



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2025

“L’efficacia dell’ipnosi clinica e della comunicazione ipnotica nella gestione del dolore e nel recupero funzionale in pazienti ortopedici, uno studio sperimentale”

Candidato: *Novellino Luigi*

Relatrice: *Milena Muro*

“L’ipnosi non curerà i miei geni e non mi ridarà la vista, ma mi ha donato nuove prospettive e nuove strade”

Abstract.

L'ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica rappresentano strumenti sempre più riconosciuti nel panorama delle terapie complementari in ambito sanitario, soprattutto nella gestione del dolore e nel recupero funzionale. Questa tesi si propone di indagare l'efficacia di tali tecniche in ambito fisioterapico ortopedico attraverso uno studio sperimentale condotto presso il reparto di Medicina Riabilitativa dell'Ospedale Infermi di Rimini. L'obiettivo è valutare quanto e come l'integrazione dell'ipnosi alla fisioterapia convenzionale possa incidere sulla percezione del dolore, sull'ansia correlata e sulla motivazione del paziente, favorendo processi di guarigione più armoniosi e partecipati.

Lo studio ha coinvolto 20 pazienti, suddivisi in due gruppi: un gruppo di controllo trattato con fisioterapia tradizionale, e un gruppo sperimentale che ha ricevuto anche sedute di ipnosi orientate al rilassamento, all'analgesia e al rafforzamento della compliance. I dati raccolti includono misurazioni del dolore tramite scala NRS, valutazione dei range articolari, e un'analisi qualitativa della percezione soggettiva dell'esperienza terapeutica. I risultati mostrano una riduzione significativa del dolore nei soggetti trattati con ipnosi, accompagnata da una diminuzione dello stato d'ansia, da una migliore qualità del sonno e da un maggiore impegno attivo nell'autotrattamento domiciliare. Inoltre, i pazienti del gruppo sperimentale hanno riportato una ridotta necessità di farmaci analgesici, a favore di un approccio più naturale e partecipato alla gestione del dolore.

Le tecniche ipnotiche utilizzate hanno incluso visualizzazioni guidate, suggestioni personalizzate e ancoraggi simbolici, adattati alle esperienze individuali dei pazienti. Tali strumenti si sono dimostrati efficaci nel creare stati di benessere e disidentificazione dal dolore, facilitando il recupero motorio e restituendo al paziente un senso di controllo e partecipazione attiva al proprio percorso terapeutico.

In conclusione, i dati emersi suggeriscono che l'integrazione dell'ipnosi clinica nella pratica fisioterapica possa rappresentare un valore aggiunto non solo nella riduzione del dolore ma anche nel miglioramento della qualità dell'intera esperienza riabilitativa. Pur con le dovute limitazioni legate al campione contenuto e alla durata dello studio, i risultati aprono scenari promettenti per l'utilizzo dell'ipnosi in ambito clinico-riabilitativo, auspicando ulteriori ricerche con follow-up più estesi nel tempo.

Indice

1. Introduzione.

1.1. Contesto ed importanza del tema.

1.2. Stato dell'arte sulle tecniche di gestione del dolore in Fisioterapia.

1.3. Obiettivi dello studio ed ipotesi di ricerca.

2. Revisione della letteratura.

2.1. Meccanismi neurofisiologici del dolore.

2.2. Ruolo dell'ipnosi nella modulazione del dolore con evidenze scientifiche.

3. Metodologia.

3.1. Disegno dello studio.

3.2. Misure di Outcome.

3.3. Criteri di inclusione ed esclusione.

3.4. Tecniche utilizzate.

4. Risultati.

4.1. Analisi dei dati quantitativi.

4.2. Interpretazione dei dati dei gruppi.

5. Conclusioni.

6. Fonti e Riferimenti Bibliografici.

1. Introduzione

1. 1. Contesto ed importanza del tema.

Nel corso degli anni, la medicina e le scienze che studiano la salute umana e ne ambiscono il miglioramento hanno fatto passi da gigante e siamo giunti all'illuminante conclusione che mente e corpo sono un'unica entità, facce della stessa medaglia che cooperano al benessere e al malessere di ogni individuo; "Antonio Damasio – L'errore di Cartesio".

"Kehlet et al (2006)" dimostrò nei suoi studi come la cattiva gestione del dolore nel periodo post-chirurgico dilatasse severamente i tempi di recupero dall'intervento mentre "Walker et al (1999)" sottolineò come uno stato non sufficientemente considerato e non risolto di dolore, seppure "lieve" andasse a stimolare la produzione di cortisolo ed innescava un circolo vizioso di malessere psico-fisico dal quale il paziente non solo non riusciva ad uscirne, ma dava l'input per altri disagi fisici e mentali.

E' quindi fondamentale comprendere come non sia sufficiente apporre un cerotto sulla ferita pensando di aver risolto completamente il guaio ma che tale ferita può portare con sé paura, ansia, un peso insopportabile che come benzina sul fuoco va ad incendiare tutti quei meccanismi nocicettivi e dell'ipervigilanza che antagonizzeranno inevitabilmente il successo di ogni intervento o terapia.

1. 2. Stato dell'arte sulle tecniche di gestione del dolore in Fisioterapia.

Nel contesto fisioterapico e riabilitativo ci sono diverse scuole di pensiero che prendono o non prendono in considerazione il dolore di un paziente; da una parte c'è chi sostiene che chi è steso sul lettino debba sopportare stoicamente ogni forma di manipolazione eseguita dall'operatore in quanto fondamentale per il successo del trattamento, questi sono gli stessi che seguendo alcune e forse antiquate basi scientifiche asseriscono che gli stati così alterati di nocicezione possano "estinguersi" semplicemente dicendo al soggetto di rilassarsi e lasciarli fare perché così va fatto. La psicologa "Anna Lembke" nel suo libro "L'era della dopamina" illustra approfonditamente gli aspetti che caratterizzano la dissimulazione del dolore da parte di alcuni pazienti ed evidenzia come possano esserci vari motivi per i quali determinati soggetti massimizzano o minimizzano i propri sintomi per ottenere attenzione, farmaci o più semplicemente per paura o ansia.

Sul fronte opposto l'autore inglese "Lars Avemarie" ha pubblicato qualche anno fa un articolo su Fisioscienze dal nome "Dieci studi scientifici essenziali nella gestione del dolore" dove si spiega dettagliatamente quanto sia importante prendere in considerazione il paziente in ogni sua caratteristica senza giudicare e mettere in dubbio ciò che manifesta, evidenzia la necessità di Accogliere ogni soggetto

e porsi aperti nei suoi riguardi e, nei dieci studi, viene dimostrato come proprio questa “neutralità” e ben disposizione sia già parte del trattamento e ponga le basi per una relazione genuina e compliant.

Ad oggi, in fisioterapia, non esiste una tecnica per la gestione del dolore che possa essere superiore ad un'altra, potremmo citare manipolazioni leggere o esercizi terapeutici che, se da una parte danno una risorsa al soggetto per avere un po' di sollievo, dall'altra non sono sempre tecniche indicate soprattutto in fasi acute post trauma o post chirurgia. Possiamo parlare di ghiaccio, tre volte al giorno per dieci minuti, o di creme, pomate, unguenti che sono ottimi aiuti ma sicuramente non sempre efficaci e non sempre risolutivi.

Senza considerare che questi metodi potrebbero essere indicati per un dolore prevalentemente fisico, e per il dolore emotivo, psicologico o dovuto ad aumentati stati d'ansia? E' chiaro che un fisioterapista non è uno psicologo e che talvolta, anche se avesse facoltà e strumenti, non avrebbe il tempo di analizzare i motivi nascosti dietro le risposte emotive, manifestazioni fisiche di un paziente e disfunzioni comportamentali.

Pertanto, se da una parte il fisioterapista passa molto tempo con il paziente, spesso costruendo un rapporto di fiducia o di amicizia, può sentirsi “incompleto” o privo degli strumenti che gli permettano di prendere in carico il soggetto a 360° trattando la patologia ma anche la persona, l'arto leso ma anche la sfera emotiva, mettere il cerotto sulla ferita condividendo e rendendosi consapevole delle implicazioni che tale ferita può avere sulla globalità dell'individuo.

1. 3. Obiettivi dello studio e scopo della ricerca.

L'ipnosi clinica offre numerosi strumenti per Accogliere il paziente e trasportarlo in una realtà diversa e dinamica, una realtà che egli può scegliere intessendo una trama confortevole e di totale agio. In una delle esercitazioni durante il master ho ipotizzato uno scenario dove io, in quanto fisioterapista, avevo davanti a me un paziente con una lesione della cuffia dei rotatori con una forte limitazione di movimento ed una quota dolorifica valutabile 7 su 10 sulla scala NRS. L'obiettivo concordato con il soggetto era quello di riuscire a sollevare l'arto aumentando il range of motion ed effettivamente realizzando il giusto monoideismo plastico questo è avvenuto.

Ci siamo però accorti che se da una parte c'è stato un miglioramento valutabile e ripetibile del R. O. M. persisteva però un'importante quota di dolore, e appresi che mediante l'ipnosi si può veicolare uno stato di analgesia andando ad alleviare anche gli stati iper elicitati di dolore.

Qualche giorno dopo, in ospedale mi capitò un soggetto che presentava già un buon movimento di spalla, ma una forte dolorabilità dunque concordai con il paziente di alleviare quella sua sofferenza senza denigrarla o chiedermi se fosse vera, tangibile o solo un capriccio e gli spiegai che il dolore chesente è fisiologico, normale e comprensibile e che è possibile sentirlo perché la sua spalla ed il suo

sistema nervoso sono collegati, che il dolore segue una strada che sale e scende per tutto il corpo e guidai il soggetto ad immaginare di avere nel suo cervello una manopola, una “rotella del volume” come quella dell’autoradio e che lui poteva regolare quel “volume di dolore” abbassandolo da un valore di 8 (come da egli dichiarato) a 6. Al termine dell’esperienza il paziente riferì di aver concretamente immaginato la manopola e che effettivamente percepiva meno dolore, addirittura 4 su 10. Di seguito un’immagine del soggetto e della spalla in questione. Sig. M di anni 29.

2. Revisione della letteratura.

2. 1. Meccanismi neurofisiologici del dolore.

Il dolore è un’esperienza sensoriale ed emotiva complessa che coinvolge diversi meccanismi neurofisiologici. Si può dividere in dolore nocicettivo (causato da stimoli dannosi), dolore neuropatico (causato da danni al sistema nervoso) e dolore cronico (persistente anche senza una causa evidente). Ecco una panoramica dei principali meccanismi coinvolti:

La percezione del dolore inizia con la trasduzione, in cui i nocicettori (terminazioni nervose specializzate) rilevano stimoli dannosi (chimici, termici o meccanici) e li convertono in segnali elettrici. I nocicettori si trovano nella pelle, nei muscoli, nelle articolazioni e negli organi interni.

I segnali elettrici generati nei nocicettori viaggiano lungo le fibre nervose verso il midollo spinale. Le fibre coinvolte sono:

- Fibre A δ : Trasmettono dolore rapido e localizzato (acuto e pungente).
- Fibre C: Trasmettono dolore lento e diffuso (sordo e bruciante).

I segnali arrivano al corno dorsale del midollo spinale, dove le sinapsi trasmettono l’informazione ai neuroni spinali tramite neurotrasmettitori come glutammato e sostanza P.

Modulazione.

Nel midollo spinale e lungo le vie ascendenti, il segnale doloroso può essere amplificato o inibito:

- Teoria del cancello: I neuroni non dolorifici (come le fibre A β , che trasmettono stimoli tattili) possono inibire la trasmissione del dolore attraverso interneuroni inibitori nel midollo spinale.

- Controllo discendente: Le vie nervose discendenti dal cervello (ad esempio da aree come la sostanza grigia periacqueduttale e il nucleo del rafe) possono ridurre il dolore tramite il rilascio di endorfine, serotonina e noradrenalina.

Percezione.

I segnali raggiungono il cervello attraverso le vie ascendenti, come il tratto spino-talamico. L'elaborazione coinvolge:

- Talamo: Smista le informazioni alle aree corticali.
- Corteccia somatosensoriale: Localizza e caratterizza il dolore.
- Sistema limbico: Contribuisce alla componente emotiva del dolore.
- Corteccia prefrontale: Analizza e attribuisce significato al dolore.

Sensibilizzazione.

Con l'esposizione prolungata al dolore, possono verificarsi alterazioni nei circuiti nervosi, portando a:

- Sensibilizzazione periferica: I nocicettori diventano più sensibili a stimoli innocui o subnocivi.
- Sensibilizzazione centrale: I neuroni del midollo spinale e del cervello amplificano il segnale doloroso, causando dolore cronico o iperalgesia (aumento della sensibilità).

Controllo discendente.

Il controllo discendente gioca un ruolo cruciale nella modulazione del dolore, influenzando l'intensità e la percezione dell'esperienza dolorosa, di seguito una revisione della letteratura.

1. "Spinal cord mechanisms of pain" – R. D'Mello e A. H. Dickenson (2008)

Questo articolo, pubblicato sul British Journal of Anaesthesia, esplora i meccanismi spinali del dolore, con particolare attenzione alle vie discendenti che modulano la trasmissione nocicettiva.

2. “Neuroinflammation and central sensitization in chronic and widespread pain” – R. R. Ji, A. Nackley, Y. Huh, N. Terrando, W. Maixner (2018)

Publicato su *Anesthesiology*, questo studio discute l’interazione tra neuroinfiammazione e sensibilizzazione centrale nel dolore cronico, evidenziando l’importanza delle vie discendenti nella modulazione del dolore.

3. “Musculoskeletal pain and exercise-challenging existing paradigms and introducing new: an educational review” – B. E. Smith et al.

Questa review educativa analizza come l’esercizio fisico influenzi la modulazione del dolore, sottolineando il ruolo delle vie discendenti nell’analgesia indotta dall’esercizio.

4. “Modulazione del dolore” – Alex Angeli

Questo articolo discute i meccanismi di modulazione del dolore, inclusi i sistemi di inibizione discendente, e come la comprensione di questi processi possa offrire nuove strategie per la terapia del dolore cronico.

Da questi, e tanti altri articoli presenti in letteratura si evince chiaramente come il controllo discendente, il Gate Control e le dinamiche dei neuroni inibitori siano fondamentali per la modulazione del dolore offrendo quindi uno spunto di riflessione sulle tecniche utilizzabili per ridurre anche la percezione nocicettiva.

Alcune tecniche di Ipnosi offrono al soggetto la possibilità di proiettarsi in una realtà variata, diversa dove spesso sono liberi di visualizzare immagini, percepire suoni o sensazioni piacevoli, di benessere con risultati evidenti, misurabili e riproducibili.

Tali stati di benessere scelti e provati dal soggetto sono in grado di abbattere e ridurre condizioni di forte dolore e di permettere quindi il recupero della funzionalità dell’apparato muscolo-scheletrico.

2. 2. Ruolo dell’Ipnosi nella modulazione del dolore ed evidenze scientifiche.

Modulazione del dolore e neuro plasticità.

Studi neurofisiologici dimostrano che l’ipnosi può modulare l’attività della corteccia somatosensoriale, dell’insula e dell’ACC (corteccia cingolata anteriore), aree chiave nel processamento del dolore. L’attivazione o la riduzione dell’attività in queste aree è spesso correlata a una percezione ridotta del dolore.

Ruolo della suggestione ipnotica.

Durante lo stato ipnotico, suggestioni specifiche possono influenzare la percezione del dolore, separandolo dal disagio emotivo (componente affettiva del dolore) o riducendo la sua intensità (componente sensoriale). La risonanza magnetica funzionale (fMRI) ha mostrato cambiamenti significativi nel sistema nervoso centrale correlati a tali suggestioni.

Riduzione dell'uso di analgesici.

Studi clinici su pazienti ortopedici sottoposti a interventi chirurgici hanno evidenziato che l'ipnosi può ridurre il bisogno di farmaci antidolorifici post-operatori, migliorando al contempo i livelli di comfort e accelerando il recupero, anche in questo studio sperimentale vedremo come cala drasticamente la necessità di assunzione di farmaci anti-dolorifici ed anti-infiammatori nei pazienti trattati mediante ipnosi.

Attivazione del sistema oppioide endogeno.

Alcune ricerche suggeriscono che l'ipnosi attivi il sistema oppioide endogeno, favorendo la produzione di neurotrasmettitori che riducono la percezione del dolore in modo naturale.

Meccanismi psicologici ed emotivi.

L'ipnosi non solo agisce sui meccanismi fisiologici del dolore, ma contribuisce anche a ridurre l'ansia e il disagio emotivo, che spesso amplificano l'esperienza dolorosa.

Numerosi sono le metanalisi e i Trial Clinici Randomizzati (RCT) che hanno mostrato una significativa riduzione del dolore acuto e cronico con l'ipnosi, come gli studi di Montgomery et al. (2000) sull'efficacia dell'ipnosi nella gestione del dolore chirurgico. Di seguito una piccola revisione della letteratura:

1. Autori: Redazione di Pain Nursing Magazine

25 ottobre 2024

Titolo: “Ipnosi come intervento complementare nella cura del dolore: risultati di una meta-analisi”

Obiettivo: Questa revisione sistematica ha esaminato l'uso dell'ipnosi come intervento complementare nella gestione del dolore, evidenziandone l'efficacia e la necessità di integrarla in un approccio terapeutico più ampio.

2. Autori: Milton H. Erickson Institute di Torino

Titolo: “Ipnosi e dolore”

Obiettivo: Questo studio ha dimostrato che l'ipnosi non solo è efficace nel modulare il dolore, ma che a questo effetto corrispondono variazioni coerenti e congrue nell'attività cerebrale, confermando l'ipnosi come strumento valido nella gestione del dolore.

3. Autori: Block, R. I., Ghoneim, M. M., Sum Ping, S. T., & Ali, M. A.

Data: 1991

Titolo: “Efficacy of therapeutic suggestions for improved postoperative recovery presented during general anesthesia”

Obiettivo: Valutare l'efficacia delle suggestioni terapeutiche somministrate durante l'anestesia generale nel migliorare il recupero postoperatorio.

Risultati: Lo studio ha evidenziato che le suggestioni ipnotiche possono migliorare significativamente il recupero postoperatorio, riducendo il dolore e l'ansia nei pazienti sottoposti a interventi chirurgici.

•

4. Autori: Brown, D. C., & Hammond, D. C.

Data: 2007

Titolo: “Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor”

Obiettivo: Esaminare l'efficacia dell'ipnosi clinica basata sull'evidenza nel contesto ostetrico, durante il travaglio, il parto e il travaglio pretermine.

Risultati: Gli autori hanno concluso che l'ipnosi è un intervento efficace per ridurre il dolore e migliorare l'esperienza del parto nelle donne, supportando il suo utilizzo come complemento nelle cure ostetriche.

5. Autori: Montgomery, G. H., et al.

Data: 2007

Titolo: “A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?”

Obiettivo: Condurre una meta-analisi per determinare l'efficacia dell'analgesia indotta ipnoticamente.

Risultati: La meta-analisi ha mostrato che l'ipnosi è efficace nel ridurre il dolore associato a diverse condizioni cliniche, supportando il suo utilizzo come intervento analgesico

3. Metodologia

3. 1. Disegno dello studio.

Sono stati selezionati 20 pazienti in corso di trattamento presso il reparto di Medicina Riabilitativa dell'Ospedale Infermi di Rimini i quali suddivisi in due gruppi. Un gruppo di controllo formato da 10 soggetti che verranno sottoposti a terapia fisica convenzionale ed altrettanti 10 in un gruppo sperimentale sottoposti a terapia classica e tecniche di ipnosi mirate al rilassamento del paziente e all'analgesia.

3. 2. Misure di Outcome.

I parametri di riferimento utilizzati saranno i seguenti:

- Valutazione del dolore mediante scala NRS prima e alla fine del trattamento, trattamento che durerà 30 minuti per ogni paziente sia nel gruppo di controllo che nel gruppo sperimentale.
- Misure Antropometriche: Ad ogni paziente verranno misurati i Range of Motion (ROM) del segmento corporeo interessato, prima e alla fine del trattamento.
- Valutazione soggettiva: Ogni paziente parlerà della propria condizione, del proprio dolore, prima e dopo il trattamento. Verrà inoltre valutato uno stato d'ansia ed apprensione iniziale puntando a verificarne la modificazione sempre in via soggettiva.

3. 3. Criteri di inclusione.

Sono stati selezionati 20 pazienti con età compresa tra 30 e 75 anni, di entrambi i sessi che hanno svolto sedute fisioterapiche nel periodo tra il 01/12/2024 e 01/06/2025.

Diagnosi	Dolore medio (NRS)	Obiettivi.
<ul style="list-style-type: none">• Lesione della cuffia dei rotatori (CDR).• Fratture/Rotture della testa o della diafisi omerale.	7/10 Dolore che aumenta con la mobilizzazione	Riduzione del dolore, dolore che si avverte anche in assenza di movimento nella vita quotidiana,

<ul style="list-style-type: none"> • Artroprotesi di spalla. • Protesi totale di spalla. • Fratture/Rotture distali di radio o ulna. • Fratture /Rotture metacarpali o interfalangee. 	sia attiva che passiva nell'80% dei casi.	recupero del movimento e ripresa delle attività funzionali e lavorative.
---	--	--

Le sedute di trattamento per ogni paziente andranno da un minimo di cinque ad un massimo di dieci con una durata minima di 30 minuti sia per il gruppo sperimentale che di controllo.

3. 4 Tecniche Utilizzate.

Sia nel gruppo sperimentale che nel gruppo di controllo il trattamento comincia con l'accoglienza e con il pre-talk, ciò significa che apprendo informazioni sul soggetto che andrò a curare già da come risponde alla chiamata in sala d'attesa, se lo trovo comodamente seduto oppure in piedi che cammina avanti e indietro.

Si procede poi con una parte cruciale e di fondamentale importanza, il colloquio con il paziente, ascoltandolo ed Accogliendo tutto ciò che ritiene rilevante riferire senza minimizzare, sminuire o denigrare la sua sofferenza o il suo disagio.

Una volta valutate le anamnesi e la diagnosi d'ammissione procedo con l'indagine dei bisogno quindi chiedo esplicitamente al soggetto quale risultato vuole ottenere, quali modificazioni nel suo stato di salute inerente alla fisioterapia e quali azioni vorrebbe riprendere a fare.

Solo nel gruppo sperimentale, quindi ai soggetti che tratto anche mediante ipnosi viene chiesto qualcosa in più riguardo ai loro interessi, passioni, hobby e abitudini della vita quotidiana come ad esempio cucinare, scrivere, giocare a tennis, viaggiare etc, questo sarà molto utile per ottenere suggestioni familiari, forti e solide.

A questo punto inizia il trattamento vero e proprio, nel gruppo di controllo si procede con le manovre classiche quali mobilizzazione attiva e passiva, esercizi di rinforzo muscolare, tecniche P. N. F. esercizi di respirazione e rilassamento diaframmatico ed esercizi di reaching controllato.

Nel gruppo sperimentale invece, la fase iniziale è cruciale, Si crea un rapport con il soggetto e si colgono concretamente le sue esigenze, se il suo obiettivo è dunque quello di riuscire a sollevare il suo arto, che magari riferisce pesante come il piombo, viene aiutato tramite induzione ipnotica e mediante

mobilitazione a raggiungere un range di movimento maggiore alla soglia precedentemente testata, una volta raggiunto l'obiettivo viene dato a lui un ancoraggio che gli permetterà di raggiungere quello stato di leggerezza ogni volta lo desidera fornendo quindi un efficace strumento anche per l'auto trattamento domiciliare.

In questo specifico caso, il paziente da un importante suggerimento legato alla pesantezza che percepisce del suo arto, una volta chiesto al soggetto di trovare la posizione per lui più comoda e confortevole si suggerisce di chiudere gli occhi, questo infatti lo aiuterà a connettersi al meglio con le sue sensazioni e ad amplificare l'effetto benefico della tecnica. Dopodichè chiedo al paziente di portare l'attenzione prima al suo respiro, e dopo aver ratificato i primi segni dell'efficacia della suggestione, si passa direttamente all'arto che percepisce pesante. Utilizzando l'immagine della gru che con la sua imponente mole solleva qualsiasi cosa, si realizza una levitazione ed il soggetto inizia lentamente a sollevare spontaneamente il suo braccio. Prima del riorientamento viene dato al paziente un ancoraggio che lo riporterà a quel senso di leggerezza in qualsiasi momento semplicemente appoggiando il pollice destro all'indice della stessa mano. Il soggetto descrive di aver percepito un piacevole senso di leggerezza, quasi di assenza del proprio arto superiore, una sensazione che non si aspettava e che ci ha permesso di raggiungere notevoli miglioramenti anche con la mobilitazione passiva.

Un'altra tecnica utilizzata in un caso particolare è l'analgesia, viene infatti utilizzata su un soggetto al quale devono necessariamente trattare una cicatrice estremamente dolorosa, descritta come "un ferro arroventato che mi lacera la pelle" sfruttando l'analgesia indotta dalla suggestione del vento fresco delle notti d'estate in campagna (dove lui vive) e della manopola presente nel suo cervello che tramite un collegamento può ridurre gradualmente l'intensità del dolore della sua cicatrice.

Più in generale spesso la tecnica utilizzata varia in base all'esigenza ed al momento, si possono verificare casi in cui un paziente è particolarmente teso, in un forte stato d'ansia, a quel punto vengono utilizzate tecniche ipnotiche volte alla gestione dell'ansia ed al rilassamento prima di procedere al lavoro sul segmento corporeo. Levitazione e Catalessi sono ottimi strumenti soprattutto quando si tratta l'arto superiore, essi infatti spesso vengono esplicitati dal paziente: "Sento questo braccio di ferro, pesante, morto". In altri i casi i pazienti riferiscono di non riuscire a sollevare il braccio nemmeno per prendere la forchetta dal tavolo e sfruttando la Levitazione si accorgono di aver elevato l'arto più di quanto pensato possibile. In fasi acute, post-chirurgia le analgesie indotte anche tramite ago sono ideali non solo per agire sul dolore come sintomo fisico, ma soprattutto sul dolore percepito incrementato da apprensione e preoccupazione.

4. Risultati

4. 1. Analisi dei dati quantitativi.

Concluse le sedute di trattamento previste su entrambi i gruppi sono stati raccolti i seguenti risultati.

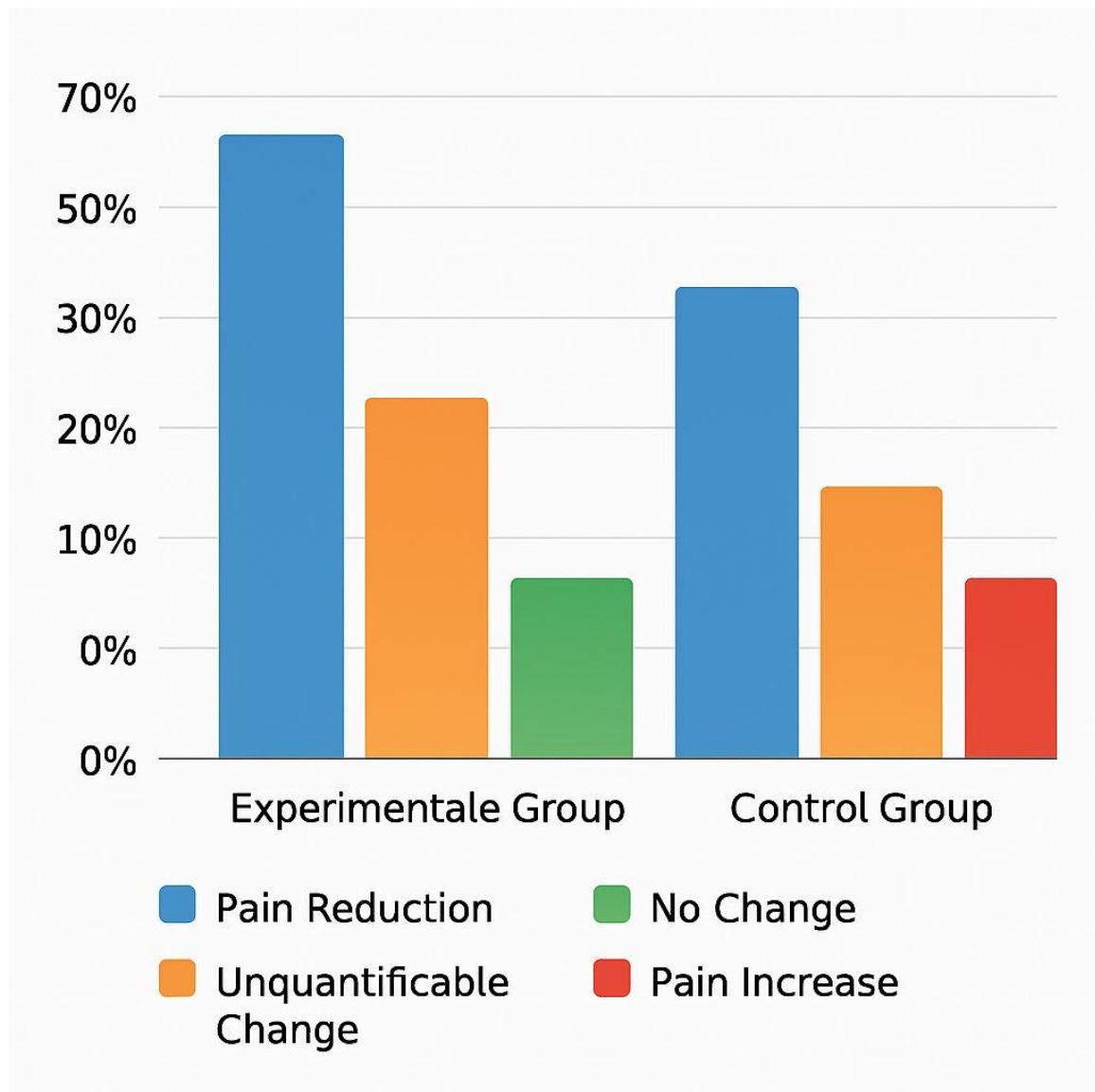
Riduzione del dolore.

Nel gruppo sperimentale, 7 pazienti su 10 riferiscono una riduzione del dolore con una media di 3 punti in riferimento alla scala NRS, 2 pazienti riferiscono situazione invariata, ed un solo paziente racconta di non saper quantificare il suo sintomo, riferisce che percepisce una variazione ma non è chiaro se in positivo o negativo. .

Dolore	
Rid. dolore	7/10 = 70%
Aum. dolore	0/10 = 0%
Non Variato	2/10 = 20%
Indefinibile	1/10 = 10%

Nel gruppo di controllo, 5 pazienti su 10 riferiscono dolore invariato, 3 riferiscono riduzione delle sintomatologia dolorifiche, un paziente riferisce di avere avuto una variazione non quantificabile del dolore, ed un paziente riferisce un aumento del sintomo.

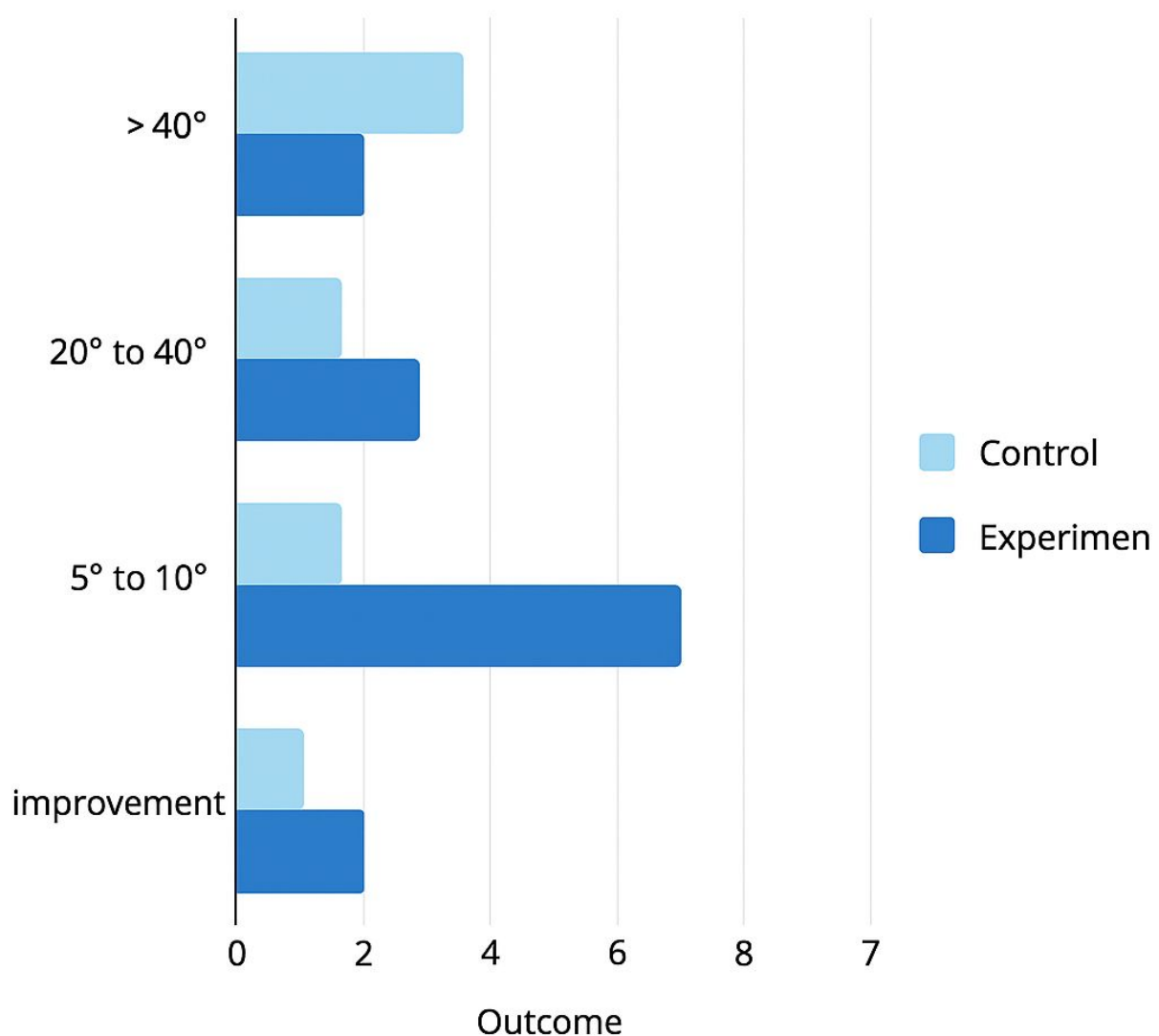
Dolore	
Rid. dolore	3/10 = 30%
Aum. dolore	1/10 = 10%
Non Variato	5/10 = 50%
Indefinibile	1/10 = 10%



Misure Antropometriche.

Nel gruppo sperimentale: 5 pazienti su 10 presentano un miglioramento dei ROM con un guadagno tra i 10° e 20°, 3 pazienti presentano un miglioramento tra 5° e 10° mentre 2 pazienti non presentano miglioramento significativo e soprattutto riproducibile.

Nel gruppo di controllo: 6 pazienti su 10 presentano un miglioramento del ROM con un guadagno compreso tra 20° e 40°, 2 pazienti presentano un guadagno superiore a 40° mentre 2 pazienti non presentano miglioramento.



Valutazione Soggettiva.

Nel gruppo sperimentale il trattamento viene descritto come un'esperienza piacevole dove talvolta un forte dolore iniziale si riduce notevolmente e spesso i pazienti non percepiscono più il peso dell'arto ma avvertono il movimento indotto dal terapeuta. Alcuni di loro sentono l'impulso di assistere al movimento anche in archi di movimento che normalmente evocherebbero dolore, frequentemente durante il racconto post-induzione non credono di essere riusciti a raggiungere dei ROM così elevati senza avvertire dolore.

Questi pazienti riferiscono di aver fatto oro dell'ancoraggio e che nella maggior parte dei casi anche quando sono a casa riescono a riavvicinarsi a quel benessere ed eseguire esercizi in autonomia.

Nel gruppo di controllo: La maggior parte dei pazienti descrive il trattamento come doloroso ma dovuto, alcuni riferiscono di non aver la minima voglia di eseguire esercizi, hanno il timore di avere male, non si fidano del proprio arto o segmento corporeo e con difficoltà apprezzano i risultati ottenuti. Questi sono grati del trattamento solo quando riscontrano un cambiamento o raggiungimento di un obiettivo nella vita di tutti i giorni come camminare senza bastone, raggiungere un piatto in alto, tornare in moto o bicicletta e via dicendo.

4. 2. Interpretazione dei dati dei gruppi.

Prendendo come indice di riuscita di un trattamento solo il recupero del R. O. M. si direbbe che nel gruppo di controllo si evidenzino i dati migliori, tuttavia è importante sottolineare come la netta riduzione del dolore, che si accompagna alla riduzione dello stato d'ansia e preoccupazione dei pazienti nel gruppo sperimentale abbiano un impatto decisivo e clinicamente rilevante nel lungo termine.

Infatti, il 100% dei pazienti del gruppo sperimentale valutano il trattamento mediante ipnosi come piacevole e soddisfacente, questi sono pazienti che tramite ancoraggio eseguono esercizi di riabilitazione anche a casa e, cosa non meno importante, non hanno più bisogno di farmaci anti-infiammatori in quanto possiedono un nuovo strumento per la gestione del dolore che li affianca in tutte le fasi del recupero.

Ricordiamo inoltre come la riduzione significativa del dolore si accompagni ad una maggiore compliance del paziente, al miglioramento del tono dell'umore, alla riuscita di un sonno rigenerante e quindi ad un più veloce recupero.

Molti pazienti del gruppo di controllo infatti ottengono notevoli risultati in termini di recupero del R. O. M. a fine trattamento, ma talvolta esprimono malessere fisico durante il giorno, stress durante la notte per il ripresentarsi del dolore e quindi cattiva e scarsa volontà di eseguire esercizio a casa ed in ospedale.

5. Conclusioni

Lo studio dimostra come nel breve termine i più rilevanti miglioramenti in termini di recupero del ROM si ottengano mediante terapia convenzionale nel gruppo di controllo, tuttavia, sarebbe utile effettuare uno studio con un follow-up più dilatato nel tempo. Si può infatti affermare come la “salute

generale” e la compliance del paziente così come la riduzione dello stato d’ansia e del dolore siano fattori decisamente più positivi nel gruppo sperimentale, tale gruppo infatti presenta soggetti più favorevoli all’autotrattamento e meno “traumatizzati” dalle sedute eseguite portando quindi ad avere miglioramenti tendenzialmente più lenti ma costanti e progressivi nel tempo. E’ fondamentale inoltre sottolineare come molti pazienti del gruppo sperimentale abbiano ridotto l’assunzione di farmaci contro l’infiammazione ed il dolore a favore dell’efficacia dell’ipnosi clinica e della comunicazione ipnotica nella gestione del dolore.

6. *Fonti e Riferimenti Bibliografici.*

7.

1. “Pain: Clinical Manual” di Deepak Ravindran e Neil C. H. E. McHugh
2. "Wall and Melzack's Textbook of Pain" (8^a edizione) di Stephen B. McMahon, Martyn L. Wall, Ian M. J. Smith
3. Pubmed (Vedi citazioni nei paragrafi)
4. Kendal
5. Appunti e annotazioni corso in ipnosi clinica e comunicazione ipnotica.