulta essere controindicata nei casi di pazienti che presentano: motivazioni inadeguate a favorire il cambiamento; problematiche psichiatriche quali: stati psicotici poiché, in questi casi, potrebbe addirittura aggravare lo stato psicopatologico (Piazza, 2015), ideazioni suicidarie, depressione cronica, disturbi bipolari, schizofrenia; ritardo mentale o disabilità cognitive (come nelle patologie neurodegenerative es. demenza, patologie neoplastiche come tumori cerebrali) che non permettono di comprendere la comunicazione verbale/non verbale, o la partecipazione alla conversazione.

Per tutte queste ragioni risulta estremamente utile la conoscenza delle potenzialità di tale pratica per un suo progressivo affiancamento alla routine medica, in differenti contesti applicativi, al fine di apportare un significativo contributo al benessere del paziente (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 19-20, 30).

4. Le Cure Palliative e la Fase Terminale di malattia.

4.1 Origine delle Cure Palliative.

Il termine palliativo deriva dal latino *pallium*, un antico e corto mantello di lana, usato dai pastori e dai ceti più umili, che veniva usualmente poggiato su una spalla e avvolto intorno al corpo. Assume metaforicamente il significato di coprire, proteggere, occuparsi, prendere in carico la persona e la sua famiglia nell'ottica di una assistenza globale e simultanea.

In epoca romana appaiono le prime case per ospitare i viandanti bisognosi. Fabiola, una matrona romana, aprì la propria casa ai pellegrini, malati e agli indigenti, fondando il

primo ospizio, dal latino *hospes* - ospitare un ospite o un estraneo. Nel Medioevo, con la diffusione del cristianesimo, i monasteri iniziarono ad accogliere e fornire cure ai poveri, bisognosi e moribondi. Durante il VI e VII secolo d.C., le donne ricche e le vedove iniziarono a lavorare nei monasteri come prime “infermiere”. All’interno di questi edifici (gli odierni ospedali e *Hospice*), i malati venivano assistiti (spiritualmente e fisicamente) e accompagnati verso la morte (Cattaneo, 2017).

La nascita della moderna medicina palliativa, è attribuita a Cicely Saunders (infermiera, medico e assistente sociale), che riprendendo questa antica tradizione, fondò il *St. Christopher’s Hospice* a Londra nel 1967. In questo ospedale i malati incurabili e in punto di morte ricevevano cure mediche specializzate, assistenza, un sostegno emotivo, spirituale e sociale. L’attenzione principale non potendo più focalizzarsi sulla guarigione, si rivolgeva alla qualità dell’ultima parte della vita dei pazienti, garantendo in questo modo un trattamento dignitoso a tutti coloro su cui gravava una prognosi infausta. Il *St. Christopher’s* è diventato poi un modello d’eccellenza, successivamente emulato, prima in Inghilterra, e poi in altri innumerevoli paesi.

4.2 Definizione di Cure Palliative: caratteristiche ed erogazione.

Nel 2002 l’Organizzazione Mondiale della Sanità sancisce a livello internazionale l’importanza delle Cure Palliative, definendole come una branca della medicina, che:

- fornisce controllo e sollievo dal dolore e da altri sintomi, dai problemi psicologici, sociali e spirituali che provocano sofferenza;
- afferma il valore della vita e guarda la morte come processo naturale, senza accelerarla né ritardarla;
- garantisce la migliore qualità di vita possibile e può influire positivamente anche sul corso della malattia;

- nella cura integra gli aspetti psicologici, spirituali, esistenziali, nell'ottica del rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata;
- viene erogata a tutti i malati affetti da malattie cronico-degenerative in fase di terminalità (non solo ai pazienti oncologici);
- offre un sistema di supporto per aiutare: i pazienti a vivere il più possibile attivamente fino alla morte; la famiglia a far fronte alla malattia e al lutto. Coinvolge dunque il malato, il suo nucleo familiare, amicale e parentale, favorendo un percorso di riconciliazione e pacificazione.
- Utilizza un approccio multidisciplinare per rispondere ai bisogni e alle esigenze dei pazienti e delle loro famiglie;
- è applicabile precocemente nel corso della malattia (cure palliative precoci/*early palliative care*), in combinazione con altre terapie (es. chemioterapia o la radioterapia), in pazienti cronici in fase evolutiva, quando l'outcome clinico è ancora la sopravvivenza del malato, ma anche il garantire la migliore qualità di vita possibile e di gestione delle complicanze cliniche, evitando inutili ospedalizzazioni e l'utilizzo di servizi sanitari.

Secondo il *National Council for Hospice and Palliative Care Services* (OMS, 1990 poi modificata dalla commissione ministeriale per le cure palliative, 1999) esse si occupano in maniera "totale" dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte.

Per l'*European Association for Palliative Care* (EAPC, 2018), le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale.

Nel 1993 il medico italiano Vittorio Ventafridda, padre delle cure palliative in Italia, le definisce uno strumento terapeutico in cui le indagini sono ridotte al minimo e i trattamenti sono diretti al controllo dei sintomi e non alla malattia.

Da queste diverse definizioni emerge come l'approccio terapeutico-assistenziale alla base delle cure palliative ruoti attorno a un concetto cardine, ovvero il sollievo dal *dolore totale* (Saunders, 1978), globale condizione di sofferenza che colpisce ogni dimensione

della qualità di vita (somatica/fisica, psicologica-emozionale, psicosociale-economica, affettiva-relazionale, spirituale), e che affligge la persona nella fase terminale di malattia, nell'ottica di una *simultaneus care*, ovvero l'arte del curare, che coniuga i valori della *professio* (rigore scientifico nella cura dei sintomi), dell'*humanitas* (attenzione alla dignità della persona e del morire) e della *compassio* (capacità di partecipare alla sofferenza dell'altro) (Pasquin, 2014).

Al mondo i pazienti che necessitano di cure palliative sono compresi tra i quattro e i cinque milioni di persone (quelli affetti da patologie oncologiche), a cui si aggiungono 100 milioni di pazienti che soffrono di altre patologie. In Italia si contano ogni anno 313.000 malati terminali. La patologia maggiormente rappresentata risulta essere quella oncologica (nel 2/3 dei casi) (OMS, 2017).

Nel nostro paese l'erogazione delle cure palliative e dei relativi servizi è regolamentata dalla Legge 38 del 15 marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", la quale all'articolo 1 (comma 1, 2, 3) tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapie del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia.

Esse sono erogate da un'equipe multidisciplinare, comprendente: medici (palliativisti, di medicina generale, specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria), infermieri, psicologici, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti spirituali, terapisti occupazionali, volontari, impiegati in diversi *setting* (assistenza ambulatoriale, domiciliare integrata e specialistica; ricovero ordinario ospedaliero, in day-hospital, in struttura residenziale dedicata/specialistica di cure palliative – *hospice*).

Dopo diversi anni dall'entrata in vigore della legge 38/2010, la normativa non è ancora stata recepita in tutti i suoi punti. I centri italiani presentano risorse esigue, personale impiegato a tempo parziale, modelli organizzativi e prestazioni elementari, aspetti questi che soddisfano solo minimamente gli standard internazionali per la gestione delle

sindromi terminali. Inoltre sono ancora diffusi diversi pregiudizi riguardanti le cure palliative, che ne limitano la conoscenza e l'utilizzo, tra questi: la credenza che esse siano rivolte solamente ai malati terminali, quando in realtà sono applicabili in molte patologie croniche e in fase avanzata (es. patologie neurodegenerative come la demenza di Alzheimer); non è solo il medico che si occupa del paziente, ma fin dai primi stadi della malattia si costruisce una rete multidisciplinare composta da diverse figure professionali (medici, psicologi, fisioterapisti, etc...) (Noseda, 2014; Cattaneo, 2017, pp. 16); ci sono diverse strutture possibili per effettuare le cure palliative (es. la casa, l'*hospice*, i reparti ospedalieri specializzati in cure palliative) (Noseda, 2014; Cattaneo, 2017, pp. 16). Un pregiudizio diffuso in merito all'utilizzo dell'ipnosi in cure palliative è stato rilevato da uno studio dell'associazione Antea del 2007, dal quale è emerso che per gran parte del personale sanitario "l'ipnosi è una tecnica passiva, inutile soprattutto per la gente che sta morendo e non ha tempo da perdere".

4.3 Definizione di Terminalità e caratteristiche del malato terminale.

Esistono diverse definizioni di Terminalità: il Ministero della Salute la descrive come condizione, non più reversibile con le cure che, nell'arco di poche settimane o qualche mese, evolve nella morte del paziente ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici, come il dolore, e psichici, che coinvolgono anche il nucleo familiare e le relazioni sociali (Pasquin, 2014). Viene stabilita indicativamente con un criterio temporale di novanta giorni per il paziente oncologico, mentre per le patologie croniche degenerative non oncologiche, sarà necessario individuare altri criteri, non necessariamente di durata della vita residua. Ad esempio, la necessità dell'utilizzo di strumenti o terapie per sostituire funzioni vitali, come già praticato nel campo neurologico, nel quale la "fase terminale" della SLA inizia quando la vita del malato dipende dalla respirazione assistita, anche se la durata della vita non può essere determinata e può superare anche di molto i novanta giorni (ASSR - Ricerca sulle Cure Palliative finanziata dal Ministero della Salute ex-art.12 DLgs502/92.3: Glossario di riferimento in cure palliative)

Secondo il *General Medical Council* (2010) tale concetto fa riferimento: alla probabilità che un malato possa morire entro i successivi 12 mesi, come pure entro pochi giorni o ore; al paziente con malattie inguaribili, progressive, in fase avanzata; a condizioni cliniche: di fragilità (“*frailty*”) generale e patologie concomitanti per la quali è prevedibile una morte entro 12 mesi; per le quali questi pazienti sono a rischio di morte per una crisi acuta ed improvvisa legata alla loro situazione; acute a rischio per la vita causate da eventi improvvisi e catastrofici.

L’ambito di applicazione delle cure palliative riguarda la fase terminale di patologie evolutive e irreversibili, nello specifico: tumori e/o metastasi; AIDS; malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco); malattie respiratorie (insufficienza respiratoria); malattie del sistema nervoso (sclerosi laterale amiotrofica - SLA, sclerosi multipla, demenza); malattie pediatriche (tumori, AIDS, distrofia muscolare, fibrosi cistica), le quali vengono definite dai seguenti parametri:

- criterio prognostico: previsione infausta in presenza di specifici fattori diagnostici es. la rapidità del decadimento funzionale, sia globale della persona (Indicatori di *Performance Status*) che del sistema/apparato-organo (Stadiazione della malattia ed Indicatori specifici di funzionalità d’organo), l’età, lo stato nutrizionale, le comorbilità, la ricorrenza di episodi di instabilità clinica.
- Criterio terapeutico: assenza, esaurimento, non opportunità, sproporzionalità, sospensione di trattamenti terapeutici con l’obiettivo di una stabilizzazione della malattia e/o di un prolungamento significativo della vita.
- Criterio sintomatico: presenza di sintomi invalidanti che riducono lo stato di performance della persona al di sotto del 50% nella scala di Karnofski (*Karnofsky Performance Status Scale*, 1949);
- criterio psicologico: nel paziente, nei suoi familiari e nei curanti comincia a farsi strada l’idea della morte quale diretta conseguenza della malattia (concetto di inguaribilità);
- criterio evolutivo o temporale: decorso rapido con imminenza della morte, in genere entro 3 mesi.

In letteratura sono stati individuati quattro indicatori di terminalità (McCanse, 1995):

- la separazione/ritiro dall'ambiente esterno (riguardante il rumore, la luce) e interno (riguardante il cibo, il dolore, la temperatura corporea);
- la diminuzione delle interazioni sociali, nello specifico la ricerca di compagnia, di interazioni verbali, dell'approvazione da parte degli altri e della responsabilità verso gli altri;
- l'aumento dei comportamenti di accettazione della morte, ovvero l'incremento delle ore di sonno (indotto dalla debilitazione fisica che determina diminuzione di energia, stanchezza e desiderio di riposo non più temuto ma quasi desiderato), la modificata percezione del tempo e della visualizzazione del proprio futuro, l'evocazione di ricordi, i discorsi su persone morte, sul valore dei beni personali;
- l'aumento della prontezza/preparazione alla morte, espressa tramite la consapevolezza di una fine imminente, la paura della morte, il senso di pace e di libertà nel lasciare la vita.

Nel malato terminale la morte non è semplicemente un'evento con una certa probabilità di accadimento ma una certezza che si sta inesorabilmente avvicinando (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 31). In questa fase egli presenta e soffre di una plurisintomatologia totalizzante, limitante, invalidante, che riguarda diversi aspetti:

- disturbi fisici: l'astenia/*fatigue*, dolore, inappetenza, nausea, vomito, insonnia (alterazione ritmo sonno/veglia), disturbi respiratori (es. dispnea), confusione mentale, costipazione, deficit nel controllo della minzione e della defecazione, difficoltà di deambulazione, alterazione dei sapori, disturbi della comunicazione (vista, udito, linguaggio), incapacità di curare la propria persona, incapacità di adempiere alle normali pratiche quotidiane, piaghe da decupito, odori sgradevoli.
- Disturbi psicologici: difficoltà nell'affrontare, accettare ed adattarsi all'idea della morte prossima, pensieri ed ansie riguardo la propria fine, l'incontrollabilità dei sintomi (specie dolore), la perdita del controllo mentale e dell'indipendenza fisica, depressione, tristezza, angoscia, frustrazioni (il sentirsi un peso per la propria famiglia), difficoltà a percepire le emozioni positive, irritabilità.

- Socializzazione: minor tempo speso in situazioni sociali, diminuzione dei compiti affidati, modificazione della propria quotidianità e perdita dei ruoli familiari e relazionali.
- Aspetti economici: diminuzione delle capacità di guadagno, paura di non riuscire a far fronte alle necessità, coinvolgimento di altre figure familiari nella gestione economica (es. figli, coniuge, etc ...).

Emerge chiaramente come il lavoro di accompagnamento degli operatori nel fine vita sia estremamente complesso e delicato. Due possono essere le possibili modalità di approccio (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012): clinico, che consiste nell'implementare la migliore soluzione di intervento per quella persona, in quel particolare contesto di vita e in quel determinato momento. Non sempre questa meta coincide con quanto il paziente sperava all'inizio del percorso, sarà dunque necessario da un lato modificarne gli obiettivi/sogni irrealistici, dall'altro stimolarne continuamente la capacità di desiderare ed ambire (ricalibratura delle aspettative, Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 51). Il programma terapeutico dovrà dunque essere personalizzato e centrato sull'analisi dei bisogni (fisici, psicologici, spirituali, sociali) specifici di ogni singola persona. L'altra possibile modalità di intervento è quella basata sulla ricerca, ovvero lo studio dell'efficacia/validità di terapie non convenzionali (es. ipnosi) che, in aggiunta al trattamento farmacologico, possono essere coadiuvanti nell'aumentare l'efficacia sia delle terapie tradizionali che delle tecniche di relazione nell'accompagnamento nella fase terminale, producendo così una significativa ricaduta anche sul lavoro clinico (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 50).

5. Applicabilità dell'Ipnosi Clinica nelle Cure Palliative.

5.1 Perché applicare l'Ipnosi Clinica in Cure Palliative?

Come definito in precedenza, le cure palliative considerano il paziente nella sua globalità, il quale esprime bisogni su diversi piani (fisico, psicologico, spirituale, sociale). Accompagnare un malato terminale è un compito estremamente difficile: da un lato comporta il prestare attenzione all'adeguato bilanciamento del trattamento farmacologico, dall'altro coinvolge la gestione delle paure e degli stati emozionali. Ciò significa affiancare ad una cura rivolta alla malattia, una cura rivolta alla persona nella sua interezza: se il farmaco è lo strumento di cura della malattia, la parola ed il contesto relazionale rappresentano la principale risorsa nel gestire il malato. Questo è il ruolo della medicina palliativa.

Negli ultimi anni sono aumentati il numero dei farmaci disponibili e delle possibili soluzioni di cura rispetto alle diverse patologie come pure il rifiuto della fragilità e della terminalità nel contesto sociale. Ciò ha comportato un aumento delle richieste da parte degli stessi pazienti e dei familiari di nuovi trattamenti per continuare a fare qualcosa, per non sentirsi abbandonati, inesorabilmente condannati al proprio destino (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 38).

In questo scenario è naturale che le cure palliative possano includere tra i propri strumenti terapeutici, anche approcci integrativi/complementari, come ad esempio l'ipnosi, che si focalizza sul rapporto mente-corpo e sulla relazione empatica tra paziente e terapeuta.

Nell'ambito della terminalità, *l'ipnosi* può essere vista come:

- *strumento privilegiato di relazione*, in quanto permette di entrare nel più breve tempo possibile in un contesto relazionale efficace con il paziente ed i familiari (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 41). Per comprendere la sofferenza che il paziente sta vivendo bisogna costruire una relazione compassionevole con lui. In questo modo si capirà realmente e profondamente quello che deve sopportare, il suo bagaglio di sofferenza (fisica e psicologica) (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 47). L'interazione ipnotica permette di dedicare tempo al paziente, di ascoltarlo, di osservarlo e toccarlo, di aiutarlo a comprendere in modo chiaro ed approfondito ciò che sta accadendo, adattando la propria modalità di comunicazione alla sua (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 41), ovvero "il saper assistere mantenendo la giusta vicinanza" (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 47). Tutto questo permette alla persona di sentirsi accolto, compreso e protetto.
- Per il terapeuta può essere uno *strumento per conoscere sé stesso e quindi rivelarsi un momento di crescita personale*. Nel fine vita apprendere ed impiegare l'ipnosi significa sviluppare l'abitudine ad utilizzare al meglio sé stessi, ovvero trovare un proprio modo di mettersi a disposizione ed al servizio del malato, lasciandosi attraversare dalla sua sofferenza, ma mantenendo per tutto il tempo la giusta distanza da lui e una centratura al proprio interno, riconoscendone i limiti (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 48). L'autoipnosi può essere un efficace sistema di autoregolazione, che permette al professionista di recuperare lucidità, concentrazione, uno stato emotivo e un tono dell'umore congrui e stabili. Si rivela uno strumento utile

per superare le paure e l'angoscia che il lavoro di accompagnamento e il contatto con la morte generano (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 48).

- Può essere intesa come *strumento per ridurre l'ansia, la depressione e il dolore*, che aggiunti alla consapevolezza della propria terminalità ed alle conseguenze indotte dalla malattia, modificano grandemente l'immagine e l'identità personale (da individuo sano a malato). In questo senso l'ipnosi, portando il paziente a vivere nel momento presente, permette di: ridurre lo stato d'ansia e tensione emotiva tramite tecniche di rilassamento (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 45); alleviare il dolore attuale, il quale è potenziato sia dal dolore ricordato (sofferenza precedentemente vissuta), sia dal dolore futuro (anticipazione). Tramite la ristrutturazione è possibile ridurre lo stimolo dolorifico attuale modificandone il ricordo e le avvisaglie (Gava, Rosso & Piedimonte, 2012, pp. 46). Permette inoltre di migliorare la qualità di vita e di chiudere i sospesi che ostacolano il percorso di elaborazione della propria terminalità.
- Infine può essere considerata uno *strumento per chi sopravvive*, da utilizzare con i familiari per l'elaborazione della perdita e del lutto.

Facco et al. (2018) hanno descritto specificatamente gli ambiti di applicazione dell'ipnosi nelle cure palliative. Nelle cure perioperatorie tale pratica può essere utilizzata come: approccio cognitivo che permette di affrontare correttamente l'operazione chirurgica, combinato al rilassamento per alleviare l'ansia e le preoccupazioni; favorisce la sedazione utile sia per l'intervento sia per le procedure invasive, da sole o associate all'anestesia locale/generale. Può essere utilizzata nel postoperatorio per la gestione del dolore, dello sconforto, dei sintomi fisici, della nausea e vomito. È applicabile nel controllo: del dolore acuto e cronico; dell'ansia e della depressione; della nausea e del vomito, e di altri sintomi (es. costipazione, diarrea, astenia, dispnea, insonnia). Infine come strumento per favorire la resilienza, ovvero come approccio filosofico-metacognitivo, che aiuta la persona a prendere consapevolezza delle proprie preoccupazioni e paure al fine di trovare una corretta interpretazione della situazione, la messa in atto di comportamenti appropriati e possibili soluzioni, anche nella terminalità. Specifiche metafore e suggestioni sono in grado di rafforzare l'ego, sviluppare consapevolezza, nonché aiutare ad accettare la propria condizione, ridimensionando e ignorando la causa delle preoccupazioni e delle emozioni negative.

5.2 Risultati delle ricerche.

5.2.1 Ipnosi e sintomi fisici-psicologici-spirituali.

Come descritto in precedenza, il malato terminale soffre di una sintomatologia molteplice e complessa (dolore totale), caratterizzata principalmente da (Bruera, E. in Cattaneo, 2017): astenia, nausea e vomito (90%); confusione, agitazione, inappetenza, calo ponderale e dolore (80%); stipsi, dispnea ed edemi (50%), ansia e depressione (25%); non accettazione della situazione; paura dell'ignoto, della sofferenza, vissuta spesso come illimitata, della morte; sentimenti autodistruttivi di colpa e risentimento (Brugnoli, 2016).

L'ipnoterapia si è dimostrata un utile strumento nelle cure palliative (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004), in grado di eliminare/ridurre vari sintomi fisici e psicologici (Iglesias, 2004; Douglas, 1999; Genuis, 1995; Kraft, 1990), spirituali, tra i principali:

- il dolore (Torresan & Muro, 2015; Jensen et al., 2009; Belletti et al., 2007; Peynovska et al., 2005). Tale modificazione correla con una riduzione dell'intensità dello stimolo dolorifico (effetto analgesico, Brugnoli, 2016) e della terapia oppiacea antalgica (Peynovska et al., 2005). Con l'induzione ipnotica si ottiene un'alterazione percettiva, ossia la soppressione delle componenti emotivo-affettive del dolore e la conseguente indifferenza del soggetto dovuta all'eliminazione a livello centrale dei circuiti limbo-ipotalamici coinvolti nei processi di integrazione cenestesica affettiva (Piazza, 2015). Nel controllo del dolore vi è anche un'interpretazione legata alla biochimica che prevede come il cervello in ipnosi, o durante particolari stati alternativi di coscienza, è in grado di sollecitare la produzione di endorfine, sostanze morfino-simili che neutralizzano lo stimolo doloroso (Piazza, 2015). Anche quando l'ipnosi non provoca un significativo sollievo dal dolore, quasi sempre determina qualche beneficio, come il miglioramento del sonno, un maggiore senso di calma e benessere, o riduzione dello stress (Piazza, 2015). Si è osservato inoltre come pazienti trattati con una combinazione di psicoterapia e auto-ipnosi beneficiano, oltre che di una riduzione

dell'intensità del dolore (ottenuta anche da pazienti che seguono unicamente una psicoterapia), anche di una riduzione della frequenza e della durata degli episodi dolorifici. Notevole anche il fatto che, in questi stessi pazienti, sia riscontrabile un aumento del tempo di sopravvivenza (Liossi, 2000). Cassileth & Keefe (2010) riportano che pazienti che tendono a catastrofizzare il dolore (rimuginandovi sopra o che si sentono senza speranza) sono più inclini a soffrire di dolore intenso. In queste persone l'utilizzo di tecniche di autoipnosi permette di rilassarsi, anestetizzare il dolore, inquadrandolo in una cornice meno negativa, e di ridurlo, mantenendo tale diminuzione stabile nel tempo (Jensen et al., 2009; Cassileth & Keefe, 2010).

- La nausea e il vomito (Richardson et al., 2007; Peynovska et al., 2005), specie anticipatorie, ovvero precedenti alle sessioni di trattamento (Brugnoli, 2016).
- I disturbi del sonno, nello specifico l'insonnia (Plaskota et al., 2012; Belletti et al., 2007; Peynovska et al., 2005). Tale modificazione correla con un incremento dei livelli di energia, di appetito, dello svolgimento di attività quotidiane (Peynovska et al., 2005) e delle ore di sonno (Plaskota et al., 2012), con una riduzione della sonnolenza e dei movimenti effettuati durante il riposo (Plaskota et al., 2012).
- L'astenia/*fatigue* (Torresan & Muro, 2015; Belletti et al., 2007; Peynovska et al., 2005), correla con un aumento dell'energia fisica (Torresan & Muro, 2015; Peynovska et al., 2005);
- la dispnea (Brugnoli, 2016; Torresan & Muro, 2015; Belletti et al., 2007);
- il prurito notturno (Peynovska et al., 2005);
- la diarrea (Peynovska et al., 2005);
- l'ansia e depressione (Luethi et al., 2012; Plaskota et al., 2012; Belletti et al., 2007; Peynovska et al., 2005; Liossi & White, 2001; Walker et al., 1999; Moorey et al., 1998; Spiegel et al., 1989; Spiegel & Bloom 1983; Spiegel et al., 1981), le quali modificazioni correlano con un incremento della qualità del sonno, una riduzione della terapia ansiolitica (Luethi et al., 2012), una migliore percezione di benessere (Brugnoli, 2016).

L'applicazione di tale pratica produce parallelamente una diminuzione della terapia farmacologica es. minor dosaggio e uso di ansiolitici, FANS, Morfina (Belletti et al., 2007) con riduzione degli effetti collaterali degli stessi (es. sonnolenza, stipsi, nausea, vomito e astenia) (Peynovska et al., 2005). L'utilizzo della psicoterapia ipnotica, come

complemento del trattamento farmacologico del dolore e dei sintomi connessi alle condizioni di fine vita, trova fondamento nelle possibilità di intervenire sull'angoscia di vita e morte che spesso individua nel soma il canale catartico preferenziale (Iglesias, 2004).

Per favorire il successo del trattamento ipnotico é auspicabile che la persona sia a conoscenza della diagnosi e della prognosi e che abbia un livello culturale medio alto. Persistono delle difficoltà ad attuare un lavoro ipnotico con pazienti che sono a conoscenza della diagnosi ma sospettano la prognosi, dal momento che questo atteggiamento li porta a crearsi ipotesi, dubbi, pensieri e conseguentemente una maggiore ansia (Belletti et al., 2007). È stato rilevato inoltre che se il trattamento ipnotico viene iniziato al momento della diagnosi, risulta essere un valido strumento per migliorare l'adattamento del paziente alla malattia, e quindi prevenire l'insorgenza di seri quadri ansiosi, depressivi e attacchi di panico. L'inizio precoce del trattamento favorisce perciò l'aderenza alle cure e migliora la risposta psicologica generale alla malattia, fattore prognostico collegato al tasso di sopravvivenza nel tempo (Peynovska, 2005).

Le pratiche ipnotiche inducono frequentemente un miglioramento della qualità di vita (inteso come benessere psicologico), ovvero sentirsi meglio, voler vivere la vita nel modo migliore possibile, senza soffermarsi troppo sulle difficoltà, dimostrando dunque un cambiamento cognitivo nel modo di approcciarsi alla malattia (maggior adattamento), ai suoi esiti e alle situazioni di vita quotidiana, favorire il miglioramento dell'autostima, il coinvolgimento attivo nel progetto di cura e la riacquisizione di controllo sulla propria vita (autoefficacia) [Peynovska et al., 2005, Liossi, 2001]. Questo aspetto acquista ancora più rilevanza se si pensa che variabili come lo stress psicologico rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di condizioni psichiatriche come disturbi d'ansia o depressivi, la riduzione dell'aspettativa di vita e della funzionalità del sistema immunitario (Gruzelier, 2001; Walker et al., 1999; Fox et al., 1999; Spiegel et al., 1989; Spiegel & J.R., 1983; Spiegel et al., 1981).

Si è osservato come sia importante che l'ipnosi venga proposta da un membro dell'èquipe, in cui il paziente ripone estrema fiducia, che ha rilevato la persistenza di un sintomo che non risulta controllabile con la tradizionale terapia farmacologica (Belletti et al., 2007).

Le persone che hanno maggiormente beneficiato del trattamento ipnotico sono quelle altamente motivate, coinvolte, a prender parte alla terapia, che hanno appreso e regolarmente praticato le tecniche di rilassamento e l'autoipnosi al fine di potenziare i risultati ottenuti durante le singole sessioni (Peynovska et al., 2005). Inoltre più le aspettative nei confronti dell'intervento sono alte, migliori saranno i risultati ottenuti. Questo dato è coerente inoltre con l'ipotesi che conoscere le potenzialità dell'ipnosi può essere utile ai pazienti per raggiungere risultati più soddisfacenti (Jensen et al., 2009).

La morte può offrirci la presa di consapevolezza della nostra vita (Brugnoli, 2016). Tramite l'induzione di immagini serene e positive, l'ipnosi clinica può attivare la coscienza spirituale: è possibile rimuovere (parzialmente o totalmente) i ricordi di esperienze negative collegate al dolore fisico e all'ansia indotte da una malattia cronica, sperimentare un profondo senso di pace, di vitalità, di interconnessione con qualcosa di più grande di sé stessi e di ricerca di significato nella vita, nonostante la malattia (Casula, 2018; Brugnoli, 2016). La condizione di rilassamento mentale e fisico prodotto da tale pratica riduce inoltre la paura della propria fine, dal momento che viene compreso il fatto che è possibile passare attraverso la morte e sentire che una parte di sé continuerà a vivere (Brugnoli, 2016). Tutto questo tende a favorire nel paziente e in chi gli è vicino l'espressione e il fronteggiamento di forti emozioni sia durante la malattia che il lutto, un percorso di riconciliazione e pacificazione dal momento che la morte non viene considerata la fine di tutto ma l'evento più grande che sarà possibile sperimentare nella nostra vita fisica, un normale e naturale processo all'interno dell'esistenza (Lioffi, 2001; Brugnoli, 2016).

Infine la maggior parte delle persone ritiene estremamente utile questo tipo di intervento, vengono qui di seguito riportate alcune testimonianze di persone trattate con l'ipnosi: *"...pur sapendo di morire, grazie all'ipnosi ho ritrovato il coraggio e la gioia di vivere"*; *"...quando faccio l'ipnosi mi dimentico del dolore"*; *"...durante le sedute ipnotiche avverto la stessa sensazione della morfina: secchezza nella bocca, mandibola cadente e rilassamento corporeo"*; *"...finalmente ho ritrovato l'interesse per la lettura e la pittura"*; *"...mi ero dimenticata di avere un figlio da quando ho iniziato l'ipnosi ho ritrovato l'amore per lui"* (Belletti et al., 2007).

Tra i limiti delle ricerche vanno riportati le tempistiche troppo lunghe per lo svolgimento del trattamento (in media un mese) vista le patologie letali dei partecipanti, la stanchezza fisica-emotiva che questo metodo produce, la numerosità ridotta che non permette una generalizzazione, una standardizzazione e un confronto tra i gruppi, variabili personali (es. peggioramento clinico, motivazione alla partecipazione).

5.2.2 Ipnosi e Cure Palliative Pediatriche.

Anche i minori possono avere una malattia inguaribile e, indipendentemente dall'età, sperimentare tutte le problematiche cliniche, psico-relazionali-sociali, etiche e spirituali che la malattia inguaribile e la morte comportano.

Nel mondo annualmente circa 20 milioni di bambini beneficiano delle cure palliative pediatriche, e più di 8 necessitano di cure palliative specialistiche (Connor et al., 2017). In Italia ogni anno circa 11.000 minori (età 0-17 anni) sono affetti da patologia incurabile e/o terminale (1/3 oncologica, 2/3 non oncologica), circa 15.000 sono bisognosi di un approccio palliativo e 7.500 necessitano di cure palliative specialistiche. La mortalità annuale è di circa 1.100-1.200 minori (0-17 anni) per malattia inguaribile e terminale, di cui circa 400/anno oncologica. Di questi il 40% muore a casa, con una evidente discrepanza Sud-Nord per il quale circa il 60% muore a domicilio nelle regioni meridionali e solo il 10-15% in quelle settentrionali. Certamente questi dati sono condizionati da notevoli variabili culturali, ma anche da differenze inter-regionali nell'organizzazione sanitaria e nella disponibilità di adeguate strutture (Ministero della Salute, 2017).

L'OMS definisce le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino, comprendente anche il supporto attivo alla famiglia (*Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*, WHO-IASP, 1998). Si è osservato inoltre che l'impiego di tali pratiche riducono il numero delle ospedalizzazioni e degli accessi al pronto soccorso (Ananth et al., 2015).

Non è possibile adottare direttamente a bambini e adolescenti i criteri di eleggibilità delle cure palliative dell'adulto, vista la grande diversità tra gli individui, le patologie trattate (neoplasie, insufficienza d'organo irreversibile, infezione da HIV, fibrosi cistica, malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche, paralisi cerebrale severa, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari), la variabilità nel tempo dei livelli di gravità in uno stesso malato e, la necessità di intervenire in molteplici e distinti momenti della storia naturale della malattia (limitate ai primi anni di vita, prolungate, concentrate nel breve periodo che precede la morte). Quindi, in età pediatrica, non esiste una chiara distinzione fra l'intervento curativo per migliorare la qualità della vita e prolungarne la durata, e l'intervento puramente "palliativo". Entrambi gli approcci coesistono e prevalgono a seconda delle diverse fasi e situazioni (Ministero della Salute, 2017).

Emerge chiaramente come le cure palliative pediatriche si debbano sviluppare secondo livelli di diversa competenza ed esperienza professionale specifica che comprendono: un primo livello o approccio palliativo, applicato da tutti i professionisti della salute e riguardante tutte le patologie più frequenti e meno severe; un secondo livello o livello intermedio di cure palliative generali, con professionisti delle reti ospedaliere e territoriali con esperienza e preparazione specifica, impegnati non a tempo pieno; un terzo livello o *team* di cure palliative pediatriche specialistiche, per le situazioni più complesse, che richiedono l'intervento continuativo di un'équipe multiprofessionale di specialisti dedicati (Ministero della Salute, 2017).

Possono essere erogate in quattro differenti modalità, due residenziali (con il minore ricoverato: in una struttura per acuti; in ospedale, dove gli vengono anche fornite cure palliative da parte di personale specificatamente dedicato; in una struttura apposita, come l'hospice) e due domiciliari (dove il minore è seguito a domicilio da una équipe: ospedaliera dedicata e specificatamente formata - ospedalizzazione a domicilio; territoriale - Assistenza Domiciliare Integrata). La cura prestata a domicilio resta per l'età pediatrica l'obiettivo principale da raggiungere, dal momento che risulta essere la modalità di assistenza maggiormente scelta sia dal minore che dalla sua famiglia (Ministero della Salute, 2017).

Ogni tipologia di intervento assistenziale dovrà dunque rispondere ai bisogni clinici, emozionali ed evolutivi del minore e della sua famiglia, assicurando continuità di presa in carico (programma ed obiettivo di cura condivisi fra i diversi operatori e le diverse istituzioni), anche nel lutto, e reperibilità nelle 24 ore (Ministero della Salute, 2017).

Sfortunatamente il loro impiego è ancora limitato per diverse ragioni: la mancanza di una corretta informazione/conoscenza al loro uso, di un'equipe interdisciplinare con competenze specifiche, l'impatto emotivo che l'assistenza a un minore morente determina, problemi di rimborso delle cure (Friedrichsdorf, 2017).

All'interno delle cure palliative pediatriche, l'ipnosi (e l'autoipnosi), rientrano nell'approccio assistenziale multimodale. Nonostante la ricerca sull'argomento sia ancora agli inizi e basata su casi singoli e studi non controllati, tali tecniche sono state ampiamente utilizzate e analizzate in pazienti pediatriche oncologiche (Milling & Costantino, 2000). Esse si basano principalmente sull'applicazione dell'induzione immaginativa, ovvero il terapeuta facilita l'utilizzo da parte del bambino della propria immaginazione, la quale diventa agente del cambiamento terapeutico creando esperienze alternative, che permettono di passare velocemente da uno stato mentale negativo a uno positivo (ad esempio possono essere utilizzate le seguenti rappresentazioni per contrastare la nausea e favorire l'appetito: "immagina di essere in un luogo tranquillo, di pace"; "ho detto a me stesso di avere un grande appetito"; "visualizzo il cibo come qualcos'altro e assaggiandolo/gustandolo come qualcosa di totalmente diverso da quello che è"). In trance il bambino affronta i sintomi angoscianti e, utilizzando i suggerimenti del terapeuta, altera sensazioni, percezioni e aumenta il proprio confort (Kuttner & Friedrichsdorf, 2013; Kohen & Olness, 2011; Culbert et al., 2008). Tale approccio permette di modulare e modificare risposte e comportamenti abituali precedentemente appresi e attualmente inefficaci, inappropriati, disadattivi. Per esempio, il ricordo/recupero di esperienze passate piacevoli (anche se non più ripetibili), permette al minore di sperimentare sicurezza, gioia, speranza, dare importanza alla vita vivendo pienamente ogni singolo momento, confrontarsi (anche anticipatamente) con le perdite legate alla malattia, ridurre la disperazione, la paura, il dolore legati alla perdita del controllo e alla minaccia di morte, favorire in conclusione un adattamento alla situazione attuale. Tali pratiche si sono inoltre rivelate efficaci nel trattamento (riduzione) e controllo

di diversi sintomi (fisici, come il dolore, anche acuto indotto dalle procedure mediche, emicranie, dispnea, nausea, vomito, insonnia, e psicologici come l'ansia) spesso conseguenti agli stessi trattamenti. L'induzione immaginativa può infine essere facilmente appresa e applicata dai familiari, risultando uno strumento di utile supporto e accompagnamento in fase terminale (Friedrichsdorf & Kohen, 2018; Kuttner & Friedrichsdorf, 2013; Sugerman & Wester, 2013; Kohen & Olness, 2011; Culbert et al., 2008; Zelter et al., 1984; Zelter & LeBaron, 1982; Gardner, 1976).

5.2.3 Ipnosi e Sclerosi Laterale Amiotrofica.

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), conosciuta anche come “Morbo di Lou Gehrig”, dal nome del giocatore statunitense di baseball che ne fu colpito nel 1939 destando l'attenzione pubblica, o “malattia di Charcot”, dal neurologo francese che per primo alla fine dell'800 la definì, o “malattia dei motoneuroni”, è una patologia neurodegenerativa tipica dell'età adulta, caratterizzata dalla progressiva paralisi muscolare, causata dalla degenerazione dei motoneuroni superiori (o centrali o I motoneurone della corteccia cerebrale, nel 2/3 dei pazienti) e inferiori (o periferici o II motoneurone del tronco encefalico e midollo spinale, in 1/3 dei casi). Tale alterazione compromette nel primo caso la funzionalità degli arti (superiori e inferiori), provocando spasticità (nell'abilità manuale e andatura), debolezza muscolare, atrofia focale, e riflessi tendinei profondi; nel secondo caso causa atrofia focale, debolezza muscolare, fatica nella masticazione e deglutizione (disfagia per i solidi e liquidi), difficoltà nella fonazione (disartria), fino alla perdita della capacità di comunicare verbalmente, e nella respirazione (usualmente trattata ricorrendo all'intubazione, ventilazione meccanica, e alla tracheostomia, la quale conduce inevitabilmente alla sindrome del *locked-in*, condizione in cui la persona cosciente si ritrova paralizzata e impossibilitata a comunicare con l'esterno, Vianello et al., 2011), che risulta essere la causa più frequente di morte. Vengono risparmiati invece gli organi interni (cuore, fegato, reni), i movimenti oculari, le funzioni sensoriali, sessuali, sfinteriali e, nella maggior parte dei casi, quelle cognitive (ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, 2014).

Sintomi fisici secondari come il dolore (Pagnini et al., 2011a; Chiò et al., 2012; Pagnini, 2012), i disturbi del sonno (Blackhall, 2012), la labilità emotiva (Palmieri et al., 2009), le fascicolazioni (Rana et al. 2009), influenzano invece la qualità di vita del paziente.

La depressione e l'ansia sono inoltre fortemente associate in questa patologia: Atassi et al. (2011) hanno osservato che il livello di ansia è l'unico sintomo correlato alla SLA che può predire l'insorgenza della depressione. Entrambe risultano essere tipiche reazioni conseguenti alla diagnosi di malattia, e si associano spesso a rabbia, perdita di speranza, ideazione suicidaria (Palmieri et al., 2010a; Pagnini, 2012), apatia e rifiuto (Ferro et al., 1987), stoicismo (Rabkin et al., 2000), risentimento, odio e speranza (Oster and Pagnini, 2012). La prevalenza dell'ansia è di circa il 30%, mentre quella della depressione risulta essere molto incerta (da 40% fino a 70/75%, Kurt et al., 2007; Wicks et al., 2007; Palmieri et al., 2009; Pagnini, 2013). Tale variabilità può essere spiegata in due modi: tale parola viene frequentemente fatta riferire alla disperazione esistenziale, ovvero l'enorme senso di demoralizzazione, rabbia, perdita di speranza e di significato verso la vita indotti dalla malattia (Blackhall, 2012); la negazione e rifiuto della morte dal punto di vista culturale e sociale determina un'incapacità a esprimere verbalmente o concepire consapevolmente il terrore originato dalla propria condizione patologica (Testoni et al., 2013). Infine lo stato psicologico del paziente influenza quello del caregiver e viceversa (Palmieri et al., 2009; Pagnini et al., 2010a, 2011b; Chiò et al., 2005).

Risulta chiaro come la sintomatologia fisica e psicologica unite alle caratteristiche individuali soggettive (es. tratti di personalità) siano interconnesse reciprocamente e influenzino causalmente la qualità di vita del paziente (Kleinbub et al., 2015).

L'esordio è insidioso, dal momento che la malattia si presenta spesso con sintomi aspecifici, avanza silenziosamente e si manifesta quando la perdita progressiva dei motoneuroni supera la capacità di compenso dei motoneuroni superstiti, e può essere di due tipi (ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, 2014): sporadica (90/95% dei casi), non legata a trasmissibilità familiare (nell'85% di questi non è ancora stata identificata alcuna causa genetica); familiare (5/10% dei casi). Nel 20% di questi è legata ad una mutazione del gene SOD1 (codificante la proteina superossido dismutasi, che interviene nei meccanismi di distruzione dei radicali liberi), circa il 2-5% ha mutazioni del gene TARDBP (codificante la proteina TDP-43, che

legandosi all'RNA, *RiboNucleic Acid*/acido ribonucleico, permette la traduzione del DNA, *DeoxyriboNucleic Acid*/Acido DesossiriboNucleico, in proteine) e circa il 25% di essi presenta un'espansione nucleotidica del gene C9ORF72. Le mutazioni di questi ultimi due geni hanno dimostrato una correlazione con alcune forme di demenza fronto temporale, creando un continuum tra le due patologie.

L'età media di insorgenza della SLA sporadica è di circa 60 anni, con esordio più precoce nei casi familiari. In generale vi è una leggera prevalenza maschile (rapporto M: F ~ 1.5: 1). L'incidenza (nuovi casi diagnosticati in un anno), è di 1-3 su 100.000 abitanti, con 3 nuove diagnosi ogni giorno; la prevalenza (numero dei pazienti che convive con la SLA) è in media 5-7 casi ogni 100.000 abitanti/anno, in aumento soprattutto grazie ai miglioramenti nella diagnosi della malattia. In Italia si contano circa 5000 pazienti affetti da SLA. L'aspettativa di vita dopo la diagnosi è mediamente di 3-5 anni, anche se la progressione clinica, così come i sintomi di esordio e la gravità possono variare notevolmente da un paziente all'altro, perché diversi possono essere i muscoli colpiti, la velocità del peggioramento e l'entità della paralisi (ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, 2014). Nei casi in cui la persona venga sottoposta a tracheostomia o a ventilazione meccanica a lungo termine, l'aspettativa di vita si allunga (c.a.10 anni) con una conversione nella sindrome del *locked-in* (Vianello et al., 2011).

I meccanismi fisiopatologici alla base dello sviluppo della malattia sono molteplici e multifattoriali, con una complessa interazione tra caratteristiche genetiche, biologiche e ambientali. In particolare, tra le principali ipotesi patogenetiche che potrebbero condurre alla neurodegenerazione si trovano: il danno eccitotossico legato al glutammato; i radicali liberi e lo stress ossidativo; gli aggregati citoplasmatici di proteine, ovvero accumuli di proteine alterate nella loro struttura; le disfunzioni mitocondriali; l'alterazione dei processi di trasporto assonale, ossia il trasporto di molecole lungo la cellula motoneuronale; l'aberrante attivazione della microglia, intesa come infiammazione del sistema nervoso; la carenza dei fattori di crescita, cioè la mancanza delle sostanze preposte alla crescita e alla funzione dei motoneuroni (ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, 2014).

La diagnosi di SLA è attualmente difficile vista la mancanza di un esame specifico con elevata accuratezza diagnostica e prognostica. Il professionista deve dunque procedere per esclusione, utilizzando come supporto diagnostico l'elettromiografia (EMG), che permette la valutazione della funzionalità dei nervi e dei muscoli periferici, la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), in particolare per lo studio del sistema piramidale, e la PET, che consente di studiare il metabolismo funzionale di diverse aree cerebrali, mentre l'evoluzione viene valutata attraverso controlli neurologici periodici (ogni 2-3 mesi). I livelli di certezza diagnostica si basano sui criteri rivisitati definiti da El Escorial (Brooks et al., 2000), ovvero: SLA sospetta - segni di interessamento del II motoneurone in due distretti corporei; SLA possibile - presenza di segni clinici di compromissione del I e II motoneurone in un solo distretto corporeo e segni del II motoneurone posti all'estremità anteriore o cefalica rispetto a quelli del I; SLA probabile - segni clinici di compromissione del I e II motoneurone in almeno 2 distretti corporei; SLA definitiva - segni clinici di compromissione del I e II motoneurone in 3 regioni. Fondamentale è la presenza di segnali centrali e periferici nella stessa regione (ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, 2014).

Non esistono al momento terapie farmacologiche efficaci in grado di arrestare o rallentare significativamente la progressione della malattia: ad oggi l'unico farmaco indicato per la SLA è il Riluzolo (Riluteck, Sanofi-Aventis), approvato dall'FDA (*Food and Drug Administration*/Agenzia per gli Alimenti e i Medicinali), in grado di rallentare il decorso della malattia e prolungare l'aspettativa di vita di due o tre mesi. Anche la ventilazione artificiale si è rivelata efficace nel determinare sia una migliore qualità, sia una maggiore durata della vita (ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, 2014).

La gestione della malattia risulta essere principalmente di supporto, palliativa e multidisciplinare; richiede dunque la presenza di un'equipe di professionisti con competenze differenti, specifiche ed integrate (medico di base, neurologo, neurofisiologo, fisiatra, pneumologo, rianimatore, gastroenterologo, psicologo, dietista, ortofonista, fisioterapista, fisioterapista esperto in ausili, infermieri, assistente sociale), in grado di prendersi cura non solo del paziente (per quanto riguarda gli aspetti diagnostici e di assistenza clinica in tutte le fasi della malattia), ma anche del sistema familiare e dei

caregiver (ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, 2014).

Mentre esistono molte ricerche che analizzano l'impatto psicologico della SLA sulla persona (Felgoise et al., 2010; Palmieri et al., 2010a; Lulé et al., 2012; Pagnini, 2012), vi sono pochi studi in letteratura (e molto differenziati in termini metodologici) che valutano l'efficacia dell'intervento psicologico applicato a questa patologia (Averill et al., 2013; Diaz et al., 2014), nonostante il benessere psicologico sia un fattore cruciale nel determinare una prognosi migliore e ridurre il rischio di mortalità (McDonald et al., 1994).

Vista la complessità della sintomatologia, un trattamento che prenda in considerazione la relazione mente-corpo come l'ipnosi potrebbe rappresentare la forma di intervento psicologico eleggibile in questi casi.

Attualmente gli studi in tale direzione sono pochi, sono state perciò analizzate due ricerche, che hanno applicato a livello domiciliare l'ipnosi ericksoniana (Palmieri et al., 2012; Kleinbub et al., 2015) e l'autoipnosi (basata: sulla visualizzazione guidata orientata al controllo dei sintomi fisici, Palmieri et al., 2012; sull'ancoraggio, Kleinbub et al., 2015) a malati di SLA (8 per Palmieri et al., 2012; 15 per Kleinbub et al., 2015). Sono stati misurati inoltre i livelli di ansia, depressione, qualità della vita, stili/meccanismi psicologici di difesa personale, pre/post trattamento sia dei pazienti che dei relativi caregivers (8 per Palmieri et al., 2012; 15 per Kleinbub et al., 2015) tramite questionari standartizzati. I risultati sono stati raccolti alla fine del trattamento (dopo un mese, Palmieri et al., 2012; Kleinbub et al., 2015) e al follow-up (a 3 e a 6 mesi, Kleinbub et al., 2015) e hanno evidenziato:

- una riduzione della sofferenza psicologica (ansia e depressione) nei pazienti a distanza di un mese di trattamento (Palmieri et al., 2012, Kleinbub et al., 2015). Nello specifico, mentre la diminuzione dell'ansia si mantiene costante anche nel follow-up; la depressione ritorna ai livelli di pre-trattamento dopo 3 mesi dall'interruzione delle pratiche ipnotiche (Kleinbub et al., 2015).

- Una riduzione dei sintomi secondari fisici (dolore, disturbi del sonno, labilità emotiva, fascicolazioni) nei malati a fine trattamento, che correla con una minore perdita di funzionalità (Palmieri et al., 2012, Kleinbub et al., 2015).
- Entrambi i risultati confermano l'importanza della diminuzione di ambedue le sintomatologie (fisica e psicologica) e sono supportati dai dati presenti in letteratura riguardo la relazione tra: distress psicologico e declino fisico (in termini di progressione e tasso di sopravvivenza) indotto dalla malattia (McDonald et al., 1994; Johnson et al., 1999; Krampe et al., 2008; Pagnini et al., 2014a); attenuazione della progressione della patologia e trattamento psicologico (ipnosi) concomitante (Faymonville et al., 2006; Raz et al., 2006; Jensen et al., 2015).
- Le diminuzioni di ansia e depressione sono state osservate anche nei caregiver (Palmieri et al., 2012, Kleinbub et al., 2015), ma a differenza dei propri cari, questi cambiamenti persistono anche nel follow-up, confermando l'efficacia di tale trattamento anche nei familiari, seppur indirettamente (in linea con Palmieri et al., 2012), ovvero come conseguenza del trattamento sui propri congiunti.
- È possibile dunque osservare come il miglioramento psico-fisico del proprio caro abbia un impatto positivo sul benessere psicologico dei caregiver, come confermato dai dati presenti in letteratura che evidenziano la correlazione positiva tra: distress del paziente e sentimenti negativi del familiare (Chiò et al., 2005; Gauthier et al., 2007; Boerner & Mock, 2012); la perdita di funzionalità fisica della persona e *caregiver burden*, ansia, manifestazioni somatiche della depressione (Pagnini et al., 2010a).
- Un miglioramento globale della qualità della vita dei malati alla fine del trattamento (Palmieri et al., 2012, Kleinbub et al., 2015), che si mantiene stabile anche dopo 3 mesi, mentre ritorna ai livelli iniziali dopo 6 mesi (Kleinbub et al., 2015).
- Gli stili di difesa maggiormente rappresentati sono quelli che si collocano a un livello primitivo di organizzazione (Kleinbub et al., 2015), ovvero i processi maladattivi (i quali influenzano i livelli di ansia nei pazienti e familiari, e depressione nei caregivers) e di distorsione della propria immagine (nei malati) es. proiezioni (le più frequenti a contenuto paranoico, ovvero l'idea che altre persone rappresentino una minaccia per la propria vita fisica e psichica, espressione del senso di punizione che queste persone portano dentro di sé, Oster and Pagnini, 2012), regressioni, rifiuto (rivolto alla malattia stessa, alle sue conseguenze, alla morte, Weisman, 1972,

spiegabile in termini di ripudio di una dolorosa realtà, la quale viene sostituita da una versione più accettabile e piacevole, Broen and Mueller, 1970). L'identificazione di tali meccanismi permette di comprendere le modalità di fronteggiamento della malattia applicate dalla persona e le conseguenti reazioni psicologiche. È stato osservato come il modo di pensare al passato e al futuro aumenti la ruminazione e la perdita di benessere nei pazienti affetti da SLA (Real et al., 2014). Attraverso l'ipnosi è possibile ristrutturare l'esperienza attuale all'interno di una dimensione temporale significativa, coerente, e perciò favorire un senso di speranza, supporto e protezione, aiuto, grazie all'induzione di suggestioni basate sul richiamo di immagini positive e vivide del passato e la proiezione di queste rappresentazioni simboliche nel futuro. Una tecnica particolarmente utilizzata per raggiungere questo obiettivo è la “*life-chain*/catena di vita”, dove alla persona è chiesto di immaginare le generazioni di antenati dietro alle sue spalle, la progenie di fianco, le generazioni future di fronte. (Plahuta et al., 20002).

- Infine sia l'ipnosi che l'autoipnosi sono state valutate positivamente dai pazienti e dai loro caregiver, confermando l'apprezzamento e l'applicabilità di tali tecniche.

Nonostante i limiti (principalmente la ridotta numerosità del gruppo di partecipanti, la bassa generalizzabilità dei risultati), gli esiti delle due ricerche forniscono le prime conferme sull'utilizzo di un approccio psicologico basato sull'ipnosi e autoipnosi nel gestire alcune conseguenze fisiche e soprattutto nel far fronte alle drammatiche conseguenze psicologiche indotte dalla SLA che colpiscono direttamente i malati e, indirettamente, i loro congiunti. L'autoipnosi inoltre, una volta appresa, non richiede alcuna attività muscolare per essere implementata e può essere facilmente utilizzata dalla persona, anche quando essa non è più in grado di comunicare verbalmente. Tali pratiche risultano dunque essere altamente utilizzabili e poco costose all'interno delle realtà socio-sanitaria.

6. Conclusioni.

L'approccio alla terminalità richiede necessariamente un cambio di prospettiva e atteggiamento dal punto di vista sanitario, tramite la messa in atto di interventi di assistenza e accompagnamento professionali, specifici, personalizzati rivolti sia al malato sia al suo nucleo familiare, che sociale, attraverso la rimozione di stereotipi, pregiudizi, tabù riguardanti la morte e l'angoscia ad essa correlata, prodotto della coesistenza all'interno dell'individuo di due istanze in netta contrapposizione, la pulsione biologica alla sopravvivenza e la consapevolezza della propria finitudine.

Le cure palliative hanno recepito completamente questo intento, implementando una modalità di cura/*care* centrata sull'attenuazione dei sintomi invalidanti (fisici, psicologici, spirituali, sociali) che caratterizzano il fine-vita e sulla promozione della migliore qualità di vita possibile della persona. All'interno di questo orientamento viene promossa la capacità di morire serenamente e consapevolmente (Brugnoli, 2016), dal momento che la morte non viene considerata una tragedia, ma viene estremamente valorizzata poiché ritenuta l'evento più importante e significativo della vita (*“ il tempo vicino alla morte può essere un'opportunità per ottenere una visione profonda della propria e altrui vita”* Testoni et al., 2019), l'unico che consente di raggiungere quella verità irraggiungibile, preclusa durante tutto l'arco dell'esistenza (Facco, Casiglia, Zanette & Testoni, 2018), dal momento che *“la vita è come un sogno ad occhi aperti, da*

cui ci si sveglia in punto di morte” (Facco, 2014; Izutsu, 2010). Al fine di perseguire tali scopi, questa branca della medicina si è rivelata recettiva all’utilizzo di tecniche di assistenza olistiche considerate alternative ma che si affiancano in maniera complementare a quelle tradizionali/convenzionali e che prendono in considerazione il corpo, la mente e la spiritualità del paziente.

Questo articolo ha cercato dunque di descrivere i benefici che l’ipnosi e l’autoipnosi, metodi di intervento che rientrano nell’ambito della Medicina Alternativa e Complementare/*Alternative and Complementary Medicine* (CAM), possono indurre in diverse popolazioni patologiche (bambini/adolescenti, adulti, malati di SLA) sottoposte a cure palliative.

La maggioranza degli studi analizzati ha rilevato come tali pratiche siano in grado di favorire la gestione e il controllo (principalmente eliminazione e/o riduzione) dei sintomi (fisici, psicologici, spirituali, sociali) direttamente causati dalla malattia sia di quelli indotti dai trattamenti (es. nausea, vomito, inappetenza), rivelandosi una terapia integrativa a quella farmacologica (e favorendo in alcuni casi anche una sua riduzione e/o modificazione); migliorare la qualità di vita della persona in fine vita (incremento dell’autostima, autocontrollo, coinvolgimento nelle attività di vita quotidiana tramite l’esternalizzazione ed enfattizzazione delle proprie risorse), dei familiari e dell’èquipe socio-sanitaria; ridurre i costi sanitari (in termini di farmaci e cure infermieristiche).

Possono dunque essere concettualizzate come un ponte tra l’approccio psicologico e farmacologico, rivelandosi delle tecniche preziose in grado di restituire alla persona un potere di controllo sulla propria mente e corpo, potenziare la resilienza anche in una condizione debilitante e limitante come il fine vita, garantire il miglior benessere soggettivo possibile, e perciò da implementare all’interno delle realtà assistenziali.

Bibliografia

American Psychological Association (2014). What it is and how it can help you feel better. Disponibile su <http://www.apadivisions.org/division-30/about/hypnosis-brochure.pdf>.

American Society of Clinical Hypnosis, (2015). Uses of Hypnosis in Medicine. Disponibile su <http://www.asch.net/Public/GeneralInfoonHypnosis/UsesofHypnosisinMedicine.aspx> .

Ananth, P., Melvin, P., Feudtner, C. et al. (2015). Hospital Use in the Last Year of Life for Children with Life-Threatening Complex Chronic Conditions. *Pediatrics*, 136(5), 938-946. DOI: 10.1542/peds.2015-0260.

Antonelli, C. (2009). Ipnosi nella pratica clinica. Atti del Congresso della Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Dolore (S.I.A.R.E.D) - Ferrara. Disponibile su http://www.ipnosiedolore.it/public/immagini/download/SIARED_ipnosi_2009.pdf.

ARISLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, (2014). La Sclerosi Laterale Amiotrofica: scheda scientifica. Disponibile su: http://www.arisla.org/wp-content/uploads/2014/11/Scheda-scientifica-SLA_approfondita-.pdf.

Associazione Italiana Malati di Cancro – AIMAC, (2013). Trattamento del tumore e stanchezza: la fatigue. Disponibile su <https://www.aimac.it/vivere-con-il-tumore/tumore-stanchezza-fatigue>.

Atassi, N., Cook, A., Pineda, C.M.E., Yerramilli-Rao, P., Pulley, D. & Cudkowicz, M. (2011). Depression in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 12(2), 109-112. DOI: 10.3109/17482968.2010.536839.

Averill, A.J., Kasarskis, E.J. & Segerstrom, S.C. (2013). Expressive disclosure to improve well-being in patients with amyotrophic lateral sclerosis: a randomised, controlled trial. *Psychology & Health*, 28(6),701-713. DOI: 10.1080/08870446.2012.754891.

Barabasz, A. & Perez, N. (2007). Salient findings: hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 372-379. DOI: 10.1080/00207140701339793.

Batty, M.J., Bonnington, S., Tang, B.K., Hawken, M.B. & Gruzelier, J.H. (2006). Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis. *Brain research bulletin*, 71(1-3), 83-90. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2006.08.005.

Belletti, M. (n.d.). L'Ipnosi nelle cure palliative. Disponibile su <http://www.giannigrassi.it/allegati%5Cartipnoamisi.pdf>

Belletti, M., Casale, G., Baffigi, A., Iannotti, S., Notaro, P., Pellegrini, C. & Lucidi, F. (2007). L'ipnosi nelle cure palliative. Disponibile su <http://www.giannigrassi.it/allegati%5Cartipnoamisi.pdf>.

Blackhall, L.J. (2012). Amyotrophic lateral sclerosis and palliative care: where we are, and the road ahead. *Muscle Nerve*, 45(3), 311-318. DOI: 10.1002/mus.22305.

Boerner, K. & Mock, S.E. (2012). Impact of patient suffering on caregiver well-being: the case of amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers. *Psychology, Health & Medicine*, 17(4), 457-466. DOI: 10.1080/13548506.2011.613942.

Braid, J. (1843). *Neurypnology, or the Rationale of Nervous Sleep considered in relation to animal magnetism*. London. J. Churchill.

Brooks, B.R., Miller, R.G., Swash, M., Munsat, T.L. & World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases, (2000). El Escorial revisited: revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Other Motor Neuronal Disorders*, 1(5):293-299. DOI: 10.1080/146608200300079536.

Brown, W.A. & Mueller, P.S. (1970). Psychological function in individuals with amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *Psychosomatic Medicine*, 32, 141-152. DOI: 10.1097/00006842-197003000-00002.

Brugnoli, M.P. (2016). Clinical hypnosis for palliative care in severe chronic diseases: a review and the procedures for relieving physical, psychological and spiritual symptoms. *Annals of Palliative Medicine*, 5(4), 280-297. DOI: 10.21037/apm.2016.09.04.

Cardi, L. (2016). Ansia, Depressione, Demoralizzazione in cure palliative. Disponibile su <http://lauracardi.blogspot.com/2016/03/ansia-depressione-demoralizzazione-in.html>.

Casula, C. (2018). Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 32-40. DOI: 10.21037/apm.2017.07.07.

Cattaneo, G. (2016-2017). Bachelor Thesis: “Gestione dei sintomi nel paziente oncologico in cure palliative: l’efficacia dell’ipnosi. Revisione della letteratura”. Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale (Area sanità) Corso di laurea in Cure Infermieristiche - Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI). Disponibile su <http://tesi.supsi.ch/1765/1/Cattaneo%20Giulia.pdf>.

Chiò, A., Canosa, A., Gallo, S., Moglia, C., Ilardi, A., Cammarosano, S., et al. (2012). Pain in amyotrophic lateral sclerosis: a population-based controlled study. *European Journal of Neurology*, 19(4), 551-555. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03540.x.

Chiò, A., Gauthier, A., Calvo, A., Ghiglione, P. & Mutani, R. (2005). Caregiver burden and patients’ perception of being a burden in ALS. *Neurology*, 64(10), 1780-1782. DOI: 10.1212/01.WNL.0000162034.06268.37.

Connor, S.R., Downing, J. & Marston, J. (2017). Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. *Journal of Pain Symptom Management*, 53, 171-177. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.020.

Costantini, M., Borreani, C. & Grubich, S. (2008). *Migliorare la qualità delle cure di fine vita: un cambiamento possibile e necessario*. Gardolo. Erickson.

Cotroneo, M. L'Ipnosi e la Psicoterapia Ericksoniana, dalla clinica alle neuroscienze. Articolo disponibile su http://www.deuniverso.it/images/Archivio_Allegati/Cotroneo-Massimo-Ipnosi_e_la_psicoterapia-Ericksoniana.PDF

Culbert, T., Friedrichsdorf, S.J. & Kuttner, L. (2008). Mind/body skills for children in pain. In: Breivik H, Campbell WI, Nicholas MK, editors. *Clinical Pain Management - Practice and Procedures*. 2nd ed. London. Hodder Arnold, pp. 479-495.

De Benedittis, G. & Sironi, V.A. (1986). Depth cerebral electrical activity in man during hypnosis: a brief communication. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 63-70. DOI: 10.1080/00207148608406972.

De Benedittis, G. & Sironi, V.A. (1988). Arousal effects of electrical deep brain stimulation in hypnosis. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(2), 96-106. DOI: 10.1080/00207148808409334.

Decety, J. (1996). Neural representations for action. *Reviews in the Neuroscience*, 7(4), 285-297. DOI: 10.1515/REVNEURO.1996.7.4.285.

Definizione di ipnosi, disponibile su <https://it.wikipedia.org/wiki/Ipnosi>.

Derbyshire, S.W.G., Whalley, M.G. & Oakley, D.A. (2009). Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: An fMRI analysis. *European Journal of Pain*, 13(5), 542-550. DOI: 10.1016/j.ejpain.2008.06.010.

Díaz, J.L., Sancho, J., Barreto, P., Bañuls, P., Renovell, M. & Servera, E. (2014). Effect of a short-term psychological intervention on the anxiety and depression of amyotrophic lateral sclerosis patients. *Journal of Health Psychology*, 21(7), 1426-1435. DOI: 10.1177/1359105314554819.

Douglas, D.B. (1999) Hypnosis: useful, neglected, available. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 16(5), 665-670. DOI: 10.1177/104990919901600507.

- Elkins, G.R., Barabasz, A.F, Council, J.R. & Spiegel, D. (2015) Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 1-9. DOI: 10.1080/00207144.2014.961870.
- Elkins, G.R., Fisher, W., Johnson, A.J. & Sliwinski, J. (2012) Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. *Oncology*, 26(8), 26-30. PMID:25375008.
- Elkins, G.R., Jensen, M.P. & Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *The international journal of clinical and experimental hypnosis*, 55(3), 275-87. DOI: 10.1080/00207140701338621.
- Erickson, M.H. (1948). Hypnotic Psychotherapy. In *The Medical Clinics of North America*, pp. 571-583.
- Facco, E. (2014). *Meditazione e Ipnosi tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio*. Lungavilla. Altravista.
- Facco, E., Casiglia, E., Zanette, G. & Testoni, I. (2018). On the way of liberation from suffering and pain: role of hypnosis in palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 63-74. DOI: 10.21037/apm.2017.04.07.
- Faymonville, M.E, Boly, M. & Laurey, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology*, 99, 463-469. DOI: 10.1016/j.jphysparis.2006.03.018.
- Faymonville, M.E, Laurey, S., Degueldre, C., DelFiore, G., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M. & Maquet, P. (2000). Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology*, 92, 1257-1267. DOI: 10.1097/00003643-200000002-00578.
- Felgoise, S.H., Chakraborty, B.H., Bond, E., Rodriguez, J., Bremer, B.A., Walsh, S.M., et al. (2010). Psychological morbidity in ALS: the importance of psychological assessment beyond depression alone. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 11(4), 351-358. DOI: 10.3109/17482961003667630.
- Ferro, F. M., Riefolo, G., Nesci, D.A. & Mazza, S. (1987). Psychodynamic aspects in patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 209, 313-316. DOI: 10.1007/978-1-4684-5302-7_46.

Fink, G.R., Markowitsch, H.J., Reinkemeier, M., Bruckbauer, T., Kessler, J. & Heiss, W.D. (1996). Cerebral representation of one's own past: neural networks involved in autobiographical memory. *The Journal of Neuroscience*, 16(13), 4275-4282. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.16-13-04275.1996.

Fox, P.A., Henderson, D.C., Barton, S.E., Champion, A.J., Rollins, M.S.H., Catalan, J., McCormack, S.M.G. & Gruzelier, J. (1999) Immunological markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: a pilot study. *International Journal of STD and AIDS*, 10(11), 730-734. PMID: 10563560.

Friedrichsdorf, S. & Kohen, D.P. (2018). Integration of hypnosis into pediatric palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 136-150. DOI: 10.21037/apm.2017.05.02.

Friedrichsdorf, S.J. (2017). Contemporary Pediatric Palliative Care: Myths and Barriers to Integration into Clinical Care. *Current Pediatric Reviews*, 13, 8-12. DOI: 10.2174/1573396313666161116101518.

Gardner, G.G. (1976). Childhood, death, and human dignity: hypnotherapy for David. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(2), 122-139. DOI: 10.1080/00207147608405603.

Gauthier, A., Vignola, A., Calvo, A., Cavallo, E., Moglia, C., Sellitti, L. et al. (2007). A longitudinal study on quality of life and depression in ALS patient-caregiver couples. *Neurology*, 68(12), 923-926. DOI: 10.1212/01.wnl.0000257093.53430.a8.

Gava, N., Rosso, P. & Piedimonte, A. (2012). *ACCOMPAGNARE. Ipnosi Ericksoniana e malattia terminale*. Torino. SUBLIVION EDIZIONI.

General Medical Council, (2010). Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making.

Genuis, M.L. (1995) The use of hypnosis in helping cancer patients control anxiety, pain and emesis: a review of recent empirical studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 316-325. DOI: 10.1080/00029157.1995.10403160.

Graffin, N.F, Ray, W.J & Lundy, R. (1995). EEG concomitants of hypnosis and hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 123-131. PMID: 7897034.

- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi*. Torino. UTET.
- Gruzelier, J. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15(1), 3-21. DOI: 10.1002/ch.112.
- Gruzelier, J. (2001) A review of guided imagery and relaxation interventions on the immune system, well-being, health and individual differences. *Stress*, 5(2), 147-163. DOI: 10.1080/10253890290027877.
- Guantieri, G. (1973). *L'ipnosi come oggetto di studio e mezzo di impiego in medicina*. Milano. Rizzoli.
- Guidi (n.d.). Come ipnotizzare - Tecniche di ipnosi. Disponibile su <http://ipnoguida.com/come-ipnotizzare/tecniche-ipnotiche/>.
- Halligan, P.W, Athwal, B., Oakley, D.A. & Frackowiak, R.S.J. (2000). Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria. *Lancet*, 335(9208), 986-987. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)99019-6.
- Iglesias, A. (2004) Hypnosis and existential psychotherapy with end-stage terminally ill patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3),201-213. DOI: 10.1080/00029157.2004.10403600.
- Izutsu, T. (2010). *Sufismo e Taoismo*. Milano. Mimesis Edizioni.
- Jackson, K.C., & Lipman, A.G. (2000) Anxiety in palliative carepatients. *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control* 7(4), 23-35. DOI: 10.1300/J088v07n04_03.
- Jensen, M.P. (2011). *Hypnosis for chronic pain management - Therapist Guide*. Oxford. Unity Press.
- Jensen, M.P., Adachi, T., Tomé-Pires, C., Lee, J., Osman, Z.J. & Miró, J. (2015). Mechanisms of hypnosis: toward the development of a biopsychosocial model. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 63, 34-75. DOI: 10.1080/00207144.2014.961875.

Johnston, M., Earll, L., Giles, M., Mcclenahan, R., Stevens, D. & Morrison, V. (1999). Mood as a predictor of disability and survival in patients newly diagnosed with ALS/MND. *British Journal of Health Psychology*, 4, 127-136. DOI: 10.1348/135910799168524.

Kabalak, A.A., Ceylan, A., Asian, E., Bulut, L., Simsek, M., & Ozcan, U. (2014). Clinical Hypnosis for Symptom Management of Cancer Patients in Palliative Care. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 04(04). DOI: 10.4172/2165-7386.1000181

Kleinbub, J.R., Palmieri, A., Broggio, A., Pagnini, F., Benelli, E., Sambin, M. & Sorarù, G. (2015). Hypnosis based psychodynamic treatment in ALS: a longitudinal study on patients and their caregivers. *Frontiers in Psychology*, 822(6), 1-14. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00822.

Kohen, D.P. & Olness, K.N. (2011). Hypnosis and Hypnotherapy with Children. 4th ed. New York. Routledge Publications.

Kosslyn, S.M., Ganis, G. & Thompson, W.L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 635-642. DOI: 10.1038/35090055.

Kraft, T. (1990) Use of hypnotherapy in anxiety management in the terminally ill: a preliminary study. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 7(1), 27-33.

Krampe, H., Bartels, C., Victorson, D., Enders, C.K., Beaumont, J., Cella, D., et al. (2008). The influence of personality factors on disease progression and health-related quality of life in people with ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 9(2), 99-107. DOI: 10.1080/17482960701875805.

Kravits, K. (2013). Hypnosis: Adjunct Therapy for Cancer Pain Management. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 4(2), 83-8. PMID: 25031986.

Kurt, A., Nijboer, F., Matuz, T. & Kübler, A. (2007). Depression and anxiety in individuals with amyotrophic lateral sclerosis. *CNS Drugs*, 21(4), 279-291. DOI: 10.2165/00023210-200721040-00003.

Kuttner, L. & Friedrichsdorf, S.J. (2013). Hypnosis and Palliative Care. Therapeutic Hypnosis with Children and Adolescents. 2nd ed. Bethel. Crown House Publishing Limited, pp. 491-509.

L'Ipnosi e Cure palliative, articolo disponibile su <https://www.ericksoninstitute.it/it/614/consulenza-e-terapia/ipnosi-e-cure-palliative/> e <https://kintsugimental.wordpress.com/2018/11/28/ipnosi-nelle-cure-palliative/>.

Lioffi, C (2000) Clinical hypnosis in paediatric oncology: a critical review of the literature. *Sleep and Hypnosis*, 2(3), 268-274.

Lioffi, C. & White, P. (2001) Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contemporary Hypnosis*, 18(3), 145-160. DOI: 10.1002/ch.228.

Luethi, F.T., Currat, T., Spencer, B., Jayet, N. & Cantin, B. (2012). L'hypnose: une ressource en soins palliatifs? Étude qualitative sur l'apport de l'hypnose chez des patients oncologiques, Hypnosis as a resource in palliative care. A qualitative study of the contribution of hypnosis to the care of oncology patients. *Recherche en soins infirmiers*, (110), 78–89. DOI:10.3917/rsi.110.0078.

Lulé, D., Pauli, S., Altintas, E., Singer, U., Merk, T., Uttner, I. et al. (2012). Emotional adjustment in amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *Journal of Neurology*, 259(2), 334-341. DOI: 10.1007/s00415-011-6191-x.

Maquet, P., Faymonville, M.E., Degueldre, C., Delfiore, G., Frank, G., Luxen, A. & Lamy, M. (1999). Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry*, 45(3), 327-333. PMID: 10023510.

McCance, R.P., (1995). The McCance Readiness for Death Instrument (MRDI): A Reliable and Valid Measure for Hospice Care. *The Hospice Journal*, 10(1), 15-26. PMID: 7789938.

McDonald, E.R., Wiedenfeld, S.A., Hillel, A., Carpenter, C.L & Walter, R.A. (1994). Survival in amyotrophic lateral sclerosis: the role of psychological factors. *Archives of Neurology*, 51(1), 17-23. DOI: 10.1001/archneur.1994.00540130027010.

Mészáros, I. & Szabo, C. (1999). Correlation of EEG asymmetry and hypnotic susceptibility. *Acta physiologica Academiae Scientiarum Hungaricae*, 86(3-4), 259-263. PMID: 10943657.

Milling, L.S. & Constantino, C.A. (2000). Clinical hypnosis with children: first steps toward empirical support. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2000, 48(2), 113-137. DOI: 10.1080/00207140008410044.

Ministero della Salute - Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema cure, (2017). Cure palliative rivolte al neonato, bambino e adolescente. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_580_allegato.pdf.

Molinari, E., & Castelnuovo, G. (2010). *Psicologia clinica del dolore*. Milano. Springer-Verlag.

Moncorboli, M. (2016). L'Ipnosi nel paziente in fase avanzata: risorsa palliativa o terapeutica? Disponibile su <https://www.progettosalute.it/wp-content/uploads/2016/06/ipnosi.pdf>.

Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. & Law, M. (1998) A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7(3), 217-228. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1611(199805/06)7:3<218:AID-PON308>3.0.CO;2-D.

Musès, C. & Yung, A.M. (1972). *Trance-induction techniques in ancient Egypt, Consciousness and Reality*. New York, Outerbridg and Lazard. pp.9-17

National Institute for Health and Clinical Excellence, (2004). *Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer*. London. The manual NICE.

Noseda, G. (2014). *Una finestra nella tua casa: cure palliative e conforto nella malattia*. Mendrisio. Gabriele Capelli Editore.

Oster, C., & Pagnini, F. (2012). Resentment, hate, and hope in amyotrophic lateral sclerosis. *Frontiers in Psychology*, 3, 530. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00530.

- Pagnini, F. (2013). Psychological wellbeing and quality of life in amyotrophic lateral sclerosis: are view. *International Journal of Psychology*, 48(3), 194-205. DOI: 10.1080/00207594.2012.691977.
- Pagnini, F., Lunetta, C., Banfi, P., Rossi, G., Fossati, F., Marconi, A., et al. (2011a). Pain in amyotrophic lateral sclerosis: a psychological perspective. *Neurological Sciences*, 33(5), 1-4. DOI: 10.1007/s10072-011-0888-6.
- Pagnini, F., Lunetta, C., Rossi, G., Banfi, P., Gorni, K., Cellotto, N., et al. (2011b). Existential wellbeing and spirituality of individuals with amyotrophic lateral sclerosis related to psychological wellbeing of their caregivers. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 12(2), 105-108. DOI: 10.3109/17482968.2010.502941.
- Pagnini, F., Phillips, D., Bosma, M.C., Reece, A. & Langer, E. (2014a). Mindfulness, physical impairment and psychological well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis. *Psychology & Health*, 26, 1-15. DOI: 10.1080/08870446.2014.982652.
- Pagnini, F., Rossi, G., Lunetta, C., Banfi, P., Castelnuovo, G., Corbo, M. et al. (2010a). Burden, depression, and anxiety in caregivers of people with amyotrophic lateral sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 15(6), 685-693. DOI: 10.1080/13548506.2010.507773.
- Pagnini, F., Simmons, Z., Corbo, M. & Molinari, E. (2012). Amyotrophic lateral sclerosis: time for research on psychological intervention? *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 13(5), 416-417. DOI: 10.3109/17482968.2011.653572.
- Palmieri, A., Abrahams, S., Sorarù, G., Mattiuzzi, L., D'ascenzo, C., Pegoraro, E. et al. (2009). Emotional Lability in MND: relationship to cognition and psychopathology and impact on caregivers. *Journal of the Neurological Sciences*, 278(1-2), 16-20. DOI: 10.1016/j.jns.2008.10.025.
- Palmieri, A., Kleinbub, J.R., Calvo, V., Sorarù, G., Grasso, I., Messina, I. & Sambin, M. (2012). Efficacy of Hypnosis-Based Treatment in Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 3, 1-11. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00465.

Palmieri, A., Sorarù, G., Albertini, E., Semenza, C., Vottero-Ris, F., D'ascenzo, C. et al. (2010a). Psychopathological features and suicidal ideation in amyotrophic lateral sclerosis patients. *Neurological Sciences*, 31(6), 735-740. DOI: 10.1007/s10072-010-0332-3.

Pasquin, E. (2014). Tesi. "Ipnosi e qualità della vita nel paziente oncologico. Una risorsa nel doloroso percorso della malattia dalla diagnosi alle cure palliative". Corso base di Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnocica, Scuola Post-Universitaria di Ipnosi Clinica Sperimentale, Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale (C.I.I.C.S.), Istituto Franco Granone. Disponibile su <http://www.ciics.it/wp-content/uploads/PASQUIN.pdf>.

Peynovska, R., Fisher, J., Oliver, D., & Mathew, V. M. (2005). Efficacy of hypnotherapy as a supplement therapy in cancer intervention. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 2-7. Disponibile su <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.535.5904&rep=rep1&type=pdf>.

Piazza, M. (2014-2015). Tesi di Laurea: "La comunicazione ipnotica nel paziente affetto da dolore oncologico. Una revisione della letteratura". Scuola di Medicina e Chirurgia - Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Padova. Disponibile su <http://tesi.cab.unipd.it/51105/1/TESI.pdf>.

Plahuta, J.M., McCulloch, B.J., Kasarskis, E.J., Ross, M.A., Walter, R.A & McDonald, E.R. (2002). Amyotrophic lateral sclerosis and hopelessness: psychosocial factors. *Social Science and Medicine*, 55(12), 2131-2140. DOI:10.1016/S0277-9536(01)00356-2.

Plaskota, M., Lucas, C., Pizzoferro, K., Saini, T., Evans, R. & Cook, K. (2012). A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(2), 69-75. DOI: 10.12968/ijpn.2012.18.2.69.

Plaskota, M., Lucas, C., Pizzoferro, K., Saini, T., Evans, R., & Cook, K. (2012). A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(2), 69-75. DOI:10.12968/ijpn.2012.18.2.69

- Rabkin, J.G., Wagner, G.J. & DelBene, M. (2000). Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 271-279. DOI: 10.1097/00006842-200003000-00020.
- Rajasekaran, M., Edmonds, P.M. & Higginson, I.L. (2005) Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients. *Palliative Medicine*, 19(5), 418-426. DOI: 10.1191/0269216305pm1030oa.
- Rana, S.S., Schramke, C.J., Sangha, A. & Karpinski, A.C. (2009). Comparison of psychosocial factors between patients with benign fasciculations and those with amyotrophic lateral sclerosis. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 12(2), 108-110. DOI: 10.4103/0972-2327.53079.
- Raz, A., Fan, J. & Posner, M.I. (2006). Neuroimaging and genetic associations of attentional and hypnotic processes. *The Journal of Physiology*, 99, 483-491. DOI: 10.1016/j.jphysparis.2006.03.003.
- Real, R.G.L., Dickhaus, T., Ludolph, A., Hautzinger, M. & Kübler, A. (2014). Well-being in ALS: an experience sampling study. *Frontiers in Psychology*, 8(5), 704. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00704.
- Richardson, J., Smith, J.E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K. & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2006.00736.x.
- Roth, A.J. & Massie, M.J. (2009) *Anxiety in palliative care*. In: Chochinov, H.M. & Breitbart, W. eds. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. 2nd Edn. New York. Oxford University, pp. 69–80.
- Sabourin, M.E, Cutcomb, S.D., Crawford, H.J. & Pribram, K. (1990). EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence. *International Journal of Psychophysiology*, 10(2), 125-142. DOI: 10.1016/0167-8760(90)90027-B.

Sanna, P. & Manzambi, L. (2007). Dispnea. Protocollo per la valutazione e il trattamento della dispnea. IOSI - Centro di Cure Palliative. Disponibile su <http://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/sintomi/i-curpal-014---dispnea/i-curpal-014%20-%20dispnea.pdf>.

Servizio Cure Palliative - IOSI, (2007). Astenia (Fatigue). Disponibile su <http://www.eoc.ch/dms/siteeoc/documenti/pallclick/sintomi/I2DCURPAL2D01020ASTENIA.pdf>.

Servizio Cure Palliative - IOSI, (2007). Nausea e Vomito. Disponibile su <http://www.eoc.ch/dms/siteeoc/documenti/pallclick/sintomi/I2DCURPAL2D01720NAUSEA20E20VOMITO.pdf>.

Singh, P. & Chaturvedi, A. (2015). Complementary and alternative medicine in cancer pain management: a systematic review. *Indian journal of palliative care*, 21(1), 105-15. DOI: 10.4103/0973-1075.150202.

Spiegel, D. & Bloom, J.R. (1983) Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45(4), 333-339. DOI:10.1016/0304-3959(85)90209-X.

Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H. & Gottheil, E. (1989) Effect of psychosocial treatment to survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 14(2), 888-891. DOI: 10.1016/s0140-6736(89)91551-1.

Spiegel, D., Bloom, J.R. & Yalom, I.D. (1981) Group support for patients with metastatic cancer: a randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 527-533. DOI: 10.1001/archpsyc.1980.01780300039004.

Stiefel, F. & Razavi, D. (1994) Common psychiatric disorders in cancer patients. II: Anxiety and acute confusional states. *Support Care Cancer* 2(4), 233-237. PMID: 8087441.

Sugerman, L.I. & Wester, W.C. (2013). Therapeutic Hypnosis with Children and Adolescents. 2nd ed. Bethel. Crown House Publishing Limited.

Syrjala, K.L., Jensen, M.P., Mendoza, M.E., Yi, J.C., Fisher, H.M. & Keefe, F.J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(16), 1703-11. DOI 10.1200/JCO.2013.54.4825.

Terhune, D.B., Cardena, E. & Lindgren, M. (2011). Differential frontal-parietal phase synchrony during hypnosis as a function of hypnotic suggestibility. Articolo disponibile su <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8986.2011.01211.x/abstract>, agg.settembre2011.

Testoni, I., Bingaman, K.A., D'Iapico, G., Marinoni G.L., Zamperini, A., Grassi, L., Nanni, M.G. & Vacondio, P. (2019). Dignity as Wisdom at the End of Life: Sacrifice as Value Emerging from a Qualitative Analysis of Generativity Documents. *Pastoral Psychology*, 68, 479-489. DOI: 10.1007/s11089-019-00870-9.

Testoni, I., Lazzarotto Simioni, J. & Di Lucia Sposito, D. (2013). Representation of death and social management of the limit of life: between resilience and irrationalism. *Nutritional Therapy and Metabolism*, 31, 192-198. DOI: 10.5301/NTM.2013.11585.

Torresan, M.M & Muro, F. (2015). La comunicazione ipnotica nei pazienti in cure palliative ospedaliere | Pain Nursing Magazine. Disponibile su <http://www.painnursing.it/contributi/la-comunicazione-ipnotica-nei-pazienti-in-cure-palliative-ospedaliere>.

Vianello, A., Arcaro, G., Palmieri, A., Ermani, M., Braccioni, F., Gallan, F. et al. (2011). Survival and quality of life after tracheostomy for acute respiratory failure in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Critical Care* 26(3), 329. DOI: 10.1016/j.jcrc.2010.06.003.

Walker, L.G., Heys, S.D., Walker, M.B., Ogston, K., Hutcheon, A.W., Sarkar, T.K. et al. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35(13), 1783-1788. DOI: 10.1016/s0959-8049(99)00169-0.

Weisman, A.D. (1972). *On Dying and Denying: A Psychiatric Study of Terminality*. NewYork. Behavioral Publications.

Wicks, P., Abrahams, S., Masi, D., HejdaForde, S., Leigh, P.N. & Goldstein, L.H. (2007). Prevalence of depression in a 12-month consecutive esample of patients with ALS. *European Journal of Neurology*, 14(9), 993-1001. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2007.01843.x.

William, J.D & Gruzelier, J.H. (2001). Differentiation of hypnosis and relaxation by analysis of narrow band theta and alpha frequencies. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49, 185-286. DOI: 10.1080/00207140108410070.

Williamson, A. (2019). What is hypnosis and how might it work? *Palliative Care: Research and Treatment*, 1-4- DOI: 10.1177/1178224219826581.

World Health Organization. (2002). Definition of Palliative Care. Disponibile su <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Zeltzer, L. & LeBaron, S. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *The Journal of Pediatrics*, 101(6), 1032-1035. DOI: 10.1016/S0022-3476(82)80040-1.

Zeltzer, L., LeBaron, S. & Zeltzer, P.M. (1984). The effectiveness of behavioral intervention for reduction of nausea and vomiting in children and adolescents receiving chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 2(6), 683-690. DOI: 10.1200/JCO.1984.2.6.683.