

*SCUOLA POST-UNIVERSITARIA
DI
IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE*

C.I.I.C.S.

**Fondatore Prof. Franco Granone
Presidente Prof. Antonio Maria La Penta**

Anno Accademico 2011

**INDAGINE SUL POSSIBILE SINERGISMO TRA IPNOSI E AGOPUNTURA
CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL SINTOMO DOLORE**

Relatore

Dr Angelo Gonella

Candidato

Dr Alessandro Faelli

INDICE

Introduzione, pg 1.

L'agopuntura, pg 3.

L'ipnosi, pg 13.

L'analgesia ipnotica e quella con agopuntura si basano su meccanismi diversi, pg 24.

Dolore, agopuntura e ipnosi, pg 28.

L'utilizzo combinato dell'agopuntura e dell'ipnosi – analisi della letteratura, pg 33.

Le basi teoriche per un potenziale sinergismo tra le due metodiche, pg 36.

Agopuntura ed ipnosi – considerazioni pratiche, pg 43.

Conclusioni, pg 45.

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questo scritto e' di esaminare quanto offre la letteratura nell'ambito del trattamento combinato dell'agopuntura e dell'ipnosi e nel contempo di analizzare i presupposti teorici alla base di questa combinazione terapeutica.

L'agopuntura e l'ipnosi sono due metodiche apparentemente distanti tra loro, ed infatti nei principali testi di medicina tradizionale cinese quello che puo' essere identificato come "stato ipnotico" non compare quasi mai, e nelle teorie sull'ipnosi non vi e' alcun riferimento al concetto di squilibrio energetico o ai meridiani.

Entrambe le metodiche hanno avuto origine nella notte dei tempi ed entrambe hanno guadagnato crescente attenzione da parte della medicina occidentale nel corso degli ultimi anni. Entrambe sono a volte viste come una "extrema ratio" per patologie per lo piu' di tipo cronico, trattabili con difficolta' o a prezzo di notevoli effetti collaterali dalla medicina occidentale.

Quasi sempre, quando il paziente desidera ricevere entrambe le modalita' di trattamento, queste vengono somministrate in tempi e contesti diversi, ovvero da professionisti diversi. Tuttavia la separazione tra queste due modalita' terapeutiche potrebbe costituire uno "spreco" perche' esse presentano, almeno da un punto di vista teorico, la possibilita' di una azione additiva se non sinergica. La somministrazione di entrambe contemporaneamente, da parte di uno stesso operatore, non costituisce un ostacolo dal punto di vista pratico. Anzi, l'ipnosi in modo particolare, come metodica in se, risulta estremamente flessibile e ben si presta ad essere utilizzata assieme ad altre metodiche con finalita' terapeutiche, in quanto non richiede l'utilizzo di strumenti o attivita' fisica da parte dell'operatore.

Dal punto di vista dell'agopuntore l'ipnosi potrebbe iniziare in modo non formale da quando il paziente entra nello studio, oppure in modo formale o meno prima del posizionamento degli aghi oppure dopo, ed

essere portata avanti per tutto il tempo in cui gli aghi sono in posizione sul paziente (tipicamente per un tempo compreso tra i 20 ed i 40 minuti). Inoltre potrebbe essere utilizzata per favorire la persistenza degli effetti terapeutici mediante comandi postipnotici. L'agopuntore inoltre potrebbe trarne un notevole vantaggio quando deve trattare pazienti agofobici o nel caso desideri agire su agopunti particolarmente dolorosi.

Nel contempo, nel caso di un paziente particolarmente ansioso davanti ad un ipnotista, l'utilizzo dell'agopuntura allo scopo di favorire un rilassamento, potrebbe essere di notevole utilita', ferma restando la necessita' di una valutazione della ambivalenza che ha portato il paziente a richiedere un trattamento mediante ipnosi quando nel contempo la teme.

Il diverso meccanismo di azione alla base dell'agopuntura e dell'ipnosi ne suggerisce un proficuo utilizzo in modo combinato nel trattamento del dolore.

Mediante l'ipnosi, a prescindere dal tipo di patologia e del trattamento eseguito durante la seduta, possono inoltre essere fornite al paziente suggestioni positive al fine di creare un setting mentale aperto verso una aspettativa di guarigione pur senza creare false speranze. L'uso piu' "spinto" dell'ipnosi, con l'intenzione di agire sui vissuti della persona, dovrebbe invece essere condotto da chi e' anche psicoterapeuta.

L'AGOPUNTURA

In questo capitolo ci si propone di richiamare alcuni degli aspetti dell'agopuntura che possono essere utili nella trattazione in esame.

L'agopuntura e l'ipnosi presentano alcuni aspetti di profonda diversità (Frost EAM, 1978), come ad esempio si può riscontrare nell'ambito della loro capacità di indurre analgesia. È noto infatti da tempo come gli effetti analgesici dell'agopuntura vengano neutralizzati dalla somministrazione di naloxone (un agente farmacologico antagonista degli oppioidi), mentre questo non accade con l'ipnosi (Staud R, 2007), e questo naturalmente portato a pensare come alla base delle due metodiche vi debbano essere differenti meccanismi di azione (Knox VJ, 1990). La diversità dei meccanismi di azione apre le porte alla possibilità di un sinergismo di azione, ricordando come per sinergismo si intende una interazione tra due agenti, ad esempio due farmaci, tale che l'effetto totale risulti superiore alla somma dell'effetto dei singoli agenti (effetto additivo) (Tallarida RJ, 2001).

Le origini della'agopuntura in Cina si perdono nella notte dei tempi. Ad oggi i primi riferimenti a questa antica pratica terapeutica si ritrovano nel testo cinese "*Huangdi Neijing*" noto anche come "*The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine*", testo a tutt'oggi di fondamentale importanza, scritto in forma di dialogo tra un imperatore (Huang Di) ed un suo medico (Po). Si ritiene che sia essere stato compilato nel III secolo aC, basandosi su scritti molto più antichi (Prioreschi P, 2004).

L'agopuntura è una modalità di trattamento mediante la quale sottili aghi vengono inseriti su specifici punti del corpo (agopunti) determinando un effetto terapeutico (Langevin MH, 2002).

Secondo le basi teoriche della Medicina Tradizionale Cinese questi punti si trovano distribuiti sulla cute del corpo lungo percorsi chiamati meridiani o canali, che costituiscono vie preferenziali per un flusso di energia indicata come Qi (Kaptchuk TJ, 2002). Dai meridiani

principali, che sono 14 e su cui sono localizzati oltre 360 agopunti, si diramano tutta una serie di canali secondari, che a loro volta si suddividono in canali sempre piu' sottili, fino a raggiungere ogni parte del corpo umano (**Maciocia G, 1997**).

L'energia a cui si fa riferimento, il Qi, e' alla base della Medicina Tradizionale Cinese. I canali o **meridiani** lungo cui scorre il Qi sono legati "fisiologicamente" a determinati organi interni. Se vi e' un malfunzionamento all'interno di un determinato organo, questo si potra' "esprimere" lungo il percorso del meridiano corrispondente (ad esempio alcuni punti del meridiano potranno diventare dolenti, spontaneamente o alla palpazione, oppure potra' comparire una tumefazione o una alterazione del colorito cutaneo, ecc). La comunicazione tra l'interno e l'esterno del corpo in Medicina Tradizionale Cinese e' bidirezionale. In altri termini, agendo sugli agopunti presenti sulla cute di un determinato meridiano, e' possibile influenzare il flusso del Qi ed in questo modo agire in modo terapeutico sul funzionamento dell'organo interno associato a quel particolare meridiano.

Il Qi permea ogni aspetto sia del mondo materiale che di quello immateriale, e nella Medicina Tradizionale Cinese il concetto di Qi si ritrova in ogni aspetto sia a livello fisico che psicologico. Un essere umano gode di buona salute quando possiede un Qi abbondante che fluisce liberamente. Quando il flusso del Qi non e' regolare e questo puo' accadere a causa di molteplici fattori (genetici, alimentari, fisici, psicologici, ecc) si viene a determinare una "disarmonia energetica" che porta inizialmente a disturbi di tipo funzionale e poi protraendosi nel tempo anche ad un quadro anatomopatologico evidente. Lo stato iniziale di salute si ottiene ristabilendo un ampio e libero fluire del Qi, mediante la agopuntura o altri degli strumenti a disposizione della Medicina Tradizionale Cinese, come la moxibustione, la coppettazione, la fitoterapia cinese, il massaggio, la ginnastica, ecc) (**Maciocia G, 1994**).

L'agopuntura nella medicina occidentale.

L'interesse per la Medicina Tradizionale cinese e l'agopuntura in particolare si diffuse in occidente dopo la visita in Cina del presidente Nixon nel 1971, tuttavia il concetto di Qi e le relative interpretazioni metafisiche ebbero sempre difficoltà ad essere accettate.

Il Qi, l'energia alla base dello stato di salute e di malattia non è mai stato identificato dalla scienza occidentale, e gli studi sui meridiani non sono conclusivi (**Longhurst JC, 2010**). Sono invece numerosi gli studi che mostrano come in corrispondenza degli agopunti la cute presenti caratteristiche del tutto peculiari, come ad esempio una ridotta resistenza elettrica (Liu KI et al, 1975; Brewitt B, 1995; Ahn AC, 2008).

Nel 1970 riconoscendo il crescente interesse per questa metodica terapeutica la World Health Organization (WHO) tenne un simposio a Beijing, Cina, al quale parteciparono clinici esperti in agopuntura provenienti da diversi paesi, i quali stilavano una lista di patologie per le quali la agopuntura era ritenuta efficace. Si trattava tuttavia di una lista non basata su trial clinici condotti in modo rigoroso, e quindi soggetta ad una scarsa credibilità scientifica.

Nel 1998 il *National Institutes of Health (NIH, 1998) Consensus Development Panel on Acupuncture* pubblicava un documento in cui si precisava come la agopuntura costituisse un trattamento efficace per la nausea ed il vomito correlati al trattamento antineoplastico, così come per il dolore post operatorio e quello odontoiatrico, suggerendo inoltre che potesse essere di beneficio in tutta una serie di altre patologie (**NIH, 1998**).

Nel 2003 la WHO promosse un ulteriore incontro in cui venne eseguita una analisi dei lavori fino a quel momento pubblicati, con una particolare attenzione anche agli eventuali effetti collaterali ed ai possibili rischi in cui può incorrere un paziente che si sottopone ad un trattamento con agopuntura. Il risultato fu una lista di patologie più estesa delle precedenti, in cui l'agopuntura era ritenuta in grado

di esplicitare un effetto terapeutico. Veniva inoltre messa in evidenza la estrema sicurezza visto la estremamente bassa incidenza di effetti collaterali (WHO, 2003).

La scienza medica occidentale si e' sempre chiesta in che modo il trattamento mediante agopuntura determinasse un effetto terapeutico, ed a questo riguardo sono stati eseguiti numerosi studi. Nel 1973 venne pubblicato sul *Chinese Medical Journal* il primo lavoro sperimentale che aveva come obiettivo quello di dimostrare la capacita' di indurre analgesia da parte della agopuntura. Lo studio era stato eseguito su soggetti volontari a cui veniva applicato uno stimolo doloroso ed in seguito registrata la modificazione del dolore percepito. In particolare, la stimolazione del punto HeGu (LI - 4) determinava un innalzamento della soglia del dolore dopo 20 min dalla inserzione dell'ago, con un ritorno ai valori basali dopo 45 min che l'ago era stato rimosso. La soglia era innalzata ulteriormente se venivano stimolati sia Large intestine 4 che Zu San Li (ST - 36). I risultati confermarono l'effetto analgesico della agopuntura. Inoltre venne accertato come la iniezione di procaina (un anestetico locale) prima della inserzione dell'ago preveniva qualsiasi effetto analgesico. Il graduale aumento e poi il successivo decremento sempre graduale della soglia del dolore suggeriva la azione di fattori umorali. L'inserzione degli aghi in soggetti tetraplegici non determinava un innalzamento della soglia del dolore, suggerendo che nel meccanismo fosse coinvolto anche il sistema nervoso. (Research Group of Acupuncture Anesthesia, Peking Medical College 1973). Si trattava del primo lavoro di tipo sperimentale che cercava di chiarire dal punto di vista della medicina occidentale i meccanismi di funzionamento della agopuntura. In seguito anche i lavori di Pomeranz e Saletu eseguiti alcuni anni dopo confermarono come gli effetti terapeutici della agopuntura potessero essere spiegati su una base fisiologica piuttosto che metafisica (Pomeranz B et al, 1979; Saletu B et al, 1975). Nel 1983 veniva riscontrato come la agopuntura determinasse un incremento del contenuto

tissutale di endorfine (**Chen QS et al, 1983**). E pochi anni dopo veniva segnalato come differenti stimolazioni mediante elettroagopuntura determinava un rilascio selettivo di betaendorfine nel liquido cerebrospinale (**Fei H et al, 1986**). Nel 1987 Han riportava I risultati di numerosi anni di ricerche sulla liberazione di mediatori chimici "locali" durante il trattamento agoterapico (**Han JS, 1987**).

Nel 1990 Han e Sun riportarono come il trattamento con agopuntura determinava il rilascio di svariati neuropeptidi a livello cerebrale (**Han JS e Sun SL, 1990**). Sempre Han riporta' come la agopuntura sia in grado di indurre la espressione genica di neuropeptidi nel sistema nervoso centrale (**Han JS, 1998**). Vi fu inoltre il riscontro di come la agopuntura determini la liberazione di tutta una serie di mediatori chimici, in grado di influenzare anche il sistema immunitario (**Hammerschlag R (1998)**). Importanza venne data tuttavia anche ad una componente di tipo psicologico, correlabile al contesto culturale, alle aspettative del paziente, al rapporto interpersonale tra il terapeuta ed il paziente, ecc. (**Birch S, 2002**). Grazie agli studi fino ad oggi eseguiti, per la medicina occidentale, oggi e' possibile rendere ragione degli effetti della agopuntura e illustrarne I possibili meccanismi sottostante in un pomeriggio, invece delle centinaia di ore di teoria richieste dalla concezione metafisica presente nella Medicina Tradizionale Cinese (**Ulett G, 1982**).

Riguardo agli aspetti psicologici connessi ad un trattamento mediante agopuntura, vi e' stato anche chi, in passato ha avanzato l'ipotesi che il trattamento mediante agopuntura non fosse altro che "una forma di suggestione o di ipnosi" e che quindi sia "soltanto" un fenomeno culturale, ovvero che determini risultati positivi solamente su determinati soggetti ed in determinati contesti culturali (**Kroger WS, 1972**). In seguito alcuni ricercatori hanno smentito tale ipotesi. Ad esempio Man della Universita' della California ha portato a termine uno studio in doppio cieco sulla analgesia ottenibile mediante agopuntura, in cui I soggetti che partecipavano allo studio erano sottoposti sia ad

un trattamento mediante agopuntura su un vero agopunto, sia ad agopuntura su cute non sede di agopunto. I soggetti erano all'oscuro del trattamento che avrebbero ricevuto e dopo il trattamento venivano valutati sempre dallo stesso esaminatore, anche lui all'oscuro del trattamento ricevuto da ogni singolo soggetto. Lo studio evidenzio' che solo il gruppo trattato su un vero punto di agopuntura' ebbe una risposta di tipo analgesico, consentendo cosi' di escludere le "suggestioni" come le uniche responsabili dell'effetto analgesico stesso (Man SC et al, 1973). In seguito altri autori hanno ottenuto risultati analoghi (Parwatikar S et al, 1979; Ulett G, 1983). La stessa chirurgia eseguita su animali grazie all'effetto analgesico attenibile con agopuntura fa ritenere difficile un effetto di suggestione ipnotica da parte dell' operatore (Lim GS, 1972; Kline AM et al, 1977; Lee K et al, 1985).

Aspetti psicologici in Medicina Tradizionale Cinese.

Nella Medicina Tradizionale Cinese la mente ed il corpo sono viste come unica entita'. La salute della mente influenza quella del corpo e viceversa in una relazione bidirezionale inscindibile (Maciocia G, 1994).

E' interessante osservare come secondo la Medicina Tradizionale Cinese gli aspetti psico-emozionali sono spesso i primi aspetti ad essere influenzati nel corso di un trattamento con agopuntura. Questo modo di procedere trova riscontro nel testo piu' classico di Medicina Tradizionale Cinese, il gia' ricordato "*Huangdi Neijing*", in cui troviamo esplicitamente riportato "*In order to make acupuncture effective, one must first cure the mind*". Se il Qi non fluisce in modo libero ed armonioso, con il tempo insorgono disturbi. Tra le cause che ostacolano il libero fluore del Qi troviamo le emozioni. Che le emozioni siano tra le cause di malattia e' riportato gia' dallo "*HuangDi Neijing*", ove viene precisato come il motivo per cui le emozioni sono causa di malattia sia determinato dal fatto che creano un ostacolo al

fluire armonioso del Qi. L'imperatore domandò: "Vorrei sapere da quali energie sono prodotte le cento malattie". Il medico rispose: "Quando vi è collera il Qi sale. Quando vi è allegria il Qi si rilascia. Quando vi sono pensieri ossessivi e preoccupazioni il Qi si annoda. Quando vi è tristezza il Qi scompare. Quando vi è paura il Qi discende." Negli antichi testi di Medicina Tradizionale Cinese e' possibile trovare solo qualche traccia di quello che puo' essere interpretata come "ipnosi". In particolare, nel 1600 aC, il medico Cinese Wong Tai, scrisse riguardo a tecniche in grado di "incantare" ove era utilizzato anche il contatto fisico da parte dell'operatore. La capacita' di entrare in uno stato che richiama quello ipnotico era attribuita a quello che prende il nome di "Hun" o "Ethereal Soul" quando tradotto dal cinese, uno dei cinque aspetti della mente (Macioccia G, 2009).

BIBLIOGRAFIA

Ahn AC, Colbert AP, Anderson BJ, et al (2008).

Electrical properties of acupuncture points and meridians: a systematic review.

Bioelectromagnetics 2008, 25:245-256.

Birch S, Hammerschlag R, Trinh K, Zaslowski C (2002).

The non-specific effects of acupuncture treatment: when and how to control for them.

Clin Acupunct Oriental Med 2002;3:2-25.

Brewitt B (1995).

Quantitative analysis of Electrical Skin Conductance in diagnosis: Historical and current views of Bioelectric Medicine.

J Naturopathic Med, 1995, 6(1):66.

Chen QS, Xie CW, Tang J, et al (1983).

Effect of electroacupuncture on the content of immunoreactive beta-endorphin in rats brain regions.

Kexue Tonga, 1983, 28:312-319.

Fei H, Xie GX, Han JS (1986).

Differential release of metenkephalin and dynorphin in spinal cord by electroacupuncture of different frequencies.

Kexue Tongbo, 1986, 31:1512-1515.

Frost EAM (1978).

Acupuncture and hypnosis. Apples and oranges.

New York State J Med, 1978, September:1768-72.

Han JS (1987).

The Neurochemical Basis of Pain Relief by Acupuncture.
Beijing: Chinese Medical Science and Technology Press, 1987.

Han JS (1998).

The Neuro-chemical Basis of Pain Control by Acupuncture.
Beijing, China: Hu Bei Technical and Science Press; 1998.

Han JS, Sun SL (1990).

Differential release of enkephalin and dynorphin by low and high frequency electroacupuncture in the central nervous system.
Acupunct Sci Int J, 1990, 1:19-27.

Kaptchuk TJ. 2002.

Acupuncture: Theory, efficacy, and practice.
Ann Intern Med, 2002, 136(5):374-383.

Klide AM, Kung SH (1977).

Veterinary Acupuncture.
University of Pennsylvania Press, USA, 1977.

Knox VJ, Gekoski WL, Shum K, et al (1990).

Analgesia for experimentally induced pain: Multiple sessions of acupuncture compared to hypnosis in high- and low-susceptible subjects.
J Abnormal Psychol, 1990;198:28-34.

Kroger WS (1972).

JAMA. 1972 May 15;220(7):1012-3.
Hypnotism and acupuncture.

Langevin MH, Yandow JA (2002).

Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes.
Anat Rec (New Anat), 2002;269: 257-65.

Lee K, Tin S (1985).

A Handbook of Acupuncture Treatment for Dogs and Cats.
HongKong Medicine and Health Publishing CO, Hong Kong, 1985.

Liu KY, Varela M, Oswald R (1975).

The correspondence between acupuncture points and motor points.
Am J Chin Med, 1975, 3:347-358.

Hammerschlag R (1998).

Methodological and ethical issues in clinical trials of acupuncture. J Altern Complement Med, 1998;4:159-71.

Lim GS (1972).

Needle anesthesia.
Ping Jing Publication, October, 1972.

Longhurst JC (2010).

Defining meridians: a modern basis of understanding.
J Acupunct Meridian Stud, 2010 Jun;3(2):67-74.

Maciocia G (1994).

The practice of Chinese medicine: the treatment of diseases with acupuncture and Chinese herbs.
Edinburgh; New York, Churchill Livingstone, 1994.

Maciocia G (1997).

The Foundations of Chinese Medicine.
London: Churchill Livingstone, 1997.

Maciocia G (2009).

The Psyche in Chinese Medicine: Treatment of Emotional and Mental Disharmonies with Acupuncture and Chinese Herbs
Churchill Livingstone, 1st edition, 2009.

Man SC, Baragar, FD (1973).

The Role of Hypnotic Suggestion in Acupuncture.
Canadian Family Physician, october, 1973;pg 93-99.

NIH (National Institute of Health) (1998)

<http://consensus.nih.gov/1997/1997Acupuncture107html.htm>).

Parwatikar S, Brown M, Stern J et al (1979).

Acupuncture, hypnosis and experimental pain: I. Study with volunteers.
Acupuncture and electrotherapeutics.
Res Int J, 1979, 3:161-190.

Prioreschi P (2004).

A history of Medicine, Vol. 2, pp 147-8.
Horatius Press, 2004.

Pomeranz B, Stux G (eds) (1979).

Scientific Basis of Acupuncture.
New York: Springer Verlag, 1979.

Saletu B, Saletu M, Brown M et al (1975).

Hypnosis and acupuncture analgesia: A neurophysiological reality?
Neuropsychobiology, 1975, 1:218 -242.

Staud R (2007).

Mechanisms of acupuncture analgesia: effective therapy for musculoskeletal pain?
Curr Rheumatol Rep, 2007, Dec;9(6):473-81.

Tallarida RJ (2001).

Drug synergism: its detection and applications.
J Pharmacol Exp Ther, 2001;298:865-72.

The Yellow Emperere's classic of internal medicine.

Vancouver, Canada: Academy of oriental medicine, 1978.

Ulett G (1982).

Principles and Practice of Physiologic Acupuncture.
St. Louis, MO: Warren H. Green, 1982.

Ulett G (1983).

Acupuncture is not hypnosis: Physiological studies.
Am J Acupunct, 1983, 11:5–13.

WHO (World Health Organization) (2003).

Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical
Trials. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4926e/5.html>).

L'IPNOSI

In questo capitolo ci si propone di effettuare una breve presentazione dell'ipnosi.

L'ipnosi esiste da sempre e da sempre si e' cercato di definirla, tuttavia dare una esatta definizione di ipnosi, da un punto di vista scientifico, allo stato attuale delle conoscenze, semplicemente non e' possibile. Il punto e' che il fenomeno "ipnosi" non e' stato indagato abbastanza approfonditamente da aver potuto costruire una "teoria" in grado di spiegare in modo soddisfacente le cose. Ecco come si e' espresso in merito il noto ricercatore americano C.L. Hull alcuni decenni orsono :

*"L'ipnosi pone il ricercatore di fronte ad innumerevoli difficoltà.
E' molto più facile provocare fenomeni ipnotici
ed ottenere successi terapeutici sorprendenti che
stabilire le leggi esatte che regolano il
processo ipnotico!"*

Clark Leonard Hull (May 24, 1884 – May 10, 1952)

Immaginiamo una situazione in cui due soggetti, chiamiamoli A e B, si interrogano su quello che e' l'ipnosi. Il soggetto A chiede al soggetto B : *"tu come definiresti l'ipnosi ?"*. Il soggetto B puo' tranquillamente rispondere *"dipende, intanto dimmi tu che cosa intendi per ipnosi ?"*. Ecco, a tutt'oggi il termine "ipnosi" puo' essere utilizzato da differenti studiosi con differenti significati. Il fatto che il termine "ipnosi" venga' utilizzato da differenti studiosi con differenti significati comporta che ad oggi nessuno possa con onesta' scientifica dire cosa sia l'ipnosi. Questo accade probabilmente perche' l'ipnosi e' un qualcosa di molto sfaccettato, con molteplici aspetti che volta a volta possono intervenire nel determinare, nel singolo individuo, una fenomenologia che puo' essere veramente molto ampia. In altri termini ogni seduta di ipnosi e' diversa dall'altra, non solo tra individui diversi, ma spesso anche nello stesso soggetto. Dal punto di vista del clinico questo puo' avere una importanza molto relativa :

all'atto pratico, il terapeuta si trova a lavorare, oggi, con quello che nel paziente e' disponibile oggi, un qualcosa che e' influenzato da una molteplicita' di fattori, non esclusi alcuni riferibili al terapeuta stesso. Dal punto di vista del ricercatore, invece, questa notevole sfaccettatura del fenomeno "ipnosi" pone seri problemi metodologici.

Pensando a come i vari ricercatori abbiano ognuno la propria idea di cosa sia l'ipnosi, viene in mente, un famoso racconto indiano in cui un gruppo di bramani e di asceti passavano il tempo a litigare su alcune teorie senza mai pervenire ad un accordo, fino a che il "Beato" non si esprimeva cosi' :

"Alcuni così chiamati bramani ed asceti sono attaccati (alle loro teorie).

Litigano e lottano — vedendo solo una parte". (Nota 1)

Quando si esaminano alcune delle definizioni di ipnosi disponibili, ci si trova a pensare *"ma queste non sono definizioni... sono piuttosto delle descrizioni piu' o meno articolate..."* (Nota 2). Ed infatti la definizione di ipnosi, qualunque sia l'autore preso in esame, si dilunga nel descrivere gli aspetti che sono importanti per quel particolare autore. Diversi autori, diverse istituzioni, diversi paesi, diversi cervelli, diverse definizioni.

Tutto questo, naturalmente, non vuol dire che non si possa proporre una definizione dell'ipnosi, solo che la scelta sara' condizionata, come ricordato sopra, da quello che l'autore in esame ritiene piu' peculiare nella fenomenologia ipnotica. Ed a questo riguardo appare importante la definizione di ipnosi presentata dal prof. Granone : *"un particolare modo di essere dell'organismo che s'instaura ogniqualvolta intervengano speciali stimoli dissociativi, prevalentemente emozionali, eterogeni o autogeni, con possibilità di comunicazione anche a livello non verbale, con una regressione a comportamenti parafisiologici o primordiali"* (Granone F, 1986). Sempre per lo stesso autore (Granone F, 1989) : *"l'ipnosi è una sindrome psicosomatica che comporta modificazioni neurovegetative, neuromuscolari, cinestesiche e neuroendocrine. E' un particolare stato della mente con modificazioni somatiche e viscerali, in cui è registrabile una maggiore attivazione dell'emisfero destro rispetto a quello sinistro, anche se in quest'ultimo non si produce una totale disattivazione"*. Granone ritiene inoltre

importante distinguere tra "ipnosi" e "ipnotismo", che per lui e' "la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore" (Granone F, 1989).

Secondo Granone abbiamo la trance ogniqualvolta nell'Io si verificano fenomeni di parziale dissociazione intrapsichica con regressione a sottosistemi di funzionamento primari e secondari. E quando sono presenti anche fenomeni di monoideismo plastico si puo' parlare di *trance ipnotica* o semplicemente di *ipnosi*. Ed infine, quando lo stato di cui sopra e' ottenuto grazie al rapporto creatosi tra due diverse persone, ipnotista e soggetto, si puo' parlare di ipnotismo. L'ipnosi sarebbe cosi' un modo di essere dell'organismo, una condizione del tutto "fisiologica" dell'essere umano, mentre invece nell'ipnotismo e' indispensabile il rapporto tra due soggetti. Nell'ipnotismo, come riportato, risultano fondamentali due aspetti, ovvero la figura dell'operatore ipnologo e l'instaurarsi di uno stretto rapporto interpersonale tra questi e il soggetto che viene ipnotizzato. Quello che intercorre tra soggetto ed ipnotista puo' quindi essere visto come il risultato di una esperienza diadica, di una interazione reciproca tra ipnotista e soggetto. E questo ha trovato riscontro nei correlati neurofisiologici dell'ipnosi, come ad esempio riportato da Varga, che ha riscontrato una stretta corrispondenza tra il tracciato EEG dell'ipnotista e quello del soggetto che sviluppano la relazione di trance (Varga K, 2004). La squisita particolarita' della relazione tra soggetto ed ipnotista ha giustificato la scelta di un termine specifico, il rapport. Erickson MH definisce il rapport come "lo stato in cui la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sono dirette unicamente sull'ipnotista e su quanto l'ipnotista desidera inserire nella situazione di trance, con l'effetto di dissociare il soggetto stesso da ogni altra cosa" (Erickson MH, 1982). Il rapport, elemento imprescindibile nell'ipnotismo, viene visto da Erickson come un fattore carico di valore diagnostico e terapeutico in quanto esalta la responsività del soggetto nei confronti dell'ipnotista, ed una delle

abilita' che deve possedere un ipnotista e' proprio la capacita' di instaurare e gestire in modo appropriato il rapport per gli obiettivi terapeutici stabiliti (**Gonella A, 2000**).

Molti autori concordano sul fatto che nell'ipnosi si viene a instaurare uno stato modificato di coscienza, ancorche' fisiologico e transitorio o per meglio dire reversibile che viene indicato come "stato dissociativo" della coscienza. Uno stato di coscienza diverso dal comune stato di veglia perche' limitato come estensione e concentrato (o focalizzato) come profondita', ove ridotta e' la percezione degli stimoli provenienti dal mondo interno e da quello esterno, fatto salvo quanto attiene al canale comunicativo con il terapeuta. Questa possibilita' del tutto peculiare della mente di essere assorbita da una unica idea come sopra indicato, prende il nome di monoideismo, che puo' essere plastico, ovvero in grado di modificare la reattivita' organica e psichica (**Koch H, 1953**).

Questa condizione di "dissociazione", che all'atto pratico costituisce un "distacco" parziale e transitorio dalla realta' che investe il cervello, risulta rilevante in termini terapeutici (**Granone F, 1989**). Sempre Granone rileva come quello che egli stesso definisce "monodeismo plastico" sia foriero di potenzialita' intrinsecamente terapeutiche proprio per la natura della condizione che si viene a creare e che permette l'insieme di quella fenomenologia corporea, altrove studiata come "psicosomatica degli stati di coscienza" (**Panchieri P, 1983**). La realizzazione del monoideismo plastico e' essenziale. La mente e' focalizzata su una sola idea, cosı̀ che mentre l'estensione della coscienza viene ad essere limitata, risulta invece aumenta l'intensita' dell'attivita' subconscia, con la riduzione dei riferimenti temporo-spaziali e la prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico-intellettive in seguito ad attivazione dell'emisfero destro e inibizione dell'emisfero sinistro (**Gonella A et al, 2002**), come dimostrato recentemente da numerosi studi di neuroimaging (**Barnier AJ, 2003**). L'ideoplasia si puo' realizzare con

un coinvolgimento in modo preferenziale di un organo o di un apparato in rapporto alla specifica costituzione del soggetto, così che Granone parla di suggestionabilità d'organo (Granone F, 1989). Come afferma Lapenta "La parola suggerisce un'idea che suscita azione, movimenti, sensazione, ma alla parola suggerita va connessa quella particolare situazione psicologica che è data dal notevole vigore plastico delle immagini" (Lapenta AM, 1987).

E l'ipnosi può effettivamente essere collocata nel contesto della prospettiva psiconeuroendocrina, come un fenomeno con sue specifiche modalità d'azione, in cui può avvenire il superamento del limite dualistico psiche-materia di cartesiana memoria, con un predominio assai spesso della psiche sul soma (Gonella A, 1999). Ricordando Granone possiamo anche dire che *"l'ipnosi, lungi dall'essere risposta esclusivamente psichica, è anche una risposta somatica viscerale organica, in cui corpo e mente interagiscono, aiutandosi e compensandosi a vicenda, finendo per essere un insieme di fenomeni neurologici, biochimici, elettrici, psicologici, sociali"* (Granone F, 1986).

Sempre Granone, riferendosi ai possibili benefici dell'uso dell'ipnosi in ambito psicosomatico, si esprimeva nei seguenti termini *"Così come lo stress, attraverso il circuito d'integrazione psiconeuroendocrino, deprime la funzionalità immunitaria, è verosimile che, in determinati soggetti, si possano utilizzare gli stessi canali per ottenere benefiche modificazioni, suscitando in ipnosi immagini particolari tali da creare monoideismi suggestivi, etero- ed autoindotti, fortemente plastici e influenzanti le condizioni organiche"* (Granone F, 1985). Nel rapporto tra l'ipnosi e l'ambito psicosomatico Granone arriva a parlare di uno *"squisito fenomeno psicosomatico, con le sue specifiche modalità di azione, soprattutto quando si tratta di quello autoindotto da monoideismi plastici intensamente vissuti, capaci di mettere in moto meccanismi biochimici, ormonali, peptidici, enzimatici, a loro propri"*. Che esista una correlazione fra la recettività della mente ed i sistemi psiconeuroimmunologici è messa posta in evidenza anche dall'osservazione che la prognosi post-operatoria risente di quanto i pazienti sottoposti all'intervento hanno "sentito" durante l'anestesia generale (Torta et al., 1987).

Abbiamo quindi una metodica come la agopuntura in grado di influenzare il contesto psiconeuroendocrino ed una altra metodica in grado di fare la stessa cosa, ma I meccanismi attraverso cui esse esplicano I loro effetti sono profondamente diversi, fisico in un caso, psicologico nell'altro.

Viene naturale pensare come queste due metodiche possano risultare utili in molti ambiti, ed in particolare nel trattamento del dolore. L'agopuntura perche' in grado di attuare una analgesia di tipo potremmo dire "farmacologico" mediante la azione di oppioidi endogeni (come dimostrato dalla possibilita' di antagonizzarne gli effetti mediante il naloxone) e l'ipnosi per la sua capacita' di intervenire sulla componente affettiva del dolore (e non antagonizzabile con il naloxone).

Nota 1.

...

Così ho sentito.

In una certa occasione il Beato soggiornava presso Savatthi, nel boschetto di Jeta, al monastero di Anathapindika. A quel tempo c'erano molti bramani, asceti, e asceti erranti di varie sette che vivevano intorno a Savatthi con diverse opinioni, diverse teorie, diversi credi, con una fede salda alle loro diverse dottrine. Alcuni bramani ed asceti sostenevano questa teoria: "Il cosmo è eterno. Solo questo è vero; qualsiasi altra cosa è senza valore."

Altri bramani ed asceti sostenevano questa teoria: "Il cosmo non è eterno"... "Il cosmo è finito"... "Il cosmo è infinito"... "L'anima e il corpo sono la stessa cosa"... "L'anima è una cosa e il corpo un'altra"... "Dopo la morte un Tathagata esiste"... "Dopo la morte un Tathagata non esiste"... "Dopo la morte un Tathagata sia esiste sia non esiste"... "Dopo la morte un Tathagata né esiste né non esiste. Solo questo è vero; qualsiasi altra cosa è senza valore."

Vivevano discutendo, litigando, e disputando, offendendosi l'un l'altro con armi verbali, dicendo: "Il Dhamma è così, non è così. Il Dhamma non è così, è così."

Quindi di mattina presto, un gran numero di monaci, si vestirono e dopo aver preso mantello e scodella, andarono a Savatthi in cerca d'elemosina. Dopo aver cercato l'elemosina a Savatthi, dopo il pasto, ritornando dal loro giro d'elemosina, andarono dal Beato e, dopo averlo salutato, si sedettero ad un lato. Appena seduti, dissero al Beato: "Signore, ci sono molti bramani, asceti, ed asceti erranti di varie sette che vivono intorno a Savatthi con diverse opinioni, diverse teorie, diversi credi, con una fede salda alle loro diverse dottrine... e vivono discutendo, litigando, e disputando, offendendosi l'un l'altro con armi verbali, dicendo: "Il Dhamma è così, non è così. Il Dhamma non è così, è così."

"Monaci, gli asceti erranti di altre sette sono ciechi e senza occhi. Essi non sanno ciò che è salutare e ciò che è dannoso. Essi non sanno cos'è il Dhamma e cosa non è il Dhamma. Non conoscendo ciò che è salutare e ciò che è dannoso, non conoscendo che cos'è il Dhamma e cosa non è il Dhamma, essi vivono discutendo, litigando, e disputando, offendendosi l'un l'altro con armi verbali, dicendo: "Il Dhamma è così, non è così. Il Dhamma non è così, è così."

"Una volta, qui a Savatthi, c'era un re che disse ad un uomo: ' Riunisci tutte le persone a Savatthi che sono cieche dalla nascita.'"

"Va bene, vostra maestà,' l'uomo replicò e, dopo aver radunato tutte le persone a Savatthi cieche dalla nascita, andò dal re e gli disse: ' Vostra maestà, le persone a Savatthi cieche dalla nascita sono qui radunate.'

"Molto bene, mostra a questi ciechi un elefante.'

"Va bene, vostra maestà,' l'uomo replicò e mostrò ai ciechi un elefante. Ad alcuni ciechi mostrò la testa dell'elefante, dicendo: 'Questo è un elefante.' Ad altri mostrò un orecchio dell'elefante, dicendo: ' Questo è un elefante.' Ad altri ancora mostrò una zanna... la proboscide... il corpo... le zampe... le natiche... la coda... il ciuffo di peli alla fine della coda, dicendo: ' Questo è un elefante.'

"Quindi, dopo aver mostrato a queste persone cieche l'elefante, l'uomo andò dal re e disse: ' Vostra maestà, le persone cieche hanno visto l'elefante. Possa la vostra maestà fare ciò che ritiene opportuno fare.'

"Allora il re andò dalle persone cieche e chiese loro: ' Avete visto l'elefante?'

" Sì, vostra maestà. Abbiamo visto l'elefante.'

" Ora ditemi, a cosa somiglia un elefante.'

"I ciechi che avevano toccato la testa dell'elefante risposero: ' L'elefante, maestà, è come una brocca d'acqua.'

"Coloro che avevano toccato l'orecchio dell'elefante risposero: ' L'elefante, maestà, è come un setaccio.'

"Coloro che avevano toccato la zanna dell'elefante risposero: ' L'elefante, maestà, è come una pertica.'

"Coloro che avevano toccato la proboscide dell'elefante risposero: 'L'elefante, maestà, è come l'asse di un aratro.'

"Coloro che avevano toccato il corpo dell'elefante risposero: 'L'elefante, maestà, è come un granaio.'

"Coloro che avevano toccato le zampe dell'elefante risposero: 'L'elefante, maestà, è come un pilastro.' "Coloro che avevano toccato le natiche dell'elefante risposero: 'L'elefante, maestà, è come un mortaio.'

"Coloro che avevano toccato la coda dell'elefante risposero: 'L'elefante, maestà, è come un pestello.'

"Coloro che avevano toccato il ciuffo di peli alla fine della coda dell'elefante risposero: 'L'elefante, maestà, è come una scopa.'

"Dicendo, 'L'elefante è così, non è così. L'elefante non è così, è così.' Si colpivano l'un l'altro con pugni. Ciò rendeva felice il re.

"Allo stesso modo, monaci, gli asceti erranti di altre sette sono ciechi e senza occhi. Essi non sanno ciò che è salutare e ciò che è dannoso. Essi non sanno cos'è il Dhamma e cosa non è il Dhamma. Non conoscendo ciò che è salutare e ciò che è dannoso, non conoscendo che cos'è il Dhamma e cosa non è il Dhamma, essi vivono discutendo, litigando, e disputando, offendendosi l'un l'altro con armi verbali, dicendo: "Il Dhamma è così, non è così. Il Dhamma non è così, è così.""

Allora il Beato, in quella occasione, declamò questi solenni versi ispirati:

*"Alcuni così chiamati
bramani ed asceti
sono attaccati (alle loro teorie).
Litigano e lottano —
vedendo solo una parte."*

Nota 2.

La definizione della “Division 30” secondo la APA (American Psychologist Association)

The Official Division 30 Definition and Description of Hypnosis .

<http://psychologicalhypnosis.com/info/the-official-division-30-definition-and-description-of-hypnosis/>

Citation reference: Green, J.P., Barabasz, A.F., Barrett, D., & Montgomery, G.H. (2005). Forging ahead: The 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 53, 259-264.

Hypnosis typically involves an introduction to the procedure during which the subject is told that suggestions for imaginative experiences will be presented. The hypnotic induction is an extended initial suggestion for using one’s imagination, and may contain further elaborations of the introduction. A hypnotic procedure is used to encourage and evaluate responses to suggestions. When using hypnosis, one person (the subject) is guided by another (the hypnotist) to respond to suggestions for changes in subjective experience, alterations in perception, sensation, emotion, thought or behavior. Persons can also learn self-hypnosis, which is the act of administering hypnotic procedures on one’s own. If the subject responds to hypnotic suggestions, it is generally inferred that hypnosis has been induced. Many believe that hypnotic responses and experiences are characteristic of a hypnotic state. While some think that it is not necessary to use the word “hypnosis” as part of the hypnotic induction, others view it as essential.

Details of hypnotic procedures and suggestions will differ depending on the goals of the practitioner and the purposes of the clinical or research endeavor. Procedures traditionally involve suggestions to relax, though relaxation is not necessary for hypnosis and a wide variety of suggestions can be used including those to become more alert. Suggestions that permit the extent of hypnosis to be assessed by comparing responses to standardized scales can be used in both clinical and research settings. While the majority of individuals are responsive to at least some suggestions, scores on standardized scales range from high to negligible. Traditionally, scores are grouped into low, medium, and high categories. As is the case with other positively-scaled measures of psychological constructs such as attention and awareness, the salience of evidence for having achieved hypnosis increases with the individual’s score.

(This definition and description of hypnosis was prepared by the Executive Committee of the A PA, Division of Psychological Hypnosis. Permission to reproduce this document is freely granted) .

La defizione di ipnosi secondo “The British Medical Association”

On April 23, 1955, the British Medical Association (BMA) approved the use of hypnosis in the areas of psychoneuroses and hypnoanesthesia in pain management in childbirth and surgery. *Citation Reference : BMA Council Proceedings, BMJ, April 23rd, 1955:1019.*

This definition concentrates on the measurable psychological and physiological changes in hypnosis. Note well that it deliberately substitutes 'altered attention' for the misleading expression 'induced sleep' used by the Book of Statues. Although phrased in medical jargon, this is a considerable improvement on previous definitions.

A temporary condition of altered attention in the subject which may be induced by another person and in which a variety of phenomena may appear spontaneously or in response to verbal or other stimuli. These phenomena include alterations in consciousness and memory, increased susceptibility to suggestion, and the production in the subject of responses and ideas unfamiliar to him in his usual state of mind. Further, phenomena such as anaesthesia, paralysis and rigidity of muscles, and vasomotor changes can be produced and removed in the hypnotic state. [BMA, 'Medical use of Hypnotism', 1955]

BIBLIOGRAFIA

Barnier AJ, McConkey KM (2003) .

Hypnosis, human nature and complexity: integrating neuroscience approaches into hypnosis research. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2003, 51: 282-308.

Erickson M H (1982).

Opere Vol. 1: La natura dell'ipnosi e della suggestione. Astrolabio, Roma, 1982.

Gonella A (1999).

L'Agente terapeutico in psicoterapia.

Atti del convegno Nazionale della Scuola post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: "L'agente terapeutico in psicoterapia" Torino, Villa Gualino, 22.05.1999.

Gonella A (2000).

Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico.

Atti del Convegno Nazionale della Scuola Post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: "Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico", Torino, Villa Gualino, 20.05.2000.

Gonella A, Ferracuti S, Cannoni E et al (2002).

"Rorschach measures during depth hypnosis and suggestions of a previous life". P

Perceptual and motor skills, 2002, 95,877-885.

Granone F (1981).

L'ipnosi non esiste?

Minerva Medica, 1981, 72: 1233-1242

Granone F (1985).

"Eccezionali possibilità umane, in particolari condizioni psichiche".

Rassegna di Ipnosi, 1985, 12: 43-59.

Granone F (1986).

Cosa è l'ipnosi; come si instaura; a che serve; con quali modalità psiconeurofisiologiche agisce.

Rassegna di Psicoterapie, 1986, 13: 111-124 .

Granone F (1989).

Trattato di Ipnosi.

Torino, UTET, 1989.

Koch H (1953).

In Ipnosi, in *Enciclopedia Medica Italiana - Sansoni*, Firenze, 1953.

Lapenta AM, Venuti S (1987).

L'ipnosi come tecnica terapeutica nella prevenzione e cura dei disadattamenti giovanile e come supporto psicologico a favore dei giovani di leva.

Rassegna di Psicoterapie e Ipnosi, 1987, 14: 31-36

Panchieri P. (1983).

"Stress emozioni e malattia".

Mondatori, Milano, 1983.

Torta R, Zanalda E, Bogetto F (1987).

Ipnositerapia e farmacoterapia.

Rassegna Psicoterapie Ipnosi, 1987, 14: 1-7

Varga K, Bányai EI, Gösi-Greguss AC (1994).

Parallel application of the experiential analysis technique with subject and hypnotist: a new possibility for measuring interactional synchrony.

Int J Clin Exp Hypn, 1994 Apr;42(2):130-9.

LA ANALGESIA IPNOTICA E QUELLA OTTENUTA MEDIANTE AGOPUNTURA SI BASANO SU MECCANISMI DIVERSI

La base teorica per una azione sinergica delle due modalita' di trattamento presuppone che le loro modalita' di azione siano basate su differenti meccanismi, come sopra ricordato. Riportiamo di seguito alcuni importanti risultati sulla relazione tra l'ipnosi ed il dolore, sia nella sua componente somatica che affettiva.

L'ipotesi che l'analgesia ipnotica fosse basata sul rilascio di oppioidi endogeni, non era facile da sostenere, visto che questa puo' essere indotta ed eliminata "a piacere" con grande rapidita', tuttavia e' stata testata da Goldstein e Hilgard nel 1975. Quando gli autori somministrarono naloxone ai soggetti di uno studio sulla analgesia ipnotica, non venne riscontrata alcuna variazione significativa, e questo li porto' a ritenere che alla base della analgesia ipnotica vi dovessero essere meccanismi diversi da quelli che prevedono il coinvolgimento di oppioidi endogeni (**Goldstein A e Hilgard ER, 1975**).

Nel contempo l'analgesia ipnotica non risulta in correlazione neppure con il rilassamento, come evidenzia lo studio di Miller del 1991. Poiche' molte induzioni contengono piu' o meno espliciti riferimenti al rilassamento, era stato inizialmente proposto che la capacita' di ridurre il dolore da parte dell'ipnosi fosse legata in modo peculiare al rilassamento stesso. Questa ipotesi e' stata testata con uno studio sperimentale da Miller e colleghi, i quali fornirono suggestioni di analgesia a due gruppi di soggetti, uno ipnotizzato utilizzando una tecnica induttiva che prevedeva il rilassamento ed uno con un'altra che prevedeva i soggetti impegnati in una attivita' fisica, la cyclette. Gli autori riscontrarono che la riduzione del dolore era comparabile nei due gruppi, in contrasto quindi con l'ipotesi che la analgesia ipnotica fosse il semplice risultato del rilassamento (**Miller MF et al, 1991**).

Poiche' durante un trattamento mediante ipnosi spesso vengono

suggerite al soggetto una o piu' "immagini mentali", alcuni autori hanno pensato che la analgesia ipnotica potesse essere con queste correlata. A questo riguardo Hardgadon e colleghi hanno testato gli eventuali benefici apportati dall'uso di "immagini mentali" come aggiunta alle suggestioni di analgesia. Questi autori testarono 66 soggetti in 3 condizioni : nessun trattamento, analgesia ipnotica mediante suggestioni, analgesia ipnotica mediante suggestioni con la aggiunta di visualizzazioni. I gruppi trattati con ipnosi riportarono una significativa riduzione del dolore, ma questa era comparabile tra I due gruppi (**Hargadon R et al, 1995**). E' interessante tuttavia osservare come ci siano molti clinici che ritengono le visualizzazioni particolarmente utili e questo suggerisce come forse siano necessari ulteriori studi in merito.

Al fine si indagare il rapporto tra l'ipnosi ed il dolore e' interessante lo studio pubblicato da Rainville e collaboratori sulla modulazione del dolore negli esseri umani del 1997. Questi autori utilizzando una tomografia ad emissione di positroni (PET) misurarono la attivita' cerebrale di soggetti altamente ipnotizzabili mentre essi avevano una mano immersa in acqua a temperatura ambiente (35') o in acqua molto calda (47'). Ai soggetti venivano fornite suggestioni con lo scopo di incrementare e diminuire rispettivamente la sensazione algica. Rainville e collaboratori riportano che la attivita' della corteccia cingolata anteriore era correlata con le sensazioni di dolore riportate dai partecipanti (**Rainville et al, 1997**).

Interessanti sono anche gli studi che hanno indagato la possibilita' di indurre dolore mediante ipnosi in assenza di stimolo fisico. Derbyshire e collaboratori nel 2004 pubblicarono uno studio in cui su soggetti altamente ipnotizzabili veniva indagata la attivita' cerebrale mentre questi venivano sottoposti ad una delle seguenti 3 situazioni : dolore indotto fisicamente (d-f), dolore indotto mediante ipnosi (d-ip) o infine dolore "immaginato" (dim). Nei primi due gruppi ai partecipanti veniva detto che un dispositivo in grado di generare

elettricamente calore collegato ad una loro mano sarebbe divenuto così caldo da determinare la comparsa di una sensazione dolorosa. In realtà questo accadeva solo al gruppo "d-f". Nel gruppo "d-ip" il dispositivo non venne mai attivato eppure i partecipanti riportano vari gradi di dolore. Sia nel gruppo "d-f" che "d-ip" veniva osservata la attivazione in aree cerebrali chiave connesse alla percezione e modulazione della sensazione dolorosa, tra cui il talamo, la corteccia cingolata anteriore e la corteccia prefrontale. Nel gruppo "d-ip" risultava attivata anche la corteccia somatosensoriale primaria. Nell'ultimo gruppo le aree di cui sopra presentavano una attivazione del tutto modesta. Lo studio indica quindi come sia possibile sperimentare dolore anche in assenza di una stimolazione fisica diretta (**Derbyshire SWG et al, 2004**). Risultati analoghi sono stati in seguito ottenuti da Raji e collaboratori nel 2005 (**Raij TT et al, 2005**).

BIBLIOGRAFIA

Derbyshire SWG, Whalley MG, Stenger VA et al (2004).

Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage*, 27: 969-78.

Goldstein A, Hilgard ER (1975).

Failure of opiate antagonist Naloxone to modify hypnotic analgesia. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 6, 2041-2043.

Hargadon R, Bowers KS, Woody EZ (1995).

Does counterpain imagery mediate hypnotic analgesia? *J Abnorm Psychol*. 1995 Aug;104(3):508-16.

Miller MF, Barabasz AF, Barabasz M (1991).

Effects of active alert and relaxation hypnotic inductions on cold pressor pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 223-226.

Rainville P, Duncan GH, Price DD et al (1997).

Pain affect encoded in the human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277: 988-71.

Raij TT, Numminen J, Narvarnen S et al. (2005).

Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain.

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102, 2147-2151.

DOLORE, AGOPUNTURA E IPNOSI

Il dolore.

Sia l'agopuntura che l'ipnosi hanno interessato i clinici fin dal più remoto passato grazie alla loro capacità di indurre analgesia.

La definizione di dolore della *International Association for The Study of Pain* è questa "il dolore è una esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva, associata primariamente ad un danno tissutale o descritta in tali termini".

Ricordiamo come la "nocicezione" sia una attività neurofisiologica elementare, associata alla presenza di uno stimolo ad azione potenzialmente lesiva per il corpo, mentre invece il "dolore" è sempre e comunque un complesso processo di integrazione che richiede l'attività di strutture nervose sia spinali che sovraspinali, e può essere presente anche in assenza di un reale stimolo doloroso come poco sopra ricordato (vedi il lavoro di Derbyshire SWG del 2004). In altri termini nella esperienza "dolore" abbiamo sempre una valutazione cognitiva e nel contempo una risonanza affettiva, e su questi aspetti con la agopuntura può essere dato solo modesto aiuto. Con l'ipnosi è invece possibile ristrutturare i vari aspetti dell'informazione nocicettiva siano essi la localizzazione, l'estensione sul soma, la componente temporale. A livello psicoterapeutico (con o senza ipnosi) è naturalmente possibile agire anche sul significato stesso della esperienza dolore ed a livello degli aspetti relazionali (**De Benedittis G, 2000**).

Negli ultimi anni la letteratura relativa alla efficacia della ipnosi nel trattamento del dolore, è cresciuta notevolmente. A questo riguardo importanti sono state due meta analisi pubblicate una nel 2000 ed una nel 2002 da cui è emerso come l'ipnosi sia una metodica efficace nel trattamento del dolore (**Montgomery GH et al, 2000; Montgomery GH et al, 2002**).

Esiste una vasta letteratura relativa al trattamento del dolore sia acuto che cronico mediante l'agopuntura. Viene riportata un beneficio

nel 70% dei pazienti trattati per lombalgia, artrosi, algie miofasciali, emicrania, algie correlata a metastasi a livello osseo, ed altri sindromi dolorose (**Anderson SA et al 1976; Thomas M et al, 1994; Ulett G, 1989; Ng L et al 1992; Paley CA et al, 2011**). Interessante infine una review del 2010 in cui venivano analizzati I trial clinici randomizzati relativamente al trattamento mediante agopuntura del dolore lombare pubblicati su medline entro Il luglio 2009. L'analisi evidenziava la presenza di 15 studi di cui 4 soddisfavano I criteri richiesti e dai quali si evidenziava come l'agopuntura potesse essere superiore ai trattamenti comunemente utilizzati per questa problematica, specialmente quando I pazienti mostrano una aspettativa positiva nei confronti della agopuntura (**Trigkilidas D, 2010**).

Vediamo ora brevemente le caratteristiche della analgesia ottenibile mediante agopuntura e mediante ipnosi.

Abbiamo visto come la analgesia indotta mediante agopuntura sia un fenomeno mediato dal rilascio di mediatori chimici, che presenta una latenza di 20-30 minuti, che persiste fino a che vi e' la stimolazione sugli agopunti, dopodiche vi e' un graduale ritorno alla normale soglia del dolore. Si tratta di un fenomeno prevenibile utilizzando un anestetico locale nell'agopunto, ed inoltre e' antagonizzabile con il naloxone, un agente farmacologico antagonista degli oppioidi. La stimolazione di agopunti e' priva di effetto quando gli agopunti prescelti si trovano su arti di soggetti tetraplegici. La analgesia ottenuta con agopuntura difficilmente puo' essere utilizzata come unico agente terapeutico per un intervento chirurgico e nel caso, richiede che il chirurgo possieda una manualita' molto elevata, al fine di minimizzare il traumatismo tissutale. Ha pero' il vantaggio di essere riproducibile e di presentare solo raramente effetti collaterali. Consente la collaborazione del paziente durante la eventuale procedura o intervento e, rispetto all'ipnosi, ha il vantaggio che puo' essere indotta, con la stessa efficacia, su qualsiasi soggetto ed in qualsiasi momento. Non e' nota tolleranza.

Per quanto riguarda l'analgesia ottenibile mediante l'ipnosi, questa ha il vantaggio di una azione rapida (comparsa e scomparsa su comando dell'operatore possono essere estremamente rapide). La regione che si desidera rendere analgesica puo' essere la piu' varia per sede ed ampiezza, non essendovi alcun vincolo metamerico ne la presenza in circolo o nel sistema nervoso centrale di mediatori chimici. Consente la collaborazione del paziente durante una eventuale procedura o intervento. Non puo' essere utilizzata "a priori" su un qualsiasi soggetto, ovvero e' necessario testare prima le capacita' ipnotiche di tale soggetto. E' soggetta ad eventuali problematiche connesse alla "relazione" tra terapeuta e paziente. Non e' nota tolleranza. Un riassunto delle caratteristiche dell'analgesia ottenibile con l'agopuntura e con l'ipnosi e' presente nella tabella situata prima della bibliografia.

Andiamo ora ad osservare i pro ed i contro delle due metodiche per quanto riguarda l'ambito chirurgico e quello relativo al dolore cronico. Con l'ipnosi, in determinati soggetti, puo' essere attuato un intervento chirurgico senza l'uso di altri agenti terapeutici. Questa possibilita' ha come presupposto che il paziente sia in grado di ottenere il sonnambulismo, ed il terapeuta di elicitarlo. Circa il 10% della popolazione generale ha una simile capacita', anche le capacita' ipnotiche, per chi scrive, possono essere "addestrate". Quando anche il paziente raggiungesse il sonnambulismo, non e' opportuno lavorare su strutture come il peritoneo, al fine di evitare ripercussioni a livello cardiovascolare.

Per quanto riguarda l'utilizzo nel campo delle sindromi dolorose croniche, entrambe le metodiche possono essere messe in atto con beneficio per il paziente, senza le problematiche riscontrabili nel campo chirurgico. L'ipnosi, in particolare, ben si presta ad essere impiegata in questo ambito, nel quale non sono richieste necessariamente grandi capacita' ipnotiche, e quindi il numero di pazienti su cui e' potenzialmente utilizzabile e' di gran lunga superiore al 10% della

popolazione generale di cui sopra. All'atto pratico, non vi e' forse paziente, per quanto scarse siano le sue capacita' ipnotiche, che non possa ricevere beneficio da un trattamento con l'ipnosi. L'agopuntura, dal canto suo ha dato da sempre un contributo nell'ambito del dolore cronico.

L'ipnosi quando aggiunta alla agopuntura per il trattamento di un paziente con un dolore cronico o acuto che sia, puo' dare un contributo importante perche' il dolore, specialmente se cronico, ha sempre una componente emotiva rilevante.

Analgesia con agopuntura e con ipnosi	
Indotta mediante agopuntura	Indotta mediante ipnosi
<ul style="list-style-type: none"> - Determinata mediatori chimici. - Latenza di circa 20 minuti. - Prevenibile usando un anestetico "locale". - Antagonizzabile dal naloxone. - Non attuabile su arti di soggetti tetraplegici. - Non vi e' tolleranza. - Difficilmente puo' consentire un intervento chirurgico senza la aggiunta di altri agenti farmacologici. - Se usata come singolo agente e' necessaria una elevata manualita' da parte del chirurgo (deve essere ridotto al minimo il trauma tissutale). - Consente la collaborazione del paziente. - Non strettamente dipendente dalla relazione paziente – terapeuta. - Effetti collaterali in percentuale minima. 	<ul style="list-style-type: none"> - La comparsa e la scomparsa sono rapide. - La zona corporea puo' essere estremamente selettiva. - Consente la collaborazione del paziente. - Puo' persistere per ore dopo la fine della seduta, come anche attivata mediante comando post ipnotico. - Non si instaura tolleranza. - Possibilita' di abreazioni inattese. - La interazione paziente e- terapeuta e' fondamentale. - Possibilita' di un uso non corretto da parte dell'operatore (es. eliminare il sintomo dolore senza aver valutato eventuali "secondary gains"). - Come singolo agente puo' consentire interventi chirurgici anche complessi purché non si sia la stimolazione di strutture come il peritoneo (rischio di ripercussioni a livello cardiaco).

BIBLIOGRAFIA

Anderson SA, Hansson G, Holmgren E et al (1976).

Evaluation of the pain suppressive effect of different frequencies of peripheral electrical stimulation in chronic pain conditions.

Acta Orthop Scand 47:149 –159.

De Benedittis G (2000).

Analgesia ipnotica : meccanismi corticali/sottocorticali ed implicazioni terapeutiche.

Atti del XXI Congresso Nazionale A.I.S.D., Grado 4-6 maggio 2000, pp85-88, 2000.

Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH (2000).

A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is

hypnosis?

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48(2), 138-53.

Montgomery, GH, David D, Winkel G, (2002).

The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis.

Anesthesia and Analgesia, 94(6), 1639-1645.

Ng L, Katims JJ, Lee M (1992).

Acupuncture: A neuromodulation technique for pain control. In: Aronoff G, editor.

Evaluation and Treatment of Chronic Pain, 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1992, pp 291-298.

Paley CA, Johnson MI, Bennett MI (2011).

Should physiotherapists use acupuncture for treating patients with cancer-induced bone pain? A discussion paper.

Physiotherapy. 2011 Sep;97(3):256-63. Epub 2010 Oct 30.

Thomas M, Lundberg T (1994).

Importance of modes of acupuncture in the treatment of chronic nociceptive low back pain.

Acta Anaesthesiol Scand 38:63- 69.

Trigkilidas D (2010).

Acupuncture therapy for chronic lower back pain: a systematic review.

Ann R Coll Surg Engl. 2010 Oct;92(7):595-8. Epub 2010 Jun 7.

Ulett G (1989).

Acupuncture.

In: Tollison C, Kriegel M, editors.

Interdisciplinary Rehabilitation of Low Back Pain. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989, pp 85-100.

L'UTILIZZO COMBINATO DELL'AGOPUNTURA E DELL'IPNOSI ANALISI DELLA LETTERATURA

Mentre esiste un certo numero di studi che comparano l'efficacia dell'agopuntura verso l'ipnosi o viceversa (**Li CL, 1975; MacHovec FJ, 1978; Knox VJ, 1990; Lu DP, 2001**), molto poco vi è in letteratura riguardo alla somministrazione in modo combinato di un trattamento mediante agopuntura ed ipnosi.

Il primo riferimento bibliografico disponibile in cui venga discusso dell'utilizzo combinato dell'ipnosi e dell'agopuntura è di autori italiani. Gli autori propongono questa combinazione come una alternativa al trattamento farmacologico del dolore in odontoiatria in pazienti selezionati (**Falda R et al, 1985**).

Zelter e Waterhouse analizzano in due occasioni distinte, facendo riferimento ad uno stesso studio, la fattibilità ed la accettabilità di un trattamento da loro definito "hypnopuncture" in pazienti pediatrici sofferenti di dolore cronico. Questi due autori riscontravano un elevato livello di accettazione da parte dei piccoli pazienti, con una significativa riduzione della sintomatologia e senza effetti collaterali (**Zeltzer LK, 2002; Waterhouse M, 2000**).

Samuels riporta due case report in cui l'agopuntura era usata in modo combinato con l'ipnosi. In uno di questi veniva riportato come l'ipnosi potesse essere di aiuto nel trattamento eseguito su agopunti particolarmente dolorosi (nel caso di una tendinite), mentre l'altro evidenziava come l'ipnosi potesse aumentare l'efficacia del trattamento con agopuntura delle cefalee (**Samuels N, 2005**).

Either descrive il caso di un paziente con un importante riflesso della deglutizione che doveva essere sottoposto a procedura odontoiatrica, trattato efficacemente con l'agopuntura combinata all'ipnosi, quando entrambi i trattamenti usati singolarmente erano falliti (**Eitner S, 2005**).

Sempre Samuels, nel 2011, ha pubblicato un case report sul trattamento della *Prurigo Nodularis* utilizzando l'agopuntura e l'ipnosi,

modalita' anche da lui indicata come "hypnopuncture". L'autore riporta un significativo miglioramento del quadro clinico, precedentemente trattato con antiistaminici e steroidi senza beneficio, e conclude come il trattamento agopuntura/ipnosi possa portare ad una risposta terapeutica superiore rispetto ad un uso separato dei dei trattamenti (**Samuels N et al, 2011**). Analogamente a quando accade in farmacologia, utilizzando piu' farmaci con differenti meccanismi di azione, si possono aumentare i benefici riducendo i possibili effetti collaterali (**Ruzicka M, 2001**). E' stato inoltre riscontrato come l'unione di trattamenti farmacologici e/o fisici con metodiche di tipo psicologico possa portare ad un miglioramento dell'outcome (**Foa EB, 2002**).

BIBLIOGRAFIA

Eitner S, Wichmann M, Holst S (2005).

'Hypnopuncture'—a dental-emergency treatment concept for patients with a distinctive gag reflex. *Int J Clin Exp Hypnosis* 2005;53:60–73.

Foa EB, Franklin ME, Moser J (2002).

Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination ? *Biol Psychiatry* 2002;52:987–97.

Falda R, Gonella A, Goti P, et al (1985).

Acupuncture and hypnosis as alternative anesthetics in dentistry. *Minerva Stomatol.* 1985 Jan–Feb;34(1):91–7.

Knox VJ, Gekoski WL, Shum K, et al (1990).

Analgesia for experimentally induced pain: Multiple sessions of acupuncture compared to hypnosis in high- and low-susceptible subjects. *J Abnormal Psychol* 1990;99:28–34.

Li CL, Ahlberg D, Lansdell H, et al (1975).

Acupuncture and hypnosis: effects on induced pain. *Exp Neurol* 1975;49:272–80.

Lu DP, Lu GP, Kleinman L (2001).

Acupuncture and clinical hypnosis for facial and head and neck pain: a single crossover comparison. *Am J Clin Hypn* 2001;44:141–8.

MacHovec FJ, Man SC (1978).

Acupuncture and hypnosis compared: fifty-eight cases. *Am J Clin Hypn* 1978;21:45–7.

Ruzicka M, Leenen FH (200).

Monotherapy versus combination therapy as first line treatment of uncomplicated arterial hypertension.

Drugs 2001;61: 943-54.

Samuels N (2005).

Integration of hypnosis with acupuncture: possible benefits and case examples.

Am J Clin Hypnosis 2005;47:229-34

Samuels N, Sagi E, Roe singer S, et al (2011).

Hypnosis and Acupunture (Hypnopuncture) for Prurigo Nodularis : A case Report.

Am J Clin Hypnosis 2011;53;4:277-286.

Waterhouse M, Stelling C, Powers M, et al (2000).

Acupuncture and hypnotherapy in the treatment of chronic pain in children.

Clin Acup Oriental Med 2000;1:139-50.

Zeltzer LK, Tsao JC, Stelling C, Pet al (2002).

phase I study on the feasibility and acceptability of an acupuncture/hypnosis intervention for chronic pediatric pain.

J Pain Symptom Manage 2002;24:437-46.

LE BASI TEORICHE PER UN POTENZIALE SINERGISMO TRA LE DUE METODICHE

Ad oggi, a conoscenza di chi scrive, non vi sono in letteratura lavori sperimentali che rigettino una azione potenzialmente sinergica delle due metodiche. Gli unici lavori preesistenti in letteratura sull'argomento evidenziano tutti un beneficio quando le due metodiche sono associate.

Desideriamo qui esaminare alcuni presupposti teorici che possono suggerire come il trattamento di un paziente con ipnosi ed agopuntura possa portare a dei benefici, forse superiori ad un semplice effetto additivo.

Cerimonie, rituali, procedure.

Sono numerosi gli studi che hanno posto attenzione a come una cerimonia o in generale un "rituale" possa avere un potente effetto sulla guarigione di un paziente (**Moerman DE, 2002**).

Secondo Frank e Frank tutte le procedure terapeutiche sono basate, almeno in parte, su un rituale, una cerimonia o una procedura che richiede una attiva partecipazione (fisica e/o mentale) di entrambe le figure, paziente e terapeuta, la quale viene ritenuta da entrambi un modo per ripristinare lo stato di salute (**Frank JD, Frank JB, 1991**). In molti casi un rituale può comportare la comparsa di uno stato ipnotico nel paziente, ed infatti è stato proposto che l'agopuntura possa essere esattamente questo (**Kaptchuk TJ, 2002**).

L'importanza del rituale in ipnosi è stata a lungo esplorata (**Spiegel H, Spiegel D, 1987**). Nonostante sia noto che per indurre uno stato ipnotico non siano necessari modalità "rituali", tuttavia il loro utilizzo è una modalità accettabile per facilitare l'induzione ipnotica.

È possibile che l'uso della agopuntura, con il suo rituale combinato con il rituale dell'ipnosi, o viceversa, possa portare ad un incremento della attesa di guarigione.

BIBLIOGRAFIA

Frank JD, Frank JB (1991).

Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy.
3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins, 1991.

Kaptchuk TJ (2002).

The placebo effect in alternative medicine: can the performance of a healing ritual have clinical significance?
Ann Intern Med 2002;136:817-25.

Moerman DE (2002).

Meaning, medicine and the 'placebo effect'.
Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002.

Spiegel H, Spiegel D (1987).

Trance and treatment: clinical uses of hypnosis.
New York: Basic Books, 1987.

Aspettativa e autoguarigione.

Chi soffre di un disturbo quando decide di recarsi da un terapeuta, lo fa con un atteggiamento di fiduciosa attesa (Nota), ed il terapeuta dovrebbe favorire questa idea.

E' stato osservato come la aspettativa possa condizionare la guarigione (**Bandura A, 1977**). Inoltre e' stato osservato come la aspettativa modelli la esperienza (**Kirsch I, 1999**). L'analisi degli effetti della aspettativa in campo terapeutico dimostra come una "aspettativa di guarigione" sia una componente importante del trattamento terapeutico (**Crow R, 1996**). Fenomeni di autoguarigione sono parte integrante sia della agopuntura che della ipnosi. Infatti, il paziente che si reca dall'agopuntore viene da esso edotto di come la guarigione avvenga grazie a processi di riequilibrio energetico che avvengono o spontaneamente o favoriti dal trattamento agoterapico, ma che sono fondamentalmente gia' presenti nel soggetto stesso, in altre parole, il paziente possiede gia' le risorse per riacquistare lo stato di salute. E questo e' anche il concetto alla base dell'ipnosi ericksoniana, ovvero vi e' il presupposto che il paziente abbia dentro di se le risorse necessarie per la guarigione (**Erickson MH, 1980**).

E' interessante notare come l'agopuntore digiuno di ipnosi, quando pone l'accento sulla attivazione di processi di guarigione naturali ed autonomi, possa favorire, in questo modo la comparsa di un certo grado di dissociazione (e peraltro di fiduciosa attesa) e questo a sua volta potrebbe favorire un aumento della suggestibilita' (**Butler LD, 1996**).

La aumentata attesa di guarigione, obiettivo della ipnosi e molto spesso anche della agopuntura, puo' comportare un potenziamento dell'effetto placebo (**Moerman DE, 2002**).

E' interessante infine lo studio di Lu che ha riscontrato come l'outcome della agopuntura e della ipnosi sia influenzato dalle preferenze del paziente le quali riflettono le sue aspettative (**Lu DP, 2001**).

Nota.

Non sempre ovviamente un paziente si presenta al terapeuta con il 100% del suo Se desideroso di essere guarito. Vi possono essere infatti pazienti che presentano una notevole ambivalenza, come a volte accade in chi desidera, ad esempio, perdere peso o smettere di fumare. In altri termini, una "parte" del paziente desidera ad esempio, smettere di fumare (altrimenti il paziente non sarebbe andato dal terapeuta) ed un'altra "parte" teme lo smettere di fumare. Se si percepiscono tali situazioni e' fondamentale indagare su quale sia l'importanza, nella economia psichica del paziente, il problema da esso riportato. Non esplorare questi aspetti puo' portare nella migliore delle ipotesi ad un trattamento inefficace, nella peggiore ad un aumento o ad un cambiamento del disturbo stesso.

BIBLIOGRAFIA

Bandura A (1977).

Self efficacy: toward a unifying theory of behavior change.
Psychol Rev 1977;84:191-215.

Butler LD, Duran RE, Jasiukaitis P, et al (1996).

Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology.
Am J Psychiatry 1996;153:42-63.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, et al (1996).

The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review.
Health Technol Assess 1999;3:1-96.

Erickson MH (1980).

The Collected Papers of H. Milton Erickson on Hypnosis.
Vol I, Irvington Publishers, Inc. New York, 1980.

Kirsch I. (ed.) (1990).

How Expectations Shape Experience. Washington, DC:
American Psychological Association, 1999.

Lu DP, Lu GP, Kleinman L (2001).

Acupuncture and clinical hypnosis for facial and head and neck pain: a
single crossover comparison.
Am J Clin Hypn 2001;44:141-8.

Moerman DE, Jonas WB (2002).

Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response.
Ann Intern Med 2002;136:471-6.

Gli aghi stupiscono e confondono.

Se prendiamo dei pazienti che devono sottoporsi ad un trattamento di agopuntura, soprattutto se per la prima volta, spesso mostrano una certa apprensione alla possibilita' di avvertire dolore quando gli aghi verranno inseriti nella loro cute. E' esperienza comune che successivamente alla inserzione degli aghi, molti pazienti avvertano invece una riduzione dell'ansia ed una sensazione di rilassamento fisico e mentale (**Ernst E, 2001; Gibson D, 2007; Shu S, 2011**). Si tratta di un effetto opposto a quanto spesso atteso, ovvero di un "effetto a sorpresa", che potrebbe evocare uno stato di spiccata attentivita' (**Hammond CD, 1990**). Ed e' noto come la sorpresa possa essere usata al fine di aumentare la suggestionabilita' (**Erickson MH, 1992**).

BIBLIOGRAFIA.

Erickson MH (1992).

Creative Choice in Hypnosis (The Seminars, Workshops and
Lectures of Milton H. Erickson).
New York: Irvington Publishers, 1992.

Ernst E, White AR (2001).

Prospective studies of the safety of acupuncture: a
systematic review.
Am J Med 2001;110:481-5.

Gibson D, Bruton A, Lewith GT, et al (2007).

Effects of acupuncture as a treatment for hyperventilation syndrome: a
pilot, randomized crossover trial.
J Altern Complement Med. 2007 Jan-Feb;13(1):39-46.

Hammond CD (1990).

The Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors.
New York: American Society of Clinical Hypnosis, 1990, 35.

Shu S, Li TM, Fang FF, et al (2011).

Relieving pre-exam anxiety syndrome with wrist-ankle acupuncture: a randomized controlled trial.
Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao, 2011 Jun;9(6):605-10.

Il rilassamento.

In seguito alla inserzione degli aghi e' comune la comparsa di uno stato di rilassamento mentale e muscolare (**Ernst E, 2001**). E' stato suggerito come questo stato ipnoideale possa essere associato ad una aumentata suggestibilita' (**Holroyd J, 2003**).

Appare chiaro come pazienti che trovino difficoltoso il "lasciarsi andare" durante una induzione ipnotica, possano trarre beneficio dalla comparsa dello stato di rilassamento ottenibile mediante l'agopuntura (**Hammond DC, 1998**). Una volta superato lo scoglio iniziale, lo stesso paziente acquisirebbe una maggiore fiducia in se stesso e nell'operatore, consentendo di esplorare, se clinicamente opportuno, la possibilita' di fenomeni ipnotici sempre piu' importanti (**Hammond CD, 1990**).

BIBLIOGRAFIA

Ernst E, White AR (2001).

Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review.
Am J Med 2001;110:481-5.

Hammond DC. (ed) (1998).

Hypnotic Induction and Suggestion.
Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis, 1998.

Holroyd J (2003).

The science of meditation and the state of hypnosis.
Am J Clin
Hypn 2003;46:109-28.

Hammond CD (1990).

The Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors, 1st ed.
Des Plaines, IL: The American Society of Clinical Hypnosis;
1990, 21.

La ratifica del DeQi.

La sensazione che compare in seguito alla inserzione e/o alla manipolazione degli aghi (sensazione di gonfiore, di distensione, di formicolio, di pesantezza, ecc) viene indicata come DeQi e considerata un presupposto essenziale per ottenere un effetto terapeutico nella MTC (**Maciocia G, 1997; Hui KK, 2011**).

In ipnosi e' comune "ratificare" ovvero fornire al paziente una prova palpabile che e' avvenuto o sta avvenendo un dato evento o fenomeno, sia esso la chiusura delle palpebre piuttosto che il movimento di un dito della mano o qualunque altro evento il paziente stesso fornisca come possibilita' all'ipnologo. Il paziente puo' quindi rendersi conto, che qualcosa si sta modificando in lui, al di fuori del suo controllo volontario, e già questo di per sé puo' essere sufficiente a indurre uno stato di sorpresa e di meraviglia, pronò a creare un aumento della suggestibilita', creando inoltre una maggior fiducia nell'ipnologo e nel paziente stesso.

L'agopuntura ha una sua "prova interna" che qualcosa sta avvenendo, che qualcosa si e' messo in moto, ed e' proprio la comparsa di queste sensazioni, indicate come DeQi. La comparsa del DeQi e' un evento che l'agopuntore, prima di iniziare la seduta ha ben illustrato al paziente, in particolare spiegando come essa sia il segno che l'energia si sia messa in movimento e come questo sia alla base dell'effetto terapeutico. E' difficile non pensare come questo non possa portare ad un incremento della fiducia da parte del paziente sia nelle capacita' dell'agopuntore sia nella attesa di guarigione. Ed e' noto come l'incremento della aspettativa da parte del paziente nell'efficacia dell'intervento incrementi la risposta all'intervento stesso (**Kirsch I, 1990; Frank JD, 1991**).

BIBLIOGRAFIA

Frank JD, Frank JB (1991).

Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy.

3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins, 1991.

Maciocia G (1997).

The Foundations of Chinese Medicine.

London: Churchill Livingstone, 1997.

Hui KK, Sporko TN, Vangel MG, et al (2011).

Perception of Deqi by Chinese and American acupuncturists: a pilot survey.

Chin Med. 2011 Jan 20;6(1):2.

Kirsch I (1990).

Changing expectations: a key to effective psychotherapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1990.

AGOPUNTURA ED IPNOSI : CONSIDERAZIONI PRATICHE

Il terapeuta, versato in entrambe le metodiche, puo' essere l'unica figura coinvolta, oppure l'ipnosi puo' essere somministrata da un secondo terapeuta, prima o dopo il posizionamento degli aghi. Una altra alternativa potrebbe essere quella che l'agopuntore utilizzi durante la seduta dei brani precedentemente registrati. A questo riguardo lo stesso paziente potrebbe, con l'aiuto del terapeuta, scegliere un eventuale brano su CD (ve ne e' una ampia disponibilita' su Internet, es. <http://www.healingwithhypnosis.com/>). La scelta del brano, che potrebbe poi essere ascoltato a domicilio, comporterebbe inoltre il beneficio di rendere il paziente partecipe del trattamento, fattore che si e' visto influire sull'outcome (Caspi O et al, 2004).

L'esperto in ipnosi e non agopuntore, a sua volta potrebbe utilizzare la stimolazione manuale su determinati agopunti se non desidera utilizzare degli aghi.

Per l'esperienza di chi scrive, combinare le due tecniche dal punto di vista pratico risulta molto semplice. Infatti, a paziente sdraiato sul lettino, dopo la inserzione degli aghi, vi sono almeno 25 - 35 minuti a disposizione del terapeuta per attuare il trattamento ipnositerapico. Infatti durante questo tempo il terapeuta puo' liberamente manipolare gli aghi e nel contempo fornire le opportune suggestioni in relazione alla problematica con cui giunge il paziente.

Anche in un ambito come l'odontoiatria ove spesso e' necessario fare i conti con tempi stringenti e' spesso possibile utilizzare le metodiche in modo combinato (Gonella A et al, 1999).

BIBLIOGRAFIA

Caspi O, Koithan MS, Criddle MW (2004).

Alternative medicine or 'alternative' patients: a qualitative study of patient-oriented decision-making processes with respect to complementary and alternative medicine.

Med Decis Making 2004;24:64-79.

Gonella A (1999).

"Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia" atti del XVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica: "Significato e senso della malattia", Siena 3-6.11.1999.

CONCLUSIONI

La poca bibliografia disponibile riporta quasi unicamente casi di trattamenti di sindromi dolorose. Sia l'agopuntura che l'ipnosi sono state da sempre utilizzate nel controllo del dolore, ed entrambe, anche se con percorsi profondamente diversi, sono state riconosciute a livello internazionale. La letteratura conforta l'ipotesi che agopuntura ed ipnosi esplicano i loro effetti basandosi su meccanismi profondamente diversi.

Nel trattamento di un paziente con dolore, se alla agopuntura si aggiunge l'ipnosi, diventa possibile "alterare" il sintomo, per quanto riguarda la sede, la estensione e la qualità. Se l'ipnotista è anche psicoterapeuta diviene possibile agire non soltanto sulla componente somatica del sintomo dolore ma anche su quelle emozionale e relazionale, sempre presenti, specialmente nelle sindromi dolorose croniche.

Anche l'odontoiatria è un campo ove le due metodiche possono essere efficacemente combinate, al fine di ottenere riduzione dell'ansia, miglior rilassamento, riduzione della salivazione, analgesia. Interessanti a questo riguardo le indicazioni all'utilizzo dell'ipnosi di Gonella in campo odontoiatrico (**Gonella A et al, 1990**).

In realtà sia l'agopuntura che l'ipnosi hanno un campo di utilizzo molto più vasto, sia in ambito somatico che psichico. Sono infatti potenzialmente molte le situazioni in potrebbero "darsi una mano", sia perché una non preclude l'altra da un punto di vista teorico, sia perché non si sottraggono tempo a vicenda.

Se quanto riportato nelle pagine precedenti ha suscitato nel lettore interesse per un campo ancora poco esplorato lo scopo di questo scritto è stato raggiunto.

BIBLIOGRAFIA

Gonella A, Gonella AM (1990).

Indicazioni all'utilizzo delle tecniche ipnotiche in Odontostomatologia. Fatebenefratelli, vol. IV, fasc. 1, luglio 1990.

