

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PADOVA**

**SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

TESI DI LAUREA

**LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL PAZIENTE
AFFETTO DA DOLORE ONCOLOGICO.**

UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatore: Dott. Fabiola Carrossa

Laureanda: Meris Piazza

Anno Accademico 2014 – 2015
Corso di Laurea in Infermieristica sede di Monselice

INDICE

ABSTRACT	pag. 5
INTRODUZIONE	pag. 6
CAPITOLO PRIMO	
1.1 Dolore cronico/oncologico perchè si definisce un dolore totale	pag. 7
1.1.1 Tipologie di dolore	pag. 7
1.1.2 Scale di valutazione del dolore	pag. 9
1.1.3 Cenni etiologici	pag. 10
1.2 Trattamenti farmacologici	pag. 11
1.3 Trattamenti non farmacologici/terapie complementari	pag. 11
CAPITOLO SECONDO	
2.1 L'ipnosi: cenni storici	pag. 15
2.2 L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica	pag.15
2.2.1 Cenni neurofisiologici	pag.17
2.2.2 Ipnotizzabilità	pag.18
2.2.3 Autoipnosi	pag.19
2.3 Rilevanza per la professione infermieristica	pag.20
CAPITOLO TERZO: MATERIALI E METODI	
3.1 Obiettivo di ricerca	pag.23
3.2 Quesito di ricerca	pag.23
3.3 Ricerca e selezione della letteratura	pag.23
3.4 Criteri di selezione del materiale	pag.25
3.4.1 Criteri d'inclusione	pag.26
3.4.2 Criteri d'esclusione	pag.26
3.5 Revisione della letteratura	pag.26
3.5.1 L'efficacia delle CAM	pag.26
3.5.2 Ipnosi e dolore cronico oncologico	pag.27
3.5.3 Ipnosi e Infermieristica	pag.28

3.6 Sintesi della letteratura pag.28

CAPITOLO QUARTO: RISULTATI

4.1 Commento agli articoli pag.36

CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE

5.1 Interpretazione critica dei risultati pag.38

5.2 Implicazioni per la pratica pag.39

5.3 Ulteriori spunti di ricerca pag.40

5.4 Conclusione pag.40

BIBLIOGRAFIA

ABSTRACT

SCOPO: Il dolore cronico affligge la maggior parte dei pazienti con malattia tumorale e diventa un problema nel momento in cui i malati non sanno controllarlo e gestirlo.

Nasce dunque la necessità d'indagare tra le terapie non farmacologiche e tra queste troviamo l'ipnosi che ha la possibilità di dare sollievo e benefici ai pazienti. Lo scopo di questa revisione è quello d'indagare possibili ambiti di ricerca, far emergere quella presente e dare spazio a questa pratica così poco sviluppata quanto utile.

MATERIALI E METODI: Questa revisione della letteratura effettuata in PubMed, Cynhal, Cochrane e PsycInfo analizza RCT, trial terapeutici, studi di revisioni sistematiche basati su pazienti adulti oncologici terminali, con metastasi o post-trattamento tutti accomunati dal dolore cronico.

RISULTATI: Gli studi mostrano che l'ipnosi è efficace per ridurre il dolore cronico, anche se i risultati variano tra gli individui. Mostrano anche che i trattamenti ipnotici hanno una serie di effetti positivi che vanno oltre il dolore e hanno il potenziale d'aumentare il benessere dei pazienti.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: Gli studi analizzati risultano concordanti tra loro nel riferire l'utilità dell'ipnosi in ambito oncologico, con le limitazioni d'aver piccoli campioni di studio e poche standardizzazioni e confronti. I dati riportati da questi studi possono avere importanti implicazioni per il modo in cui gli infermieri possono aiutare i malati a sperimentare il massimo beneficio dall'ipnosi, trattamenti che includono componenti ipnotiche e formazioni all'autoipnosi.

Parole chiave: Ipnosi; dolore cronico; dolore oncologico; nursing.

INTRODUZIONE

Ho seguito il corso base d'ipnosi medica rapida del Dr. Regaldo, con l'interesse e la curiosità per una fenomenologia di cui avevo sentito parlare ma della quale non avevo nessuna conoscenza scientifica. Le lezioni frontali, pratiche e dirette mi hanno portata alla decisione d'affrontare il presente lavoro come tesi finale del mio percorso di studi. Che cos'è l'ipnositerapia? Viene definita da Franco Granone, pioniere dell'ipnosi in Italia e fondatore del Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale "una scienza che si basa sulle correlazioni mente-corpo scientificamente controllabili", l'ipnosi risulta dunque una tecnica destinata a migliorare l'utilizzo delle potenzialità della nostra mente, per il conseguimento di quell'obiettivo che, da sempre presente nella storia dell'umanità, costituisce indubbiamente una delle sfide del ventesimo secolo: il miglioramento della Qualità della Vita che il dolore cronico inevitabilmente tende a ridurre nei malati oncologici.

Questa tesi è stata redatta con lo scopo d'indagare la letteratura presente riguardante l'ipnositerapia nel dolore oncologico, s'affronterà dunque il tema del dolore nei malati di cancro, dei vari approcci terapeutici per gestirlo approfondendo l'approccio ipnotico e cercando di capire quale correlazione ci sia tra questa pratica e i centri del dolore. Verrà data particolare importanza all'assistenza infermieristica che potrebbe potenzialmente inglobare tale tecnica nel suo operare quotidiano offrendo in tal modo una qualità maggiore nei suoi interventi che potrebbero solamente portare beneficio ai pazienti. L'ipnosi è riconosciuta terapia medica/psicologica/assistenziale ed è supportata da evidenze scientifiche, ha solo bisogno d'essere appresa, studiata e resa pratica comune come succede già in alcune realtà Italiane.

CAPITOLO PRIMO

1.1 Dolore cronico/oncologico si definisce un dolore totale

Il dolore è definito come un'esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva, associata ad un danno tissutale reale o potenziale (IASP, 1979) e può essere considerato a tutti gli effetti il quinto parametro vitale che, come tale, deve essere accertato, monitorato e gestito. Il dolore è quindi un'esperienza soggettiva ed è influenzata da fattori culturali e da altre variabili psicologiche. Con dolore cronico s'intende quel dolore che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta, più di 6 mesi (Elkins, 2007), o al di là del tempo di guarigione previsto, si tratta dunque di un'esperienza complessa che richiede approcci molteplici sia per la valutazione che per il trattamento. Il dolore cronico è spesso presente nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche specie nelle fasi avanzate di malattia ed è proprio in questi casi che il dolore cronico diviene dolore globale coinvolgendo, oltre la sfera fisica, quella psicologica e sociale alterando così la qualità di vita dei pazienti descritta nel 1985 dalle pioniere del Quality of life index (QLI) Carol Ferrans e Marjorie Powers come «una sensazione di benessere della persona che deriva dalla soddisfazione o frustrazione nelle aree di vita che sono importanti.».

Il dolore può limitare in tutto o in parte le attività quotidiane: il paziente può non essere più in grado di mangiare, può non riuscire a dormire ed essere nervoso (Keefe, 1982). E' molto probabile che il malato si senta frustrato, triste e depresso. Per familiari e amici non è semplice comprendere lo stato d'animo del paziente che tenderà a sentirsi solo. La psicologia del dolore cronico è complessa e i fattori sociali così come le strategie di coping dovrebbero essere valutati (Singh, Chaturvedi, 2015).

1.1.1 Tipologie di dolore

Le manifestazioni cliniche della sintomatologia dolorosa possono essere diverse:

DOLORE NOCICETTIVO: causato da stimolazione delle terminazioni nervose (nocicettori), è presente nel 90% dei pazienti, l'intensità è correlata con l'entità del danno tissutale. Può essere distinto in:

- dolore nocicettivo somatico: quando è causato da una lesione dei tessuti (soma) come la pelle e i muscoli. È facilmente localizzabile e peggiora con il movimento.

- dolore nocicettivo viscerale, dovuto a un danno a carico di organi innervati dal sistema nervoso simpatico. Può essere identificato come sordo o gravativo se è coinvolto un viscere cavo, oppure lancinante o penetrante se dovuto a danno di membrane periviscerali o mesenterici. Il dolore viscerale spesso non è facilmente localizzabile e può essere riferito in parti del corpo diverse dal punto in cui origina (Fornara, 2008).

DOLORE NEUROPATICO: causato da un danno o disfunzione del sistema nervoso periferico o centrale che provoca stimolazioni nervose croniche che alterano la risposta neuronale del sistema somato-sensoriale centrale o periferico.

Può essere descritto come:

- dolore spontaneo spesso urente, a scossa elettrica o lancinante, ma anche crampiforme, profondo;
- dolore evocato da stimoli non dolorosi (allodinia);
- dolore evocato da stimoli dolorosi, ma eccessivo rispetto all'intensità dello stimolo stesso (iperalgisia).

Questo tipo di dolore, che può essere dovuto anche ad altri fattori oltre alla neoplasia spesso risponde meno agli oppioidi. Il controllo totale può risultare talvolta impossibile. (D'Orazio, 2007).

DOLORE IDIOPATICO: è un dolore la cui origine non è conosciuta. Si può considerare un dolore il cui livello di intensità riportata dal paziente non abbia una corrispondente immediata motivazione organica.

A parte casi specifici di somatizzazione, da identificare e diagnosticare con accuratezza, in tutti i dolori cronici è presente una componente di sofferenza psicologica di cui tenere conto nell'approccio terapeutico globale.

BREAKTHROUGH CANCER PAIN: è un dolore transitorio che si manifesta in pazienti con un dolore cronico di base ben controllato da una terapia analgesica somministrata ad orari fissi. È presente nel 63-89% dei pazienti oncologici. Gli episodi dolorosi hanno frequenza variabile (1-6 volte al giorno) e durano mediamente 20-30 minuti. Nell'ambito del breakthrough pain va distinto il dolore acuto incidente,

scatenato da eventi specifici (es. tosse, cambi di postura, defecazione) e spesso legato alla presenza di metastasi ossee. Nella pratica clinica corrente, una frequenza superiore a 2 episodi al giorno potrebbe indicare la necessità di modificare la terapia analgesica di base.

1.1.2 Scale di valutazione del dolore

Il dolore è uno dei sintomi più comuni nei pazienti oncologici e nonostante la diffusione di linee guida per il trattamento del dolore da cancro vari studi hanno mostrato come il dolore oncologico sia ancora non adeguatamente trattato. Un'adeguata valutazione è considerata un prerequisito essenziale per un appropriato trattamento del dolore. Le scale di valutazioni ad oggi utilizzate sono:

- scale unidimensionali, che misurano esclusivamente l'intensità del dolore come l'analogo visivo (VAS, figura 1), la scala numerica (NRS, figura 1), la scala verbale (VRS, figura 2) e la scala visiva (FPS, figura 1).
- scale multidimensionali, che valutano anche altre dimensioni come la sensoriale-discriminativa, motivazionale, affettiva, cognitivo-valutativa e sono la McGill Pain Questionary o MPQ (Melzack, 1975) e la Brief Pain Inventory-Cleeland (Cleeland, Ryan, 1994).

Figura 1

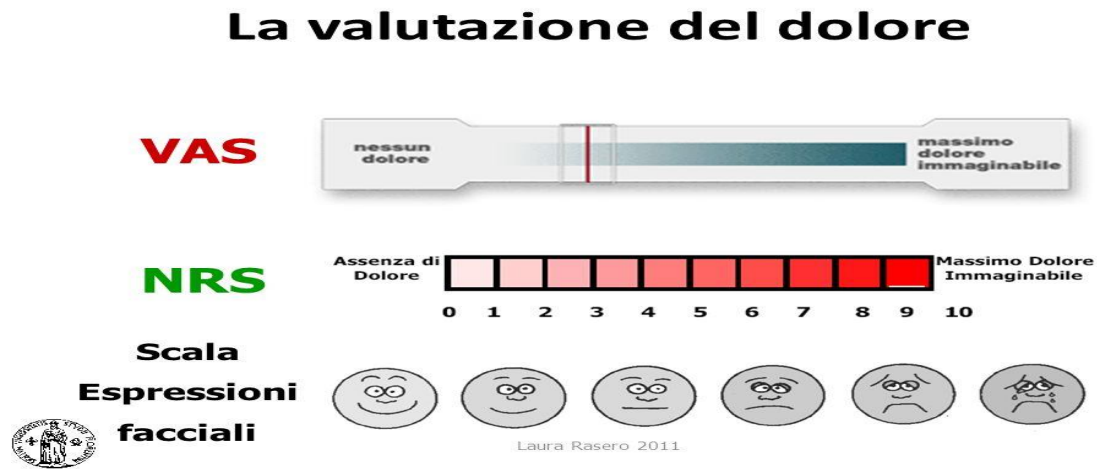
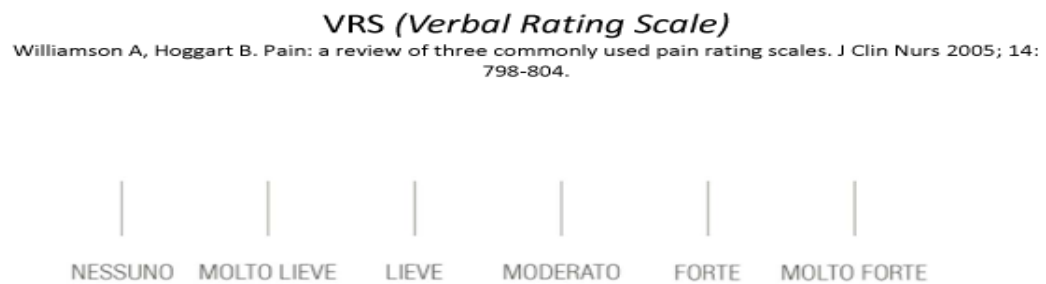


Figura 2



1.1.3 Cenni eziologici

Il dolore oncologico può essere determinato da molteplici cause:

- direttamente dal tumore (infiltrazione tumorale ad ossa ed articolazioni, visceri, tessuti molli, compressione dei tessuti nervosi);
- dalla terapia antineoplastica (chemioterapia, radioterapia, chemio-ormono-immunoterapia, protesi e drenaggi, sindromi neuropatiche post-chirurgiche, radioterapiche, chemioterapiche);

1.2 Trattamenti farmacologici

La strategia terapeutica farmacologica che rimane tuttora utilizzata nel trattamento del dolore da cancro è quella proposta nel 1986 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la cosiddetta Analgesic Ladder. Essa consiste nell'utilizzo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e paracetamolo nel dolore lieve (farmaci del primo gradino), di "oppioidi deboli" per il dolore lieve-moderato (farmaci del secondo gradino) associati o meno a farmaci del primo e "oppioidi forti" per il dolore moderato-severo (farmaci del terzo gradino) sempre più o meno associati a farmaci del primo.

I farmaci vanno somministrati secondo alcune regole semplici e condivise:

- somministrazione ad orari fissi, alla quale va associata necessariamente una previsione di necessità di somministrazione al bisogno;
- per bocca o nella modalità meno invasiva e più accettabile per il paziente, prendono così spazio le formulazioni transdermiche;
- individualizzata (mirare le dosi in base alle caratteristiche del paziente fino alla dose massima efficace);

I farmaci devono essere somministrati in base all'intensità del dolore del paziente e non per forza bisogna "passare" sequenzialmente tutti e tre i gradini, inoltre, la scala prevede che, in ciascun gradino della stessa, ci sia la possibilità d'utilizzare farmaci adiuvanti, in funzione del meccanismo doloroso sottostante.

L'approccio a tre gradini andrebbe inserito in una strategia complessiva che comprenda anche terapie non farmacologiche (oncologiche, anestesilogiche, radioterapiche, fisiatriche e psico-sociali).

1.3 Trattamenti non farmacologici/terapie complementari

Il dolore cronico in pazienti oncologici è dominato da componenti psicologiche, sociali e spirituali (Syrjala et al., 2014) anche quando sono associati a dolore nocicettivo.

Questo comporta una riduzione della qualità di vita, un aumento dei livelli di fatica ed una svalutazione delle attività quotidiane e sociali.

Il trattamento medico standard per il dolore cronico è spesso inadeguato e questo porta i pazienti e i caregivers a cercare approcci diversi nella gestione del dolore. Pertanto, in aggiunta alle opzioni farmacologiche, vengono tentate le opzioni non farmacologiche e i trattamenti complementari per la gestione del dolore.

Anche se gli approcci farmacologici sono considerati il cardine della gestione del dolore oncologico, hanno alcune limitazioni. In primo luogo, il paziente può avvertire gravi effetti collaterali (costipazione e nausea) limitando in tal modo la sua capacità di assumere la terapia. In secondo luogo, anche con farmaci ottimali per il controllo del dolore, i pazienti riferiscono momenti di dolore incontrollato. La “Carta di Parigi contro il cancro” del 2000 ribadisce “il ruolo prioritario del miglioramento della qualità di vita come uno degli obiettivi principali della lotta contro il cancro”. E’ quindi utile una medicina “centrata sul paziente” che integri la dimensione biologica della medicina tradizionale con una prospettiva di integrazione con le terapie di supporto psicofisiomotorie e comportamentali il tutto con il fine di migliorare la qualità della vita delle persone colpite dal cancro.

La terapia non farmacologica e la medicina alternativa e complementare (CAM) mira a trattare la dimensione affettiva, cognitiva, comportamentale e socio-culturale del dolore da cancro, che molto spesso vengono trascurate.

Molti sopravvissuti al cancro utilizzano le terapie CAM in aggiunta al loro trattamento convenzionale per affrontare problemi di salute come dolore ricorrente, insonnia e continuo stress psicologico e riferiscono che cercano le altre terapie o al fine di ottenere un senso di controllo sui sintomi, per migliorare la qualità della vita e rafforzare il sistema immunitario o perché desiderano terapie non farmacologiche per trattare i loro sintomi e sono rimasti insoddisfatti dalle cure mediche convenzionali.

Esiste una vasta gamma di tecniche, alcune delle quali fanno parte del bagaglio della medicina convenzionale, altre fanno parte delle cosiddette terapie non convenzionali o alternative o complementari.

Le principali tecniche non farmacologiche e terapie non convenzionali sono:

- L’agopuntura è una forma di terapia medica basata sulla stimolazione di determinate aree della pelle, per mezzo dell’inserzione di sottili aghi metallici, allo scopo di ristabilire l’equilibrio energetico. Nei malati di cancro l’agopuntura è utile soprattutto per il controllo del dolore, ma anche per ridurre altri effetti collaterali dei trattamenti antitumorali quali edema, nausea, secchezza della bocca spesso presente dopo cicli di radioterapia. Inoltre, l’agopuntura innalza il livello dei globuli bianchi e migliora alcuni disturbi motori.

- Il massaggio terapeutico consiste nella manipolazione dei tessuti molli di tutto il corpo allo scopo di determinare miglioramenti generalizzati della salute, quali rilassamento o miglior sonno, oppure specifici benefici fisici, quali sollievo dal dolore; Le tecniche di massaggio più utilizzate sono:
 - shiatsu: tecnica di origine orientale che attraverso la manipolazione corretta di punti nevralgici del corpo stimola il flusso dell'energia vitale, ripristinando l'equilibrio psico-fisico;
 - agopressione: tecnica che si basa sugli stessi principi dell'agopuntura, ma a differenza di questa si pratica di solito con le dita;
 - ayurvedico: derivato dalla tradizione millenaria della medicina indo-pakistana, mira a ripristinare l'equilibrio tra corpo e mente;
 - riflessologia plantare: tecnica basata sulla stimolazione della pianta del piede in cui, secondo la tradizione orientale, è tracciata la mappa dei vari organi interni.

- TENS: l'elettrostimolazione nervosa per via transcutanea è una tecnica utilizzata per controllare alcune condizioni dolorose. È un metodo che, attraverso l'applicazione di elettrodi a placchette posti sulla cute, permette di esercitare una stimolazione elettrica controllata, a basso voltaggio, sulle grandi fibre nervose periferiche al fine di modularne la trasmissione dello stimolo e alleviarne il dolore;

- La musicoterapia può aiutare a diminuire la nausea e il vomito in pazienti sottoposti a radioterapia e chemioterapia. Tramite una revisione sistematica si è voluto indagare se interventi di musicoterapia potessero migliorare gli esiti psicologici e fisici nei pazienti oncologici: si è visto che gli interventi musicali possono avere effetti benefici su ansia, dolore, umore e qualità della vita (Bradt et al, 2011).

- L'ipnositerapia, argomento che verrà approfondito in seguito, è un trattamento riconosciuto come terapia medica/psicologica/assistenziale, impiegata nelle cure palliative dei malati di cancro e consiste nell'induzione di uno stato di trance per facilitare il rilassamento e migliorare così la suggestionabilità per il trattamento introducendo cambiamenti di tipo comportamentale che attivano

strategie di *coping* utili per affrontare in modo più efficace il cancro (Singh, Chaturvedi, 2015). Il paziente viene, inoltre, educato all'autoipnosi, da professionisti che fungono da facilitatori, che lo aiutano a raggiungere in autonomia uno stato ipnotico rilassato e terapeutico (Kravits, 2013). Anche quando il trattamento non provoca significativo sollievo dal dolore, quasi sempre porta qualche beneficio, come il miglioramento del sonno, un maggiore senso di calma e il benessere, o riduzione dello stress.

CAPITOLO SECONDO

2.1 L'ipnosi: cenni storici

La parola ipnosi, deriva dalla parola greca sonno, è stata coniata da James Braid nel 1841, ma l'uso dell'ipnosi per il controllo del dolore è una pratica terapeutica antica e consolidata. È stata riportata nel Papiro Ebers dagli antichi egiziani, poi utilizzata da popolazioni quali Persiani e Fachiri Indiani che ne diedero un'interpretazione mistica per poi andare in declino nel Medioevo con il sorgere del cristianesimo, essendo erroneamente associata con la stregoneria. Una ripresa d'interesse si è notata nel 19° secolo difatti l'uso documentato dell'ipnosi per la gestione del dolore risale al 1840, quando John Elliotson (1791-1868) ha segnalato l'utilizzo del "sonno magnetico" come anestetico efficace durante l'intervento chirurgico (Elkins, Fisher, Johnson, Sliwinski, 2012).

Nei primi anni del 1950, la British Medical Association ha approvato l'insegnamento dell'ipnosi in tutte le scuole di medicina. 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), si costituì nel 1958 a Milano.

2.2 L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica

L'ipnosi è definita dall'American Psychiatric Association (2004) uno stato mentale naturale, che può dunque svilupparsi anche in maniera spontanea, e uno stato "modificato" di coscienza diverso dagli stati di veglia e di sonno. In questo stato di particolare rilassamento mentale (coscizio e subcoscizio) il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche ed è ricettivo alle suggestioni terapeutiche. Lo stato ipnotico è dunque uno stato fisiologico in cui è possibile influire sulle condizioni emotive, somatiche e viscerali del soggetto, inducendo rassicurazione e tranquillità nel paziente e favorendo la collaborazione e la cura. Questo è possibile farlo tramite l'uso consapevole della comunicazione verbale e non verbale che possono avere un grosso impatto, sia positivo che negativo, sulla persona.

La Comunicazione Ipnotica è dunque una tecnica di comunicazione che applica consapevolmente i meccanismi neurolinguistici, associazione tra processi neurologici, il linguaggio e gli schemi comportamentali, implicati in alcune funzioni della mente ed il principio sulla quale si basa è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini mentali, che modificano il corpo distaccandolo dalla realtà organica ed abbassando temporaneamente lo stato di coscienza. Tramite questa tecnica, instaurando una relazione di fiducia, si guida il paziente nella percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo e ci si avvale dell'azione che le parole hanno a livello neurofisiologico. E' possibile raggiungere uno stato di trance anche senza che sia in atto una modifica dello stato di coscienza ma la relazione di fiducia che si instaura può portare alla realizzazione di uno stato di coscienza particolare, fisiologico e dinamico che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo con la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche grazie al manifestarsi di fenomeni fisicamente evidenti che sono l'espressione della potenza di una immagine.

Una sessione d'ipnosi comprende tipicamente due fasi fondamentali

(Elkins, Fisher, Johnson, Sliwinski, 2012) :

- Induzione: durante questa fase, il terapeuta aiuta il paziente a rilassarsi e può chiedergli di immaginare una scena pacifica che lo aiuti a concentrarsi su ciò che deve essere realizzato durante la sessione e in genere include istruzioni per raggiungere il relax e il benessere.
- Applicazione: durante questa fase, il paziente riceve suggerimenti. Le suggestioni ipnotiche, che sono l'ingrediente chiave dell'ipnosi, sono affermazioni speciali che sono progettate per dare sollievo dai sintomi presi in considerazione.

L'ipnositerapia è un trattamento sicuro ma è *controindicata*: nei casi di pazienti che presentano motivazioni inadeguate, problematiche psichiatriche quali gli stati psicotici poiché, in questi casi, potrebbe addirittura aggravare lo stato psicopatologico.

L'ipnosi trova largamente impiego nella sintomatologia di varie patologie ma si prenderà in esame l'efficacia che ha dimostrato avere per la riduzione di una varietà di forme di dolore (Jensen, 2009).

2.2.1 Cenni neurofisiologici

I siti sovraspinali più comunemente coinvolti nell'esperienza dolorosa sono (DeLeo, 2006) :

- il *talamo*, partecipa alla percezione del dolore attraverso le sue funzioni sensoriali e integrative, esso è un filtro generale della sensibilità e un centro di controllo del dolore;
- l'*insula*, qui viene quantificata e spesso localizzata la sensazione dolorosa;
- la *corteccia somatosensoriale primaria* (S1) e *secondaria* (S2), avviene qui la localizzazione dello stimolo periferico e la valutazione dell'intensità dello stimolo;
- la *corteccia cingolata anteriore* (ACC), considerata un "sistema d'allarme", produce segnali senza che la persona ne sia cosciente, come il dolore, il senso d'inadeguatezza o quella sensazione che si avverte quando "c'è qualcosa che non va";
- la *corteccia prefrontale*, associata alla componente affettiva-emozionale del dolore, così come alla memorizzazione;

Il fatto che così tanti siti, strutture e processi contribuiscano a produrre dolore dà ai professionisti della salute una grande varietà d'interventi tra cui scegliere, tra questi, interventi psicologici che influenzano l'attività corticale (Jensen, 2008).

L'ipnosi, come strumento utilizzato nella relazione terapeutica, è stata esplorata fin dai primi anni sessanta attraverso studi elettroencefalografici (EEG). Guardando i principali ritmi cerebrali, rappresentati dalle onde alfa, beta, teta e delta, l'ipnosi ha potuto distinguersi dalla condizione simile al sonno poiché sono stati rilevati possibili marcatori dello stato ipnotico in alcuni particolari gruppi di onde non presenti durante il sonno profondo. La ricerca ha identificato un modello di attività elettroencefalografica (EEG) del cervello associata con l'ipnosi. In particolare, a seguito di induzioni ipnotiche, la quantità di attività delle onde cerebrali più veloci (ad esempio, onde beta) tende a diminuire, e la quantità di attività cerebrale relativa alle onde lente (ad esempio, le onde alfa) tende ad aumentare (Batty, Bonnington, Tang, Hawken, Gruzelier, 2006).

L'interesse per l'ipnosi non sembra essere costante negli anni ma attualmente è in aumento, probabilmente a causa della conferma data da studi di imaging cerebrale basati sul flusso sanguigno (Dillworth, Mendoza, Jensen, 2012). L'idea alla base di queste tecniche è che le aree più attive riceveranno un maggiore afflusso di sangue e verranno così visualizzate. Questi studi rivelano che il dolore cronico è in gran parte influenzato e può a volte essere il risultato di processi neurofisiologici sovraspinali;

Dunque si ha la prova che l'ipnosi ha influenze osservabili sui processi neurofisiologici associati al dolore (Apkarian, Bushnell, Treede, Zubieta, 2005) e la conferma empirica che l'analgesia ipnotica è efficace per la gestione del dolore cronico (Baker, Buckenmaier, Narine, Compeggie, Brand, Mongan, 2007).

Lo studio di Derbyshire ha dimostrato che i suggerimenti ipnotici per far percepire dolore alla mano a soggetti sani e pazienti, inizialmente, senza dolore portavano ad un aumento dell'attività del talamo, dell'insula, della corteccia parietale, prefrontale e cingolata anteriore (Derbyshire, Whalley, Stenger, Oakley, 2004). Questo studio ha anche mostrato che gli effetti delle suggestioni, su entrambi i gruppi, l'intensità del dolore e l'attivazione cerebrale erano più forti quando le suggestioni erano seguite da un'induzione ipnotica rispetto a quando i partecipanti erano stati invitati semplicemente ad "immaginare" il dolore senza un'induzione ipnotica. La ricerca dimostra anche che è possibile aumentare l'intensità del dolore preesistente (cronico) con suggerimenti, dunque, se le suggestioni ipnotiche possono produrre dolore e l'aumento dell'attività corticale collegata al dolore, possono anche essere in grado di produrre sollievo dal dolore e diminuire l'attività in queste stesse aree cerebrali (Raij TT, Numminen J, Närvänen S, Hiltunen J, Hari R, 2009).

2.2.2 Ipnotizzabilità

L'ipnotizzabilità è stata descritta come misura caratteristica che valuta la capacità di una persona di essere ipnotizzata (Elkins, Barabasz, Council, & Spiegel, 2015). Le differenze di suscettibilità ipnotica, da individuo a individuo, sono state collegate all'efficienza del lobo frontale e quelle persone che sono altamente ipnotizzabili mostrano una dissociazione funzionale di monitoraggio dei conflitti e dei processi di controllo cognitivi (Egner, Jamieson e Gruzelier, 2005).

Una delle caratteristiche più notevoli dell'ipnosi è la differenza individuale nella risposta al suggerimento, dunque l'ipnoterapeuta non dovrà trattar in egual modo ogni paziente che si troverà di fronte ma, al contrario, 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). La misurazione dell'ipnotizzabilità è da tempo riconosciuta come un aspetto importante nella ricerca sull'ipnosi.

La Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, modulo A e B (SHSS: A, B; Weitzenhoffer e Hilgard, 1959) è stata la prima scala utilizzata per misurare l'ipnotizzabilità (Woody e Barnier, 2008). Sono state poi sviluppate 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), che è stata realizzata in modo che fosse più semplice da utilizzare nella pratica, secondo i seguenti criteri:

- la misura dell'ipnotizzabilità deve essere piacevole;
 - i tempi di somministrazione devono essere brevi;
 - si deve disporre di un numero sufficiente di elementi per valutare il basso, moderato, alto e molto alto grado di ipnotizzabilità;
 - deve essere affidabile e valida per l'utilizzo sia in ambito clinico che di laboratorio;
- L'EHS è costituita da 12 elementi e la somministrazione della scala inizia con una induzione ipnotica che include suggerimenti per focalizzare l'attenzione, la chiusura degli occhi, il rilassamento, e l'approfondimento. Il partecipante viene quindi guidato attraverso una serie di suggerimenti ipnotici per le esperienze che vanno da semplici risposte motorie al coinvolgimento dell'immaginazione e all'amnesia post-ipnotica. Gli elementi costitutivi della scala sono somministrati in ordine di progressione di difficoltà nel contesto di una continua seduta ipnotica. Le risposte dei partecipanti agli elementi sono segnate sulla misura della risposta alla suggestione ipnotica data. Un punteggio totale (da 0 a 12) indica il livello di ipnotizzabilità del partecipante.

2.2.3 Autoipnosi

Una declinazione dell'ipnosi è l'autoipnosi, una tecnica di cui il soggetto può servirsi in autonomia per il miglioramento del benessere quotidiano (Jensen, 2009). Per alleviare il dolore cronico attraverso le suggestioni, lo stato ipnotico deve essere spesso indotto nella vita di tutti i giorni. Tuttavia, è praticamente impossibile per un terapeuta indurre

ipnosi più volte al giorno, dunque, l'istruzione all'applicazione dell'autoipnosi è essenziale.

Il trattamento d'ipnosi clinica per i pazienti affetti da cancro può variare da una singola sessione a più sessioni. Nella ricerca, i malati di cancro in genere ricevono circa cinque sessioni o più d'ipnosi clinica, ciascuna delle quali presenta un'induzione ipnotica e l'istruzione all'autoipnosi. La pratica dell'autoipnosi aiuta i pazienti a raggiungere uno stato ipnotico e una sensazione terapeutica di rilassamento.

I professionisti (quali medici, infermieri, psicologi ecc.) fungono da facilitatori dell'autoipnosi, spesso fornendo, ai pazienti, registrazioni audio da utilizzare tra le varie sessioni.

2.3 Rilevanza per la professione infermieristica

L'infermiere è la figura sanitaria che passa più tempo con il paziente dunque ha più possibilità d'interagire con esso, che entrando in ospedale si trova già in uno stato alterato che lo rende più suscettibile alle suggestioni e proprio per questo motivo l'Infermieristica e l'ipnosi possono essere un binomio perfetto (Eslinger, 2009). Gli infermieri formati in ipnosi migliorano notevolmente i risultati e la soddisfazione dei pazienti perché capiscono come utilizzare un linguaggio terapeutico ed è proprio loro responsabilità conoscere la differenza tra una comunicazione negativa e una comunicazione positiva e costruttiva. L'ipnosi può essere considerata come un'estensione dell'assistenza infermieristica poiché l'infermiere creando una relazione di fiducia con il paziente è in grado d'attuare questa strategia terapeutica che permette all'individuo di sperimentare un particolare stato di coscienza grazie al quale è possibile sviluppare ed incrementare le capacità di empowerment. Come disse Florence Nightingale, gli infermieri devono usare le parole per aiutare i pazienti a cambiare i loro pensieri poiché sono ancora lo strumento più potente di cui dispongono.

La differenza con altre modalità comunicative, è nella capacità del professionista di sfruttare in modo consapevole i meccanismi neurolinguistici che coinvolgono alcune funzioni mentali. L'assistenza infermieristica si pone l'obiettivo di sviluppare nel paziente l'autoefficacia, l'autodeterminazione, la stima di sé, facendo emergere risorse latenti e portando l'individuo a riappropriarsi consapevolmente del suo potenziale. La

comunicazione ipnotica rientra tra gli strumenti che gli infermieri possono utilizzare durante l'assistenza per far sì che l'individuo viva un'esperienza di cura in modo originale e appropriato alla ricerca di un maggior benessere psico-fisico che potrà poi prolungarsi a domicilio e nella vita quotidiana.

I riferimenti normativi che permettono l'attuazione di tale pratica sono:

- art. 1 comma 1/2/3 (legge 44/99, fonte normativa DM del 14 settembre 1994, n. 739) del profilo professionale dell'infermiere che gli attribuisce la piena responsabilità per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica, con assunzione quindi della responsabilità dell'intero processo assistenziale dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico.
- art. 34 del codice deontologico che afferma che l'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza e si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari. Viene quindi attribuito all'infermiere un ruolo attivo nel mettere in campo tutte le strategie atte a prevenire e contrastare il dolore e la sofferenza.

L'Infermiere con competenza certificata specifica realizza un'assistenza mirata alla soluzione dei problemi di salute e alla necessità di aiuto alla persona assistita. È proprio in quest'ottica di acquisizione di competenze specifiche e certificate che è indispensabile delineare e sviluppare il percorso formativo necessario all'esercizio autonomo della competenza di comunicazione ipnotica.

Alcune Istituzioni hanno deciso di creare un posto trasversale per l'infermiere ipnoterapeuta poiché gli infermieri sono stati identificati come gli operatori sanitari che hanno la formazione necessaria e l'esperienza per praticare l'ipnosi (Kravits, 2013), ma questa iniziativa è ancora poco diffusa in Italia.

Di fronte ai diversi sintomi vissuti dai pazienti oncologici l'assistenza, offerta dall'infermiere formato in ipnosi, è un supporto prezioso che può essere utilizzato durante la presa in carico del paziente nel caso di pratiche dolorose, di effetti collaterali dati da trattamenti farmacologici e anche per semplici consultazioni. L'attività dell'infermiere ipnoterapeuta è trasversale, di solito divisa in diversi campi d'azione che

comprende pratiche cliniche prioritarie, pedagogiche e di ricerca (Barbier, 2013). I suoi obiettivi per il paziente sono quelli di:

- migliorare il comfort;
- aiutare a capire che si può apprendere i propri sintomi ed agire su di essi;
- migliorare la qualità di vita;
- renderlo autonomo nella gestione dei sintomi (autoipnosi);

Nel 2014 nasce in Italia a Torino la prima Associazione scientifica infermieri esperti in comunicazione ipnotica (ASIECI) con l'obiettivo di formare e di migliorare le competenze specifiche in questo ambito, rendendole azioni di *caring* aggiornate sulla base delle evidenze scientifiche. Questa associazione si propone inoltre di far conoscere e divulgare l'utilizzo corretto dell'ipnosi clinica, per rendere migliore e più efficace il *caring* infermieristico e per mettersi al passo con le realtà assistenziali internazionali. L'Infermiere con competenze specifiche e certificate realizza un'assistenza con l'obiettivo di risolvere i problemi di salute e provvedere ai bisogni dei pazienti assistiti. Per questa ragione è stato indispensabile delineare il percorso formativo necessario all'esercizio autonomo della competenza di comunicazione ipnotica all'interno dell'Ospedale Molinette di Torino.

Il percorso prevede il seguente iter:

- Competenza di base, formazione aziendale in comunicazione ipnotica: permette l'acquisizione delle competenze di base per l'esercizio della comunicazione ipnotica all'interno del proprio servizio per procedure diagnostico-terapeutiche;
- Competenza esperta, corso di formazione esterno post-universitario, non inserito nei piani formativi aziendali che rilascia un attestato di "Operatore sanitario esperto in comunicazione ipnotica" con relativi crediti formativi ECM e permette l'acquisizione di competenze avanzate per l'applicazione della tecnica nel proprio servizio e in altre strutture aziendali.

CAPITOLO TERZO

Materiali e metodi

3.1 Obiettivo di ricerca

L'obiettivo della ricerca è verificare se ci sono possibili ambiti di ricerca sulla comunicazione ipnotica in pazienti affetti da dolore cronico oncologico e far poi emergere questa strategia terapeutica. Tale tecnica potrebbe essere appresa e utilizzata dagli infermieri per dare maggiore qualità all'assistenza.

3.2 Quesito di ricerca

Il dolore cronico che molti pazienti oncologici vivono e devono sopportare può influire in maniera negativa sulla qualità di vita. La comunicazione ipnotica che effetti comporta su livello del dolore e del benessere psico-fisico dei pazienti?

P paziente : Paziente adulto oncologico

I intervento : Comunicazione Ipnotica/Ipnosi clinica

O outcome : Sollievo dal dolore, benessere

3.3 Ricerca e selezione della letteratura

La ricerca della letteratura è stata svolta nelle banche dati PubMed, Cynhal, The Cochrane Library e PsycInfo.

Banche dati di linee guida: www.evidencebasednursing.it

La consultazione dei libri di testo è stata svolta nei libri: Trattato di Cure Infermieristiche (Saiani), Infermieristica Medica-Chirurgica (Brunner), Comunicare con il paziente. La consapevolezza della relazione nella professione infermieristica (Sommaruga M.).

La ricerca di letteratura è stata effettuata dal 03/06/2015 al 17/07/2015.

Nella ricerca nelle banche dati ho utilizzato parole libere e termini MeSH.

I risultati della ricerca sono sintetizzati nella Tabella 1.

Banca dati	Query	Limiti	Articoli
PubMed	“hypnosis” AND “cancer pain”	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 10 years	27
	“hypnosis” AND “pain management”	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 10 years	87
	“nurse” AND “hypnosis”	Humans, Published in the last 10 years	46
	“Nurse’s role” AND “cancer pain”	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 5 years	24
	("Hypnosis"[Mesh] OR neoplasms[mh] AND hypnotherapy) AND ("cancer pain" OR "Pain"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh] OR "Chronic Pain"[Mesh] OR "Pain Perception"[Mesh] OR "Pain, Intractable"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh])	Published in the last 10 years	47
PubMed	("nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Sottotitolo] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR nurse[mh] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Nursing Assessment"[Mesh] OR "Rehabilitation Nursing"[Mesh] OR Nursing Staff, Hospital[mh]) AND ("Hypnosis"[Mesh] OR hypnotherapy) AND ("cancer pain" OR "Pain"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh] OR "Chronic	Published in the last 10 years	24

	Pain"[Mesh] OR "Pain Perception"[Mesh] OR "Pain, Intractable"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh])		
Cochrane	Hypnosis AND cancer pain	Nessuno	4
	Hypnosis AND pain management	Nessuno	13
CINAHL	Hypnosis AND cancer pain	Published in the last 10 years	38
	Hypnosis OR hypnotherapy AND chronic pain AND pain management	Published in the last 10 years	26

3.4 Criteri di selezione del materiale

Combinando i risultati delle stringhe di ricerca si è ottenuto un totale di 336 articoli; Sono stati esclusi 243 articoli poiché non pertinenti, 26 poiché solo marginalmente pertinenti, mentre altri 7 articoli non sono stati considerati perché scritti in lingua non inglese/francese.

Dei 60 articoli residui sono stati letti gli abstract, in base ai quali sono state escluse ulteriori 10 pubblicazioni più altre 4 poiché non presente il full text.

I criteri di selezione sono stati:

- Pertinenza al tema di studio: Ipnositerapia in ambito oncologico, dolore cronico da cancro, neurofisiologia del dolore e dell'ipnosi, nursing care, l'infermiere ipnoterapeuta, QdV , gestione del dolore, supporto psicologico, scale di valutazione del dolore e dell'ipnotizzabilità.
- Lingua: italiano, inglese, francese.
- Tipologia di rivista: preferenze per le riviste relative all'area oncologica clinica, nursing oncologico, psico-oncologia.

- Tipologia di studio: studi sperimentali, studi longitudinali, trial terapeutici, studi revisioni sistematiche.

Complessivamente la revisione di letteratura si è basata su 46 articoli che saranno citati nel testo e riportati nella lista delle referenze finali.

3.4.1 Criteri di inclusione

- pazienti oncologici affetti da dolore cronico
- pazienti di età superiore ai 18 anni
- pazienti motivati con strategie di coping efficace
- pazienti coscienti

3.4.2 Criteri di esclusione

- pazienti pediatrici
- pazienti con problemi cognitivi e psichiatrici
- pazienti in stato di coma
- pazienti con dolore non connesso alla malattia oncologica

3.5 Revisione della letteratura

3.5.1 L'efficacia delle CAM

L'integrazione delle terapie complementari con i trattamenti medici standard possono contribuire ad alleviare il dolore cronico ed a ridurre la necessità di farmaci che, purtroppo, non sempre riescono ad alleviare completamente il dolore (Mao, Palmer, Healy, Desai, Amsterdam, 2011).

Le terapie complementari aggiunte ad un trattamento convenzionale possono aiutare a:

- ridurre o eliminare il dolore cronico;
- ridurre la necessità di farmaci;
- migliorare l'umore;
- migliorare il senso di benessere e ridurre lo stress;
- migliorare la funzionalità e la capacità di eseguire attività della vita quotidiana;
- fornire al paziente un maggiore senso di controllo sulla propria vita.

Nel passato più recente c'è stata una rapida crescita nell'utilizzo delle terapie CAM per i malati di cancro, questo perché il paziente oncologico ha bisogno di un approccio olistico che preservi anche la qualità della vita (Singh, Chaturvedi, 2015).

3.5.2 Ipnosi e dolore cronico oncologico

Negli ultimi dieci anni c'è stato un aumento nella comprensione delle componenti neurofisiologiche del dolore, che spesso pazienti oncologici si trovano ad affrontare. Sono stati eseguiti studi clinici randomizzati, test sull'efficacia dei trattamenti ipnotici per il dolore cronico e ricerca in laboratorio degli effetti dell'ipnosi sui processi neurofisiologici implicati nel dolore. Il lavoro svolto in questi settori non solo ha dimostrato l'efficacia dell'ipnosi per il trattamento del dolore cronico, ma sta cominciando a far luce su processi neurofisiologici che possono giocare un ruolo nella sua efficacia (Dillworth, Mendoza, Jensen, 2012). Il trattamento del dolore non può concentrarsi esclusivamente sulla sensazione di dolore stesso (ad esempio, l'intensità del dolore), ma deve anche considerare l'affettività (per esempio, la sofferenza emotiva), la sfera cognitiva (ad esempio, le credenze sul dolore) e comportamentale (ad esempio, l'inattività) risposte che hanno un impatto forte sull'esperienza del dolore. Quindi, vi è la necessità di offrire trattamenti per il dolore cronico che possono interessare uno o tutti i componenti della esperienza del dolore non limitandosi solo al trattamento standard che prevede l'utilizzo di farmaci antinfiammatori non steroidei per trattare il dolore lieve e gli analgesici oppioidi per il dolore moderato-severo (Jin-Seong, Young Don, 2012).

In oncologia, l'ipnosi può essere dunque utilizzata come trattamento non farmacologico integrativo per alleviare il dolore, l'ansia e gli effetti secondari della chemioterapia (Deng, 2005) e a sostegno di questo si trova una meta analisi di 18 studi

(Montgomery, DuHamel, Redd, 2000) che rivela l'effetto analgesico della tecnica ipnoterapica per la gestione del dolore.

Studi clinici sull'ipnosi (Jensen, Patterson, 2014) hanno mostrato che la maggioranza dei partecipanti è stata soddisfatta del trattamento ipnotico che si abbia o meno sperimentato sollievo dal dolore.

Recenti studi (Jensen, 2009), anche di follow-up, segnalano che molti individui che praticano l'autoipnosi hanno ottenuto riduzioni clinicamente significative dell'intensità del dolore quotidiano.

3.5.3 Ipnosi e Infermieristica

L'assistenza infermieristica è basata sul rapporto con il paziente, sulla relazione terapeutica e la fiducia, tutti elementi essenziali che rendono l'infermiere la figura professionale più idonea ad essere addestrata per utilizzare l'ipnositerapia (Eslinger, 2009). Il ruolo dell'infermiere ipnoterapeuta, difatti, è proprio quello di creare un'alleanza terapeutica per aiutare il paziente a mobilitare le proprie risorse interiori, spesso non conosciute ed ignorate, per risolvere e gestire i sintomi/problemi tra i quali il dolore (Barbier, 2013).

3.6 Sintesi della letteratura

In sintesi, la letteratura consultata sottolinea i seguenti aspetti:

- Il dolore cronico modifica la qualità di vita dei pazienti affetti da cancro.
- Il dolore cronico oncologico è multidimensionale e come tale deve essere trattato.
- L'ipnositerapia è una valida terapia integrativa per la riduzione del dolore cronico oncologico e per la gestione individuale della sintomatologia dolorosa.
- L'ipnositerapia può essere un'estensione dell'assistenza infermieristica e può essere dunque applicata dall'infermiere che provvederà anche ad educare il paziente all'autonomia.

CAPITOLO QUARTO

Risultati

I risultati sono sintetizzati nella tabella 2.

Titolo, autore, anno e rivista.	Obiettivo e disegno dello studio.	Setting e popolazione dello studio.	Metodi	Risultati	Conclusioni
1) Teike Luethi F, Currat T, Spencer B, Jayet N, Cantin B. (2012). Hypnosis as a resource in palliative care. A qualitative study of the contribution of hypnosis to the care oncology patients. Recherche en soins infirmiers	Questo studio qualitativo si propone di esplorare il contributo delle sessioni di ipnosi con i pazienti in fase avanzata della loro malattia oncologica.	37 pazienti in radioterapia oncologica ambulatoriale, 14 reclutati con dolore connesso alla malattia oncologica superiore a 4- 7/10, con più di 18 anni e stato cognitivo non deteriorato.	Non assunzione di farmaci 2 ore prima delle sedute che variano dalle 3 alle 5 a settimana della durata di 20-50 minuti, con lo stesso ipnoterapeuta.	I risultati osservati sono stati rapidi. 2 pazienti hanno richiesto di continuare per tutto il trattamenti radioterapico le sedute, 11 hanno continuato in autonomia e 1 si è ritirato.	Lo studio mostra che l'ipnosi è una terapia efficace ed efficiente per sviluppare strategie di coping nei malati oncologici.

Titolo, autore, anno e rivista.	Obiettivo e disegno dello studio.	Setting e popolazione dello studio.	Metodi	Risultati	Conclusioni
2) Jensen MP, Gralow JR, Braden A, Gertz KJ, Fann JR, Syrjala KL. (2012). Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: A Pilot Study. The International journal of clinical and experimental hypnosis.	Esplorare la possibilità che la formazione in autoipno possa ridurre la frequenza o i problemi correlati alla gravità del dolore.	8 donne in fase di trattamento del cancro al seno o che sono sopravvissute al cancro al seno, età media 58,5 anni (range = 46-65). Quattro delle partecipanti sono in trattamento attivo per il cancro, le altre 4 lo hanno completato. 3 sono trattate per altri sintomi.	Il protocollo di intervento consiste in quattro-cinque sedute di formazione di autoipnosi per la gestione dei sintomi. In seguito, ci sono le suggestioni ipnotiche con suggerimenti volti al rilassamento e alla riduzione del sintomo.	Diminuzione del dolore nel post-trattamento, dopo 1-3 mesi a 1 donna diminuisce ancora, a 3 rimane invariato, ad 1 aumenta, dopo 6 mesi tutti hanno un punteggio inferiore a quello basale, 2 non riferiscono dolore.	I risultati forniscono il supporto per la potenziale efficacia della formazione in autoipnosi per la gestione di fastidiosi sintomi comunemente riportati da donne che sono in trattamento per al cancro o che sono sopravvissute.

Titolo, autore, anno e rivista.	Obiettivo e disegno dello studio.	Setting e popolazione dello studio.	Metodi	Risultati	Conclusioni
3) Nash MR, Tasso A. (2010). The effectiveness of hypnosis in reducing pain and suffering among women with metastatic breast cancer and among women with temporomandibular disorder. The international journal of clinical and experimental hypnosis.	Questo studio randomizzato vuole esaminare se dopo un anno di ipnoterapia (con l'istruzione all'autoipnosi) si riduce il dolore tra pazienti con carcinoma mammario in metastasi.	124 donne totali di cui 63 assegnate alle terapie con ipnosi e le restanti 61 al gruppo di terapie standard.	L'intervento ipnoterapico è stata effettuato una volta a settimana per 90 minuti per la durata di 1 anno.	L'intervento ha rallentato l'aumento del dolore riferito dalle pazienti durante il periodo di trattamento ipnotico, rispetto al gruppo di controllo.	L'ipnosi può beneficiare alle pazienti affette da dolore provocato dal cancro in metastasi.
4) Spiegel D, Bloom JR, (1983). Group Therapy and Hypnosis Reduce Metastatic Breast Carcinoma Pain. Psychosomatic Medicine	Dimostrare l'efficacia di questo approccio per aiutare le donne a guadagnare una maggiore padronanza del dolore associato al carcinoma metastatico	Di 109 donne affette da cancro alla mammella infine sono stati fatti 2 gruppi: uno con cure standard (n=24) e uno	Sedute ambulatoriale di 90 minuti più formazione per l'autoipnosi.	Coloro che hanno ricevuto la formazione di auto-ipnosi, hanno mostrato in modo significativo meno dolore	L'ipnosi può aiutare, oltre che per contrastare il dolore, per affrontare al meglio la progressione della malattia.

Titolo, autore, anno e rivista.	Obiettivo e disegno dello studio.	Setting e popolazione dello studio.	Metodi	Risultati	Conclusioni
		con un supporto settimanale per 12 mesi (n=30).		nel corso dell'anno rispetto a quelle del gruppo di controllo.	
5) Cramer H, Lauche R, Paul A, Langhorst J, Kümmel S, Dobos GJ. (2015). Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled trials. Integrative cancer therapies	Lo scopo di questa revisione è stato quello di valutare sistematicamente l'efficacia dell'ipnosi nelle donne con cancro al seno.	Donne con cancro al seno, sopravvissute alla patologia e donne sottoposte a biopsia mammaria diagnostica.	Revisione sistematica effettuata su PubMed, Scopus, Cochrane Library, PsycINFO, e CAMBASE fino a febbraio 2014. Sono stati inclusi tredici RCT con 1357 pazienti.	Tre RCT su donne con cancro al seno metastatico hanno riscontrato effetti positivi sul dolore e sulla angoscia.	Questa revisione sistematica ha trovato prove promettenti per l'efficacia dell' ipnosi come intervento/trattamento dei sintomi del cancro al seno.
6) Singh P, Chaturvedi A. (2015) Complementary and alternative medicine in cancer pain management: a systematic review.	L'obbiettivo di questa revisione è far conoscere gli approcci di terapie complementari e alternative per il dolore da cancro e	Malati terminali con cancro avanzato.	Revisione che analizza di 27 articoli composti da RCT, studi osservazionali, questionari	I pazienti dimostrano una riduzione del dolore fino al 75%.	La qualità di vita di un malato di cancro può essere efficacemente migliorata con

Titolo, autore, anno e rivista.	Obiettivo e disegno dello studio.	Setting e popolazione dello studio.	Metodi	Risultati	Conclusioni
Indian journal of palliative care	il suo impatto nel migliorare la qualità di vita dei malati di cancro		retrospettivi e 24 casi report.		La combinazione di terapie farmacologiche terapie complementari tra le quali l'ipnosi.
7) Jensen MP, Patterson DR, (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. The American psychologist	Questa revisione vuole mettere in evidenza l'utilità dell'uso dell'ipnosi nell'ambito clinico e nei pazienti con dolore cronico.	Un totale di 124 pazienti con dolore cronico.	Revisione che analizza 4 studi randomizzati.	Il tasso di risposta positiva varia dal 22% al 60% dei pazienti con una diminuzione del dolore di più o meno il 30%.	L'ipnosi è efficace per ridurre l'intensità del dolore cronico ma vi è una notevole variazione individuale nell'esito.
8) Elkins G, Fisher W, Johnson A, Sliwinski J, (2012). Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. Oncology	Questa revisione vuole evidenziare la rilevanza clinica dei risultati sull'uso dell'ipnosi per il dolore cronico e presenta le questioni dovrebbero essere	Pazienti con dolore cronico tra cui quello oncologico.	Revisione sistematica che analizza 5 studi randomizzati di cui 2 su pazienti con cancro avanzato e dolore cronico.	I gruppi a cui è stata aggiunta l'ipnosi ha avuto una significativa diminuzione del dolore.	L'ipnosi clinica è una valida opzione per i malati di cancro, che, una volta addestrati per l'auto-ipnosi, possono

Titolo, autore, anno e rivista.	Obiettivo e disegno dello studio.	Setting e popolazione dello studio.	Metodi	Risultati	Conclusioni
	prese in considerazione in un futuro lavoro clinico e teorico.				impiegarla per gestire i sintomi.
9) Elkins G, Johnson A, Fisher W, (2012) Cognitive hypnotherapy for pain management. The American journal of clinical hypnosis	Sostenere l'efficacia della ipnositerapia cognitiva per la gestione del dolore.	Pazienti con dolore cronico da cancro, osteoartrite, anemia falciforme, disordine temporo-mandibolare, fibromialgia, dolore toracico non cardiaco.	Revisione sistematica con particolare attenzione a 16 studi randomizzati e controllati di cui 2 sul dolore oncologico.	I pazienti che hanno ricevuto l'ipnosi hanno segnalato meno aumento del dolore nel tempo.	La ricerca è di supporto all'ipnosi come intervento aggiuntivo per la gestione del dolore.
10) Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP. (2012). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. Translational behavioral medicine	Descrivere i processi neurofisiologici che stanno alla base del dolore e far conoscere i risultati della ricerca sull'ipnosi per il dolore cronico.	Pazienti con dolore cronico.	Revisione sistematica che analizza studi clinici randomizzati, test sull'efficacia dei trattamenti ipnotici per il dolore cronico, e la ricerca in	I pazienti degli studi analizzati mostrano una significativa riduzione del dolore medio giornaliero con l'utilizzo dell'ipnosi e della	Il lavoro svolto in questi settori ha dimostrato l'efficacia dell'ipnosi per il trattamento del dolore cronico.

Titolo, autore, anno e rivista.	Obiettivo e disegno dello studio.	Setting e popolazione dello studio.	Metodi	Risultati	Conclusioni
			laboratorio degli effetti dell'ipnosi sui processi neurofisiologici implicati nel dolore.	autoipnosi.	
11) Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. (2007). Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. The International journal of clinical and experimental hypnosis.	Lo scopo di questa revisione è quello di valutare l'efficacia della ipnosi per il trattamento del dolore cronico.	Pazienti con problemi di dolore cronico tra cui quello da cancro.	Questa revisione analizza 13 studi randomizzati tra cui 2 correlati al cancro che esaminano un gruppo di controllo e un gruppo con l'aggiunta della ipnosi.	L'intervento ipnotico è risultato essere significativamente più efficace della condizione di controllo nel ridurre il dolore nei pazienti oncologici.	L'attuale revisione indica che gli interventi ipnotici per il dolore cronico hanno portato una significativa riduzione del dolore che può essere mantenuta per diversi mesi.
12) Tschugguel W. (2007). Hypnotherapy in a Cancer Patient. Breast Care	L'efficacia dell'ipnositerapia in una paziente oncologica.	Paziente di 43 anni con cancro al seno e metastasi al fegato.	Case-report	Una singola sessione di 35 minuti di ipnoterapia è stata eseguita e ciò	Una singola sessione di ipnoterapia è stata efficace nel motivare una malata

				ha provocato il buon umore, la voglia di alzarsi dal letto e di muoversi.	terminale a reagire alla malattia.
--	--	--	--	---	------------------------------------

4.1 Commento agli articoli:

Sono stati selezionati 12 articoli pubblicati negli ultimi 10 anni. Gli studi randomizzati sono 4. Sono stati randomizzati cumulativamente 200 pazienti di età superiore ai 18 anni tutti con diagnosi di patologia oncologica in metastasi e dolore cronico correlato alla malattia neoplastica.

Il primo studio recluta 37 pazienti e ne include infine 14 (11 donne tra i 40 e i 78 anni, 3 uomini tra i 39 e i 49) in ambulatorio radioterapico con dolore persistente da 4 a 7 secondo la scala numerica (NRS), tra Marzo 2008 e Agosto 2009. I pazienti hanno accettato di non assumere farmaci analgesici entro 2 ore prima delle sedute che sono state effettuate 1-2 volte a settimana per una durata di 40-50 minuti. Sono state effettuate delle interviste 1 e 3 settimane dopo l'ultima seduta d'ipnosi e le risposte sono state scritte e registrate.

Nello studio (Jensen, Gralow, Braden, Gertz, Fann, Syrjala, 2012) vengono reclutate 8 donne di cui 4 in trattamento per cancro al seno e le restanti 4 sopravvissute ma che presentano ancora sintomi correlati alla patologia tra cui il dolore. L'età media delle pazienti è di 58,5 anni e tutte sono reduci da un intervento chirurgico, 7 dalla radioterapia e 5 dalla chemioterapia. L'intervento consisteva in 4-5 sedute di formazione all'autoipnosi, per la gestione dei sintomi, somministrate settimanalmente. Le pazienti sono state valutate pre-trattamento e post-trattamento dopo 1, 3, 6 mesi.

Il terzo studio recluta 124 donne con carcinoma mammario metastatico, 63 di queste sono state trattate con la terapia standard mentre le altre 61 ricevono sedute ipnotiche più la formazione per l'autoipnosi per 1 anno, sono state successivamente valutate e scritte le risposte al trattamento.

Il quarto studio recluta 109 donne con carcinoma mammario e nello studio ne include 54, 24 vengono assegnate al gruppo con trattamento standard, 24 vengono trattate aggiungendo l'ipnosi e a 6 viene data anche la formazione per l'autoipnosi. Le donne hanno un'età media di 54 anni e l'intervento ipnotico è stato fornito 1 volta a settimana per 90 minuti per 1 anno durante il quale sono state valutate ogni 4 mesi.

Le 7 revisioni analizzate mostrano i risultati di studi randomizzati, case-report, studi osservazionali e questionari riportando ciò che è presente in letteratura sulla comunicazione ipnotica e ciò che è legato ad essa quale i meccanismi alla base del dolore cronico, la correlazione di quest'ultimo con l'ipnosi, la formazione all'autoipnosi e le terapie complementari.

E' stato riportato 1 case-report che descrive i cambiamenti subiti da una paziente oncologica in seguito al trattamento aggiuntivo ipnoterapico.

CAPITOLO QUINTO

Discussione

5.1 Interpretazione critica dei risultati

Sono stati riportati nella tabella 2 gli studi più importanti per la stesura di questa tesi, tra i quali uno studio randomizzato poco recente (Spiegel, Bloom, 1983) ma di significativa rilevanza poiché il primo studio prospettico nella storia citato in quasi tutte le revisioni della letteratura. Questa indagine mostra che durante l'anno di trattamento il gruppo sperimentale ha rilevato meno dolore, ma terminato questo le valutazioni finali erano pressoché simili ai valori basali pre-trattamento in entrambi i gruppi, fatta eccezione per due casi. Di particolare importanza sono i 6 pazienti che hanno ricevuto anche la formazione per l'autoipnosi, essi hanno mostrato di essere in grado di controllare la loro esperienza del dolore in modo tale che il suo effetto complessivo diminuisca. Queste tecniche non sono solo un modo per vivere con meno inquietudine il dolore ma sono anche un mezzo per affrontare con maggiore padronanza il progredire della patologia. Un altro studio randomizzato (Nash, Tasso, 2010) arriva alle medesime conclusioni affermando che nel gruppo sperimentale composto da 61 donne l'intervento ha rallentato l'aumento del dolore riferito durante il periodo di trattamento di 12 mesi. Un altro studio (Teike et al., 2012) afferma che tutti i pazienti facenti parte all'indagine nell'intervista finale hanno dichiarato d'aver provato meno dolore, d'aver ritrovato le energie interiori, d'aver vissuto momenti di benessere facilmente riproducibili tramite la formazione in autoipnosi (Jensen et al., 2012) e altre sensazioni di pace che promuovono l'empowerment come strategia importante per il controllo della qualità di vita.

Lo studio sulle CAM/trattamenti non farmacologici conclude (Singh, Chaturvedi, 2015) affermando che i malati di cancro temono più il dolore che la morte e per questo motivo sono alla ricerca di terapie complementari/integrative, da abbinare alla terapia farmacologica, che si sono rivelate efficaci. Tra queste vi è l'ipnosi che aiuta ad affrontare il cancro con maggiore controllo ed efficienza come mostrano i 27 studi analizzati da questa revisione. Tutti gli RTC e le revisioni riportate in tabella e nel testo

riportano le medesime conclusioni, l'esperienza del dolore cronico è legata all'attività sovraspinale del sistema nervoso, come precedentemente descritto, (Apkarian, Bushnell, Treede, Zubieta, 2005; Dillworth, Mendoza, Jensen, 2012) e l'ipnosi può avere effetti diretti su questi siti (Baker et al., 2007). La reazione alle suggestioni ipnotiche sono varie e individuali come lo è la reazione al dolore, la parte psicologica gioca un ruolo di grande importanza nell'esperienza dolorosa (Porter, Keefe, 2011) ed i pazienti hanno bisogno d'essere trattati anche da questo punto di vista. La figura più adatta per essere formata ad utilizzare tale tecnica comunicativa risulta essere l'infermiere, che passa molto tempo con i malati, valuta il dolore, tramite le relative scale, lo stato motivazionale e le abilità di coping che il soggetto si trova ad avere in quel momento particolare di vita e agisce di conseguenza affinché il paziente si senta meglio (Eslinger, 2009). L'infermiere ipnoterapeuta attiva dunque un trattamento complementare che dà benefici sia fisici che psicologici (Barbier, 2013). Altro punto chiave dei vari studi di letteratura è la formazione/educazione all'autoipnosi che risulta efficace per la riduzione dei sintomi e che può essere praticata autonomamente dal paziente (Jensen, Patterson, 2014). L'ipotesi iniziale è stata dunque confermata dai risultati di tutti gli studi presi in considerazione.

5.2 Implicazioni per la pratica

L'ipnosi è stata notevolmente sottoutilizzata come trattamento e dovrebbe essere presa in considerazione per offrire un'opzione di trattamento per pazienti con dolore cronico. Inoltre, l'ipnosi è quasi sempre un approccio senza effetti collaterali negativi. Sarebbe opportuno sollecitare i professionisti della salute che lavorano con pazienti con dolore cronico alla formazione in comunicazione ipnotica per poterla incorporare alla pratica. L'argomento trattato potrebbe essere d'interesse per la pratica clinica poiché se fosse messa in luce tale strategia terapeutica e fosse appresa e utilizzata da più infermieri, tramite iter prestabilito, ci sarebbe un risvolto positivo per i pazienti oncologici in cerca di una terapia complementare/integrativa direttamente in ospedale offrendo così un supporto multidimensionale ai malati di cancro. L'assistenza infermieristica s'arricchirebbe di un valore aggiunto e l'infermiere avrebbe delle competenze maggiori da offrire aiutando ed educando i pazienti alla gestione dei sintomi dolorosi.

5.3 Ulteriori spunti di ricerca

Si è notato come l'ipnosi possa essere efficace nel contribuire a migliorare la qualità di vita delle persone malate di cancro eppure gli studi randomizzati condotti sono pochi e con un numero di pazienti coinvolti piuttosto ridotto. La ricerca dovrebbe quindi continuare ad analizzare tale strategia terapeutica per ampliarne la diffusione e renderla più supportata da evidenze scientifiche con campioni di pazienti più grandi, con confronti o integrazioni con altre terapie, con diversi tipi di patologia oncologica per poter portare idee e strategie innovative nel ramo oncologico, avere rinforzi positivi degli studi già presenti e averne di nuovi e poter così agire con maggior rigosità scientifica.

5.4 Conclusione

Riguardo l'obiettivo della revisione è emerso dalla letteratura che l'ipnosi è un intervento poco sviluppato, ma molto promettente che può aiutare a placare il dolore oncologico. I risultati degli studi clinici randomizzati indicano che l'ipnosi e la formazione in autoipnosi sono efficaci per ridurre l'intensità del dolore cronico, ma che vi è anche una notevole variazione individuale negli esiti. E' inoltre importante sottolineare che l'ipnosi non ha effetti collaterali negativi, in effetti, dopo il trattamento ipnotico la maggior parte dei pazienti ha riportato di provare un maggior senso di benessere, di controllo, del sonno e una maggiore soddisfazione per la vita, indipendentemente dal fatto che essi riportino riduzione del dolore. Una recente rinascita d'interesse per l'ipnosi può essere compresa, almeno in parte, dal fatto che è stata resa evidente la correlazione tra il dolore cronico e l'attività sovraspinale del sistema nervoso centrale, e tra l'ipnosi e gli stessi siti sovraspinali, ma non è ancora chiaro il "perché" l'ipnosi, con le sue varie componenti, possa portare beneficio nella vita di un paziente oncologico, si auspicano dunque continue ricerche scientifiche e sviluppi teorici.

BIBLIOGRAFIA

- Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, Zubieta JK, (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European journal of pain*, 9(4), 463-84.
- Baker BC, Buckenmaier C, Narine N, Compeggie ME, Brand GJ, Mongan PD (2007). Battlefield anesthesia: advances in patient care and pain management. *Anesthesiology clinics*, 25(1), 131-45.
- Barabasz A, Perez N (2007). Salient findings: hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis. *The international journal of clinical and experimental hypnosis*. (55)3, 372-9.
- Barbier E. (2013). The nurse hypnotherapist in oncology. *Soins, la revue de référence infirmière*, (776), 46-8.
- Batty MJ, Bonnington S, Tang BK, Hawken MB, Gruzelier JH (2006). Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis. *Brain research bulletin*, 71(1-3), 83-90.
- Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(8).
- Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, De Conno F. (2002). Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care. *Journal of Pain Symptom Management*, 23(3), 239–255.
- Casey G. (2011). Pain: the fifth vital. *Nursing New Zealand*, 17(5), 24-9.
- Cleeland CS, Ryan KM. (1994) Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129-38.
- Cramer H, Lauche R, Paul A, Langhorst J, Kümmel S, Dobos GJ. (2015). Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled

trials. Integrative cancer therapies, 14(1), 5-15.

- DeLeo JA. (2006). Basic science of pain. The journal of bone and joint surgery. American volume, 88(2), 58-62.
- Deng G, Cassileth BR. (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. CA: a cancer journal of clinicians, 55(2), 109-16.
- Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. Neuroimage, 23(1), 392-401.
- Dillworth T, Mendoza ME, Jensen MP. (2012). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. Translational behavioral medicine, 2(1), 65-72.
- D’Orazio L. (2007). Fisiopatologia del dolore oncologico e tecniche di terapia antalgica.
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini. Disponibile in:
http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/ditro/documenti/mat_didattico_5.pdf
Ultimo accesso: 24/07/15.
- Egner T, Jamieson G, Gruzelier J. (2005). Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. Neuroimage, 27(4), 969-78.
- Elkins GR, Fisher W, Johnson AJ, Sliwinski J. (2012) Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. Oncology (NY), (8), 26-30.
Elkins GR, Johnson AK, Johnson AJ, Sliwinski J. (2015). Factor analysis of the Elkins Hypnotizability Scale. The International journal of clinical and experimental hypnosis, 63(3), 335-45.
Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. (2015) Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. The American journal of clinical hypnosis, 57(4), 378-85.
Elkins GR, Fisher W, Johnson AJ, Sliwinski J. (2012).
Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. Oncology (NY), (8), 26-30.

- Elkins GR, Johnson A, Fisher W. (2012). Cognitive hypnotherapy for pain management. *The American journal of clinical hypnosis*, 54(4), 294-310.
- Elkins GR, Jensen MP, Patterson DR. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *The international journal of clinical and experimental hypnosis*, 55(3), 275-87.
- Eslinger R. (2009). Nursing and hypnosis-a perfect combination. *Beginnings (American Holistic Nurses Association)*, 29(1), 10-2.
 - Fornara C. (2008). Fisiopatologia del dolore cronico. U.F. Neurologia e NeuroFisiopatologia Policlinico I.R.C.C.S. Multimedica Milano Sesto San Giovanni
 - Hoefl F, Gabrieli JD, Whitfield-Gabrieli S, Haas BW, Bammer R, Menon V, Spiegel D. (2012). Functional Brain Basis of Hypnotizability. *Archives of general psychiatry*, 69(10), 1064-72.
 - Jensen MP, Patterson DR. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *The American psychologist*, 69(2), 167-77.
- Jensen MP, Gralow JR, Braden A, Gertz KJ, Fann JR, Syrjala KL. (2012). Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: a pilot study. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 60(2), 135-59.
- Jensen MP. (2009). Hypnosis for chronic pain management: a new hope. *Pain*, 146(3), 235-7.
- Jensen MP. (2008). The neurophysiology of pain perception and hypnotic analgesia: implications for clinical practice. *The American journal of clinical hypnosis*, 51(2), 123-48.
- Jin-Seong Lee, Young Don Pyun. (2012). Use of Hypnosis in the Treatment of Pain. *The Korean journal of pain*, 25(2), 75-80.
 - Keefe FJ. (1982) Behavioral assessment and treatment of chronic pain: current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 896-911.

- Kravits K. (2013) Hypnosis: Adjunct Therapy for Cancer Pain Management. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 4(2), 83-8
- Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. (2011) Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399-404.
- Mahfudh SS. (2011). Nurse's role in controlling cancer pain. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 146-8.
- Mao JJ, Palmer CS, Healy KE, Desai K, Amsterdam J. J (2011). Complementary and Alternative Medicine Use among Cancer Survivors: a Population-Based Study. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 5(1), 8-17.
- Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-99.
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis?. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 48(2), 138-53.
- Nash MR, Tasso A. (2010). The effectiveness of hypnosis in reducing pain and suffering among women with metastatic breast cancer and among women with temporomandibular disorder. *The international journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(4), 497-504.
- Porter LS, Keefe FJ. (2011). Psychosocial issues in cancer pain. *Current pain and headache reports*, 15(4), 263-70.
- Rajj TT, Numminen J, Närvänen S, Hiltunen J, Hari R. (2009). Strength of prefrontal activation predicts intensity of suggestion-induced pain. *Human brain mapping*, 30(9), 2890-7.
- Regione autonoma Sardegna. (2008). Linee guida per il trattamento del dolore oncologico.
- 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

- Spiegel D, Bloom JR. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic medicine*, 45(4), 333-9.
- Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. (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.
- Teike Luethi F, Currat T, Spencer B, Jayet N, Cantin B. (2012). 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.
- Tschugguel W. (2007). Hypnotherapy in a Cancer Patient. *Breast Care*, (2), 203-207.
- Woody, E. Z., Barnier, A. J. (2008). Hypnosis scales for the twenty-first century: What do we need and how should we use them?. *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research, and practice*, 255–281.

SITOGRAFIA

- www.iasp-pain.org (ultimo accesso 27/08/2015)
- www.aiom.it (ultimo accesso 02/08/2015)
- www.amisi.it (ultimo accesso 08/09/15)
- www.asch.net (ultimo accesso 22/08/15)
- www.asieci.it (ultimo accesso 19/08/15)
- www.ceveas.it (ultimo accesso 01/08/2015)
- www.ciics.it (ultimo accesso 11/10/2015)
- www.ericksoninstitute.it (ultimo accesso 19/08/15)
- www.hypnosis tools.com (ultimo accesso 17/08/15)
- www.iasp-pain.org (ultimo accesso 24/07/2015)
- www.sceh.us (ultimo accesso 17/08/15)

