



ISTITUTO
FRANCO GRANONE
CIICS centro italiano ipnosi
clinico sperimentale

Direttore Dott A. M. Lapenta

Tesi anno 2021

"LA COMUNICAZIONE IPNOTICA
APPLICATA ALL'OSTEOPATIA:
UN BINOMIO EFFICACE"

CANDIDATO

Dott Roberto Grimandi

RELATORE

Dssa Milena Muro

*„E coloro che furono visti danzare furono giudicati pazzi
da quelli che non potevano sentire la musica.“ —*

Friedrich Nietzsche

Sommario

INTRODUZIONE.....	4
IPOTESI.....	5
EPIDEMIOLOGIA DEL DOLORE.....	6
IL DOLORE.....	8
FISIOLOGIA DEL DOLORE.....	10
CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE	11
OSTEOPATIA E DOLORE.....	13
IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA	19
CONCLUSIONI	26
Bibliografia.....	27

INTRODUZIONE

Per mia formazione professionale ho avuto a che fare con il dolore fin dagli inizi del mio lavoro.

Infatti svolgo la professione di infermiere presso il pronto soccorso dell'ospedale civile di Ravenna.

Pronto soccorso prima linea: il dolore crudo, acuto senza filtri ti esplode davanti.

Successivamente ho intrapreso e concluso il percorso da osteopata e in ambulatorio ho avuto la possibilità di vedere il dolore sordo, sottile, continuo quella dolenzia di sottofondo che ti accompagna costantemente.

Da infermiere e osteopata ho avuto modo e ho tuttora modo di vedere il dolore in tutte le sue forme le sue espressioni e ovviamente di trattarlo.

La mia opinione personale è che noi siamo prima di tutto memoria e informazione.

C'è una definizione dell'uomo di Rudolf Steiner molto interessante: "l'essere umano aggiunge esperienze ai propri ricordi" e le esperienze non sono dunque informazione acquisite dal sistema?

Noi in qualità di essere umani riceviamo e trasmettiamo continuamente informazioni.

Non si può non comunicare, lo afferma anche Paul Watzlawick. Esiste un flusso continuo di informazioni cosce e inconscie, volontarie o involontarie tra emittente e ricevente.

Non solo questo.

Il flusso informativo esiste in continuazione anche dentro il nostro corpo. Il sangue, con il plasma trasmette informazioni, gli ormoni, il tessuto connettivo, la fascia, i nervi efferenti ed afferenti...tutte strade e messaggeri di informazioni.

E la funzione massima del dolore non è forse quella di avvertire che qualcosa non va? Di evidenziare un problema, di fornire dunque un'informazione al sistema.

E se il dolore da un'informazione al sistema, posso io riuscire a dare al sistema un'informazione per cui si riesca a resettare, in un certo senso, a guarire e risolvere il problema?

Proprio da qui sono partite le mie ricerche.

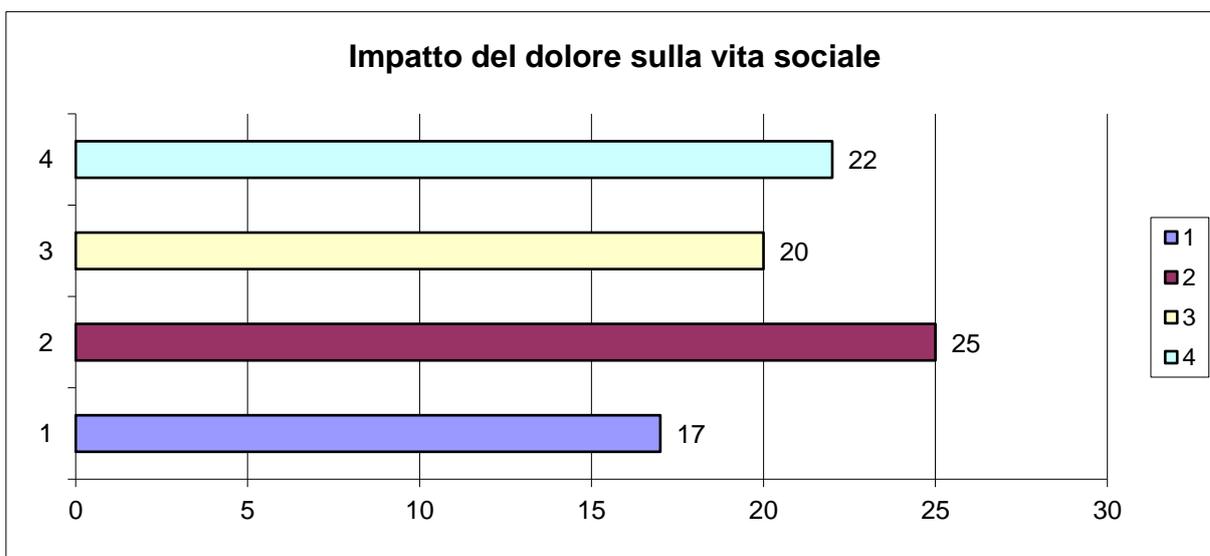
IPOSTESI

Il dolore o per meglio dire le sindromi dolorose hanno un impatto enorme a livello sociale. Giornate di lavoro perse con diminuzione della produttività, aspetto sociale modificato cioè meno tempo per coltivare hobby amici con conseguente isolamento e qualità della vita in forte diminuzione, guardando anche l'aspetto familiare che viene danneggiato soprattutto in termini qualitativi. Questo si traduce in traumi psicologici che si possono riverberare fino a stati depressivi. Quindi il dolore è una sindrome complessa che va a colpire vari aspetti dimensionali della vita di un individuo, traducendosi in modifiche della personalità, adattamenti a nuovi stili di vita con modifica degli interessi, inabilità lavorativa, sofferenza globale per il paziente e per coloro che gli stanno vicino. La paura del dolore genera anche frequenti stati ansiosi

Il trattamento del dolore muscolare può essere effettuato con svariate tecniche di medicina manipolativa, tecniche ad energia muscolare, massoterapia.... con varie tecniche secondo la medicina osteopatica

Non sempre queste tecniche raggiungono il risultato di fare sparire il dolore o di attenuarlo in maniera significativa.

Obbiettivo del nostro studio è vedere se associando la comunicazione ipnotica e quindi le tecniche di ipnosi alla terapia manipolativa osteopatica si possano raggiungere risultati migliori.



- 17 Perdita del lavoro
- 25 Cambio responsabilità professionali
- 20 Cambio di lavoro
- 22 Depressione

EPIDEMIOLOGIA DEI DOLORE

La situazione in Italia, per quanto riguarda l'aspetto del dolore e del suo trattamento è ancora ben lontana dall'essere risolta. Dati ISTAT ci dicono che circa il 21,7 % della popolazione soffre di dolore cronico, questo significa che ad essere colpita dal dolore è un numero di persone vicino a 13 milioni. Il dolore, quindi colpisce un numero enorme di individui, ma molte volte non viene preso nella giusta considerazione, infatti come riportato nello *studio Breivik H, Collet B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D, Survey of chronic pain in europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J pain 2006;10:287-333* il 41% dei pazienti con dolore cronico afferma di non aver ricevuto un adeguato controllo del dolore.

Questo determina, oltre al disagio e malessere della persona un aumento importante della spesa sanitaria. A conferma di questo l'AISD (Associazione Italia per lo Studio del Dolore) riporta i seguenti dati: in Europa un cittadino su cinque viene interessato dal dolore e questo fa perdere 500 milioni di giornate lavorative con un costo attorno ai 34 miliardi euro.

Secondo gli ultimi dati del Rapporto del Consiglio dell'U.E. sulle malattie croniche e sul ruolo del dolore, in Europa la prevalenza del dolore cronico è compresa tra il **16%** e il **46%**; ciò significa che circa **80 milioni di europei** sono affetti da dolore cronico moderato-grave.

L' ISAL (nasce nel 1993 come Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche, con lo scopo di promuovere la formazione medica e la ricerca sul tema del dolore cronico) e ci dice che

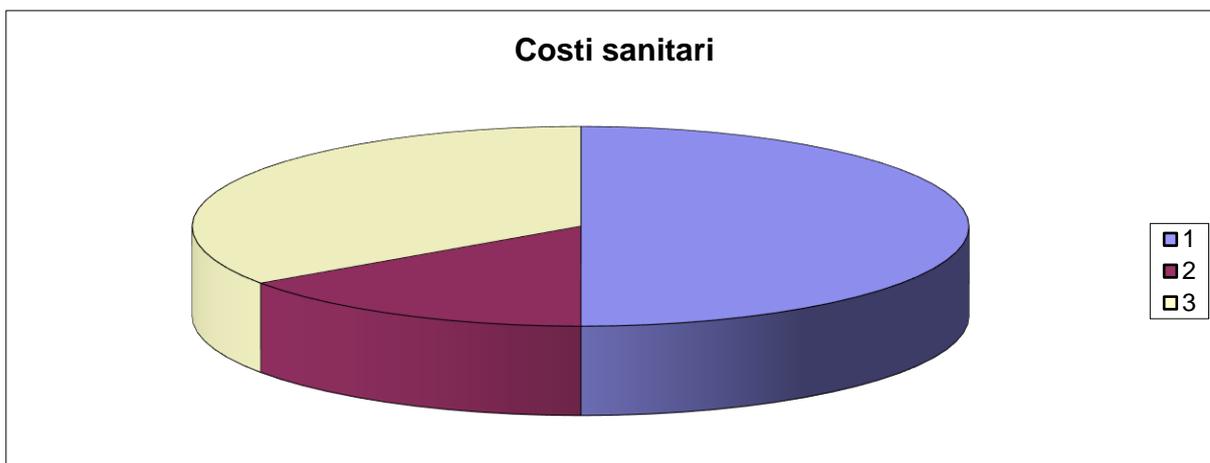
l'Italia risulta essere al terzo posto, dopo Norvegia e Belgio, per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico ed è al primo posto per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico severo, che ha una incidenza del **13%** sul totale.

Analizzando la prevalenza del dolore cronico in Italia per Regioni, emerge inoltre una percentuale maggiore al Nord-Ovest, con il **27.7%**, mentre la più bassa è a Sud, dove comunque si attesta un **21.7%**.

Sempre l'ISAL afferma la grande difficoltà nelle persone affette da dolore cronico a trovare un percorso sanitario codificato senza addentrarsi in un dedalo di sentieri, percorsi che tante volte non portano a nulla, con una spesa pro capite di circa 750 euro annui.

È stato stimato che almeno il **22%** della popolazione colpita da dolore cronico soffre di depressione e ansia a causa delle limitazioni causate da una quotidiana sofferenza.

Da questi dati si evince come il dolore rappresenti un problema veramente serio che si riverbera su vari aspetti della società.



- 1 costo annuo paziente 4557 €
- 2 costo annuo paziente diretto a carico del SSN 1400 €
- 3 costo annuo paziente indiretto 3156 €

Il dolore cronico ha un peso anche sull'economia nazionale: il costo sociale medio annuo per ogni paziente è di almeno **4.557 €**, di cui **1.400 €** per i costi diretti a carico del Sistema Sanitario Nazionale (farmaci, ricoveri, diagnostica) e **3.156 €** per costi indiretti (giornate lavorative perse, distacchi definitivi dal lavoro etc.). Chi soffre di dolore cronico perde, spesso, il lavoro oppure è costretto a cambiarlo o a cambiare mansione.

IL DOLORE

Tutti, almeno una volta nel corso della loro vita, hanno provato qualche forma di dolore. Lo hanno provato avvertito.

Il dolore non è solo quello puramente fisico, nocicettivo, come per esempio quando ci si ustiona o ci si ferisce oppure quello viscerale tipo colica ma è anche quello animico, sensoriale. Quello che un individuo prova quando apprende una brutta notizia come la perdita di una persona cara, in questo caso si definisce più propriamente sofferenza.

Entrambe le sensazioni, fisica ed animica possono sommarsi come per esempio quando avviene un infarto per spasmo coronarico e non per occlusione coronarica causata da placca aterosclerotica. Spasmo indotto a volte da un forte dispiacere e infatti la saggezza popolare lo descrive bene “le è morto un figlio e lei dopo poco è morta di crepacuore”

E anche il termine di “sentire” il dolore non sottintende l’ascoltare ma quanto il percepire sia fisicamente attraverso gli stimoli sensoriali che psicologicamente rispondendo a livello emotivo.

Il dolore afferma in continuazione la propria presenza, quando compare si fa notare, coinvolge tutta la persona dalle profondità più lontane dell’essere a quelle più superficiali fisiche, avvolge l’individuo su svariati piani dimensionali.

Interessante notare l’etimologia di “pain” dolore middle english dal latino “pena, punizione” dal greco painè (pagamento, penalità, ricompensa)

Definizione del dolore :

dal vocabolario il Sabattini Coletti:

- 1) Sensazione fisica che da pena, che provoca malessere, male, sofferenza
- 2) Stato d’animo di profonda tristezza, d’angoscia, afflizione, pena

si può dunque affermare che il dolore è un’esperienza che si riverbera su vari piani dimensionali.

L’ International Association for the Study of Pain IASP nel 1979 definisce il dolore come “un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno.

Nel 2018, la stessa IASP ha inviato una commissione con lo scopo di completare ed aggiornare la nuova definizione di dolore implementando sei punti, sei note integrative per un migliore inquadramento:

- il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali
- il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere edotto solo dall'attività neurosensoriale
- le persone apprendono il concetto del dolore attraverso le loro esperienze di vita
- il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato
- sebbene il dolore abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico
- la descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore

Jeffrey Mogil, end Alan Edwards center for Research of pain, McGill University, Montreal definiscono “un cambiamento importante, rispetto alla definizione del 1979 consiste nel sostituire la terminologia che si basava sulla capacità di una persona di descrivere l'esperienza per qualificarla come dolore. Ci si è resi conto di come questa formulazione escludesse neonati, anziani e altri, persino gli animali.

I sei punti che compongono le note sottolineano le tre dimensioni interconnesse del dolore: biologica, psicologica e sociale e la natura appresa da quell'esperienza.

Milton Cohen, St. Vincent's Clinical School, UNSW Medicine, Sidney evidenzia come il dolore può avere effetti negativi sulla funzionalità e benessere sociale e psicologico.

Il dolore costituisce una delle cause più frequenti di richiesta di assistenza sanitaria. Può essere talmente intenso da diventare invalidante indipendentemente dalla malattia. Il trattamento e la gestione del dolore è talmente importante che l'American Pain Society (2003) ha definito il dolore il quinto parametro vitale. Questo indica che l'accertamento e il trattamento del dolore dovrebbe essere qualcosa di routinario e giornaliero come rilevare la pressione arteriosa o il battito cardiaco.

Risulta utile distinguere il dolore dalla sofferenza, quest'ultima è una risposta emotiva legata al crescere del dolore all'aumento dell'intensità o ad eventi che minacciano l'integrità di una persona, mentre il dolore è legato a situazione che compromettono i tessuti. Le persone possono soffrire senza dolore, avere dolore non soffrire, oppure soffrire ed avere dolore contemporaneamente.

FISIOLOGIA DEL DOLORE

La ricerca sulla genesi del dolore, negli ultimi tempi, ha compiuto passi da gigante, anche se molte cose rimangono ancora da scoprire, altrettante sono state evidenziate, soprattutto grazie alle progredite apparecchiature diagnostiche, come la TAC, la risonanza magnetica, l'elettroencefalogramma per citarne solo alcune. Il sistema nervoso risponde a tutti gli stimoli esterni. Il dolore viene intercettato da un sistema che si estende dalla corteccia cerebrale fino alle più lontane periferie del corpo umano, tramite dei recettori chiamati nocicettori. La risposta del sistema nervoso allo stimolo doloroso passa attraverso una struttura chiamata corno posteriore del midollo spinale. Una fitta rete di nervi e terminazioni nervose, costituiscono le vie in cui corre lo stimolo elettrico, un potenziale d'azione che scorre in entrambe le direzioni efferenti e afferenti. Questo potenziale d'azione è la traduzione di stimoli meccanici, elettrici, termici, effettuata dai nocicettori, terminazioni nervose libere sparpagliate nei tessuti. Esistono principalmente esistono due vie di conduzione di questo stimolo verso il midollo spinale: le fibre A-delta e le fibre C. le prime, le A-delta lasciano scorrere lo stimolo più rapidamente, e consentono una conduzione più veloce, evidenziando un dolore dal carattere acuto, pungente e con una localizzazione precisa quindi associabile a una lesione tissutale. La seconda via, quella delle fibre C invece comunicano un dolore sordo, costante, diffuso, con una non precisa localizzazione, e una velocità di conduzione più lenta. Questi segnali, quelli delle fibre A-delta e quelli delle fibre C seguono le fibre dei tessuti periferici fino alle radici dorsali del midollo e si spingono fino alle corna dorsali dello stesso midollo. Da qui, il loro viaggio continua, veicolando l'impulso doloroso fino alla corteccia cerebrale. Questo avviene percorrendo due vie principali:

La via neospinotalamica e la via paleospinotalamica.

La via neospinotalamica fornisce informazioni precise a livello talamo-corticale, rendendo evidente e chiara la sede del dolore e anche il percorso tracciato dallo stesso dolore acuto. La via paleospinotalamica che porta un'informazione generale e diffusa alla sostanza reticolare e alle

strutture limbiche corticali e sotto corticali, questa informazione non è precisa ma è costante, sorda, continua. La variazione dello stimolo nocicettivo si traduce in una modificazione della trasmissione neurale afferente, quindi la percezione del dolore

Il sito anatomico dove avviene più comunemente e frequentemente questa modulazione sono le corna dorsali del midollo spinale che può generare due situazioni: aumento o diminuzione, inibizione dello stimolo doloroso. Da notare che la variazione che comporta una diminuzione del dolore comprende il rilascio di neurotrasmettitori inibitori e l'attivazione delle vie efferenti del dolore con liberazione di serotonina endorfine adrenalina noradrenalina sempre nelle corna dorsali del midollo da queste conoscenze si è sviluppata la teoria dei cancelli, del gate control, cancelli che si aprono e si chiudono lasciando passare o meno lo stimolo.

CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

Il dolore come visto sopra può essere un utile segnale per la diagnosi precoce di una patologia ma può essere anche un buon indicatore durante il decorso clinico di una patologia. A volte accompagna procedure cliniche e diagnostiche, e rappresenta sempre un motivo di ansia e paura che la malattia si porta con se determinando un forte impatto psicologico sulla qualità della vita

Nel 1999 L. Brasseur, M. Chauvin, G. Guilbaud presero il dolore e lo considerarono in base alla durata. Lo poterono così suddividere in dolore acuto e dolore cronico.

Il dolore acuto: è quel tipo di dolore che insorge all'improvviso, con una durata circoscritta, relativamente breve, e si conclude con la guarigione o con la rimozione della causa che lo ha provocato. E' molto utile poiché la sua insorgenza ci avverte, ci mette in allarme con lo scopo di evitare un danno maggiore, come medicare una ferita impedendo la setticemia o tenere a riposo o immobilizzare una parte traumatizzata. Il dolore stesso, insorto così improvvisamente può indurci a formulare una diagnosi precocemente. Questo dolore è per così dire considerato utile, e va capito ed interpretato per finalizzare un'adeguata e corretta terapia specifica della patologia in esame.

Il dolore cronico: esistono diverse modalità di interpretazione per esempio se il dolore persiste da tre a sei mesi oppure se la condizione patologica che genera il dolore è nota da tempo e non aggredibile se la sua costante e continua presenza provoca ansia, disturbi emotivi, oppure genera un circuito depressivo e allora il dolore diventa una sindrome a se stante inquina o modifica

fortemente gli aspetti relazionali, psicologici e sociali di una persona. Allora questo dolore diventa inutile e va assolutamente affrontato e risolto molto velocemente.

Il dolore può essere classificato e considerato sotto l'aspetto fisiopatologico e allora si distinguono vari tipi di dolore:

Dolore nocicettivo: stimolato dalla stimolazione dei recettori del dolore. Può essere di origine viscerale o somatica. Questo tipo di dolore può nascere da un'alterazione meccanica tipo trauma, da un tessuto con sindrome infiammatoria, da un tessuto con segni di infezione, sono compresi in questo tipo di dolore per esempio patologie ischemiche, lesioni traumatiche, artriti infiammatorie, dolori miofasciali. Questo tipo di dolore viene trattato con successo dalla farmacologia ufficiale ma anche da strategie non farmacologiche.

Dolore neuropatico: dovuto a patologie del sistema nervoso centrale o periferico, per esempio le neuropatie diabetiche, nevralgie post erpetiche o trigeminali. Questo risponde meno alle terapie farmacologiche analgesiche convenzionali rispetto al dolore di natura nocicettiva, poiché essendo conseguenza di un danno o di una disfunzione del tessuto nervoso determina un' aumentata e confusa attività degli stimoli generati.

Dolore oncologico: può derivare direttamente dalla malattia, dalla terapia oncologica, dal suo esito. Cecily Saunders, fondatrice degli hospices nel regno unito, ha definito questo tipo di dolore come totale, che interessa la sfera psicofisica e sociale che necessita di un approccio olistico integrato.

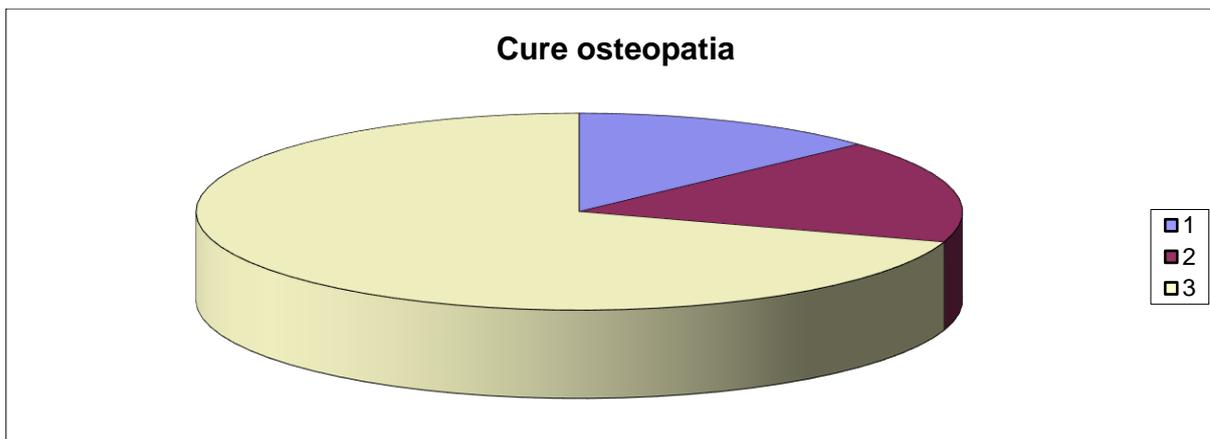
Dolore misto non specificato: per esempio mal di testa o dolore che insorge per un'origine psicologica.

OSTEOPATIA E DOLORE

Epidemiologia:

circa dieci milioni di italiani affermano di conoscere e servirsi dell'osteopatia, soprattutto per dolori muscolari e scheletrici.

A questo proposito l'indagine Eumetra rivela che fra coloro che hanno già avuto contatti con l'osteopatia (162 casi) il 90% si è espresso positivamente sulla validità della cura e, sempre il 70% di costoro, ha scelto l'osteopata per risolvere problemi di dolori muscolo scheletrici. “Ma c'è anche – aggiunge Mannheimer – qualcuno (17%) che sceglie l'osteopata per traumi e qualche altro (13%) addirittura per prevenzione.



- 1 persone che si rivolgono all'osteopata per prevenire malattie (13%)
- 2 persone che si rivolgono all'osteopata a seguito di trauma (17%)
- 3 persone che si rivolgono all'osteopata per dolori muscolo scheletrici (70%)

L'indagine fa emergere un bisogno di salute su un tema, il dolore, spesso trascurato dalla medicina ufficiale che ancora ha difficoltà a diffondere l'uso di una medicina del dolore con farmaci che per altro molti non riescono a “digerire”.

Il pensiero osteopatico si basa su alcuni principi cardini, dettati dal suo fondatore Andrew Taylor Still. Questi principi sono quattro e costituiscono i pilastri fondamentali della filosofia osteopatica, essi sono:

- 1) l'essere umano è una unità funzionale dinamica
- 2) il corpo possiede meccanismi autoregolatori che sono autocuranti in natura

- 3) struttura e funzione sono correlate a qualsiasi livello
- 4) una terapia razionale si basa sull'insieme dei tre concetti sopracitati

Il primo principio è riferito alla persona come essere unico, non solo unico perché irripetibile ma uno inteso come corpo anima e spirito, l'uno nella sua intera globalità. Se si osserva l'anatomia per esempio il tessuto connettivo, o le fasce, si può notare immediatamente che questo è continuo in tutto il corpo, dunque connette il tutto, la fisiologia è facilitata e regolata dal sistema nervoso, circolatorio ed endocrino e per ultimo il sistema muscolare e scheletrico agiscono come un'unità agli stimoli esterni.

Il principio dell'unità del corpo suggerisce il fatto che sia le alterazioni della fisiologia che gli stati di salute sono legati profondamente e dipendono da fattori fisici mentali psicologici e spirituali. Quindi quando si instaura un'alterazione o un danno in una struttura anche altre vengono danneggiate.

L'uomo è dotato di un'autoregolazione *intrinseca* in condizioni di normalità tutto l'organismo, corpo, mente e spirito contribuiscono nel preservare la salute e, quando occorre, nella guarigione.

La vis medicatrix naturae (potere curativo della natura) sommo principio Andrew Taylor Still fondatore dell'osteopatia specificava "il corpo umano contiene al suo interno la capacità di guarire. Se questa normalità viene riconosciuta e normalizzata si può sia prevenire che curare la malattia" *norbury Gwosteopatic medicine an american reformation Chicago 1966:15*

E ancora Still aggiungeva: "l'obiettivo del medico deve essere quello di trovare la salute. Tutti sono capaci di trovare la malattia".

La salute è il risultato della nostra capacità di affrontare i problemi più o meno grandi della vita, lo stress ad essi legati con sufficiente energia resistendo a questi attacchi che la vita quotidiana ci impone. Una corretta circolazione del flusso sanguigno, sempre per Still, è di assoluta e fondamentale importanza: "l'arteria è sovrana" se viene in un qualche modo ostacolato il flusso ne consegue la malattia. Still aveva capito anche l'importanza del sistema e del flusso linfatico.

Una corretta manipolazione muscoloscheletrica riesce a sciogliere, ad allentare le restrizioni, a "liberare" il tessuto e a ripristinarlo facilitando il movimento.

Il concetto che la struttura e la funzione sono intimamente connesse e che la struttura determina la funzione ci fa immediatamente capire il posto speciale che il sistema muscoloscheletrico conserva nel nostro organismo e la sua relazione con la salute dell'individuo. La vita umana si

esprime nel comportamento e qualsiasi cosa un uomo faccia utilizza il sistema muscoloscheletrico. Con esso si realizzano le azioni umane. Comunichiamo con questo sistema, gesti, movimenti, espressioni, comportamenti.

La conoscenza dell'anatomia è fondamentale per gli osteopati.

Per esempio conoscere l'origine e l'inserzione dei muscoli delle porzioni miofasciali e articolari è indispensabile nella realizzazione delle tecniche di muscolo energia o delle tecniche hvlaakta velocità bassa ampiezza.

Il concetto di barriera è altresì importante per applicare correttamente le tecniche osteopatiche.

Esistono diverse barriere durante l'escursione fisiologica del movimento di un determinato segmento del corpo.

La massima escursione, il "range of motion", a cui può arrivare un'articolazione è chiamata barriera anatomica, oltre quella si producono dei danni, sublussazioni, dislocazioni. L'esatta comprensione di questa barriera è di fondamentale importanza durante l'esecuzione delle tecniche manuali osteopatiche.

Il punto in cui l'escursione del movimento attivo termina è chiamata barriera fisiologica.

Il termine barriera elastica descrive il movimento compreso tra la barriera fisiologica e quella anatomica, e può essere soggetto ad allungamenti stretching passivo delle strutture miofasciali interessate. La restrizione di movimento viene intercettata dall'osteopata trattata prima che possa instaurare un problema vero e proprio.

Il controllo del tessuto, dell'articolazione all'interno del suo "range of motion" è la base dell'esame osteopatico. La capacità di movimento e di escursione di mobilità, sempre all'interno della barriera anatomica, sono dati essenziali per intercettare e risolvere restrizioni. Utile l'uso dell'acronimo TART, tipico dell'arte palpatoria dell'osteopata, sempre per la valutazione tissutale:

T anomalia trama tessuto

A asimmetria (staticità, movimento, tonicità, turgore, colore, temperatura)

R restrizione del movimento

T (tenderness) sensibilità (nell'area dell'anomalia)

La diagnostica in medicina osteopatica viene quindi effettuata tramite un attento esame palpatorio, l'esecuzione di test osteopatici e ortopedici, il colloquio, e l'esame obiettivo. Si analizzano poi tutte le assi del movimento di un determinato segmento o regione. Una regola basilare da seguire, durante l'esame diagnostico, è rappresentata dal sistema "global, local, focal" cioè da una macro area si scende sempre più nel particolare.

Le tecniche manipolative di cui si occupa l'osteopata sono numerose e di vario genere.

Si distinguono essenzialmente in tecniche dirette e tecniche indirette. Questa suddivisione si basa sulla natura e la direzione della barriera restrittiva. Una tecnica che si oppone alla barriera che va contro la barriera (bloccata, tesa) è definita come diretta, una tecnica che va nella direzione della barriera meno restrittiva, più libera viene chiamata indiretta.

Tecnica sui tessuti molli, viene definita tecnica diretta, chiamata anche tecnica miofasciale, dove si prevede oltre allo stretching passivo pressione profonda e/o allontanamento delle inserzioni muscolari.

Tecnica di release miofasciale che può essere effettuata nella modalità diretta o indiretta, o in alternanza, le tecniche strain e counterstrain (tensione controtensione), insieme all'uso dei trigger point. Tecniche HVLA alta intensità bassa ampiezza, tecniche muscolo energia, tecniche di release posizionale, tecniche articolatorie, tecniche cranio sacrali, tecniche per il sistema linfatico e tecniche viscerali. Tutto questo "armamentario dell'osteopata" viene usato solo per uno scopo: ripristinare la salute e togliere il dolore.

Numerosi studi dimostrano questo.

Ad esempio, l'articolo pubblicato da Paolo Tozzi¹ ci dice che la fascia è come una rete che avvolge tutto il corpo, tutti gli organi, tutti i visceri, in modo tridimensionale. Divide e collega organi muscoli ecc. un eventuale stress muscolare o fasciale può creare restrizioni peggiorare il movimento e far insorgere il dolore. L'intervento osteopatico viene finalizzato a ripristinare il movimento, allentare le tensioni. Sfruttando le proprietà plastiche visco-elastiche del tessuto connettivo.

Un altro studio dimostra la diminuzione del dolore nelle lombalgie croniche tramite l'uso della manipolazione osteopatica.²

Il trattamento osteopatico si è rivelato utile anche nel trattamento del dolore nei pazienti con sindrome fibromialgica³.

Un altro studio dimostra la efficacia del trattamento manipolativo osteopatico nel promuovere il drenaggio linfatico aumentando le capacità di risposta del sistema immunitario.⁴

Le tecniche osteopatiche strain e counterstrain hanno di contro dimostrato efficacia nel trattamento del dolore cervicale.⁵

Uno studio pubblicato nel gennaio 2021, evidenzia come le tecniche ad energia muscolare osteopatiche diminuiscano il dolore da disfunzione sacrale.⁶

Da una ricerca si evince che una percentuale di pazienti che va dal 59% al 90% utilizzano terapie alternative per attenuare il dolore cronico. Questo lo conferma un articolo pubblicato sulla rivista internazionale *Advanced in Teraphy* che il trattamento manipolativo osteopatico, l'osteopatia, come affermano ricerche scientifiche risulta efficace in molti ambiti, fra cui anche quello riguardante il dolore cronico.

Il dolore cronico colpisce, in Italia, una popolazione di circa 12 milioni, quasi il 20 % con una ricaduta enorme i termini di costi sociali che come riportato dalla federazione consumatori si aggira attorno ai due milioni di euro. La lombalgia colpisce nel mondo circa 12 milioni di persone, nel 2016 Licciardone Gtel e Arial hanno pubblicato su JAOA i risultati di uno studio randomizzato dove il trattamento osteopatico risulta essere utile .

L'osteopatia più che agire esclusivamente sul sintomo, cerca di capirne la causa, per ristabilire il normale equilibrio corporeo e quindi la salute. In osteopatia tutte le parti del corpo sono collegate, son in relazione tra loro, anche parti considerati distanti. In realtà le relazioni neurologiche, vascolari, meccaniche , immunitarie e psichiche sono sempre presenti durante una malattia, sia essa funzionale che organica. Per questo, l'osteopatia è efficace e se si considera il risvolto economico, il ricorso all'osteopatia avrebbe una riduzione della spesa pubblica e farmacologica destinata alla cura del dolore.

Dovremmo occuparci di capire e spiegare la “salugenesi” e non tanto la patogenesi di cui sappiamo già. Cerchiamo di capire come il corpo guarisce, ritrova la salute, che secondo l'Organizzazione mondiale della sanità la salute viene definita come... .. di come un individuo può partecipare attivamente a ritrovare l'equilibrio, la salute.

Malato dal latino male habitus...verrebbe da dire abito “male” il mio corpo. Significa anche non sentirsi *in-forma*, quella sensazione interna che ci dice che qualcosa non va. Corpo, mente, spirito questo è l'essere umano e occorre agire nella sua interezza. Ho scoperto l'ipnosi grazie a un'amica che mi parlò del suo percorso formativo presso l'Istituto Franco Granone CIICS, il centro dove

ho imparato cos'è l'ipnosi, la cui sede è a Torino, città esoterica per eccellenza dove mi hanno spiegato che l'ipnosi non centra niente con la magia anzi è una condizione fisiologica è un stato di coscienza diverso in cui sono aumentate le abilità della persona, è un essere presente, vivo, partecipe, è un qualcosa di qui e ora è un *sentirsi in forma*. Ma soprattutto mi hanno spiegato come comunicare in modo efficace, come far vedere al paziente le sue enormi possibilità, come mostrargli che può raggiungere risultati incredibili, come riesca a partecipare attivamente alla sua saluogenesi. Ho potuto toccare con mano la delicata potenza ed efficacia dell'ipnosi nel controllo dolore, fornendo informazioni al sistema, comunicando e torniamo al mio personale assioma "Siamo memoria ed informazione".

IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA

“Ipnosi è un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali di un soggetto per mezzo di un rapporto creatosi tra questi e l’ipnotizzatore. Questa definizione è stata data dal prof Granone, fondatore del CIICS (Centro Italiano Ipnosi Clinica Sperimentale) lo stato modificato di coscienza ci permette tante cose, tra cui la costruzione di un’immagine, che io definisco in 3d, reale, plastica, vera, perché realizza un cambiamento psicofisico e questa realizzazione dell’immagine viene chiamata Monoideismo plastico, il cardine centrale dell’ipnosi. Lo stato di trance l’abbiamo provato e lo proviamo tutti spontaneamente durante la giornata, come per esempio quando sogniamo ad occhi aperti, quando si dice comunemente sono *sopra-pensiero*. La psiche ha un enorme potere, può creare immagini, se opportunamente guidata può realizzare esperienze che migliorano la vita. Il potere della mente è enorme lo testimoniano le malattie psicosomatiche e sono convinto che con lo stesso meccanismo abbia un enorme potere nel realizzare la guarigione delle persone. Mi permetto di citare un piccolo esempio, una mia esperienza personale. Ero un fumatore, e mi piaceva davvero. Nel 2017 avverto un dolore toracico dubbio. Una mia cara amica, che lavorava in unità coronarica, mi convince ad approfondire la genesi del dolore. Faccio l’ECG che risulta negativo, eseguo gli esami del sangue ne esce una troponina di 70. Mi fanno l’ecocardio, cinetica cardiaca normale. Un amico cardiologo ascolta il mio racconto e mi convince a fare la coronarografia. Accetto. Me la fa lui stesso. Mi trova due coronarie stenotiche con placca, prova a dare pressione per risolvere il problema ma non riesce e mi dice “*Grim questa placca è da fumo*” così mi ha posizionato due stent e infatti scherzosamente mi ero dato il soprannome di Grim due stent. Fortunatamente, non ho avuto danni al muscolo cardiaco. Ma la cosa incredibile è che quando il cardiologo mi ha detto “*questa placca è da fumo*” nella mia testa, o chissà dove nelle profondità più lontane, ho sentito come un “*click*” e da quel momento, immediatamente ho smesso di fumare. Il cervello ha cancellato tutto, come se il fumo, la sigaretta, l’odore non fossero mai esistiti. E infatti non ho assolutamente fatto fatica a smettere di fumare, non sono ingrassato ma la cosa più forte è che a me se uno mi fuma vicino non mi fa nessun effetto, non mi viene voglia né mi da fastidio. Credo che sia stato un monoideismo plastico, l’ho capito grazie alla formazione della scuola (Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale) , quando il cardiologo ha pronunciato quelle parole “*è da fumo*” e io mi sono immaginato una sigaretta che si infilava e tappava completamente le mie coronarie e l’ho rimossa.

E sempre grazie alla formazione che mi ha dato questa scuola, ho capito il potere della comunicazione, se lo si applica in modo consapevole: le giuste parole, il giusto tono, il giusto ritmo, pronunciate in un determinato momento, si può vedere la vera magia creativa che è preludio dell'ipnosi. Il potere della comunicazione è duplice, cioè può produrre effetti positivi ed effetti negativi per questa ragione essere consapevoli degli effetti che la comunicazione ha nel realizzare esperienze è fondamentale specialmente nelle relazioni tra sanitari e pazienti. Una preparazione seria degli operatori riveste un'importanza cruciale. Devono essere prima di tutto consapevoli e poi debitamente addestrati nell'uso di frasi parole e negli atteggiamenti da tenere.

Grazie alla comunicazione ipnotica è possibile guidare il paziente nella riduzione sia dell'ansia che della percezione del dolore perché in questo modo l'informazione arriva potente come una palla di cannone, e permette di raggiungere anche un'azione antidolorifica, con riduzione del dolore.

Abbiamo già visto che il dolore è un fenomeno complesso in cui fattori biologici, sociali, culturali si sommano ed interagiscono. Oltre a questi, ansia, paura e disabilità contribuiscono fortemente a destabilizzare l'individuo. Il trattamento farmacologico standard non è a volte sufficiente e aumenta l'ansia nell'individuo, soprattutto se il trattamento è a lungo termine, per gli effetti collaterali del farmaco stesso e per una dipendenza da tale trattamento.

L'ipnosi come vedremo è un validissimo aiuto, in termini di efficacia, di spesa sanitaria, e privo certamente degli effetti collaterali dei farmaci, né sviluppa forme allergiche.

Le prime tracce di ipnosi, o di trattamento ipnotico risalgono al periodo biblico (Genesi 2:21-22). Nell'antichità, nelle tribù, gli sciamani, gli uomini della medicina, gli stregoni, praticavano forme di ipnosi, trance collettive o individuali, con l'aiuto di danze, di ritmi, di musiche traghettavano l'individuo in un sonno profondo, in un mondo onirico dove anche il dolore poteva essere attenuato, e la stessa esperienza dolorifica poteva essere dimenticata. Nel 1800 l'ipnosi era esercitata anche dai medici, ma solo ultimamente è stata studiata come terapia a se stante e come metodo complementare (Lang & Rosen, 202; Facco et al 2013).

NEUROFISIOLOGIA DELL'IPNOSI

Da quando esistono indagini strumentali ad alta definizione e specificità, come la risonanza magnetica, la tomografia assiale computerizzata si è potuto osservare come funziona il cervello durante una seduta ipnotica, confermando i racconti soggettivi delle persone ipnotizzate. Studi clinici sul dolore sia acuto che cronico hanno dimostrato che l'ipnosi è valida ed efficace, ma

soprattutto si è arrivato a dimostrare effetti misurabili su aree cerebrali coinvolte nella fisiologia del dolore. La teoria più considerata attualmente in neurofisiologia risulta quella in cui il rilassamento indotto dall'induzione ipnotica deprime il sistema reticolare attivatore ascendente così facendo si riduce l'attività corticale. Si è visto che la suggestione verbale o le ripetizioni monotone sviluppano un'inibizione corticale che produce a sua volta impulsi inibitori alla sostanza reticolare la quale intervenendo sul tono muscolare favorisce il rilassamento. Uno studio ha permesso di osservare come l'effetto antidolorifico o antinocicettivo dell'ipnosi riduce il dolore almeno del 50% (Casiglia et al. 2007).

Ecco come definisce l'ipnosi il prof. F. Granone nel suo "Trattato di ipnosi" (UTET,1990):

"Possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico, che permette di influire sulle sue condizioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo del rapporto tra il soggetto e l'ipnotizzatore. Tale particolare stato è caratterizzato dalla prevalenza delle funzioni rappresentative-emotive su quelle critico-intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e da dissociazioni parziali di dissociazione psichica. L'ideoplasia è un'idea sulla quale il soggetto è concentrato e talmente coinvolto, che tutto ciò che accade attorno a se acquisisce un minor interesse. Non significa però che il soggetto perda coscienza, ma solo che è completamente assorbito dall'esperienza interna che sta vivendo."

Quello che mi ha interessato moltissimo è quindi la capacità che ha l'ipnosi di abbassare il dolore, creare analgesia.

I membri dell'istituto Franco Granone CIICS, nonché insegnanti al corso hanno contribuito moltissimo e contribuiscono tutt'ora nelle ricerche sull'ipnosi, sull'efficacia dimostrata scientificamente del metodo ipnotico.

Casiglia et al. hanno dimostrato che l'analgesia ipnotica è un meccanismo cognitivo cosciente e volontario che disattiva effettivamente le aree sensoriali e si accompagna ad attivazione del cingolo e della corteccia prefrontale, fenomeno che non può essere attribuito alla mera dissociazione.

La dottoressa Milena Muro, che mi ha insegnato moltissimo sull'ipnosi me l'ha fatta capire afferma *"Il modo migliore per ottenere analgesia è suggerire la realizzazione di un'immagine mentale (freddo, dismorfismo, anestesia) che porti alla realizzazione dell'Hypnotic Focused Analgesia suggerendo proprio un blocco anestetico della zona, con suggestione di inattenzione al campo operatorio e dissociazione dalla sede dell'intervento chirurgico. Con la stessa procedura è possibile indurre un Hypnotic General Anesthesia"*

Il punto cardine è riuscire a creare rapidamente un rapporto con il paziente. E questo inizia da quando il paziente entra in studio, in ambulatorio. La postura, la comunicazione non verbale, il linguaggio del corpo la gestualità, se sappiamo osservare, ci suggeriscono tante cose riguardo al paziente stesso. Questo è di fondamentale importanza perché riusciamo a capire qual è la modalità espressiva e comunicativa del soggetto e di conseguenza siamo in grado di forgiare una chiave in grado di aprire le sue porte e comunicare efficacemente con lui. La sola gestione dell'ansia del paziente è in grado di modificare la percezione del dolore. Dunque creare rapporto, comunicare, il semplice sorridere, mostrare un viso benevolo, è una regola fondamentale per ottenere buoni risultati. Tra l'altro il sorriso è contagioso e ricerche dicono che attivi i neuroni specchio. Altra strategia importante è il contatto visivo, "io ti vedo" evitando di fissare il paziente, che può innescare una sensazione persecutoria, o di giudizio, quindi negativa. Ma guardarlo negli occhi, diamo importanza al paziente, si sente preso in considerazione attivando anche una visione periferica possiamo carpire ulteriori particolari. Un input interessante per l'ipnotista è quello di immaginare e vedere il paziente in condizioni felici, di benessere, che ha già superato i suoi limiti ed è in grado di realizzare le suggestioni. questa ideazione si riverbera sulle microespressioni facciali del terapeuta le quali vengono colte dal paziente sviluppando una prognosi molto favorevole. Il nostro atteggiamento risulta essere assolutamente determinante. A questo riguardo riporto testualmente uno scritto della dottoressa Milena Muro che spiega benissimo il perché: *" In un reparto di pazienti con problemi cronici gravi questi apparivano rilassati e di buon umore ma quando si avvicinava il capellano con l'espressione seria e preoccupata, chinandosi verso il paziente e chiedendo "dunque come sta andando oggi ?" con fare greve e voce bassa, segnalava l'aspettativa che il paziente rispondesse in modo adeguato riportando cose negative, cosa che avveniva puntualmente Sia il capellano che il paziente si comportavano seguendo un copione. È per questa ragione che quando incontrate il paziente vi è stato chiesto (in occasione del momento in cui creare rapidamente rapporto) di immaginare il paziente che starà bene e si riprenderà perché questa aspettativa positiva si riflette nel non verbale e determina sia il nostro atteggiamento che quello del paziente in nostra risposta"*

Un altro punto cruciale il contatto fisico. Questo, per me che sono osteopata, è fondamentale. Le scuole di osteopatia insegnano che le mani sono uno strumento diagnostico insostituibile e fondamentale. Le mani ascoltano, captano informazioni. Oltre ad alterazioni fisiche del tessuto, come contratture, irrigidimenti, distonie, alterata temperatura... sono in grado di captare anche il calore animico di una persona. Quelle sensazioni nascoste in uno spazio del corpo non ben definito. Le mani sono in grado di toccare percependo *la vita stessa*.

Massaggio si dice voglia dire saggezza delle mani, le mani ti conducono nei sentieri del corpo, nei percorsi più misteriosi. Occorre però saper "ascoltare" bene, sentire quello che il corpo ci comunica attraverso il con-tatto. Non solo questo. Il modo di dire "usa del tatto" o "trattalo con

tatto” durante le comunicazioni per esempio significa portare rispetto ad un altro, trattarlo con gentilezza ed empatia, considerare che esiste un altro io oltre al nostro. Stringere la mano crea un contatto fisico, per esempio, tenere entrambe le mani del paziente tra le nostre significa accoglienza, e in ogni modo stiamo dicendo in modo non verbale al paziente che ci stiamo occupando di lui. Empatia, creare rapporto, intenzione ed attenzione. Qui e ora. Questi i preziosissimi insegnamenti della dottoressa Muro e degli altri docenti della Scuola. Oltre a ciò la presa di contatto può servire se, necessario ad attuare una tecnica di induzione ipnotica che stimola in maniera alternata le percezioni “destra sinistra”.

La comunicazione con il paziente, abbiamo visto, inizia quando questo entra in ambulatorio. Perché questa comunicazione sia veramente efficace occorre utilizzare dei “truismi”, cioè fare dire al paziente cose vere che lui nella sua mente conferma in maniera immediata. Mi avvalgo ancora una volta di un esempio della dottoressa Muro *“tre affermazioni che sono incontrovertibili:*

Dunque è riuscita ad avere un appuntamento oggi? (sì)

Bene, e dopo tanto girare ha finalmente trovato l'ambulatorio? (sì)

A guardar fuori direi che piove ancora (sì)

Evitate giudizi come ad esempio: brutta giornata con questa pioggia (potrebbe piacerle la pioggia). Introdurre subito dopo una cornice di negazione che concorda con la vostra affermazione. Ad esempio: Bene procediamo subito perché lei non vuole aspettare ancora vero? (la risposta è no ma è in accordo con voi e la vostra affermazione). “

Da quando ho imparato questa modalità di accoglienza del paziente in ambulatorio l'ho adottata con risultati davvero sorprendenti.

Nell'ipnosi esistono numerose tecniche, le possiamo distinguere in tecniche dirette e tecniche indirette, tuttavia tutte le tecniche ipnotiche convergono nell'obiettivo di aiutare il soggetto a scolpire un monoideismo plastico ideale per il soggetto stesso e permettere la realizzazione dello stato ipnotico che permetterà all'ipnotista di aiutarlo a risolvere il suo problema.

La soluzione del problema viene comunque raggiunto tramite una stretta sinergia tra ipnotista e soggetto, contribuendo efficacemente al benessere della persona.

La comunicazione è la chiave giusta di lettura, è la leva su cui fare forza per ridurre le diffidenze, sgombrare il campo dal pregiudizio, e in questo la comunicazione ipnotica è vincente.

Come vedremo c'è una grande differenza fra semplice e asettico passaggio di informazioni come succede nei programmi televisivi e invece *comunicare* un'informazione in un contesto fra

individui. Come succede nella comunicazione ipnotica non c'è passività, al contrario le persone svolgono un ruolo attivo, partecipano attivamente, è per così dire una comunicazione *live*, dal vivo.

Si valorizzano le persone, l'unicità dell'individuo, la sua individualità. Questa è una cosa importantissima e fondamentale, dare valore alla persona, considerarla, solo così la comunicazione sarà veramente efficace, e raggiungerà le profondità dell'individuo.

Quando si parla di comunicazione si sottintende anche la comunicazione non verbale, quella fatta dal corpo senza proferir parola. Quella costituita dalla gestualità, dai movimenti, dalle micro e macro espressioni facciali. Questi "segnali" non verbali vengono captati dall'altro in maniera tante volte inconsapevole e inconscia e comunicano tantissimo. Si stima che circa il 65% della comunicazione avvenga tramite il non verbale. Di qui l'enorme importanza attribuita al nostro atteggiamento e alla nostra gestualità durante la seduta ipnotica.

Per quanto riguarda la comunicazione ipnotica e il dolore è bene sottolineare alcune strategie vincenti che mi hanno particolarmente colpito e che funzionano.

Alcuni aspetti pratici delle tecniche, per esempio risulta utile smettere di far credere al paziente che la distrazione annulla il dolore o dirgli di non preoccuparsi o che deve imparare ad affrontare il dolore da solo. Anziché dire al paziente che il dolore non sarà così forte come pensa, piuttosto condividere e "ridere" con il paziente ma soprattutto credergli quando esprime l'intensità del suo dolore. Per attirare la sua attenzione, in un paziente particolarmente distratto e spaventato, innanzitutto consideratelo e chiedetegli di guardarvi negli occhi, presentatevi, dite il vostro nome e chiedetegli fare un respiro profondo, trattenere l'aria poi espirare. Spiegategli che è una tecnica che servirà a controllare il dolore che gli permetterà di diminuirne la percezione e renderlo più sopportabile. Fategli capire che quello che state facendo e quello che chiedete che venga fatto gli tornerà sicuramente utile. Tutte queste strategie e tecniche di comunicazione ipnotica sono già di per sé utili nel creare analgesia, nel ridurre il dolore e funzionano realmente come evidenziato in numerosi studi scientifici.

Uno studio di Linda Carlson e altri⁷ dimostra l'utilità dell'ipnosi nella diminuzione del dolore e dei sintomi quali nausea e vomito in paziente con il cancro.

Un altro studio⁸ afferma l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento e diminuzione del dolore, e sottolinea anche come questa è ancora poco utilizzata.

Uno studio⁹ conferma come l'attenzione fiduciosa, l'empatia producano positività e inducano un cambiamento positivo del paziente aumentando le possibilità di guarigione.

Studi ulteriori confermano l'esistenza reale del monoideismo plastico e viene documentato tramite la risonanza magnetica funzionale¹⁰.

Nell'articolo pubblicato da Valérie Tikhonoffel et al.¹¹ si evidenzia come l'ipnosi sia una realtà efficace in grado di modificare percezioni fisiche come per esempio un aumento reale e misurabile della temperatura e del flusso sanguigno nei segmenti corporei.

Che la analgesia indotta dalla ipnosi sia misurabile, lo si deduce da uno studio pubblicato da Casiglia et al.¹².

L'HFA (l'ipnosi analgesia focalizzata), può impedire agli stimoli dolorosi di raggiungere il cervello sensoriale la corteccia, attraverso un meccanismo di controllo del cancello (Gate Control)¹³.

Un'altra efficace tecnica ipnotica per abbassare la soglia del dolore è ottenuta attraverso il dismorfismo corporeo¹⁴.

CONCLUSIONI

Personalmente e nella mia piccola casistica, applicare la comunicazione ipnotica durante una seduta di osteopatia ne aumenta notevolmente la riuscita, in termini di benessere e diminuzione del dolore. La comunicazione ipnotica deve essere un *modus operandi* dell'osteopata da quando incontra il paziente in studio per la prima volta, durante il colloquio, la visita e anche mentre esegue le tecniche manuali osteopatiche. Numerosi studi, come evidenziato sopra, dimostrano l'efficacia dell'osteopatia nel trattamento del dolore e l'efficacia dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica nel produrre analgesia e nel ridurre notevolmente il dolore. Sono auspicabili ulteriori studi per dimostrare la grande utilità di unire l'osteopatia all'ipnosi e alla comunicazione ipnotica nel trattamento del dolore.

Bibliografia

- 1 Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23036882; Paolo tozzi1 pmid 23036882 doi: 0.1016/j.jmbt.2012.02.003
- 2 John C Licciardone, Matthew J Schult, et al.; Manipolazione osteopatica nella gestione del dolore cronico: prospettive attuali; PMID. 32765058: PMCID: PMC7381089 DOI
- 3 Jessica Albers, et al.; Effectiveness of 2 Osteopathic Treatment Approaches on Pain, Pressure-Pain Threshold, and Disease Severity in Patients with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial; PMID: 28892807 DOI: 10.1159/000464343
- 4 Kailey Remien et al.; Osteopathicmanipulative Treatment: Lymphatic Precodeures; StatPearlsPublishing 2021 Jan. 2021 Jul.; PMD 32644477.
- 5 Michael O. Bazzi, Shane R. Sergent; Osteopathic Manipulative Treatment: Counterstrain Procedure - Cervical Vertebrae ; PMID: **32809681**
- 6 Brian McParland; Anthony DeLuca. Osteopathic Manipulative Treatment: Muscle Energy Procedure - Sacral Dysfunctions; NBK 560580
- 7 Linda E Carlson, KirstiToivonen, Michelle Flynn, Julie Deleemans, Katherine-Anne Piedalue, Emma Tolsdorf, UtkarshSubnis; The Role of Hypnosis in Cancer Care; PMID: 30421307; DOI: 10.1007/s11912-018-0739-1
- 8 J Holroyd; Hypnosis treatment of clinical pain: understanding why hypnosis is useful; PMID: 8582777; DOI: 10.1080/00207149608416066
- 9 Hans Wehrli; Hypnotic communication and hypnosis in clinical practice; PMID: 24985229; DOI: 10.1024/1661-8157/a001719
- 10 Edoardo Casiglia, Francesco Finatti, ValérieTikhonoff, Maria R. Stabile, Micaela Mitolo, Federica Gasparotti, Federica Albertini, Antonio M. Lapenta, AnnalenaVenneri; StudiumPatavinum, University; Granone's Plastic MonoideismDemonstratedby Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI)
- 11 ValérieTikhonoff, Marco Senzolo, Antonio M. Lapenta, Paolo Palatini, Edoardo Casiglia; Hypnotic Hallucination of Body Heating Modifies Splanchnic Circulation: Haemodynamic and Ultrasonographic Pilot; Study in Normal Volunteers; Sleep Hypn. 2018 Mar;20(1):31-39; A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology
- 12 Edoardo Casiglia, ValérieTikhonoff, Federica Albertini, Antonio M. Lapenta, Federica Gasparotti, Francesco Finatti, Augusto M. Rossi, Gastone Zanette, Margherita Giacomello, Nunzia Giordano, Jacopo Favaro, Enrico Facco; The Mysterious Hypnotic Analgesia: ExperimentalEvidences; Institute Franco Granone, Italian Centre of Clinical and Experimental Hypnosis, Torino, Italy
- 13 Mechanism of ipnotic analgesia explained by functional magnetic resonance; International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis

14 Edoardo Casiglia et al.; Sleep and Hypnosis; Sleep Hypn. A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology; 2017 Dec;19(4):89-95

LIBRI

Trattato di Ipnosi F. Granone

Fondamenti fisiologici della medicina osteopatica Autori: Irvin Korr, Keith A. Buzzell, Lee Hix Elliott

Principi di medicina manuale Philip E. Greenman

Fondamenti di medicina osteopatica Chila- AOA (americanosteopatic association)-ward 2015

Atlante di Tecniche Osteopatiche Alexander S. Nicholas, Evan A. Nicholas

Manuale di ipnosi Felice Perussia