

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Professor Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E

COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2021

L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE

Relatore: Prof. Paolo Granone Candidato: Dr Lino Missio

*Ai miei genitori che,
anche da lassù,
mi continuano a sopportare*

INDICE

Introduzione	5
PRIMA PARTE: IL DOLORE	8
Il dolore e la sua storia	8
che cos'è il dolore	11
il dolore e la sua funzione	13
interpretare il dolore	14
Il dolore: differenza fra acuto e cronico	16
da dove origina il dolore	19
Il dolore di origine nocicettiva	20
Il dolore neuropatico	21
Il dolore psicogeno	22
Il dolore nella clinica	22
Come si cura il dolore	23
Terapie farmacologiche per il dolore	24
Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)	24
Analgesici oppioidi	25
Antidepressivi	26
Anticonvulsivanti	26
Anestetici locali	26
Terapie non farmacologiche	27
SECONDA PARTE: L'IPNOSI	29
Ipnosi e dolore	29
L'ipnosi e la sua storia	32

TERZA PARTE: IPNOSI NELLA CURA	
DEL DOLORE	41
L'ipnosi nel controllo del dolore	41
Indicazioni cliniche dell'ipnosi	44
L'ipnosi in oncologia	45
Psiconcologia: un caso clinico	51
La neurobiologia dell'ipnosi	57
Tecniche Ipnotiche in terapia del dolore	61
Conclusioni	66
Bibliografia	68

INTRODUZIONE

Lo scopo principale di questa tesi è quello di mettere in evidenza come l'ipnosi possa intervenire sul controllo del dolore.

Analizzeremo il dolore e le funzioni che esso svolge per la nostra sopravvivenza e come può essere controllato con l'ipnosi.

Il dolore è un tipo di percezione notevolmente complessa in misura maggiore di quanto non accada per le altre modalità sensitive.

Le emozioni e le condizioni ambientali hanno un'influenza notevole sulla percezione del dolore.

Poiché dipende molto dall'esperienza di ogni singola persona, il dolore costituisce un problema clinico di difficile soluzione.

Le nostre attuali conoscenze sull'anatomia e sulla fisiologia dei circuiti specifici per il dolore non sono ancora del tutto chiare (Kandel, 2014).

Nonostante ciò alcuni trattamenti terapeutici si rivelano efficaci per combattere il dolore.

Daremo un accenno su come nei secoli il dolore è stato interpretato e studiato a partire dalle civiltà primitive.

Acquisita la definizione che l'associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha attribuito al dolore, descriveremo la tassonomia attribuita al fenomeno analizzandone gli aspetti clinici e le terapie per la sua cura, da quelle farmacologiche alle cosiddette “alternative”.

Tra queste si dedicherà maggiore importanza nella trattazione all'ipnosi, tracciandone la storia e definendola sia nella fenomenologia sia nella concettualizzazione epistemologica, con l'aiuto delle diverse definizioni presenti nella produzione letteraria scientifica in merito.

In particolare si definirà l'utilizzo dello strumento in relazione ai diversi fenomeni algici citandone, a scopo di precisarne i meccanismi fisiologici di azione, gli studi effettuati con le tecniche di *Brain Imaging* per indagare *in vivo* le funzioni cerebrali (Scardigno, 1986).

In ultimo, parleremo delle suggestioni ipnotiche utilizzate, nello specifico, per il controllo del dolore.

PRIMA PARTE

IL DOLORE

Il dolore e la sua storia

Il dolore fin dall'antichità è stato oggetto di studio.

In alcune civiltà primitive si credeva che il dolore fosse causato da un'intrusione nel corpo di fluidi magici o addirittura di demoni (Li Vigni, 1995).

Il riferimento chiave era una freccia, una spada o una lancia: tutti oggetti che potevano consentire al fluido magico o al demone di entrare nel corpo.

Questo concetto era esteso anche al dolore che proveniva dall'interno del corpo. Si pensava originasse sempre da demoni e spiriti maligni.

In questi casi la pratica più comune messa in atto dagli sciamani e dagli stregoni era quella di produrre una piccola ferita al paziente per consentire al fluido cattivo di uscire fuori.

In alcuni casi i praticanti succhiavano direttamente dalla ferita il fluido maligno per neutralizzarlo con il loro potere magico (Zambelli, 1996).

Questa pratica primitiva, più di quanto si possa immaginare, sopravvive tutt'oggi in molti paesi del mondo come in alcune zone dell'America Latina e in Australia.

Nell'antica Grecia, Platone mise a confronto il dolore con il piacere (Berti, 1991).

Per il filosofo un'affezione che va contro la natura e la violenta risulterà essere dolorosa, al contrario se ritorna ad una condizione naturale, risulterà essere piacevole.

È ben noto, a tal proposito, in uno dei più celebri dialoghi di Platone, il *Fedone*, in un passaggio si dice che Socrate dopo che gli furono tolte le catene dalle caviglie, disse ai suoi discepoli di provare una sensazione di piacere, al contrario di quella di dolore provata al momento dell'incatenamento.

Dolore e piacere, anche se opposti, per Socrate sono correlati “come se avessero origine da una unica testa, mentre sono due”.

Riguardo alla sede dove il dolore veniva percepito, Platone pensava fosse il cuore.

Lo stesso affermava Aristotele sostenendo, tra l'altro, che il cervello serviva come radiatore per raffreddare il sangue pompato dal cuore (Dodds, 1978).

A capire che è il cervello ad essere la sede delle sensazioni, e quindi anche del dolore, fu Ippocrate, padre della medicina occidentale, grazie alle sue osservazioni cliniche.

Con Celso, filosofo romano, il dolore viene considerato in rapporto al fenomeno dell'infiammazione della quale definisce i primi quattro segni: *rubor* (arrossamento), *tumor* (tumefazione), *calor* (calore), *dolor* (dolore).

Il quinto, ovvero, *functio laesa* (funzione alterata), fu aggiunto in seguito, probabilmente dalla scuola salernitana, la più antica istituzione medievale nell'Occidente europeo per l'esercizio e l'insegnamento della medicina.

E' Galeno, medico greco, a fornire una descrizione dettagliata sulla natura del dolore (Besson, 1996).

Oltre a definire il cervello come sede delle nostre sensazioni, attraverso i suoi esperimenti fatti sui nervi e sul midollo spinale dei maiali, costruisce una vera e propria mappa del sistema nervoso centrale, suddividendo i nervi soffici (quelli delle sensazioni), dai nervi duri (quelli motori), stabilendo, infine, che i visceri sono innervati direttamente dal midollo spinale, un concetto valido tutt'oggi.

La visione di Galeno aveva già posto le basi per una medicina scientifica.

Il pensiero medioevale è del tutto alieno dallo studio dell'uomo, di cui nega addirittura la possibilità.

Il mondo è concepito secondo una precisa struttura gerarchica, con alla testa Dio e immediatamente sotto l'uomo che non viene però visto come facente parte della natura.

Esiste il mondo dell'alchimia e dei maghi e la ricerca è talmente impregnata di spirito magico da non assomigliare per nulla al concetto che oggi noi abbiamo di scienza.

Per molti secoli verranno evitati gli studi anatomici.

È solo alla fine del XIV secolo e poi, soprattutto nei due secoli successivi, con il Rinascimento, che sarà possibile iniziare un nuovo rivolgimento del pensiero umano e quindi lo studio dell'uomo da un punto di vista scientifico (Di Francesco, 1996).

Che cos'è il dolore

L'associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore come “un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o

descritta in termini di danno”.

Il dolore è un'esperienza *individuale e soggettiva* a cui convergono componenti puramente sensoriali relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali e componenti esperienziali e affettive che modulano in maniera importante quanto percepito.

Fin dai primi istanti di vita ogni individuo apprende il significato del dolore in base alla propria esperienza sulle ferite o lesioni subite.

Il dolore, dunque, è l'esperienza che si associa ad un danno reale o potenziale dei nostri tessuti.

Si tratta di una sensazione sempre sgradevole, percepita in una o più parti del corpo.

Nel dolore c'è una grande componente di natura emozionale.

Si può accusare dolore anche senza che vi siano lesioni tissutali o cause patologiche evidenti.

In questi casi l'origine del dolore è strettamente legata ad un aspetto psicologico.

Con questo non significa che l'esperienza sia differente o meno dolorosa rispetto a quella legata ad una lesione di un tessuto.

L'esperienza del dolore pertanto è il risultato di un processo fisiologico ed emozionale.

Per cui dolore, stimolo e lesione non sono direttamente collegate ma concorrono insieme aspetti psico-emozionali (Sroufe, 2000).

Il dolore e la sua funzione

Il dolore ha una funzione fondamentale per la sopravvivenza degli animali e degli esseri umani.

È una sorta di campanello d'allarme che segnala la presenza di un pericolo dal quale intraprendere una reazione di difesa.

Questo pericolo può arrivare dall'esterno: un'aggressione da parte di un animale o di una persona, da una bruciatura di fiamma o di acido, da una scossa elettrica, da un impatto con un corpo esterno, ecc.

O avvenire al nostro interno: una emorragia, un tumore, un crampo ad un muscolo, un mal di testa, ecc.

In entrambi i casi ha la funzione di avvertirci che c'è qualcosa di anomalo, di pericoloso da considerare.

E questo avvertimento lo fa attraverso la trasmissione di sensazioni spiacevoli che hanno il compito di richiamare la

nostra attenzione al fine di poter prendere le opportune precauzioni.

Il dolore è una attività del sistema nervoso centrale, le informazioni del dolore vengono raccolte da terminazioni nervose chiamate nocicettori, presenti a livello corporeo in quasi tutti i tessuti (pelle, muscoli, visceri), e trasmesse al sistema nervoso centrale (Fazio, 1996).

I nocicettori sono recettori polimodali, ovvero, rispondono a stimoli di diversa natura: meccanica, chimica, termica, per permettere di avere un ampio spettro per la captazione delle condizioni diverse di pericolo.

Interpretare il dolore

Il dolore, dunque, svolge una funzione importantissima per la nostra sopravvivenza.

Quando avvertiamo dolore la nostra attenzione viene richiamata verso la sede dove si sviluppa tale sensazione.

Se cadiamo per terra, ad esempio, battendo le ginocchia sull'asfalto, avvertiremo un forte dolore.

Grazie a questa sensazione spiacevole la nostra attenzione verrà

rivolta laddove abbiamo picchiato per terra.

Osservare la parte lesa, ci permette di verificare le condizioni della nostra ferita e di prendere le opportune precauzioni.

Se il dolore risulterà lieve disinfetteremo la ferita coprendola con un semplice cerotto.

Nel caso in cui il dolore sarà più intenso da non permetterci di alzarci in piedi ecco che potremmo essere di fronte ad una lesione molto più estesa e grave da porre più attenzione alla ferita e alle scelte da fare per poterla curare.

Dunque, il dolore funge da richiamo, permettendoci di valutare la gravità dell'evento ed agire in giusta misura per riparare all'accaduto.

Ma occorre considerare anche l'altro aspetto non del tutto secondario, quello della gestione del dolore stesso.

In effetti, risolta la funzione di campanello di allarme, la permanenza del dolore può essere un vero e proprio problema (Bear, 1999).

Se l'episodio che si è verificato è di lieve entità il dolore tenderà nel giro di poco tempo a sparire.

Ma se siamo di fronte ad un trauma importante come una lesione,

una neoplasia, una patologia autoimmune, ecc., che causa un'intensa sensazione di dolore, ecco che diventa necessaria la sua gestione.

In alcuni casi, infatti, è necessario gestire o addirittura neutralizzare il dolore manifestato in quanto non sopportabile dal paziente.

Dunque, non siamo più di fronte al dolore come semplice funzione di richiamo, ma ad un dolore che diventa, a tutti gli effetti, una patologia da curare.

Il Dolore: differenza fra acuto e cronico

Da un punto di vista clinico possiamo distinguere il dolore acuto dal dolore cronico (Besson, 1996).

Il **dolore acuto** ha un ruolo, prettamente, di avviso della lesione tissutale in corso. È normalmente localizzato, la sua durata è di alcuni giorni e tende a scomparire quando la lesione è pressoché guarita.

Generalmente le cause del dolore acuto sono chiare: sono conseguenti ad un trauma, ad un intervento chirurgico, ad una patologia infettiva, ecc.

Il dolore acuto è generalmente provocato da stimolazioni pregiudizievoli (ustioni, punture, pizzicamenti, ecc.).

Il concetto di dolore acuto si acquisisce spontaneamente durante lo sviluppo e riflette, in generale, una sindrome da ferita o da malattia fisica.

In simili condizioni il dolore ha la funzione di sentinella, ci avverte di qualcosa che non va: è il concetto classico del dolore come segnale d'allarme.

Il suo ruolo è quello di garantire l'integrità dell'organismo.

Infatti, vi sono numerose reazioni in conseguenza al dolore come il ritrarsi, il gridare, scappare, tutti meccanismi che hanno lo scopo di sottrarsi al pericolo, avvertire chi ci sta vicino e a proteggersi dalle lesioni dei tessuti (Purves, 2013).

Ma cosa accadrebbe se fossimo insensibili al dolore?

In realtà non sarebbe un vantaggio anche se nel pensiero comune resistere al dolore è segno di forza.

Le conseguenze dell'insensibilità al dolore sono disastrose.

I pazienti con questa patologia si feriscono in continuo. Sono soggetti a traumi ripetuti e per loro diventa difficile accorgersi di malattie interne o infezioni. Le loro aspettative di vita sono di

gran lunga inferiori alla norma (Besson, 1996).

Il dolore pertanto si rivela una componente importante per accorgersi di una malattia.

Avverte il paziente di avere un problema ed orienta il medico verso una diagnosi. Non a caso il dolore ci spinge a recarci dal medico.

Quando il dolore è duraturo in questo caso si parla di **dolore cronico**. Spesso il dolore cronico è causato dal persistere dello stimolo lesivo e da fenomeni di auto-mantenimento che alimentano la stimolazione nocicettiva anche quando la causa iniziale è già cessata.

Il dolore cronico è accompagnato, molto frequentemente, da una componente emotiva (Luban-Plozza, 1992).

Per chi ne soffre è la causa di un forte disagio che si ripercuote sia nella propria vita sia nella sfera dei rapporti sociali.

Questo tipo di dolore accompagna tutte quelle malattie croniche di natura reumatica, oncologica, autoimmune, metabolica, ecc.

E' un dolore difficile da curare e per controllarlo richiede un approccio multidisciplinare.

Il dolore cronico può essere continuo o presentarsi in modo

intermittente. La sua persistenza può durare dei mesi, degli anni o addirittura per tutta la vita del paziente che ne soffre (Papo, 2002).

Può accompagnare una lesione organica ben precisa ed in certi casi può comparire parecchi mesi dopo una malattia già superata.

Il dolore cronico invade l'universo affettivo dell'individuo, diventa la sua preoccupazione dominante.

Lavorare, dormire, mangiare diventa impossibile.

L'insofferenza, l'irritabilità e la depressione diventano un fatto quotidiano, peggiorando la qualità della vita del paziente.

In alcuni casi si arriva al suicidio (Besson, 1996).

Il dolore cronico oltre ad essere un grande problema per i pazienti è un grosso peso economico per la spesa pubblica (ricoveri, farmaci, ma anche assenze dal lavoro per mal di testa, mal di denti, ecc.).

Da dove origina il dolore

Anche se ad oggi i meccanismi fisiopatologici di un buon numero di sindromi dolorose restano ancora parzialmente sconosciute, si è solito distinguere tre meccanismi di origine del

dolore: **nocicettiva; neuropatica; psicogena.**

Il dolore di origine nocicettiva

I nocicettori sono delle piccole fibre nervose sensoriali che segnalano un danno tessutale attraverso sensazioni dolorose. Sono presenti negli organi, nei muscoli, nella pelle e collegano quest'ultimi al midollo spinale (Kandel, 2014).

Sono recettori polimodali, ovvero, rispondono a stimoli di diversa natura: termica, meccanica e chimica.

In seguito ad una lesione, trasducono il danno in segnale elettrico che attraverso il midollo spinale raggiunge il sistema nervoso centrale per essere elaborato.

Il termine nocicezione deriva dalle conclusioni di un grande fisiologo inglese, Sherrington, che ha studiato per anni le vie ascendenti del dolore e le vie discendenti delle reazioni ad esso.

Il dolore nocicettivo è provocato da piccole bruciature, taglietti a sofferenze neoplastiche.

Il trattamento di questi dolori viene fatto con antidolorifici, piccoli interventi chirurgici, ecc.

Il dolore neuropatico

Questo dolore di forma cronica nasce da una disfunzione del sistema nervoso periferico o centrale.

Il dolore è avvertito in assenza di stimolazione o di uno stimolo innocuo (spesso capita che il semplice toccare o sfiorare la parte interessata genera una sensazione di dolore). Questo fenomeno è detto: *allodinia*.

I pazienti con dolori neuropatici hanno di continuo sensazioni come di formicolii, pizzicamenti, bruciori, sensazioni di lacerazioni descritte come scariche elettriche improvvise.

Le sindromi dolorose croniche catalogate come neuropatiche sono numerosissime: varie lesioni dei sistemi nervosi periferico e centrale, dolori a seguito di amputazioni, neuropatie diabetiche e alcoliche, neuropatie di origine neoplastica, ecc.

I dolori di origine neuropatica sono molto difficili da curare (Papo, 2002). Gli antinfiammatori e gli analgesici risultano essere poco efficaci o addirittura inutili.

In passato per alleviare questa forma di dolori neuropatici venivano adottate tecniche di recisione dei nervi periferici e delle radici dorsali all'ingresso del midollo (Fazio, 1996).

I risultati scadenti, o addirittura peggiorativi, di questa terapia invasiva hanno fatto sì che questa forma di cura venisse abbandonata.

Il dolore psicogeno

Il dolore psicogeno ha un'origine psicologica, la sua diagnosi giunge dopo aver escluso tutte le altre ipotesi di dolore.

Spesso sotto questa categoria si racchiudono dolori che non hanno ancora trovato una sistemazione chiara nei meccanismi fisiopatologici (Besson, 1996).

Il dolore nella clinica

La distinzione fra questi tre tipi di dolore che sono stati descritti è estremamente riduttiva.

Nella clinica la situazione è infinitamente più complessa.

Nei fenomeni dolorosi sono evidenziabili parecchi aspetti di origine sensoriale, emozionale, cognitiva e comportamentale.

Non sempre esiste una stretta correlazione fra intensità della stimolazione, la gravità della lesione e la sensazione avvertita dal paziente.

L'elemento emozionale dell'individuo determina sensazioni, interpretazioni e comportamenti differenti in base all'esperienza, al vissuto personale.

E' ne tenere conto di queste differenze che si basa il compito di curare il paziente nella maniera più specifica.

Il dolore, pertanto, è al centro dell'attenzione scientifica.

In passato si era più propensi a curare le cause della malattia considerando il dolore come un semplice sintomo.

Oggi, per fortuna, il dolore non viene più visto come un qualcosa di secondario ma è studiato e preso in considerazione come una vera e propria patologia.

Come si cura il dolore

Ci sono diversi approcci alla cura del dolore acuto e cronico.

Nella definizione di un programma antalgico, indipendentemente dal tipo e dalla causa del dolore, è necessario un intervento globale che prenda in considerazione sia terapie farmacologiche e non (Butto, 2004).

Come si è visto in precedenza, nella descrizione del dolore, non è semplice gestirlo in quanto prendono parte alla generazione delle

sensazioni dolorose aspetti di natura organica, psicologica, emozionale e culturale. Solo un approccio, pertanto, può risultare non sufficiente e riduttivo.

Prima di esaminare l'oggetto della presente tesi, ovvero il controllo del dolore attraverso l'uso dell'ipnosi, faremo una breve panoramica delle diverse terapie del dolore partendo da quelle farmacologiche a quelle di natura non farmacologica.

Terapie farmacologiche per il dolore

Sono diverse le classi di farmaci che possono essere impiegate per il trattamento del dolore.

La scelta del tipo di farmaco da impiegarsi nella terapia del dolore dipende, soprattutto, dall'intensità e dal tipo di dolore che affligge il paziente.

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)

I farmaci antinfiammatori non steroidei vengono utilizzati nella terapia del dolore quando si presenta in forma lieve o moderata.

I FANS inibiscono l'enzima ciclossigenasi responsabile della

formazione delle prostaglandine, molecole di origine naturale implicate nella modulazione del dolore.

Le prostaglandine partecipano anche ai processi infiammatori e sono responsabili, a livello dell'ipotalamo, dell'aumento della temperatura.

Questi medicinali pertanto oltre a svolgere la funzione analgesica (diminuzione del dolore) hanno anche una azione antiflogistica (riduzione dell'infiammazione) e antipiretica (riduzione della febbre).

Analgesici oppioidi

I farmaci analgesici oppioidi sono utilizzati in quei casi in cui il dolore è moderato o si presenta in forma grave.

Questi medicinali esplicano la loro azione antinocicettiva attraverso la stimolazione dei recettori oppioidi presenti nel nostro organismo.

I farmaci oppioidi, in sostanza, potenziano l'effetto analgesico degli oppioidi endogeni mimandone l'azione.

Antidepressivi

I farmaci antidepressivi, nonostante svolgano la loro azione nel trattamento della depressione, alcuni principi attivi appartenenti alle classi degli antidepressivi triciclici (TCA) e degli inibitori del reuptake di serotonina e noradrenalina (o NSRI), essi si sono rivelati utili anche nel trattamento del dolore neuropatico (Giberti, 2009). Questi farmaci, possono essere impiegati sia da soli che in associazione ad analgesici oppioidi.

Anticonvulsivanti

Anche in questo caso i farmaci anticonvulsivanti, utilizzati per il trattamento dell'epilessia, si sono rivelati piuttosto efficaci nella terapia del dolore neuropatico.

Anestetici Locali

Gli anestetici locali, come si può facilmente intuire dal loro stesso nome, sono farmaci che, se somministrati per via topica o parenterale in un'area localizzata, sono in grado di indurre un'anestesia circoscritta alla sola zona di applicazione/iniezione del farmaco stesso ed attenuare o eliminare la sensazione di

dolore.

Terapie non farmacologiche

Alla classica terapia del dolore effettuata con specialità medicinali, è possibile affiancare una terapia del dolore non farmacologica.

Naturalmente, il tipo di approccio che si decide di intraprendere varia in funzione della tipologia di dolore cronico che deve essere trattato. Le metodologie di intervento non farmacologico sono assai diverse fra loro.

Si va da metodologie di intervento psicologico (supporto psicologico, psicoterapie, ipnosi, tecniche di rilassamento, meditazione, yoga, ecc.), a metodologie di intervento fisico (fisioterapia, osteopatia, agopuntura, bioenergetica, shiatsu, reiki, ecc.).

Naturalmente, nessuna delle terapie, comprese quelle farmacologiche, ha la pretesa di avere l'esclusività.

Le ricerche scientifiche evidenziano che la forma migliore per trattare il dolore è l'utilizzo di un approccio integrato (Bottaccioli, 2017).

SECONDA PARTE

L'IPNOSI

Ipnosi e dolore

In questo capitolo si tratterà l'aspetto fondante di questa tesi: le applicazioni effettive dell'ipnosi in campo algico.

Il termine Ipnosi deriva dal greco hypnos e significa: "sonno".

Questo lemma, come vedremo in seguito, ha provocato non poca confusione relativamente allo stato ipnotico, proprio per la sua etimologia e per la sua diretta parentela con la divinità del sonno profondo Hypnos: divinità rappresentata da una testa femminile con ali attaccate in prossimità delle orecchie e priva di corpo.

Ad oggi, le varie ricerche condotte relativamente all'effettiva condizione fisiologica sostengono che l'ipnosi sia uno stato di coscienza modificato (Granone, 1989).. Risulta così essere un fenomeno naturale e spontaneo, paragonabile, per un occhio non clinico, all'atteggiamento che si assume nell'addormentamento o nel risveglio. Autori come Spiegel () lo assimilano a momenti di riposo leggero oppure a quelle fasi definite di "normale trance quotidiana", quando, cioè, compiamo gesti abituali e automatici

di natura inconscia.

E' stata superata negli anni la concezione secondo la quale il cervello riduce la sua attività cosciente, razionale e attiva le aree inconscie, emozionali come sosteneva Erickson (1978).

Il Professor Franco Granone, pioniere dell'ipnosi in Italia, definisce e distingue in modo chiaro l'ipnotismo dall'ipnosi.

L'ipnotismo è 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.

L'ipnosi è una fenomenologia sindromica a sé stante e avulsa dall'operatore (Granone, 1989).

L'ipnosi pertanto è sia uno stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, sia un rapporto medico-paziente, durante i quali sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici. (Granone, 1989).

Il Monoideismo plastico costituisce la possibilità creativa che un'idea rappresentata mentalmente ha di estendersi e di realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive,

emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine e immunitarie.

Granone, inoltre, nel suo trattato, raggruppa nell'acronimo LECAMOIASCO, i fenomeni che in ipnosi si possono ottenere, ovvero: Levitazione; catalessi; movimenti automatici; inibizione dei movimenti volontari; analgesia; sanguinamento; condizionamento.

Un'altra definizione dell'ipnosi con la quale confrontarsi è quella di Kohen (1996), che la definisce: *-uno stato di coscienza alternativo spontaneo o indotto con o senza rilassamento in cui un individuo sviluppa una concentrazione focalizzata su uno scopo o immagine con l'obiettivo di massimizzare le proprie risorse e ridurre o risolvere i propri problemi, cambiare un comportamento, ridurre lo stress.*

Nella definizione sopra esposta, si nota come l'autore abbia ridotto la funzione dell'ipnosi, che da adesso chiameremo con il suo sinonimo di Trance, ad una funzione alternativa rispetto allo stato di coscienza ordinario. Si ritiene invece che la trance non sia alternativo ad un presunto normale funzionamento, bensì una modalità differente in cui funziona naturalmente la nostra

coscienza. Questo anche perché, la nostra esperienza risulta continuativa e percettivamente consapevole. Pertanto riteniamo che sia più adeguata definirla come stato di coscienza modificato.

L'ipnosi e la sua storia

Nell'ideale comune l'ipnosi viene intesa come una pratica magica che consente di impossessarsi della mente del soggetto da ipnotizzare e di averne il controllo esclusivo (Bandler, 2009).

L'idea che possa essere uno strumento di manipolazione, è legata a falsi miti che hanno radici storiche differenti (Farnè, 1985).

L'ipnosi ha sempre affascinato l'umanità per il suo carattere esoterico e di teatralità associato.

A conferire questo alone di mistero fu, quello che è considerato il suo “scopritore”, Franz Anton Mesmer, medico tedesco, vissuto a cavallo fra il settecento e l'ottocento.

Influenzato dalle scoperte della sua epoca (era il periodo in cui si studiavano le relazioni e trasformazioni fra la forza elettrica e quella magnetica), Mesmer teorizzò la presenza di un *fluido vitale* in tutti gli esseri viventi che battezzò come “magnetismo animale” in analogia con le forze che attirano o respingono due

oggetti calamitati (Farnè, 1985).

A suo parere, questa forza aveva la capacità di attirare salute e malattia: pervadeva l'intero universo e connetteva gli esseri umani a tutto ciò che li circondava.

Per Mesmer la causa della malattia era da ricercare nella distribuzione disomogenea del fluido all'interno del corpo.

L'azione curativa poteva avvenire attraverso la redistribuzione di questo fluido in modo omogeneo in tutto l'organismo.

In base alle sue supposizioni, Mesmer, propose tecniche curative che consistevano nell'applicazione di magneti sul corpo come azione di riequilibrio del fluido.

Il modello di Mesmer si opponeva a quello biomedico in quanto la causa della malattia veniva legata solo alla circolazione del fluido ritenendo inutile individuare la sede anatomica della malattia.

In base a questo principio la guarigione poteva avvenire attraverso un influsso magnetico.

È evidente come una posizione del genere fosse in contraddizione con tutta la pratica medica del tempo dove la

diagnosi del sintomo si basava su criteri oggettivi di natura medico-scientifica.

Da lì a poco la teoria di Mesmer venne screditata dalla comunità scientifica che decretò non valide le sue ipotesi attribuendo il fenomeno del magnetismo all'immaginazione e alla suggestione del malato.

Un allievo di Mesmer, il marchese Puysegur, avanzò l'ipotesi che il fenomeno di magnetismo avanzato dal suo maestro non era altro che la manifestazione di uno stato di sonnambulismo indotto.

Puysegur, insieme ai suoi seguaci, fondò una scuola per approfondire gli studi sul fenomeno del sonnambulismo indotto.

Le sue ricerche arrivarono alla conclusione che lo stato di sonnambulismo era una caratteristica psicologica presentata dai pazienti e dalla loro volontà di guarire e non, come sosteneva Mesmer, da un fattore esterno dovuto ad un fluido magnetico.

Nel 1813 il portoghese, José Custódio de Faria, aprì a Parigi una scuola di “sonno lucido” rifiutando le teorie del sonnambulismo di Puysegur e del fluido magnetico di Mesmer.

Faria, enfatizzò i processi psicologici interni del soggetto evidenziando l'esistenza di differenze tra gli individui nella "capacità" di entrare in uno stato ipnotico.

Egli attribuiva grande importanza alla suggestionabilità dei soggetti.

Nel 1841, James Braid, medico di Manchester, coniò il termine "ipnotismo", lasciandosi alle spalle la teoria del fluido e attribuendo il fenomeno dell'ipnosi al sistema nervoso centrale.

Braid fu il primo a descrivere un metodo di induzione ipnotica che non prevedeva alcun passaggio di fluidi fra ipnotista e soggetto, ma la fissazione di un punto luminoso.

Braid diede, dunque, una interpretazione fisiologica della trance sostenendo che i fenomeni in gioco sono unicamente provocati da un'impressione prodotta sui centri nervosi e dalla condizione fisica e psichica del paziente, esclusa ogni altra forza proveniente direttamente o indirettamente da altri.

Con Braid si segna l'inizio dello studio del fenomeno ipnotico sotto la lente medico-scientifica.

Il medico e professore francese, Jean Martin Charcot, a metà dell'ottocento, fu uno dei primi ad utilizzare l'ipnosi per la cura dell'isteria.

Egli considerava ipnotizzabili solo pazienti affetti da malattie neurologiche, e quindi definiva la suggestionabilità come il risultato patologico di un'affezione del sistema nervoso.

Grazie al suo lavoro contribuì al riconoscimento dell'ipnosi da parte della comunità scientifica presentando all'accademia delle scienze una relazione che raccoglieva i sintomi somatici più comuni dello stato ipnotico.

Fu il medico francese, Hyppolite Bernheim, a portare l'ipnosi all'interno dell'ospedale in cui lavorava dimostrandone la valenza medica.

Fondò la scuola di Nancy che si contrapponeva alle teorie di Charcot sostenendo che lo stato ipnotico si fonda esclusivamente sulla suggestione e imitazione.

Bernheim, definì la suggestione come la capacità del soggetto di lasciarsi influenzare da un'idea, caratteristica non esclusiva di malati neuropatici ed isterici, ma propria di tutti i soggetti.

L'ipnosi venne definita come uno stato fisiologico che i soggetti possono sviluppare a diversi livelli a seconda del loro grado di suggestionabilità e che può essere utilizzato a scopo terapeutico.

Alle soglie dell'ottocento, anche Sigmund Freud, padre della psicoanalisi, si avvicinò all'ipnosi studiando dal suo maestro Charcot le possibilità di cura delle psicopatologie attraverso questa terapia.

Fu per lui un arricchimento e gli diede la possibilità di definire le sue teorie psicoanalitiche.

Non soddisfatto, però, dei risultati dell'ipnosi, abbandonò presto questa pratica.

È lo psichiatra americano Milton Erickson ad essere riconosciuto, a metà del novecento, come uno dei più autorevoli innovatori nell'uso della tecnica ipnotica (Bandler, 2003).

Erickson, concepiva l'inconscio del paziente come ricco di risorse fondamentali per la guarigione che il paziente era ignaro di possedere ed individuava in tutti i soggetti capacità auto curative scaturite dalle esperienze passate del paziente a cui il terapeuta doveva risalire (Erickson, 1983).

Con il contributo di Milton Erickson l'ipnosi assume caratteristiche di flessibilità ed informalità, poiché ogni fase del processo è adattabile grazie alla fantasia, all'intuizione ed all'abilità del terapeuta nell'escogitare sempre nuove situazioni che facilitino la guarigione del paziente fornendo suggestioni al suo inconscio (Barker, 1987).

In Italia, il Professor Franco Granone, oltre a stimolare e sviluppare la ricerca, dà un ampio respiro all'ipnosi in ambito terapeutico. Granone, infatti, definisce l'ipnositerapia, come ogni cura eseguita mediante tecniche ipnotiche.

Dunque, all'ipnosi viene dato ampio spazio e non circoscritta al solo ambito psicologico.

Essa, viene utilizzata nelle diverse branche della medicina per la cura di patologie psicosomatiche e mediche.

L'ipnosi, dunque, come vedremo nel prossimo capitolo, è utilizzata non solo in psicologia per la cura dell'ansia, dello stress, dell'umore, ma è impiegata anche in diverse branche della medicina.

Il suo impiego medico si rivolge soprattutto al controllo del dolore nelle procedure che appartengono alle diverse aree

specialistiche come in odontoiatria, in ostetricia, in chirurgia, in cardiologia, in gastroenterologia, in dermatologia, ecc.

TERZA PARTE

L'IPNOSI NELLA CURA DEL DOLORE

L'ipnosi nel controllo del dolore

Per la necessità di ridurre la sofferenza fisica, l'uomo ha da sempre studiato i modi per alleviare il dolore.

Vi sono studi che documentano come per controllare il dolore o per eseguire interventi chirurgici già dai tempi degli egizi l'ipnosi era largamente utilizzata (Li Vigni, 1995).

L'ipnosi, come dimostrato sia in ambito sperimentale che clinico, è in grado di ridurre o, in alcuni casi eliminare, i dolori che insorgono in conseguenza a diverse patologie.

Nel 1942 in Inghilterra un certo Ward, medico chirurgo, amputò una gamba ad un paziente utilizzando l'ipnosi come anestesia (Granone, 1989).

Dopo l'intervento il paziente riferì di non aver sentito nessun dolore.

La buona riuscita dell'intervento fu comunicata alla Royal Medical and Chirurgical Society la quale non prese in seria considerazione il caso dichiarando impostori sia Ward che il suo

paziente.

Oggi per fortuna il giudizio in merito alla scientificità dell'ipnosi si è modificato.

Vi è un interesse maggiore all'uso dell'ipnosi per il controllo del dolore grazie anche ai molteplici studi effettuati in tale ambito e alle applicazioni cliniche che insieme hanno permesso di approfondire e perfezionare le tecniche che inducono l'ipnosi analgesica.

Come abbiamo già visto in precedenza sono molti gli interventi chirurgici documentati: tonsillectomia, appendicectomia, plastica per ernia inguinale, piccola chirurgia ambulatoriale, interventi odontoiatrici, taglio cesario e in procedure strumentali diagnostiche come la gastroscopia, colonscopia, ecc.

L'ipnosi, inoltre, durante l'intervento chirurgico, si è dimostrata in grado di ridurre l'emorragia (per vaso costrizione) ed abbreviare il decorso postoperatorio, favorendo la cicatrizzazione delle ferite, la riduzione del dolore e degli altri sintomi associati (nausea, vomito, prurito, etc.).

L'ipnosi si rivela un importante trattamento del dolore in ambito oncologico e nelle procedure diagnostiche e terapeutiche di cui

parleremo più avanti.

La terapia con ipnosi è stata recentemente rivalorizzata anche nel trattamento del dolore muscolo-scheletrico.

Si è rivelata, infatti, superiore alla fisioterapia nel controllo del dolore muscolare, della *fatigue* (uno dei sintomi più debilitanti del cancro e delle terapie oncologiche che causa fatica, astenia) e dei disturbi del sonno in soggetti con fibromialgia.

Un campo innovativo è l'associazione dell'ipnosi con l'ecografia: la visualizzazione ecografica dei propri organi, in uno stato modificato di coscienza tramite ipnosi, permette di modificare la relazione con il proprio corpo, alterata dalla malattia (Sirigu, 2018).

La visita ecografica si può allora trasformare da atto puramente diagnostico ad atto terapeutico, se sostenuta da una giusta relazione, in cui la competenza del medico si pone a disposizione della richiesta di aiuto (Sirigu, 2018).

Questa metodologia ha permesso di intervenire in modo integrato per la cura di diverse malattie a matrice infiammatoria.

Indicazioni cliniche dell'ipnosi

L'ipnosi può essere impiegata sia nel controllo del dolore acuto sia in quello cronico.

Nell'ambito del **dolore acuto**, le principali indicazioni sono:

- Il dolore post operatorio
- Il dolore da travaglio di parto
- Il dolore odontoiatrico
- Il dolore nei grandi ustionati
- Il dolore procedurale come conseguenza di procedure diagnostico-terapeutiche invasive e dolorose.

Nell'ambito del **dolore cronico** distinguiamo il trattamento del dolore cronico oncologico, da quello non oncologico.

Nel **dolore cronico non oncologico** numerosi studi e rassegne sistematiche hanno valutato l'efficacia dell'ipnosi in una grande varietà di sindromi dolorose croniche quali le cefalee croniche primarie, il *low back pain*, l'artrite, i disturbi funzionali dolorosi dell'apparato gastro-enterico come, ad esempio, il colon irritabile, e il dolore neuropatico da sclerosi multipla.

Anche per la fibromialgia, in passato giudicata non idonea al trattamento ipnotico, è stata recentemente rivalutata in termini di

ipnoterapia alla luce di interessanti osservazioni cliniche.

In un recente studio a doppio cieco controllato (De Benedittis, 2012b) su 16 pazienti con fibromialgia, l'ipnositerapia, prevalentemente Ericksoniana, più il trattamento standard, ha prodotto un significativo miglioramento dell'intensità del dolore, della qualità della vita, del sonno, con corrispondente riduzione della fatica cronica, rispetto al solo trattamento standard nel lungo termine (6 mesi), ma non nel breve termine.

Nel dolore cronico neoplastico, l'ipnosi svolge un ruolo molto importante anche perché si integra con il controllo di altri sintomi quali ansia, nausea, insonnia, depressione e molti degli effetti collaterali della terapia chemioterapica come nausea, vomito, diarrea.

L'Ipnosi in oncologia

L'oncologia è una branca della medicina che studia i tumori dal punto di vista morfologico e clinico. Essa si occupa della ricerca, diagnosi, trattamento e prevenzione delle neoplasie, ovvero, dei tumori benigni e maligni.

Il tumore benigno è una proliferazione cellulare anomala che si

diffonde nel tessuto d'origine.

Il tumore maligno, o cancro, si differenzia dal precedente perché ha la capacità di infiltrare altri tessuti e di formare metastasi.

Per la persona che si ammala di tumore è un evento drammatico, per sé e per la sua famiglia.

Nei casi in cui la diagnosi è nefasta, il paziente oncologico subisce uno shock che lo destabilizza da un punto di vista emotivo.

I sentimenti di rabbia e di disperazione nel sentirsi impotente di fronte alla malattia, fanno sprofondare il paziente nello sconforto e nella depressione.

Ecco che si trova, a tutti gli effetti, di fronte ad una elaborazione del lutto dovuta alla negazione di ciò che gli accade.

Il paziente non accetta, nega il problema. Prova sentimenti di rabbia che lo fanno scivolare nella “vallata” di disperazione.

Si trova dunque ad affrontare le cinque fasi per l'elaborazione del lutto.

Dopo lo shock iniziale (prima fase), segue la frustrazione (seconda fase), la depressione (terza fase), la sperimentazione (quarta fase), accettazione (quinta fase), che porta il paziente ad

una integrazione della malattia nella sua vita.

Non sempre le fasi vengono superate: possono esserci delle cronicizzazioni che bloccano il paziente in una fase.

E' grazie al lavoro della dottoressa Elizabeth Kluber Ross, psico-oncologa, che si è riusciti a prendere in considerazione l'elaborazione del lutto nella malattia oncologica (Granone P., 2016).

La Kluber Ross, ha sdoganato il concetto di morte da quei tabù che impedivano ai medici di parlare con i pazienti oncologici dell'evoluzione della loro malattia. Questo ha permesso di dare uno spazio alla elaborazione della loro condizione sanitaria.

Si è iniziato a prendere in considerazione non solo la malattia neoplastica a livello medico-biologico ma comprendere e gestire anche gli aspetti affettivi, emozionali, relazionali e di personalità del paziente oncologico.

Un cancro non va trattato semplicemente in modo meccanico. Nel momento in cui origina e si sviluppa, non è sufficiente fare una diagnosi, esportarlo chirurgicamente e curare il paziente con una chemioterapia, immunoterapia e/o applicazioni di radioterapia.

Il cancro nasce e cresce in un corpo, in una persona che ha una mente, una emotività, un'affettività, una personalità.

Occorre, dunque, prendersi cura della persona e non solo trattare la malattia oncologica in modo chirurgico e/o farmacologico.

Al momento della diagnosi è necessario che la malattia venga presentata al paziente e ai suoi familiari attraverso una comunicazione appropriata che tenga in considerazione degli aspetti emotivi del malato e di quelli dei suoi cari.

Questo passo è stato fatto verso gli anni sessanta grazie alla nascita della psiconcologia, ovvero, quella scienza che unisce professionalità sanitarie differenti per dare un'assistenza completa al malato oncologico.

La psiconcologia, infatti, come viene definita da Luigi Grassi è “una disciplina che come molti altri settori a “cavallo” fra più specialità, è attraversata da forti tensioni che la spinge in direzioni divergenti. Da un lato, infatti, è una scienza specialistica, che ha come obiettivo l'integrazione fra scienze locali e dall'altro una sorta di atteggiamento trasversale ai diversi specialismi basato sull'integrazione di competenze diverse allo scopo di migliorare l'assistenza al malato”.

L'integrazione delle differenti specialità ha permesso di avere un quadro completo per comprendere non solo l'importanza dell'intervento psicologico ma le relazioni che vi sono fra personalità, stress e i tumori.

Come dimostrano gli studi psiconeuroendocrinoimmunologici, la comunicazione fra mente e corpo è bidirezionale e pertanto le nostre emozioni influenzano la nostra biologia e la nostra biologia influenza la nostra mente.

Diventa pertanto necessario considerare in oncologia l'importanza della gestione dello stress in pazienti oncologici.

Come è dimostrato da numerosi lavori, lo stress è un fattore determinante nella generazione di alcune forme neoplastiche.

L'ingresso della psiconcologia in ambito oncologico è stato determinante per iniziare a prendersi cura della persona e non della sola malattia.

La pluridisciplinarietà ha permesso di fare un passo in avanti nelle ricerche neurobiologiche e psicoterapeutiche in ambito oncologico.

Un impulso notevole è stato dato agli studi sull'ipnosi e alla sua applicazione in ambito oncologico.

L'ipnosi in oncologia riveste un ruolo importante e trasversale come in precedenza si è accennato.

L'ipnosi è utilizzata:

- Come prevenzione alle malattie tumorali;
- Per preparare il paziente ad indagini invasive o potenzialmente claustrofobiche;
- Per gestire eventuali sintomatologie ansiose che potrebbero comparire durante il percorso di cura e di convalescenza;
- Come coadiuvante durante i vari trattamenti (interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia), ai quali potrebbe andare incontro il paziente.

L'ipnosi ha un ruolo importante nella gestione dello stress. Il suo utilizzo può abbassare i livelli di stress che gioca un ruolo importante nelle malattie tumorali.

In uno studio condotto da Barbara L. Anderson, 227 donne operate di cancro al seno, prima di iniziare la chemioterapia, radioterapie e altre terapie previste, sono state divise casualmente in due gruppi: uno di controllo medico e l'altro di controllo medico con in aggiunta la partecipazione ad un programma di gestione dello stress attraverso sedute di tecniche di rilassamento

profondo.

A distanza di 11 anni, le donne che hanno frequentato gli incontri con il programma di rilassamento hanno avuto una minore incidenza di recidive e una maggiore sopravvivenza rispetto all'altro gruppo (Bottaccioli, 2017).

Riguardo alla preparazione di indagini invasive, l'ipnosi risulta un ottimo strumento per la gestione dell'ansia in quei pazienti che devono effettuare esami diagnostici con apparecchiature come la risonanza magnetica che risultano potenzialmente claustrofobici. Attraverso tecniche di induzione ipnotica è possibile gestire l'ansia e indurre nel paziente uno stato di benessere e di tranquillità che permette di eseguire senza difficoltà l'esame diagnostico.

Allo stesso modo, l'ipnosi può essere utilizzata come coadiuvante nel controllo del dolore durante gli interventi chirurgici per la asportazione di masse tumorali e l'inserimento di accessori e cannule per il sostegno e la cura del paziente.

Psiconcologia: un caso clinico

Emanuela (nome di fantasia), una donna di cinquant'anni, mi

contatta telefonicamente per prendere un appuntamento in studio da me.

Si presenta al primo incontro, una donna molto curata, cortese nel modo di comunicare. Mi spiega con preoccupazione e tono agitato che ha scoperto da poco di avere un tumore al seno e deve sottoporsi ad un intervento chirurgico e a cicli di chemioterapia.

È convinta che questo brutto male le sia venuto a causa delle tensioni con il marito, Davide (nome di fantasia), di anni 55.

I due sono sposati da circa 18 anni e hanno due figlie, una di 14 anni e l'altra di 4.

La paziente mi dice che suo marito la critica in ogni cosa che lei fa, sia in casa, sia a lavoro.

Emanuela ha un negozio di giocattoli da circa dieci anni, attività messa in piedi da lei con tanti sacrifici, ma che è felice di portarla avanti.

Il marito non è d'accordo che lei lavori e la rimprovera di non prendersi cura né della casa né delle due figlie.

Emanuela mi spiega che non è così e che oltre a lavorare in negozio, è solo lei che si prende cura della casa e delle figlie.

La paziente è sostenuta dai suoi genitori anziani ma ancora in

forze, che le danno quotidianamente una mano.

Il marito di Emanuela è critico e poco comunicativo anche con i suoi suoceri.

Davide è cresciuto in una famiglia di contadini calabresi venuti al nord in cerca di fortuna. Dopo le scuole elementari è andato a lavorare come muratore creandosi, dopo faticosi anni di lavoro, una sua impresa. È una persona autoritaria, con poca istruzione e di poche parole.

Emanuela, in tutti questi anni, per il quieto vivere, ha buttato sempre giù il rospo, come dice lei. Ha sempre tenuto tutto dentro, e per questo è convinta che si sia ammalata per colpa del marito. Non ha mai avuto il coraggio di chiedere la separazione per paura delle conseguenze e per questo ha continuato a rimanere col marito per le figlie.

Emanuela si è rivolta a me perché sa che utilizzo l'ipnosi e vorrebbe gestire le sue emozioni attraverso alcune tecniche.

Accetto di prenderla in carico Emanuela e insieme programiamo una serie di incontri.

Emanuela è a conoscenza delle potenzialità dell'ipnosi, sa che dovrà affrontare un intervento chirurgico e la chemioterapia e

pertanto desidera prepararsi ad affrontare al meglio la situazione.

All'appuntamento successivo con Emanuela, oltre al colloquio clinico, decido di iniziare ad utilizzare l'ipnosi per indurre uno stato di rilassamento nella paziente.

Attraverso la trance invito Emanuela ad andare in un posto sicuro nel quale sentirsi protetta e trovare la sua tranquillità.

Alle mie indicazioni, Emanuela risponde molto bene.

Sotto ipnosi mi racconta di essere nel suo luogo sicuro.

È un giardino dove c'è una grande quercia e lei si trova sotto proprio a quell'albero.

Mi spiega di essere nel giardino dei suoi nonni materni, dove da bambina amava passare i suoi pomeriggi da sola ed in tranquillità. Durante il racconto il viso di Emanuela è sorridente e disteso.

Attraverso la chiusura dei suoi indici e pollici delle mani, ancora alla paziente quello stato di beatitudine.

Al suo risveglio, Emanuela è un'altra persona totalmente rilassata, serena e gioiosa.

La congedo dicendole che tutte le volte che desidererà ritrovare quello stato di benessere lo potrà fare semplicemente unendo le

dita così come è avvenuto in seduta.

Alla visita successiva, Emanuela è più serena e tranquilla.

Mi racconta che ha passato una settimana serena.

Mi spiega anche che il suo cambiamento le ha permesso di vivere con più distacco le critiche del marito.

Mi riferisce inoltre che il marito vedendola più forte le sembra meno agguerrito del solito.

Questa situazione è risulta favorevole per Emanuela, grazie alla quale è riuscita a controllare la sua emotività e a staccarsi dal contesto familiare pesante.

La volta successiva con Emanuela ci incontriamo per parlare di come affrontare l'intervento in programma per la settimana dopo.

Mi sembra serena e poco impaurita. Mi riferisce che ha continuato a fare l'esercizio dell'ancoraggio e che le ha permesso di mantenere il suo stato di rilassamento.

Emanuela è pronta. Ha tutte le forze ed energie sia fisiche che psicologiche necessarie per affrontare l'operazione con successo.

Dopo l'operazione, Emanuela mi contatta al telefono riferendomi che è andato tutto benissimo e che è pronta per ritornare da me in

studio.

All'incontro Emanuela mi racconta che prima dell'intervento, grazie all'esercizio del luogo sicuro, ha gestito tutte le sue paure.

La tecnica di ipnosi utilizzata con Emanuela aveva funzionato molto bene.

Decido così di utilizzare lo stesso approccio anche durante i cicli di chemioterapia che Emanuela dovrà affrontare, mettendo in programma una serie di incontri.

Per tutto il periodo della somministrazione della chemioterapia Emanuela ha accusato pochissime volte senso di nausea e mal di testa ed ha mantenuto uno stato discreto del suo umore.

Nello stesso periodo nel percorso di cura ho coinvolto anche sia i genitori di Emanuela sia le sue figlie.

Con il padre della paziente, data l'agitazione dimostrata, ho attivato alcune sedute di ipnosi per il controllo dei suoi stati emotivi.

Ho lavorato anche con il marito di Emanuela, il quale ha dimostrato, in questa delicata situazione, di essere più vicino a sua moglie.

Ho visto Emanuela per tutto il periodo di convalescenza.

Ha superato ed affrontato la malattia con grinta e forza, inaspettate.

Le tecniche di ipnosi utilizzate hanno permesso alla mia paziente di gestire al meglio le sue emozioni di fronte alle dinamiche familiari e il dolore e le diverse sensazioni di fastidio dovute ai sintomi della malattia e agli effetti secondari delle cure farmacologiche per contrastare il carcinoma.

La neurobiologia dell'ipnosi

Ma come è possibile che attraverso semplici tecniche di induzione ipnotica il nostro organismo è in grado di spegnere i centri del dolore?

Quali sono i meccanismi che entrano in gioco durante lo stato di trance ipnotica?

Il successo crescente dell'utilizzo dell'ipnosi nella terapia del dolore ha dato il via a stimolanti ricerche per indagare sui meccanismi neurobiologici dell'analgesia ipnotica.

Grazie alle recenti tecniche di *Brain Imaging* è stato possibile riscontrare come il talamo, la corteccia somatosensoriale primaria (SI) la corteccia somatosensoriale secondaria (SII), l'insula, la

corteccia prefrontale (PFC), l'amigdala, la corteccia cingolata anteriore (ACC) siano coinvolte nell'elaborazione dell'esperienza dolorosa (Ciarabella, 2014).

Ogni centro svolge funzioni diverse ma parallelamente: la corteccia somatosensoriale primaria e quella secondaria, il talamo e la parte posteriore dell'insula sono responsabili dell'esperienza sensoriale-discriminativa del dolore; l'amigdala, la corteccia cingolata anteriore e la parte anteriore dell'insula, elaborano la componente affettivo-motivazionale del dolore; infine, la corteccia prefrontale è responsabile degli aspetti cognitivo-valutativi del dolore (Bear, 1999).

Le aree coinvolte nell'esperienza dolorosa sono le stesse che prendono parte all'elaborazione delle emozioni e del pensiero (Damasio, 2012).

La condivisione delle aree cerebrali, come vedremo più avanti, chiarisce le relazioni che vi sono fra la percezione del dolore e gli stati emotivi ed affettivi.

La percezione del dolore, infatti, è legata allo stato emotivo ed affettivo della persona (Kandel, 2014).

A seconda che un soggetto sia in uno stato di ipnosi o di veglia,

studi con PET (Positron Emission Tomography) hanno evidenziato che le aree cerebrali si attivano in modo differente.

Sotto ipnosi, ad esempio, se ad un soggetto gli si chiede di ricordare un evento piacevole, si attiveranno le aree occipitali, parietali, precentrali, prefrontali e la corteccia cingolata.

In stato di veglia, invece, si attiveranno solamente le aree del lobo temporale e del proencefalo basale.

La memoria episodica, dunque, a seconda che il soggetto sia in uno stato di ipnosi o di veglia è sottesa da una attivazione di aree cerebrali diverse ed ha una influenza diretta sulla percezione del dolore (Ciaramella, 2013).

Le diverse attivazioni delle aree cerebrali sono la risposta alla analgesia al dolore.

Se ad un soggetto sotto ipnosi gli si dice di sentire dolore egli lo sentirà in conseguenza all'aumento delle attività del talamo, della corteccia cingolata anteriore, dell'insula, della corteccia prefrontale e della corteccia parietale.

Al contrario, nello stato di veglia, il soggetto non avrà nessuna percezione del dolore e le attività delle aree cerebrali sopra citate risulteranno non attivate.

L'ipnosi agisce non solo sull'intensità del dolore ma anche sulla componente di spiacevolezza affettiva che accompagna il dolore. E a sottendere questa componente è la corteccia cingolata anteriore.

Se ad un soggetto sotto ipnosi viene data la suggestione di aumentare o ridurre la componente di spiacevolezza del dolore, si osserva una diversa attivazione della corteccia cingolata anteriore in accordo alla suggestione, mentre non si osserva nessuna variazione di attività delle strutture sottese all'esperienza sensoriale discriminativa del dolore come la corteccia somatosensoriale primaria e quella secondaria.

Al contrario, se la suggestione è di aumentare o ridurre l'intensità del dolore in stato di ipnosi, si osserva una variazione dell'attività concorde con la suggestione delle cortecce somatosensoriali primarie e secondarie mentre non vi è alcuna variazione dell'attività della corteccia cingolata anteriore.

Questa è la condizione che mette in evidenza come in ipnosi sia possibile dissociare nettamente l'intensità del dolore dalla componente di spiacevolezza.

L'effetto analgesico dell'ipnosi non è un aspecifico effetto placebo né è mediato da un'azione ansiolitica né, infine, è riconducibile ad una pura e semplice suggestione.

Si tratta invece di un effetto altamente specifico.

Sul piano neurochimico, l'analgesia ipnotica non sembra essere mediata né dagli oppiacei endogeni né dall'ACTH.

La somministrazione di naloxone, antagonista degli oppiacei, non modifica, infatti, l'effetto analgesico dell'ipnosi.

I meccanismi neurochimici dell'analgesia ipnotica rimangono tuttavia ancora poco conosciuti.

Tecniche Ipnotiche in terapia del dolore

Vediamo ora le diverse tecniche di ipnosi utilizzate per il controllo del dolore.

Alcuni studi controllati evidenziano una efficacia analgesica dell'ipnosi, ma pochi sono gli studi che hanno come obiettivo l'indagine su specifiche procedure di suggestione che più facilmente possono generare analgesia.

Diversi studi hanno indagato invece l'analgesia ipnotica indotta da suggestioni dirette al dolore (suggestioni analgesiche dirette).

L'analgesia ipnotica si è rivelata più efficace di altri trattamenti attivi come il biofeedback, training autogeno, nel controllo dell'emicrania, cefalea, lombosciatalgia, etc.

Nonostante la maggior efficacia analgesica dell'ipnosi indotta con suggestioni dirette, rispetto ad altri trattamenti tradizionali, si evidenzia che tale effetto scema con il passare del tempo.

L'utilizzo di suggestioni miste (analgesia ipnotica diretta ed indiretta) si rivela più efficace rispetto a trattamenti tradizionali (Ciarabella, 2014).

Alcuni autori hanno cercato di sistematizzare le tecniche per l'analgesia distinguendo altre classi ma nonostante tutto la classificazione delle metodiche che attualmente viene maggiormente utilizzata è quella tra tecniche dirette ed indirette.

Alcune tecniche di ipnosi analgesica si basano sulla contestualizzazione del dolore all'interno di una rappresentazione mentale di un evento accaduto in passato o creato dalla mente del soggetto.

Nel trattamento delle cefalee, ad esempio, alcuni soggetti hanno legato il loro dolore ad eventi traumatici vissuti nel loro passato o in situazioni inventate.

Nel ricordare il loro conflitto, il dolore si attenuava come se la situazione immaginata servisse come canalizzazione e risoluzione dell'emozione legata al dolore (Weiss, 2012).

Tra le tecniche più impiegate sul controllo del dolore cronico, troviamo (De Benedittis, 1980):

-Tecnica della dislocazione del sintomo (Erickson *et al.*, 1976).

Consiste nel dislocare un dolore da una sede ad un'altra, economicamente meno importante e minacciosa per il paziente.

-Tecnica della traslazione. Si induce un'anestesia a guanto in una zona prestabilita del corpo (ad esempio, la mano) e la si trasferisce successivamente alla parte affetta da dolore.

-Tecnica della conversione. Talvolta può essere utile o più agevole “trasformare” un sintomo funzionalmente importante, ma ad alto costo, come il dolore, in un altro sintomo meno importante ma economicamente

altrettanto valido, come ad esempio, una parestesia.

-Tecnica della distrazione. È una tecnica cognitiva che consiste nel distrarre il paziente dalla polarizzazione attentiva sul sintomo, riorientando la sua concentrazione passiva su aree del corpo non interessate dal dolore o su visualizzazioni ideosensoriali ed

ideomotorie gratificanti per il soggetto e, quindi, incompatibili con la sofferenza fisica.

-Tecnica della distorsione temporale. È particolarmente indicata nelle forme di dolore intermittente o accessuale, e consiste nell'istruire il paziente a condensare l'esperienza dolorosa in una dimensione molto più breve di quella reale (ad esempio, da diversi minuti a pochi secondi).

-Tecnica dello pseudo-orientamento. È talora possibile far *regredire* il paziente ad un periodo antecedente l'inizio della malattia, facendogli rivivere esperienze piacevoli durante le quali l'esperienza del dolore viene ignorata. È anche possibile *proiettare* il paziente in un tempo futuro e libero da afflizioni dolorose: il tempo dell'attesa guarigione. In tal modo si ottiene anche il risultato di mobilitare efficacemente le motivazioni ed aspettative del paziente, riprogrammando positivamente il destino terapeutico e riducendo le ansie anticipatorie (Erickson, 1959; 1978).

-Tecnica della dissociazione. Particolarmente indicata in pazienti terminali, utilizza visualizzazioni ideosensoriali ed ideomotorie che favoriscono fenomeni di tipo dissociativo.

Erickson (1959) ha descritto il caso di una paziente con dolori da cancro avanzato che, in seguito a suggestioni post-ipnotiche, riusciva a vivere un'esperienza mentale "fuori del proprio corpo malato": poteva trovarsi comodamente seduta in poltrona ed intenta alle attività preferite, libera da dolori, mentre il suo corpo sofferente rimaneva inerte nel letto.

CONCLUSIONI

L'ipnosi, nel controllo del dolore, ha dimostrato, come abbiamo visto, una grande efficacia nel trattamento analgesico.

L'ipnosi non esclude la somministrazione contemporanea di altri trattamenti e neanche ha la pretesa di sostituirsi a qualsiasi altra terapia.

L'ipnosi è comunicazione. La sua efficacia nasce dalla relazione di fiducia fra il medico/psicologo e paziente.

L'ipnosi costituisce una modalità comunicativa e relazionale che, attraverso l'induzione di uno stato modificato di coscienza, permette di realizzare una riabilitazione cognitiva somatica e comportamentale funzionale a una condizione di equilibrio e benessere (Sirigu 2018).

La comunicazione presuppone un dialogo, e quindi un linguaggio comune, che è essenzialmente realizzato da messaggeri chimici capaci di modificare l'attività biologica e di permettere quell'integrazione fra funzioni mentali, cognitive, psichiche, biologiche.

L'efficacia dell'ipnosi per il controllo del dolore, spinge gli scienziati ad una continua ricerca.

Grazie agli studi incoraggianti prodotti fino ad oggi si prevede che in futuro, l'utilizzo dell'ipnosi nel controllo del dolore diventerà sempre più diffuso in ambito sanitario.

BIBLIOGRAFIA

Adler, A. (1975), *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton, Roma.

Alberoni F. (2003), *L'arte del comando*, Bur, Milano.

American Psychiatric Association (2014), *DSM-V*, Masson, Milano.

Andreoli V. (1997), *E vivremo per sempre liberi dall'ansia*, BUR, Milano.

Andreoli V. (2015), *Ma siamo tutti matti*, Bur, Milano.

Anolli L. (2002), *Psicologia della comunicazione*, Il Mulino, Bologna.

Aristotele (1996), *De anima*, trad.it., di Movia G., Rusconi, Milano.

Arnheim R. (1999), *Arte e percezione visiva*, XIV ed., Feltrinelli, Milano.

Austin J. L. (1987), *Come fare cose con le parole*, Marietti, Genova.

Balconi E. (2003), *Le nuove psicoterapie*, Xenia, Milano.

Bandler R. (2009), *Il potere dell'inconscio e della pnl*, Alessio Roberti Editore, Urgnano Bergamo.

Bandler R. (2003), *Il tempo per cambiare*, Alessio Roberti Editore, Urgnano (BG).

Bandler R. (1986), *Usare il cervello per cambiare*, Astrolabio, Roma.

Bandler R., Grinder J. (1983), *Ipnosi e trasformazione*, Astrolabio, Roma.

- Bandler R., Grinder, J. (1980), *La metamorfosi terapeutica*, Astrolabio, Roma.
- Bandler R., Grinder J. (1983), *La ristrutturazione*, Astrolabio, Roma.
- Bandler R., Grinder J. (1984), *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*, Astrolabio, Roma.
- Bandler R., MacDonald W. (1991), *Guida per l'esperto alle submodalità*, Astrolabio, Roma.
- Barker P. (1987), *L'uso della metafora in psicoterapia*, Astrolabio, Roma.
- Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bear M.F., Connors B.W., Paradiso M.A. (1999), *Neuroscienze*, Masson, Milano.
- Bechtel W. (1992), *Filosofia della mente*, il Mulino, Bologna.
- Bechtel W. (1995), *Filosofia della scienza e scienza cognitiva*, Laterza, Bari.
- Berti E. (1991), *Storia della filosofia*, Laterza, Bari.
- Besson J.M. (1996), *Il dolore*, Garzanti, Milano.
- Blackman D. (1977), *Condizionamento operante*, Zanichelli, Bologna.
- Bottaccioli F. (2003), *Psiconeuroimmunologia*, Red, Novara.
- Bottaccioli F. (2014), *Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Edra, Milano.
- Bottaccioli F., Bottaccioli A. G. (2017),

Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata. Il manuale, Edra, Milano.

Brenner C. (1992), *Breve corso di psicoanalisi*, Trad.it. di Mori F., Pinto G., Martinelli, Firenze.

Butto N., Biava P. M., Canestrari F., Inthavong S. (2017), *Parlare al cancro*, Eifis Edizioni, Cervia (RA).

Butto N. (2013), *Lavaggio energetico emozionale*, Nader Butto, Israele.

Butto N. (2004), *Medicina universale e settimo senso*, Edizioni Mediterranee, Roma.

Butto N. (1998), *Il settimo senso*, Edizioni Mediterranee, Roma.

Camaioni L. (1993), (a cura di), *Manuale di psicologia dello sviluppo*, II ed., il Mulino, Bologna.

Canestrari R. (1984), *Psicologia generale e dello sviluppo*, Clueb, Bologna.

Caprara G.V., Gennaro A. (1994), *Psicologia della personalità*, il Mulino, Bologna.

Cavazza N. (1996), *La persuasione*, Il Mulino, Bologna.

Chalmers D.J. (1999), *la mente cosciente*, McGraw-Hill, Milano.

Cialdini R. B. (2017), *Pre-suasione*, Giunti, Firenze.

Cialdini R.B. (1989), *Le armi della persuasione*, Giunti, Firenze.

Ciarabella A. (2014), *Analgesia ipnotica: neurobiologia ed applicazione clinico-sperimentale*, Franco Angeli, Milano.

Cionini L. (a cura di), (1998), *Psicoterapie: modelli a confronto*, Carocci Editore, Roma.

- Conte M., Gennaro A. (1989), *Inconscio e processi cognitivi*, il Mulino, Bologna.
- Curtis H. (1980), *Biologia*, II ed., Zanichelli, Bologna.
- Damasio A. (2018), *Lo strano ordine delle cose*, Adelphi, Milano.
- Damasio A. (2012), *Il Sé viene alla mente*, Adelphi, Milano.
- Damasio A. (1999), *L'errore di Cartesio: emozioni, ragione e cervello umano*, IV ed., Adelphi, Milano.
- Danon M. (2006), *Ecopsicologia*, Urra Edizioni, Milano.
- De Bono E. (2007), *Il pensiero laterale*, Bur Edizioni, Milano.
- Delay J., Pichot P. (1965), *Compendio di psicologia*, Giunti, Firenze.
- De Negri M. (1991), *Parametri fenomenologici nella psichiatria maturazionale*, Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Denes G., Pizzamiglio L. (1996), *Manuale di neuropsicologia*, Zanichelli, Bologna.
- Dennett D.C. (1992), *Contenuto e coscienza*, il Mulino, Bologna.
- Dennett D.C. (1997), *La mente e le menti*, Sansoni Editore, Milano.
- Dethlefsen T., Dahlke R. (1986), *Malattia e destino*, Mediterranee, Roma.
- Di Francesco M. (1996), *Introduzione alla filosofia della mente*, NIS, Roma.
- Di Francesco M. (1998), *L'io e i suoi Sé: Identità personale e scienza della mente*, Cortina, Milano.

- Di Francesco M. (2000), *La coscienza*, Laterza, Bari.
- Dilts R. (2003), *Il manuale del Coach*, NPL Italy, Ugnano (BG).
- Dilts R., Grinder J., Bandler R., Bandler L.C., DeLozier J. (1982), *Programmazione Neuro Linguistica*, Astrolabio, Roma.
- Dilts R., Hallbom T., Smith S. (1998), *Convinzioni*, Astrolabio, Roma.
- Dispensa J. (2015), *Placebo Effect*, My Life Edizioni, Coriano di Rimini.
- Dyer W. W. (2010), *Il cambiamento*, Corbaccio, Milano.
- Dodds E.R. (1978), *I greci e l'Irrazionale*, La Nuova Italia, Firenze.
- Ekman P. (1989), *I volti della menzogna*, Giunti, Firenze.
- Erickson M.H. (1983), *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma.
- Erickson M.H. (1978), *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma.
- Eysenck M.W., Keane M.T. (1995), *Manuale di psicologia cognitiva*, Sorbona, Milano.
- Eysenck M. W., Keane M. T. (2015), *Cognitive Psychology*, Psychology Press, NY.
- Facchini F. (1995), *Antropologia*, II ed., Utet, Torino.
- Farnè M., Sebellico A., Antonelli F. (1985), *Psicologia e vita: come conoscere se stessi e gli altri*, Selezione dal Reader's Digest SPA, Milano.
- Fazio C., Loeb C. (1996), *Neurologia*, (Vol. I e II), III ed.,

Universo, Roma.

Farrelly F., Brandsma J. (1984), *La terapia provocativa*, Astrolabio, Roma.

Fenichel O. (1951), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, trad.it. di Gastaldi, C., Astrolabio, Roma.

Fisch R., Weakland J.H., Segal L. (1983), *Change le tattiche del cambiamento*, Astrolabio, Roma.

Fodor J.A. (1988), *La mente modulare*, il Mulino, Bologna.

Foucault M. (1998), *Storia della follia*, BUR, Milano.

Franco O., Zuffi S. (1996), *Musica Maga*, Erga, Genova.

Frankl V. E. (1977), *Logoterapia e analisi esistenziale*, Morcellina, Brescia.

Frankl V. E. (1974), *Psicoterapia nella pratica medica*, Giunti-Barbera, Firenze.

Freud S. (1989), *Opere: Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino.

Freud S. (1989), *Opere: casi clinici e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino.

Freud S. (1989), *Opere: L'Io e L'Es e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino.

Freud S. (1971), *Psicopatologia della vita quotidiana*, Boringhieri, Torino.

Gabbard G. O. (2007), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Galimberti U. (2005), *La casa di psiche*, Feltrinelli, Milano.

- Garcia E. (2018), *Siamo la nostra memoria*, Hachette, Milano.
- Gazzaniga M. S. (1997), *La mente della natura*, Garzanti, Milano.
- Gerbino W. (1983), *La percezione*, Il Mulino, Bologna.
- Giacobbe G. C. (2001), *Il prezioso dono di Siddhartha*, Le Stelle, Savona.
- Giberti F., Rossi R. (2009), *Manuale di psichiatria*, IV ed., Piccin, Padova.
- Gobbo C., Morra S. (1997), *Lo sviluppo mentale: prospettive neopiagetiane*, il Mulino, Bologna.
- Goldstein N. J., Martin S. J., Cialdini R. B. (2007), *50 segreti della scienza della persuasione*, Tea, Milano.
- Goleman D. (1996), *L'intelligenza emotiva*, Bur, Milano.
- Gordon D., Meyers-Anderson M. (1984), *La psicoterapia Ericksoniana*, Astrolabio, Roma.
- Granone F. (1989), *Trattato di ipnosi*, Utet, Milano.
- Granone P. (2016), *Utilizzazione dell'Ipnosi in Psico-oncologia: studio della letteratura, possibilità di applicazione ed ipotesi di ricerca*, Tesi
- Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003), *Manuale pratico di Psico-Oncologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Greco A. (1995), (a cura di), *Oltre il cognitivismo*, FrancoAngeli, Milano.
- Guglielmi A. (1999), *Il linguaggio segreto del corpo*, Piemme, Casale Monferrato (AL).
- Haley J. (1976), *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma.

Hertoghe T., Enrico M. (2009), *Gli ormoni della felicità*, Sperling & Kupfer, Milano.

Hewitt J. (1999), *Sé e Società*, Carocci Editore, Roma.

Jaspers K. (1964), *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Jung C.G. (1974), *psicoanalisi o psicologia analitica*, Newton, Roma.

Jung C.G. (1995), *psicologia, sogno e associazione verbale*, Newton, Roma.

Kandel E.R., Schwartz J.H., Jessell T.M. (2014), *Principi di neuroscienze*, II ed., CEA, Milano.

Kanizsa G. (1980), *Grammatica del vedere*, il Mulino, Bologna.

Kant I. (1986), *Lezioni di psicologia*, trad.it. di De Toni G. A., Laterza, Bari.

Karmiloff-Smith A. (1995), *Oltre la mente modulare*, il Mulino, Bologna.

Kharitidi O. (2003), *Il maestro dei sogni*, Oscar Mondadori, Milano.

Klein M. (1988), *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze.

Kohen D. P., Olness K. (1996), *Hypnosis and hypnotherapy with Children*, Guilford Press, New York.

Kuhn T.S. (1999), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, trad.it. di Caruso A., Einaudi, Torino.

Kurth H. (1984), *Guida allo studio del carattere*, Euroclub, Milano.

Invernizzi Descalzi V. (2002), *L'istintualismo*, Erga Edizioni, Genova.

Lanzi G., Balottin U. (2002), *Argomenti di neuropsichiatria infantile*, La Goliardica Pavese, Pavia.

Lazzari D. (2019), *La psiche tra salute e malattia*, Edra, Milano.

Legrenzi P. (1997), (a cura di), *Manuale di psicologia generale*, II ed., Il Mulino, Bologna.

Legrenzi P. (1992), (a cura di), *Storia della psicologia*, III ed., il Mulino, Bologna.

Legrenzi P., Mazzocco A. (1975), *Psicologia del pensiero*, Giunti Editore, Firenze.

Levy B, Servan-Schreiber E. (1998), *I segreti della mente*, CD-rom, Le Scienze, Milano.

Lewontin R. (1987), *La diversità umana*, Zanichelli, Bologna.

Li Vigni I., Rossi A.P., Zuffi S. (1995), *Aver cura dell'uomo*, Erga, Genova.

Lis A. (1998), *Tecniche proiettive per l'indagine della personalità*, Il Mulino, Bologna.

Lipton B. H. (2006), *La biologia delle credenze*, Macro Edizioni, Cesena.

Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F. (1992), *Il malato psicosomatico e la sua cura*, Astrolabio, Roma.

Mangiarotti G. (1994), *Dai geni agli organismi: biologia cellulare e genetica*, III ed., Piccin, Padova.

Marcelli D. (1999), *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano.

- Mazzarello P. (1996), *La struttura nascosta*, Cisalpino, Bologna.
- May R. (1991), *L'arte del counseling*, Astrolabio, Roma.
- Morris D. (1995), *I gesti nel Mondo*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Nardone G. (2003), *Cavalcare la propria tigre*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone G. (2002), *Manuale di sopravvivenza per psicopazienti*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone G. (2000), *Oltre i limiti della paura*, BUR, Milano.
- Nardone G. (1993), *Paure, panico, fobie*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone G. (1998), *Psicosoluzioni*, BUR, Milano.
- Nardone G., Salvini A. (2004), *Il dialogo strategico*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Nardone G., Watzlawick P. (1990), *L'arte del cambiamento*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Packard V. (1989), *I persuasori occulti*, Einaudi, Torino.
- Pacori M. (2013), *I segreti dell'intelligenza corporea*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Palmonari A., Cavazza N., Rubini M. (2002), *Psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Papo I. (2002), *Neurochirurgia Clinica. Manuale di uso pluridisciplinare*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino.
- Pascal G. (2000), *Pensieri*, Bompiani, Milano.

Pauwels L., Bergier J. (1997), *Il mattino dei maghi*, Mondadori, Milano.

Piattelli Palmarini M. (1995), *L'arte di persuadere*, Mondadori, Milano.

Pinneri R., Ruiu M., Verona S. (1998), *La programmazione neurolinguistica*, Xenia, Milano.

Pistollato F. (2016), *Epigenetica*, Aim International Publishing, Nepal.

Popper K.R. (1983), *Conoscenza oggettiva: un punto di vista evoluzionistico*, II ed., Armando Editore, Roma.

Popper K.R. (1996), *La conoscenza e il problema corpo-mente*, il Mulino, Bologna.

Popper K.R., Eccles J.C. (1981) *L'io e il suo cervello*, (Opera in 3 volumi), Armando editore, Roma.

Pravettoni G. (2017), *Psicologia cognitiva*, Mondadori, Milano.

Purves D. (2013), *Neuroscienze*, Zanichelli, Bologna.

Rainville C. (2000), *Metamedicina*, Edizioni Amrita, Torino.

Reason J. (1994), *L'errore umano*, il Mulino, Bologna.

Reich W. (1973), *Analisi del carattere*, Sugarco Edizioni, Carnago (Varese).

Robbins A. (2001), *Come ottenere il meglio da sé e dagli altri*, Bompini, Milano.

Rossi P.A. (1999), *Metamorfosi dell'idea di natura*, Erga, Genova.

Rossi R. (1974), (a cura di), *Psicoterapie a indirizzo psicoanalitico*, Etas Kompass, Milano.

- Russell B. (1996), *Teoria della conoscenza*, Newton, Roma.
- Sabbadini G. (1995), *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*, Zanichelli, Bologna.
- Scardigno A., Traversa F. (1986), *Apparecchiature e sistemi di diagnostica per immagini e radioterapia*, Marrapese, Roma.
- Scopesi A., Zanobini M. (1998), (a cura di), *Processi comunicativi e linguistici nei bambini e negli adulti: Prospettive evolutive e sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Semenza C., Cipollotti L. (1993), *Neuropsicologia con carta e matita*, Cleup Edizioni, Padova.
- Servan-Schreiber D. (2003), *Guarire*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Sharamon S., Baginski B. J. (1995), *Manuale dei chakra*, Mediterranee, Roma.
- Schopenhauer A. (1991), *L'arte di ottenere ragione*, Adelphi, Milano.
- Shaffer D.R. (1997), *Psicologia dello sviluppo*, Piccin, Padova.
- Shallice T. (1990), *Neuropsicologia e struttura della mente*, il Mulino, Bologna.
- Shapiro F. (2000), *EMDR*, McGraw-Hill, Milano.
- Siri G. (1996b), *Genesi del sé e psicologia evolutiva*, Editrice la scuola, Brescia.
- Siri G. (1996a), *Io e Sé: Psicologia della personalità e contraddizioni di cultura*, Utet, Torino.
- Sirigu D., Sole N., Musio M., Usai-Satta P., Oppia F. (2018), *A Combined Hypnosis-echography Therapy in irritable Bowel*

Syndrome: A Pilot Study, Journal of Advances in Medicine and Medical Research.

Sirigu D., Cossa S., Matta G., Bitti G. (2017), *Utilizzo dell'Ipnosi Clinica in un reparto di Radiologia: nostra esperienza preliminare*, *Il giornale italiano di radiologia medica*.

Sirigu D. (2018), *Esperienza mentale e fisiologia corporea: il ruolo dell'ipnosi clinica, della psiconeuroendocrinoimmunologia, e dell'ecografia*, Nuovi percorsi terapeutici.

Spedini G. (1997), *Antropologia evolucionistica*, Piccin, Padova.

Spinetta J. (2005), *Volto e personalità*, Mediterranee, Roma.

Sroufe L.A. (2000), *Lo sviluppo delle emozioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Sun Tzu (2003), *L'arte della guerra*, Mondadori, Milano.

Thagard P. (1998), *La mente: introduzione alla scienza cognitiva*, Guerini Studio, Milano.

Trombini G., Baldoni F. (2001), *Disturbi psicosomatici*, Il Mulino, Bologna.

Vegetti Finzi S. (1990), *Storia della Psicoanalisi*, Mondadori, Milano.

Watzlawick P. (1980), *Il linguaggio del cambiamento*, Feltrinelli, Milano.

Watzlawick P. (1976), *La realtà della realtà*, Astrolabio, Roma.

Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione*, Astrolabio, Roma.

Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. (1974), *Change sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma.

Weeks G., R., L'Abate L. (1984), *Psicoterapia paradossale*, Astrolabio, Roma.

Weilbacher R., Bosisio C. (2010), *Smettere di fumare con l'ipnosi*, Franco Angeli, Milano.

Weiss B. (1999), *Oltre le porte del tempo*, Oscar Mondadori, Milano.

Weiss B. (2012), *Lo specchio del tempo*, My Life, Coriano di Rimini.

Yapko M.D. (2002), *Rompere gli schemi della depressione*, Ponte alle Grazie, Milano.

Zambelli P. (1996), *L'ambigua natura della magia*, Marsilio, Venezia.