



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

**L'UTILIZZO DELL'IPNOSI IN PSICONCOLOGIA: UN
APPROCCIO INTEGRATO ALLA GESTIONE DEL DOLORE
TOTALE**

Candidato

Petronelli Rosali

Relatore

Paolo Granone

Indice

Introduzione e Contesto Generale

Capitolo I: Fondamenti Teorici dell'Ipnosi: L'Approccio di Franco Granone e il Monoideismo Plastico

Definizione di Ipnosi Clinica

La Scuola di Franco Granone

Il Concetto Cardine: Il Monoideismo Plastico

Dalla Teoria alla Pratica Terapeutica

Capitolo II: Il Dolore in Oncologia e l'Intervento Ipnotico

Sottocapitolo 2.1: La Natura Multidimensionale del Dolore Oncologico: Il "Dolore Totale"

Sottocapitolo 2.2: Il Ruolo delle Citochine: Il Ponte tra Infiammazione, Cancro e Dolore

Sottocapitolo 2.3: L'Applicazione dell'Ipnosi nel Trattamento del Dolore Oncologico

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione e Contesto Generale

La diagnosi di cancro rappresenta un evento sismico nella biografia di un individuo e una frattura esistenziale che trascende la mera dimensione biologica della malattia ed innesca una complessa cascata di reazioni psicologiche, sociali e spirituali che richiedono un approccio alla cura, che deve essere olistico e multidimensionale. In questo scenario, emerge la psiconcologia come disciplina fondamentale, ponendosi al cavallo tra medicina, psicologia e scienze sociali avendo come scopo primario quello di comprendere e trattare l'impatto totalizzante della malattia oncologica sulla persona, considerandola nella sua irriducibile unicità e non come un semplice "caso clinico" o, peggio, come un "malato". Come acutamente osservato, la persona può tendere a non percepirsi non come un individuo investito di vari ruoli e capacità, ma è portata a considerarsi solo come un malato, in virtù di una delle peggiori malattie. L'obiettivo della psiconcologia è proprio quello di contrastare questa riduzione identitaria e di promuovere strategie di adattamento (coping), che migliorino la qualità della vita e supportino il paziente e la sua famiglia lungo tutto l'arduo percorso delle cure.

All'interno di questo paradigma, la gestione del dolore costituisce una delle sfide più ardue e significative. Il dolore in oncologia è raramente un'esperienza unidimensionale, ma si manifesta come "Dolore Totale", il costrutto che ingloba la sofferenza fisica, emotiva, sociale ed esistenziale. Per affrontare tale complessità, si richiede un armamentario terapeutico altrettanto complesso e integrato, che non si limiti alla sola somministrazione di farmaci analgesici. È proprio in questa cornice che si inserisce il presente lavoro di tesi, che ha lo scopo di esplorare in profondità il potenziale dell'ipnosi clinica come strumento terapeutico adiuvante nella gestione del dolore totale nel paziente oncologico. L'ipnosi, spogliata dall'aura di mistero e spettacolo che spesso la circonda, si è rivelata una tecnica psicofisiologica rigorosa e capace di mobilitare le risorse interne del paziente per modulare la percezione del dolore e affrontare la sofferenza a esso correlata.

L'ipnosi clinica rappresenta, oggi, una delle aree più affascinanti e in continua evoluzione della psicologia applicata alla salute. Nata inizialmente come strumento di esplorazione della mente e successivamente strutturata come tecnica terapeutica, l'ipnosi si è progressivamente affermata sia in ambito medico che psicologico come risorsa efficace per la gestione del dolore e dello stress, particolarmente in contesti di malattia cronica e oncologica. Nel contesto della psiconcologia, come

disciplina che si occupa delle dimensioni psicologiche e relazionali del paziente oncologico, l'ipnosi trova un terreno particolarmente fertile., considerando che il malato di cancro non affronta soltanto un dolore fisico, ma sperimenta un vissuto complesso e fatto di paura, perdita di controllo, modificazioni corporee e relazionali. L'esperienza oncologica è, per definizione, un evento che investe l'intera persona: corpo, mente, identità e relazioni. A partire dal concetto introdotto da Cicely Saunders (1967) di dolore totale, il dolore viene concepito non più come una semplice risposta neurofisiologica, ma come un fenomeno multidimensionale che coinvolge aspetti biologici, psicologici, sociali e spirituali. In questa prospettiva e ogni intervento terapeutico efficace deve tener conto dell'interconnessione tra queste dimensioni, mirando non solo alla riduzione del sintomo, ma al recupero di un senso di integrità e padronanza da parte del paziente.

L'ipnosi, in quanto condizione modificata di coscienza, caratterizzata da focalizzazione attentiva e suggestionabilità, consente di agire su molteplici livelli dell'esperienza dolorosa. Da un lato essa interviene sui meccanismi neurofisiologici della percezione del dolore e modula l'attività delle aree corticali e sottocorticali coinvolte nella trasmissione nocicettiva; dall'altro, permette al paziente di riappropriarsi di una dimensione soggettiva di controllo e di fiducia nel proprio corpo. In oncologia, dove il dolore può risultare refrattario ai trattamenti farmacologici o può essere accompagnato da effetti collaterali più o meno importanti, l'ipnosi offre un approccio complementare e in grado di integrare le cure mediche con gli strumenti psicologici orientati al benessere globale della persona. Numerosi studi internazionali (Montgomery et al., 2011; Jensen & Patterson, 2014) hanno dimostrato come l'ipnosi sia in grado di ridurre significativamente la percezione del dolore, dell'ansia e della fatigue nei pazienti oncologici, migliorandone la qualità di vita e la compliance ai vari trattamenti. Dal punto di vista epidemiologico, inoltre l'ipnosi si colloca al crocevia tra **neuroscienze**, psicologia e medicina, e trova una declinazione peculiare nell'approccio elaborato dal medico ipnologo italiano il Prof. Franco Granone. Il nostro percorso analitico si focalizzerà in particolare su tale approccio, il cui contributo è stato fondamentale per la legittimazione in campo scientifico e l'applicazione in medicina dell'ipnosi in Italia. Il concetto cardine del "monoideismo plastico", da lui elaborato, offre una chiave di lettura neurofisiologica potente utile a comprendere come un'idea e/o un'immagine mentale, possa tradursi in una concreta modificazione somatica, aprendo la via a interventi terapeutici mirati ed efficaci. La struttura di questa tesi seguirà un percorso logico e progressivo. Il primo capitolo sarà dedicato alla disamina

dei fondamenti teorici dell'ipnosi granoniana, con un'analisi dettagliata del meccanismo del monoideismo plastico. Il secondo capitolo, cuore pulsante del lavoro, affronterà la natura multidimensionale del dolore oncologico, esplorandone le componenti fisiche, psicologiche ed esistenziali. All'interno di questo capitolo, un approfondimento specifico sarà dedicato al ruolo delle citochine pro-infiammatorie, che rappresentano il ponte biologico tra il processo neoplastico, l'infiammazione sistemica e l'esperienza soggettiva del dolore e della fatigue. Successivamente, si analizzerà l'applicazione clinica dell'ipnosi nel trattamento del dolore, attingendo a evidenze scientifiche da banche dati come PubMed e ai contributi di autori di riferimento quali Grassi e Costantini, per illustrare le tecniche e i meccanismi d'azione. Infine, le conclusioni sintetizzeranno i risultati dell'analisi, riaffermando il valore dell'ipnosi come intervento integrato e non farmacologico sempre centrato sulla persona, e delineando le prospettive future per la sua implementazione nei protocolli di cura psiconcologici e palliativi.

CAPITOLO I: FONDAMENTI TEORICI DELL'IPNOSI. L'APPROCCIO DI FRANCO GRANONE E IL MONOIDEISMO PLASTICO

Per comprendere appieno l'applicazione dell'ipnosi in un contesto clinico complesso come la psiconcologia, risulta indispensabile partire da una solida base teorica che ne definisca la natura e i meccanismi e il potenziale terapeutico. Questo capitolo si propone di delineare i fondamenti concettuali dell'ipnosi clinica, con un'attenzione specifica al contributo della scuola italiana di Franco Granone con l'obiettivo di demistificare la pratica ipnotica, allontanandola da rappresentazioni fuorvianti e ricondurla al suo status di rigoroso strumento psicofisiologico. Analizzeremo la definizione di ipnosi insieme al ruolo pionieristico di Granone e, soprattutto, il suo concetto cardine di "monoideismo plastico", che costituisce la chiave di volta per comprendere l'interazione mente-corpo e, di conseguenza, l'efficacia dell'ipnosi nella modulazione di esperienze somatiche come il dolore.

Definizione di Ipnosi Clinica

Contrariamente all'immaginario collettivo spesso alimentato da spettacoli e narrazioni cinematografiche, l'ipnosi clinica non è una forma di sonno, né una perdita di coscienza o di volontà, ma al contrario, essa può essere definita come una "condizione modificata di coscienza", una condizione psicofisiologica particolare che coinvolge l'individuo nella sua totalità, fisica e psichica. La differenza sostanziale tra la condizione di ipnotisi e il sonno risiede nel livello di concentrazione: mentre il sonno è caratterizzato da una concentrazione ridotta e un obnubilamento della coscienza, l'ipnosi implica un'attenzione focalizzata e intensificata. In questa condizione di profonda concentrazione interiore, che può essere definita simile a quello che si può sperimentare quando si è completamente assorti in un libro, in un film o in un'attività creativa, la persona diventa particolarmente recettiva a suggestioni e idee, specialmente se provenienti dal terapeuta o auto-generate (autoipnosi).

È cruciale distinguere l'ipnosi clinica, o ipnoterapia, dall'ipnosi da palcoscenico dato che la prima è un atto terapeutico, condotto da un professionista della salute qualificato (medico e psicologo) all'interno di un setting protetto e finalizzato al benessere del paziente. In questo contesto, il paziente non è un soggetto passivo che subisce la volontà dell'ipnotista, ma un

partecipante attivo che impara a utilizzare le proprie risorse mentali per raggiungere obiettivi terapeutici concordati. L'ipnosi da palcoscenico, invece, ha un fine puramente intrattenitivo e si basa sulla selezione di soggetti altamente suggestionabili e spesso perpetua errati stereotipi sulla perdita di controllo. Nell'ipnosi clinica, il controllo rimane sempre nelle mani del paziente, che può scegliere in ogni momento di interrompere l'esperienza. Quindi la condizione ipnotica, non è un fenomeno eccezionale o bizzarro, ma una condizione mentale naturale che permette di accedere e di utilizzare abilità e potenzialità che non sono facilmente raggiungibili nella coscienza ordinaria, costituendo un ponte verso le proprie risorse interiori e uno strumento per facilitare il cambiamento e promuovere la guarigione.

La Scuola di Franco Granone

Nel panorama scientifico italiano, la figura del neurologo e psichiatra Franco Granone (1913-2003) è stata di importanza capitale per lo studio, la diffusione e la legittimazione dell'ipnosi in ambito medico e psicologico. Il suo infaticabile lavoro ha contribuito a sottrarre l'ipnosi al mondo dell'empirismo e dell'esoterismo per collocarla saldamente all'interno della scienza medica e della psicoterapia. Granone ha fondato il Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale (CIICS) a Torino, un'istituzione che è diventata un punto di riferimento nazionale e internazionale per la formazione e la ricerca sull'ipnosi. Attraverso i suoi scritti e, in particolare il monumentale "Trattato di Ipnosi", e la sua attività didattica, sono state formate generazioni di medici e psicologi, fornendo loro un rigoroso modello teorico-pratico e scientificamente fondato.

L'approccio di Granone, spesso definito "ipnosi granoniana", si distingue per il suo pragmatismo clinico e per la sua solida base neurofisiologica. Egli ha sempre insistito sulla necessità di un'indagine scientifica dei fenomeni ipnotici comprendendone i meccanismi sottostanti piuttosto che limitarsi a descriverne gli effetti. La sua visione era quella di un'ipnosi integrata nella pratica medica quotidiana come uno strumento a disposizione del clinico per affrontare una vasta gamma di problematiche, dalla gestione del dolore al trattamento dei disturbi d'ansia, dalla preparazione al parto alla dermatologia. Il suo contributo più originale ed influente è senza dubbio l'elaborazione del concetto di "monoideismo plastico", che rappresenta il pilastro teorico della sua scuola e offre una spiegazione elegante e potente del modo in cui l'ipnosi agisce sull'organismo.

Il Concetto Cardine: Il Monoideismo Plastico

Il cuore della teoria di Franco Granone è il concetto di "monoidismo plastico". Questa espressione, apparentemente complessa, descrive un processo psicofisiologico fondamentale. Analizziamone i due termini:

- **Monoideismo:** Deriva dal greco "monos" (uno) e "idea". Si riferisce alla focalizzazione dell'attenzione e dell'energia mentale su una singola idea, immagine, pensiero o sensazione. Nella condizione ipnotica, la mente è in grado di concentrarsi su un unico contenuto mentale con un'intensità straordinaria, potendo escludere temporaneamente altri stimoli interni ed esterni
- **Plastico:** Questo aggettivo si riferisce alla capacità di questa idea, così intensamente focalizzata, di "plasmare" la realtà psicofisica dell'individuo, di concretizzarsi in una manifestazione somatica o percettiva reale. L'idea diventa "plastica" nel senso che modella l'esperienza corporea.

Pertanto, il monoidismo plastico è quel fenomeno per cui la concentrazione intensa su un'idea (monoidismo) e ne provoca la realizzazione a livello fisico e percettivo (plasticità). Questo è il meccanismo attraverso cui il pensiero diventa azione fisiologica. Un semplice esempio può chiarire il concetto: se una persona in una condizione di trance ipnotica si concentra intensamente sull'idea che il suo braccio stia diventando leggero come un palloncino, dopo poco tempo il braccio inizierà a sollevarsi, come se fosse realmente privo di peso. Questa idea di leggerezza si è "plastificata", traducendosi in una concreta risposta neuromuscolare.

Questa non è una mera speculazione teorica, ma sono numerosi gli studi sperimentali che hanno validato il concetto di monoidismo plastico. Ad esempio, le ricerche condotte da Casiglia e collaboratori hanno dimostrato che è possibile indurre vasodilatazioni e vasocostrizioni localizzate in specifici distretti corporei attraverso la suggestione ipnotica di immagini mentali di calore o freddo. In questi esperimenti, la focalizzazione sull'immagine del calore (monoidismo) produceva un reale aumento del flusso sanguigno e della temperatura cutanea (plasticità), misurabile con la flussimetria laser Doppler. Questi studi forniscono una prova tangibile e scientifica del potere della mente di influenzare direttamente le funzioni corporee, anche quelle

considerate autonome, attraverso il meccanismo del monoideismo plastico. Questo fenomeno sta alla base di tutte le applicazioni mediche e chirurgiche dell'ipnosi e dall'analgesia alla modulazione della risposta immunitaria.

Dalla Teoria alla Pratica Terapeutica

Il concetto di monoideismo plastico non è solo un'elegante costruzione teorica, ma il fondamento operativo che rende l'ipnosi uno strumento terapeutico potente ed efficace. Se un'immagine mentale può alterare il flusso sanguigno, può anche modulare la trasmissione e l'elaborazione dei segnali dolorosi. Se può indurre una catalessi del braccio, può anche ridurre la peristalsi gastrica o la reattività allergica. Possiamo quindi affermare che il monoideismo plastico è il ponte che collega il mondo soggettivo delle immagini e delle idee con il mondo oggettivo della fisiologia e della biologia.

L'applicazione clinica del monoideismo plastico si fonda su un principio fondamentale: l'attività mentale concentrata può modificare la percezione con le funzioni corporee e lo stato emotivo. In ambito terapeutico, ciò significa che l'ipnosi può essere utilizzata per favorire l'analgesia, il rilassamento, la gestione dell'ansia, e persino la stimolazione immunitaria attraverso la regolazione neuroendocrina. In questa prospettiva, il terapeuta ipnologo, non impone suggestioni ma le co-costruisce con il paziente attraverso un dialogo che favorisce l'emergere delle risorse inconse, facendo del processo ipnotico una forma di apprendimento esperienziale in cui il soggetto impara a focalizzare la propria mente, a regolare le risposte corporee e a ristabilire un senso di controllo sul dolore e sulla malattia..

Nella pratica clinica, il terapeuta guida il paziente a entrare in una condizione di concentrazione focalizzata e poi lo aiuta a generare e mantenere quelle idee e immagini (monoideismi) che possono produrre il cambiamento terapeutico desiderato (plasticità). Per un paziente con dolore cronico, ad esempio, l'idea potrebbe essere quella di un'anestesia che si diffonde nella parte dolente, o la trasformazione della sensazione dolorosa in una sensazione neutra o addirittura piacevole. Per un paziente che soffre di nausea indotta dalla chemioterapia, l'idea potrebbe essere quella di uno stomaco calmo e tranquillo, o l'immagine di trovarsi in un luogo fresco e piacevole.

In questa prospettiva risulta fondamentale comprendere che l'ipnosi non è una terapia passiva in cui il paziente "subisce" un trattamento. Al contrario, è un processo di apprendimento attivo. Il terapeuta agisce come un "coach" o una guida, insegnando al paziente come utilizzare le proprie capacità mentali per influenzare il proprio stato fisico ed emotivo. L'obiettivo finale è spesso l'autoipnosi, ovvero la capacità del paziente di utilizzare autonomamente queste tecniche per gestire i propri sintomi e migliorare la propria qualità di vita, dato che questo restituisce al paziente un senso di controllo e di autoefficacia (locus of control interno), un elemento psicologicamente cruciale, specialmente in una condizione come il cancro, dove i sentimenti di impotenza e passività possono essere devastanti. Il monoideismo plastico, quindi, non solo spiega *come* l'ipnosi funziona, ma fornisce anche la base per un intervento terapeutico che responsabilizza e potenzia il paziente, rendendolo protagonista attivo del proprio percorso di cura. Questa base teorica è il presupposto indispensabile per esplorare, nel capitolo successivo, l'applicazione specifica dell'ipnosi nella gestione del complesso e multidimensionale dolore oncologico.

In psiconcologia, il valore terapeutico dell'ipnosi risiede proprio in questa dimensione di empowerment.

CAPITOLO II: IL DOLORE IN ONCOLOGIA E L'INTERVENTO IPNOTICO

Il dolore è uno dei sintomi più temuti e debilitanti correlati alla malattia oncologica. Tuttavia, ridurlo a una mera sensazione fisica trasmessa da fibre nervose sarebbe un errore grossolano che tradirebbe la complessità dell'esperienza umana di fronte al cancro. Da tempo il dolore in oncologia viene definito come un fenomeno multidimensionale, un'esperienza totalizzante che investe ogni aspetto dell'esistenza del paziente. Questo capitolo si propone di analizzare in profondità questa complessità e di introdurre il concetto di "Dolore Totale" esplorando le basi biologiche che legano l'infiammazione, il cancro e il dolore, focalizzandoci sul ruolo delle citochine. Infine, dimostreremo, attraverso l'analisi della letteratura scientifica e dei

contributi clinici, come l'ipnosi, fondata sui principi del monoideismo plastico, si configuri come un intervento straordinariamente adatto ad affrontare questa sfida, agendo non solo sul sintomo fisico ma sull'intera costellazione di sofferenza che definisce il dolore oncologico.

Sottocapitolo 2.1: La Natura Multidimensionale del Dolore Oncologico: Il "Dolore Totale"

Il termine "Dolore Totale" (Total Pain), coniato da Dame Cicely Saunders, fondatrice del moderno movimento degli hospice, descrive in modo mirabile la natura olistica della sofferenza nel paziente oncologico, specialmente nelle fasi avanzate di malattia. Questo concetto ci impone di guardare oltre il sintomo fisico per riconoscere un complesso intreccio di dolore fisico, psicologico, sociale e spirituale. Ogni dimensione alimenta e amplifica le altre, creando un circolo vizioso di sofferenza che può annientare la qualità della vita del paziente.

La Dimensione Fisica (Concreta)

Il dolore fisico è la componente più evidente e spesso la prima a essere trattata. Vanno considerate anche le sue molteplici cause e possono includere: la crescita del tumore che infiltra o comprime tessuti, nervi o organi; le metastasi ossee; gli effetti collaterali delle terapie (dolore post-chirurgico, neuropatie periferiche indotte da chemioterapia, mucositi, dermatiti da radioterapia); o condizioni preesistenti aggravate dalla malattia e dall'allettamento. Le linee guida dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) sottolineano la necessità di una valutazione accurata e di un trattamento farmacologico aggressivo e personalizzato, spesso basato sull'uso sequenziale di FANS, oppioidi deboli e oppioidi forti. Tuttavia, anche con un trattamento farmacologico ottimale, una percentuale significativa di pazienti continua a sperimentare un dolore non controllato, o ne subisce effetti collaterali gravi. Inoltre, la sola gestione farmacologica non può nulla contro le altre dimensioni del dolore.

La Dimensione Psicologica ed Esistenziale

La diagnosi di cancro è un trauma psicologico. Lo shock iniziale, descritto dai pazienti come sentirsi "in una bolla di sapone" dove tutto è confuso e ovattato, lascia spesso il posto a un'intensa sofferenza emotiva. L'ansia (per il futuro, per le terapie, per il dolore stesso), la

depressione, la rabbia, i sentimenti di colpa e l'insonnia sono compagni di viaggio quasi costanti. La malattia impone una radicale trasformazione dei propri ruoli sociali e familiari: da lavoratore attivo a paziente, da genitore che si prende cura a persona bisognosa di cure. Proprio questa perdita di identità e di funzione è di per sé una fonte di profondo dolore. La morbilità psicosociale può avere conseguenze negative dirette, come una scarsa aderenza ai trattamenti e un peggioramento della qualità della vita. Proprio la paura della morte, dell'abbandono e della perdita di dignità sono angosce esistenziali che si intrecciano costantemente con il dolore fisico, abbassandone la soglia di tolleranza, rendendo evidente come un dolore fisico moderato può diventare insopportabile se vissuto con disperazione e senza speranza.

La Dimensione Spirituale

Il dolore spirituale è forse la dimensione più intima e difficile da verbalizzare. La malattia mette in discussione le certezze, i valori e il senso stesso della vita portando spesso a domande come "Perché a me?", "Che senso ha questa sofferenza?", "Cosa ci sarà dopo?". Per alcuni, la malattia può portare a una crisi di fede, mentre per altri può diventare un'occasione per una ricerca spirituale più profonda. La sofferenza spirituale si manifesta come un senso di vuoto, di disconnessione da sé stessi, dagli altri e da ciò che si considera trascendente. Per questa ragione diventa cruciale affrontare questa dimensione, poiché trovare un significato, anche nella sofferenza, può fornire una risorsa potente per affrontare le altre dimensioni del dolore. Come sottolinea Gianni Grassi, l'assistenza spirituale è una componente essenziale della cura, al pari della psicoterapia e della fisioterapia .

Comprendere il "Dolore Totale" significa riconoscere che il paziente non è un corpo che duole, ma una persona che soffre e qualunque intervento che miri a essere veramente efficace deve necessariamente adottare questa prospettiva olistica, rivolgendosi simultaneamente a tutte le dimensioni della sofferenza.

Sottocapitolo 2.2: Il Ruolo delle Citochine: Il Ponte tra Infiammazione, Cancro e Dolore

Per decenni, la connessione tra lo stato psicologico di un paziente e la sua esperienza di dolore è stata relegata al campo della "psicosomatica", spesso con una connotazione riduttiva, mentre oggi, grazie ai progressi della psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), disponiamo di solide basi biologiche per comprendere questa intricata relazione. Le citochine, molecole proteiche che agiscono come messaggeri del sistema immunitario, rappresentano uno dei ponti più importanti tra il processo neoplastico, l'infiammazione, lo stato psicologico e l'esperienza soggettiva del dolore e di altri sintomi correlati.

Le Citochine come Mediatori Biologici dell'Infiammazione

Le citochine sono una vasta famiglia di proteine prodotte da varie cellule, in particolare quelle del sistema immunitario, che regolano la comunicazione intercellulare e orchestrano la risposta infiammatoria. Queste si distinguono in citochine pro-infiammatorie (come l'interleuchina-1 β , l'interleuchina-6 e il fattore di necrosi tumorale-alfa, o TNF- α) e citochine anti-infiammatorie. In condizioni normali, il loro equilibrio è finemente regolato. Tuttavia, in molte patologie, inclusi i tumori, questo equilibrio si rompe.

È ormai accertato che l'infiammazione cronica gioca un ruolo cruciale nello sviluppo e nella progressione di molti tipi di cancro. Le cellule tumorali stesse sono in grado di "reclutare" e "corrompere" le cellule immunitarie, come i macrofagi, inducendole a creare un microambiente tumorale pro-infiammatorio che favorisce la crescita, l'angiogenesi e la metastatizzazione del tumore. In questo ambiente, vi è un rilascio massiccio e costante di citochine pro-infiammatorie sia da parte delle cellule tumorali che delle cellule immunitarie infiltrate, pertanto queste citochine non rimangono confinate nel microambiente tumorale, ma si riversano nel circolo sanguigno, causando uno stato di infiammazione sistemica di basso grado.

Il Legame tra Citochine, Dolore e "Sickness Behavior"

Questo stato infiammatorio sistemico ha profonde conseguenze sull'esperienza del paziente. Le citochine pro-infiammatorie agiscono a più livelli per generare e amplificare il dolore:

1. Sensibilizzazione Periferica: Le citochine come il TNF- α possono legarsi direttamente ai nocicettori (le terminazioni nervose che rilevano stimoli dolorosi), abbassandone la soglia di attivazione e ciò significa che stimoli normalmente non dolorosi iniziano a essere percepiti come tali (allodinia) e stimoli dolorosi vengono percepiti in modo amplificato (iperalgisia).

2. Azione Centrale: Le citochine possono attraversare la barriera emato-encefalica o stimolare il nervo vago, influenzando direttamente il sistema nervoso centrale. A livello cerebrale, esse promuovono cambiamenti neurochimici che facilitano la trasmissione del dolore e alterano l'umore, contribuendo a sintomi depressivi e ansiosi.

3. Induzione del "Sickness Behavior": *L'aumento sistemico di citochine pro-infiammatorie è il principale responsabile di un insieme di sintomi noto come "sickness behavior" (comportamento di malattia). Questo include fatigue (stanchezza cronica), malessere generale, perdita di appetito, anedonia (incapacità di provare piacere), ritiro sociale e disturbi del sonno.* Si comprende perché sia importante notare come questi sintomi si sovrappongano quasi perfettamente alla dimensione psicologica del "Dolore Totale" e ai sintomi classici della depressione.

Il dolore muscolare e articolare diffuso, spesso lamentato dai pazienti oncologici anche in assenza di metastasi ossee, è direttamente collegato all'azione sistemica di citochine come IL-1 β , IL-6 e TNF- α . Pertanto, le citochine forniscono una spiegazione biologica unitaria per la co-occorrenza di dolore, fatigue, depressione e malessere generale. Non si tratta di sintomi "psicologici" separati dal corpo, ma di manifestazioni di un'unica disregolazione psico-neuro-immunologica innescata dal cancro e dalle sue terapie. Questa comprensione è fondamentale, perché apre la strada a interventi, come l'ipnosi, che mirano a modulare la risposta mente-corpo e che potrebbero, teoricamente, influenzare anche questi percorsi biologici.

Sottocapitolo 2.3: L'Applicazione dell'Ipnosi nel Trattamento del Dolore Oncologico

Di fronte alla complessità del "Dolore Totale" e alle sue radici biologiche nella disregolazione infiammatoria, l'ipnosi clinica emerge come un intervento adiuvante di straordinario interesse data la sua capacità di agire simultaneamente sulla percezione del dolore, sulla risposta

emotiva e sul senso di controllo la rende uno strumento unico per affrontare la sofferenza oncologica in modo olistico. Basandosi sul meccanismo del monoideismo plastico, l'ipnosi insegna al paziente a modulare la propria esperienza interna, trasformando la relazione con il dolore da una lotta estenuante a una gestione consapevole.

Evidenze Scientifiche di Efficacia

L'efficacia dell'ipnosi nella gestione del dolore non è aneddotica, ma supportata da un crescente corpo di evidenze scientifiche. Numerosi studi e meta-analisi pubblicati su riviste peer-reviewed e indicizzati su banche dati come PubMed ne attestano la validità. Una revisione sistematica del 2022 ha analizzato studi sull'uso dell'ipnosi come adiuvante in contesti oncologici, concludendo che essa ha effetti positivi significativi sulla riduzione di ansia, dolore, nausea, fatigue e uso di farmaci, migliorando al contempo i sintomi depressivi, l'insonnia e la qualità della vita generale, senza riportare effetti collaterali. Questi risultati sono coerenti con altre ricerche che indicano come l'ipnosi induca riduzioni significative in numerosi parametri correlati al dolore, come intensità, durata e frequenza. Si è anche dimostrata efficacia dell'ipnosi, non solo nel controllo del dolore cronico legato alla malattia, ma anche nel mitigare gli effetti collaterali acuti delle terapie, come la nausea e il vomito anticipatori e post-chemioterapia, e il dolore e l'ansia legati a procedure invasive .

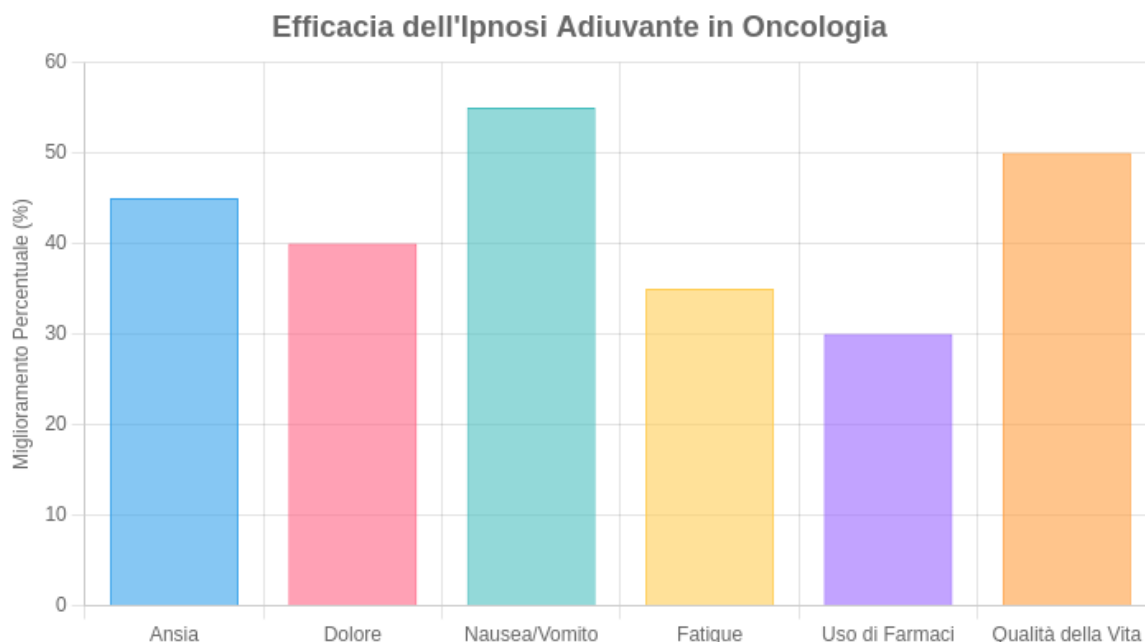


Figura 1: Rappresentazione grafica dei benefici dell'ipnosi in ambito oncologico, basata sui risultati aggregati di studi clinici (Rif. [PubMed, 2022](#)). Il grafico illustra il miglioramento percentuale medio osservato nei gruppi di intervento con ipnosi rispetto ai gruppi di controllo su diverse variabili chiave.

Meccanismi e Tecniche dell'Analgesia Ipnотica

Il trattamento ipnotico segue generalmente tre fasi:

1. Induzione ipnotica

Il terapeuta guida il paziente verso una condizione di rilassamento profondo e concentrazione focalizzata. Le tecniche di induzione possono essere dirette (attraverso comandi espliciti) o indirette (mediante narrazione e metafore).

2. Fase di approfondimento e suggestione terapeutica

Una volta raggiunta la condizione ipnotica, vengono utilizzate suggestioni mirate per ridurre la percezione del dolore. Ad esempio, si può suggerire che la parte dolorante diventi insensibile o che il dolore si trasformi in una sensazione di freschezza, calore o di leggerezza.

3. Fase di rinforzo e autoipnosi

Il paziente viene istruito a riprodurre autonomamente la condizione ipnotica per gestire il dolore nella vita quotidiana allo scopo di promuovere l'autoefficacia e la sensazione di controllo, elementi fondamentali per il benessere psicologico.

Come si traduce in pratica il principio del monoideismo plastico per ottenere l'analgesia? Il terapeuta utilizza una serie di tecniche verbali e immaginative per guidare il paziente a modificare la propria percezione del dolore e, come evidenziato da Gianni Grassi, l'uso di tecniche immaginative e metafore è centrale per entrare in contatto con l'inconscio e facilitare il cambiamento. Le principali strategie includono:

- **Dissociazione:** Si guida il paziente a immaginare di separare la mente dal corpo, o una parte del corpo da un'altra. Ad esempio, si può suggerire di "lasciare il corpo sulla sedia e fluttuare con la mente in un luogo piacevole", oppure di percepire la parte dolente come "qualcosa di esterno, separato da sé". Questo crea una distanza psicologica dal dolore, riducendone l'impatto emotivo.
- **Sostituzione Sensoriale (o Ristrutturazione):** Questa tecnica mira a trasformare la qualità della sensazione dolorosa. Si invita il paziente a concentrarsi sulle caratteristiche del dolore (è pulsante, bruciante, acuto?) e poi a immaginare di cambiarle. Un dolore "bruciante" può essere trasformato in una sensazione di "calore piacevole", un dolore "acuto" in una "pressione sorda". Si può usare l'immagine di una manopola di controllo per "abbassare il volume" del dolore.
- **Spostamento (o Dislocazione):** Si suggerisce al paziente di spostare mentalmente il dolore da un'area critica a una parte del corpo meno importante o più tollerabile, ad esempio da un organo vitale a un dito della mano, dove può essere percepito con meno ansia.
- **Analgesia e Anestesia Diretta:** Si utilizza la suggestione diretta di insensibilità, spesso attraverso metafore. L'immagine di un "guanto anestetico" che si indossa sulla mano e che poi trasferisce la sua insensibilità alla parte dolente è una tecnica classica ed efficace. Altre immagini possono essere quella di acqua gelida o di una luce che "spegne" il dolore.

- **Distorsione Temporale:** Per i dolori procedurali o gli episodi di dolore acuto, si può suggerire che il tempo percepito si accorci, facendo sembrare l'esperienza dolorosa molto più breve di quanto non sia in realtà. Per i periodi di benessere, si può suggerire che il tempo si "allarghi", amplificando la sensazione di sollievo.

L'Approccio Integrato al "Dolore Totale"

L'aspetto più rilevante dell'intervento ipnotico in psiconcologia è la sua capacità di affrontare simultaneamente le diverse dimensioni del "Dolore Totale". Non si tratta solo di "togliere il dolore", ma di un intervento complesso che agisce a più livelli:

- **Sulla componente fisica:** Attraverso le tecniche di analgesia sopra descritte e la gestione di sintomi fisici correlati come nausea e fatigue.

- **Sulla componente emotiva:** L'ipnosi è estremamente efficace nel ridurre l'ansia, specialmente quella anticipatoria legata a terapie o esami. Inducendo una condizione di profondo rilassamento, contrasta l'iperattivazione del sistema nervoso simpatico e promuove un senso di calma e benessere. Aiuta a gestire i disturbi del sonno, un problema quasi universale in questi pazienti.

- **Sulla componente cognitiva ed esistenziale:** *L'aspetto forse più importante è che l'ipnosi restituisce al paziente un senso di controllo. Considerando che ci stiamo muovendo in un contesto dove la persona si sente in balia della malattia e delle terapie, imparare a modulare attivamente la propria esperienza interna è un'iniezione di autoefficacia potentissima. Questo contrasta i sentimenti di impotenza e disperazione, che sono i principali amplificatori del dolore aiutando il paziente a riscoprire le proprie risorse interiori e a riconnettersi con una parte di sé sana e potente.*

Questo approccio è perfettamente in linea con la visione di clinici come Anna Costantini, che ha sempre sottolineato come la qualità della vita debba essere una priorità nella cura globale del paziente, e non un aspetto secondario. I suoi studi sulla prevalenza del dolore oncologico in Europa hanno messo in luce quanto questo sintomo sia ancora sottotrattato, evidenziando la necessità di approcci integrati. In questa ottica l'ipnosi, non si propone come un'alternativa alle terapie farmacologiche, ma come un potente strumento adiuvante che, integrato in un piano di cura

multimodale, può migliorare significativamente l'efficacia del trattamento analgesico e, soprattutto, la qualità di vita complessiva del paziente, affrontando la sofferenza nella sua totalità.

Conclusioni

Al termine di questo percorso analitico, emerge con chiarezza come l'ipnosi clinica, e in particolare l'approccio fondato sul monoideismo plastico di Franco Granone, rappresenti una risorsa terapeutica di eccezionale valore nel campo della psiconcologia. La presente tesi ha inteso dimostrare come, partendo da una solida base neurofisiologica, l'intervento ipnotico si configuri come una risposta coerente e mirata alla sfida complessa e multidimensionale posta dal "Dolore Totale" nel paziente oncologico. Abbiamo visto come la sofferenza in oncologia trascenda la dimensione puramente fisica, intrecciandosi con profonde ferite psicologiche, esistenziali e spirituali, e come questa esperienza totalizzante trovi un correlato biologico nell'infiammazione sistemica mediata dalle citochine.

La sintesi del nostro percorso ha evidenziato che il valore clinico dell'ipnosi risiede proprio nella sua capacità di agire olisticamente e come attraverso tecniche immaginative e di focalizzazione, essa non si limiti a modulare la percezione del sintomo fisico, ma intervenga sull'intera costellazione della sofferenza. Riduce l'ansia, migliora il sonno, contrasta la fatigue e, soprattutto, restituisce al paziente un ruolo attivo e un senso di controllo sul proprio vissuto interno. Questo passaggio da una condizione di passività e impotenza a una di autoefficacia e protagonismo è, forse, il beneficio terapeutico più profondo e trasformativo. L'ipnosi si qualifica dunque come un intervento adiuvante ideale: non farmacologico, privo di effetti collaterali, centrato sulla persona e volto a potenziare le risorse interne di guarigione. Migliorando la qualità della vita, come auspicato da figure illuminate quali Costantini e Grassi, l'ipnosi non solo allevia la sofferenza, ma aiuta la persona a ritrovare la propria dignità e il proprio posto nel mondo, anche nel mezzo della tempesta della malattia.

Guardando al futuro, è auspicabile che l'ipnosi clinica esca definitivamente dalla nicchia in cui è stata a lungo confinata per essere integrata a pieno titolo nei protocolli di cure palliative e di

assistenza psiconcologica. Ciò richiede un duplice sforzo: da un lato, proseguire nella ricerca scientifica per delucidare ulteriormente i suoi meccanismi d'azione, ad esempio esplorando il suo impatto sui marcatori infiammatori come le citochine; dall'altro, investire massicciamente nella formazione. È fondamentale che medici, psicologi, infermieri e tutti gli operatori sanitari a contatto con il paziente oncologico acquisiscano competenze in comunicazione ipnotica e nelle tecniche di base per la gestione dell'ansia e del dolore. Solo attraverso una diffusione capillare di queste conoscenze sarà possibile realizzare pienamente il potenziale di questo straordinario strumento e onorare l'imperativo etico di una cura che sia veramente centrata sulla persona nella sua interezza.

Bibliografia

- AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica. (2014). *Linee guida TERAPIA DEL DOLORE IN ONCOLOGIA*. Reperito da http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/LG/2014_LG_AIOM_Dolore.pdf
- AUSL Bologna. (2016). *Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica*. Reperito da <https://www.ausl.bologna.it/...>
- Casiglia, E. (2012). Monoideismo plastico. In *CIICS - DIMOSTRAZIONE DEL MONOIDEISMO PLASTICO DI GRANONE*. Reperito da <https://www.ciics.it/wp-content/uploads/MOS-LUCIO.pdf>
- CIICS - Istituto Franco Granone. (s.d.). *Homepage*. Reperito da <https://www.ciics.it/>
- CISSPAT. (s.d.). *IPNOSI*. Reperito da <https://www.ciisspat.edu/ipnosi/>
- Costantini, A. (2010). Citato in *l'azione dei farmaci e della relazione nel trattamento del dolore*. Ikos ECM. Reperito da <https://www.ikosecm.it/...>
- De Benedittis, G. (s.d.). *L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL DOLORE*. Reperito da <https://giuseppedebenedittis.it/lipnosi-nel-controllo-del-dolore/>
- Fondazione Veronesi. (2019). *L'infiammazione è il "carburante" del cancro*. Reperito da <https://www.fondazioneveronesi.it/...>
- Franco Angeli. (s.d.). *La depressione nel cancro e nell'infezione da HIV*. Reperito da <https://www.francoangeli.it/...>
- Grassi, G. (s.d.). *L'IPNOSI NELLE CURE PALLIATIVE*. Reperito da <http://www.giannigrassi.it/allegati/artipnoamisi.pdf>
- Grassi, G. (s.d.). *Raccolta degli scritti*. Reperito da <http://www.giannigrassi.it/cosafaccio.html>
- Microbiota News. (2021). *Citochine, sistema immunitario e microbiota intestinale*. Reperito da <https://microbiota.news/...>
- MSD Manuals. (s.d.). *Gestione degli effetti avversi della terapia antineoplastica*. Reperito da <https://www.msdmanuals.com/...>

- Per una vita come prima ONLUS. (s.d.). *Tecniche di rilassamento e ipnosi*. Reperito da <https://www.perunavitacomeprima.org/contentValue307L5.aspx>
- Punto e Virgola Psicologia. (s.d.). *Ipnosi in Oncologia: un valido sostegno*. Reperito da <https://www.puntoevirgolapsicologia.it/...>
- Recenti Progressi in Medicina. (2018). *La valutazione della cachessia neoplastica nella pratica clinica*. Reperito da <https://www.recentiproggressi.it/...>
- Richard, C., et al. (2023). Applications of Hypnosis as an Adjuvant in Oncological Settings. *Cancers (Basel)*, 15(2), 433. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36622292/>
- Sinatti, M. (s.d.). *Come Agisce L'ipnosi?*. Reperito da <https://www.ipnosieautocontrollo.it/articoli/come-agisce-lipnosi/>
- State of Mind. (2017). *Ipnosi in oncologia: migliorare lo stato di salute psicofisica*. Reperito da <https://www.stateofmind.it/2017/04/ipnosi-in-oncologia/>
- Trattato di Ipnosi (documento su Scribd). (s.d.). Reperito da <https://it.scribd.com/doc/234495603/TRATTATO-IPNOSI>
- Watson, C. J., & El-Dereby, W. (2021). Psychosocial Care for Adult Cancer Patients. *Cancers (Basel)*, 13(19), 4975. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34638360/>
- Wikipedia. (s.d.). *Ipnosi*. Reperito da <https://it.wikipedia.org/wiki/Ipnosi>