



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

**MUS E IPNOSI
CASE REPORT**

Candidato

Dott.ssa Carmela Pipino

Relatore

Dott. Rocco Iannini

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag.3
EZIOLOGIA.....	pag.8
TEORIA DELLE EMOZIONI.....	pag.14
MATERIALI E METODI.....	pag.17
RISULTATI.....	pag.24
CONCLUSIONI.....	pag.26
BIBLIOGRAFIA.....	pag.27
FOTO.....	pag.30-31
RINGRAZIAMENTI.....	pag.32

INTRODUZIONE

Scopo di questo elaborato è riportare la mia personale esperienza nella terapia del dolore cronico, che esplico come fisiatra interventista da oltre vent'anni, e di come l'ipnositerapia, in questi ultimi mesi, mi ha permesso di chiudere un cerchio, offrendo un'ulteriore, sicuramente essenziale, possibilità terapeutica per il paziente affetto da M.U.S. (Medically Unexplained Symptoms).

Se andiamo a considerare la portata del fenomeno, spesso sottostimata, ci rendiamo conto di quanto sia importante avere

- dimestichezza con i criteri diagnostici
- conoscenza delle opzioni terapeutiche
- avere a disposizione variabilità di professionisti o familiarità personale rispetto ai diversi approcci terapeutici proposti
- e, non da ultimo, offrire un servizio dedicato a questi pazienti gestendo le loro aspettative.

L'OMS, insieme all'International Association for the Study of Pain (IASP), definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritto in termini di tale danno".

L'OMS afferma, quindi, che il dolore è ciò che ciascuno di noi dice di essere dolore e, di qualunque tipo sia, acuto o cronico, localizzato o irradiato, è sempre accompagnato da reazioni di tipo viscerale come sudorazione, cambiamento della frequenza cardiaca, ipertensione, nausea, vomito e da disturbi del sonno, stanchezza cronica, da modificazioni di tipo cognitivo come le alterazioni del tono dell'umore (depressione, ansia, paura, brainfog/fibrofog) e da ripercussioni sulla vita personale, lavorativa e sociale del paziente stesso.

Ciò vuol dire che il dolore non è solo una sensazione fisica ma anche una esperienza emotiva, una emozione, soggettiva e personale.

Il termine M.U.S. Medically Unexplained Symptoms viene utilizzato per descrivere una serie di sintomi che non trovano una spiegazione soddisfacente negli attuali paradigmi della medicina convenzionale ma che sono reali e debilitanti per il paziente e che, secondo l'OMS rappresentano il 20-30% delle visite di Medicina Generale e certamente la percentuale aumenta in setting di medicina specialistica.

I soggetti affetti da M.U.S. sono quei pazienti, i "frequent flyers", visti come "difficili" a causa della difficoltà, da parte del curante, nel comprendere i sintomi da loro minuziosamente riportati e che vengono spesso etichettati come affetti da disturbi psicogeni o, peggio, da disturbi immaginari.

I M.U.S. sono una entità clinica riconosciuta tanto che il DSM V e ICD11 (classificazione internazionale delle malattie) si sono adeguati ed hanno sostituito il termine "disturbo somatiforme" con "sintomi somatici e disturbi correlati". Concetto fondamentale è il Disturbo di Sintomo Somatico: comporta sintomi fisici persistenti e angoscianti, accompagnati da pensieri, sentimenti o comportamenti anomali correlati a tali sintomi.

In uno studio del 2016 di Goldberg DP, Reed GM et Al, ha rilevato che una percentuale significativa di pazienti con sintomi somatici multipli presentava anche una diagnosi concomitante di depressione, ansia o entrambe (1).

Sempre Goldberg, nel 2017 (2), in uno studio condotto su 587 pazienti in Brasile, Cina, Messico, Pakistan e Spagna ha dimostrato che il 78,9% dei pazienti affetti da BDS presentavano anche un disturbo di ansia, tranne in Cina dove la percentuale era del 45,9%.

Pazienti con una SINDROME SOMATICA FUNZIONALE hanno maggiori probabilità di soffrire anche di un'altra (3).

Ad esempio, il 51% dei pazienti con sindrome da stanchezza cronica (CFS) e il 49% dei pazienti con fibromialgia (FM) hanno anche la sindrome dell'intestino irritabile (IBS). Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che questi disturbi sembrano condividere fattori di rischio predisponenti comuni (ma non fattori precipitanti) (4). Si presenta quindi, la necessità di individuare quali fossero le

CARATTERISTICHE DEI DISTURBI SOMATICI INSPIEGABILI (5)

- vari sintomi fisici senza spiegazione fisica (è necessario effettuare una accurata anamnesi, esame obiettivo ed esami strumentali e/o di laboratorio per determinare ciò)

- svariate visite mediche contro nessun riscontro obiettivo

e di stilare una CLASSIFICAZIONE DEI SINTOMI distinguendoli in sei principali categorie

- **SINTOMI NEUROLOGICI FUNZIONALI**

- 1) debolezza o paralisi senza lesioni neurologiche

- 2) disturbi del movimento: tremori, spasmi, distonia

- 3) disturbi della sensibilità: anestesi, parestesie inspiegabili

- 4) atassia funzionale ed instabilità posturale

- **SINTOMI CARDIOPOLMONARI/AUTONOMICI**

- 1) palpitazioni/sensazione del cuore che batte forte o in maniera irregolare (heart pounding)

- 2) dolori precordiali

3) mancanza di fiato in assenza di sforzi fisici, incapacità di respirare profondamente

4) iperventilazione

5) sudorazione calda o fredda

6) bocca secca

SINTOMI GASTROINTESTINALI

1) dolori addominali, gastralgia

2) crampi addominali

3) diarrea

4) gonfiore addominale/addome teso/pieno di gas

5) nausea

6) rigurgiti

7) bruciore al petto/epigastio

SINTOMI UROGENITALI/UROLOGICI O GINECOLOGICI

1) dolore pelvico cronico inspiegabile

2) disfunzioni urinarie: urgenza menzionale, ritenzione

3) cistite interstiziale abiotica

4) dispareinuria senza cause organiche

SINTOMI MUSCOLOSCHIELETRICI

1) dolore alle braccia o alle gambe

2) dolore muscolare o dolori diffusi

3) dolore articolare

4) sensazione di parestesie/debolezza localizzata

- 5) lombalgia
- 6) dolore che si sposta da un posto all'altro
- 7) intorpidimento sgradevole/formicolio

SINTOMI GENERICI

- 1) difficoltà di concentrazione
- 2) fatica eccessiva/sentirsi esausto
- 3) cefalea tensiva senza causa neurologica
- 4) riduzione della memoria/pensieri poco chiari o confusi
- 5) vertigini

Per effettuare una DIAGNOSI di M.U.S. occorre avere:

- Almeno 3 sintomi persistenti nel tempo attribuibili a iperattivazione autonoma (cardio-respiratoria, gastrointestinale, muscolo-scheletrica) o come sintomi generali di stanchezza ed esaurimento
- una preoccupazione eccessiva da parte del paziente per la propria salute (ipocondria) che si esprime sia i termini di tempo che di energia eccessivi dedicati a questi sintomi
- i sintomi provocano angoscia, preoccupazione (che non vengano presi sul serio dai medici) ed una disabilità significativa (6,7).

Abbiamo già visto che almeno il 79% di questi pazienti presentano un concomitante stato di ansia depressiva.

Ma come si legano ansia depressiva e dolore fisico?

Si ipotizza che alla base delle M.U.S. o sintomi fisici persistenti ci possa essere un disturbo di conversione (8) per cui soggetti con Alessitimia faticano a riconoscere e a descrivere i loro stati emotivi e confondono le loro emozioni con le sensazioni corporee. Sono pazienti in cui è avvenuta una disregolazione del SALIENCE

NETWORK che è quell'insieme di aree cerebrali che servono a valutare l'importanza di stimoli interni o esterni e che coordinano la risposta del cervello a tali stimoli, in particolare l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore appaiono inefficienti nel bloccare e filtrare stimoli irrilevanti, portando ad una amplificazione percettiva di segnali somatici minori, normalmente ignorati.

Gli Alessitimici faticano a riconoscere e a descrivere i loro stati emotivi, confondono le loro emozioni con le sensazioni corporee.

Sono bravissimi a descrivere un sintomo ma incapaci di riconoscere le loro emozioni che esprimono attraverso azioni, posture e mimiche facciali.

EZIOLOGIA

Le M.U.S. (sintomi inspiegabili dal punto di vista medico) non sono frutto di invenzione, simulazione o suggestione volontaria ma sono fenomeni clinicamente reali, vissuti in maniera intensa ed autentica dal paziente, associati a notevole disagio (9), la cui fisiopatologia, pur non pienamente compresa dalla medicina contemporanea, coinvolge circuiti neurobiologici sofisticati e profondamente interconnessi come:

- DISREGOLAZIONE DELL'ASSE IPOTALAMO-IPOFISI-SURRENE
- NEUROINFIAMMAZIONE SILENTE
- INFIAMMAZIONE PSICOSOCIALE
- IPERSENSIBILITA' INTEROCETTIVA

DISREGOLAZIONE ASSE HPA

Il sistema centrale di risposta allo stress è l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che in condizioni acute favorisce adattamento e sopravvivenza (Hans Selye, Walter Bradford Cannon) ma se se si

trova esposto cronicamente agli stimoli di allarme porta ad una prima fase di iperattivazione, con cortisolo alto, poi ad una fase di esaurimento con cortisolo paradossalmente basso.

Questo ipocortisolismo si associa ad astenia, insonnia, vulnerabilità immunitaria e disregolazione emotiva.

I pazienti con M.U.S. mostrano frequentemente una disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con ridotta variabilità di risposta e, nel tempo, una forma di ipocortisolismo funzionale.

Questa condizione non è espressione di un deficit primario surrenale ma di una down regulation adattiva in risposta ad uno stress cronico o precoce.

NEUROINFIAMMAZIONE SILENTE

le cellule immunitarie cerebrali, la microglia, vengono attivate in modo persistente e ciò porta alla liberazione cronica di citochine pro-infiammatorie come IL 1beta, IL6, TNF alfa che alterano i circuiti del dolore, del piacere, della motivazione causando sintomi sistemici come come la brain fog, l'insonnia, la fatica cronica, l'anedonia, il dolore diffuso inteso sia come iperalgesia che come allodinia.

Questo modello è centrale nei M.U.S.

INFIAMMAZIONE PSICOSOCIALE

Numerosi studi mostrano che lo stress sociale attiva pattern immunitari pro-infiammatori. Infatti traumi precoci, noti come Esperienze Precoci Avverse o ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES sono fortemente associate allo sviluppo di M.U.S. in età adulta (10,11,12).

Questi eventi generano una traccia somatica duratura sotto forma di disregolazione dell'AROUSAL AUTONOMICO (soglia di attivazione neurovegetativa di fronte a stimoli enterocettivi o ambientali) con conseguente

- iperattivazione cronica dell'amigdala
- ridotta regolazione topdown da parte della corteccia frontale
- persistente IPERAROUSAL del sistema simpatico
- riduzione del tono vagale

che sfocia i sintomi come insonnia, tachicardia, stanchezza cronica, dolore diffuso e instabilità gastro-intestinale e che si manifesta con segnali ambientali persistenti quali solitudine, insicurezza economica, disconnessione sociale.

Questa condizione è definita da alcuni Autori come STATO POST-TRAUMATICO SOMATIZZATO dove il corpo si fa carico dell'evento traumatico non elaborato.

IPERSENSIBILITA' INTEROCETTIVA

L'interocezione si riferisce al processo mediante il quale il sistema nervoso percepisce, interpreta e integra i segnali provenienti dall'interno del corpo, fornendo una mappatura istante per istante del paesaggio interno del corpo a livello conscio e inconscio. La segnalazione interocettiva è stata considerata un processo composto da riflessi, impulsi, sentimenti, pulsioni, risposte adattive ed esperienze cognitive ed emotive, evidenziandone il contributo al mantenimento del funzionamento omeostatico, alla regolazione corporea e alla sopravvivenza. La disfunzione dell'interocezione è sempre più riconosciuta come una componente importante di diverse condizioni di salute mentale, tra cui disturbi d'ansia, disturbi

dell'umore, disturbi alimentari, disturbi da dipendenza e disturbi da sintomi somatici.

Nei pazienti con M.U.S. si osserva una ipersensibilità interocettiva (13) per cui segnali fisiologici normali come un respiro più corto o un battito più veloce vengono amplificati ed interpretati come sintomo di malattia (14,15)

Tale disregolazione compromette l'equilibrio

- tra sistema nervoso simpatico e quello parasimpatico, con alterazioni del tono vagale, iperattivazione del sistema nervoso autonomo anche in risposta a stimoli emotivi o somatici apparentemente innocui
- tra risposta infiammatoria ed antinfiammatoria
- tra percezione di sicurezza e ipervigilanza

Ciò che ne deriva è una varietà sintomatica non spiegabile in termini di lesione ma perfettamente spiegabile in termini di neuroinfiammazione di basso grado e di una vulnerabilità neurovegetativa cronica.

Il concetto di Central Sensitization, sensibilizzazione centrale, ben documentato nella fibromialgia, nella sindrome del colon irritabile e nella cefalea tensiva cronica, descrive una condizione in cui il sistema nervoso centrale risponde in modo eccessivo e disorganizzato a stimoli minimi o anche assenti.

Le tecniche di neuroimaging come la fRMN e la PET rilevano un'attivazione anomala di aree come insula, corteccia somatosensoriale secondaria, corteccia cingolata anteriore, talamo, amigdala.

Questa iperattività è sostenuta da meccanismi di plasticità maladattativa a livello sinaptico con modificazione dei recettori NMDA (N-metil-D-aspartato, coinvolti nella trasmissione del dolore,

specie quello infiammatorio o neuropatico) e dei circuiti glutamatergici: in sostanza il cervello impara a sentire il dolore o il disagio anche in assenza di una causa periferica reale.

Nei pazienti affetti da M.U.S. anche le reti di default mostrano un'attività disorganizzata e grazie alle tecniche di neuroimaging si è evidenziato che il DEFAULT MODE NETWORK che normalmente si attiva nei momenti di autoriflessione, introspezione e rappresentazione enterocettiva, risulta in questi pazienti iperconnesso e iperattivo suggerendo un costante monitoraggio interno, spesso focalizzato su sensazioni corporee ambigue, addirittura negative e il SALIENCE NETWORK (insieme di aree cerebrali che servono a valutare l'importanza di stimoli interni o esterni e a coordinare la risposta del cervello a tali stimoli), in particolare l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore appare inefficiente nel bloccare e filtrare stimoli irrilevanti, portando ad una amplificazione percettiva di segnali somatici minori, normalmente ignorati.

Come appena detto, per comprendere questi meccanismi fisiopatologici, spesso alla base dei M.U.S., è necessario integrare conoscenze derivanti da modelli multipli.

Consideriamo imprescindibili i seguenti riferimenti:

1) I MARCATORI SOMATICI DI DAMASIO

Nella sua ricerca Damasio ha stabilito che esiste un "programma di azione" del corpo che inizia con una EMOZIONE. Quando proviamo paura, ad esempio, il nostro corpo prende la sensazione e la usa per sviluppare una reazione mentale adeguata che, alla fine, porterà ad una azione. Questa reazione emotiva avviene improvvisamente ed inconsciamente.

2) TEORIA POLIVAGALE DI PORGES

Questo modello dimostra come nei M.U.S. sia frequente uno stato di freezing parasimpatico caratterizzato da una ridotta regolazione vagale.

3) NEUROPEPTIDI (Candance Pert)

definiti come messaggeri psico-corporei, come ad esempio la sostanza P e l'ossitocina, che modulano le interconnessioni fra cervello, sistemi periferici e sistema immunitario.

Alterazioni della loro secrezione sono spesso associate a sintomi somatici altrimenti inspiegabili

4) SISTEMI EMOZIONALI PRIMARI DI PANKSEPP

secondo cui l'iperattivazione di circuiti arcaici come il circuito della paura, del panico e della sofferenza può innescare risposte corporee croniche di difesa, mimando o amplificando disfunzioni organiche tipiche dei M.U.S.

La PNEI, psiconeuroendocrinoimmunologia, può essere un valida chiave interpretativa moderna dei M.U.S. che spesso riflettono una risposta malcalibrata agli stimoli ambientali, ai traumi precoci o allo stress cronico e l'IPNOSI può modulare attivamente i circuiti mente-corpo e promuovere processi di recupero fisiologico ed emotivo (16,17,18).

Le condizioni finora descritte di disregolazione dell'asse HPA, la neuroinfiammazione silente, l'infiammazione psicosociale e l'ipersensibilità interocettiva non sono solo quadri fisiopatologici ma riflessi profondi di un disturbo nella capacità di sentire, rappresentare, regolare le EMOZIONI.

TEORIA DELLE EMOZIONI

Le Emozioni non sono solo stati psicologici ma sistemi neurochimici profondi, connessi alla sopravvivenza.

Panksepp ha identificato 7 sistemi emozionali primari nel cervello dei mammiferi, ognuno con la sua specifica funzione biologica (Panksepp e Biven, 2012)

- 1) RICERCA/VOGLIA DI FARE (SEEKING)
 - 2) PAURA (FEAR)
 - 3) RABBIA (RAGE)
 - 4) ECCITAZIONE/DESIDERIO SESSUALE (LUST)
 - 5) CURA (CARE)
 - 6) PENA DELLA SOLITUDINE, TRISTEZZA (PANIC/GRIEF)
 - 7) GIOCO (PLAY)
- 1) il sistema SEEKING (CERCA) coinvolge circuiti dopaminergici mesolimbici e mesocorticali, in particolare l'area segmentale ventrale (VTA) e il nucleus accumbus. Si tratta del motore che ci spinge all'esplorazione dell'ambiente, alla curiosità e alla ricerca delle ricompense (Berridge e Robinson 1998). Il coinvolgimento del circuito SEEKING si manifesta come entusiasmo, motivazione alla scoperta e volontà di apprendere. Un'elevata attivazione di questo sistema favorisce la spinta all'AZIONE e il DESIDERIO DI NOVITA'.
 - 2) il sistema FEAR (PAURA) regola le risposte di difesa di fronte a minacce reali o percepite (Le Doux 1996). Strutture chiave includono l'amigdala, l'ipotalamo e la sostanza grigia periacqueduttale (PAG). L'attivazione del sistema FEAR provoca ipervigilanza, aumento della frequenza cardiaca, sudorazione e tensione muscolare. A livello psicologico si manifesta con il

bisogno impellente di evitare o affrontare la minaccia. Panksepp notò che l'attivazione eccessiva di questo sistema può portare a disturbi di ansia generalizzata e a fobie.

- 3) Il sistema RAGE (RABBIA) è spesso attivato dalla frustrazione o dalla sensazione di subire un'ingiustizia. Si manifesta con aumento di adrenalina e tensione muscolare e, se non ben gestita, può sfociare in aggressività fisica o verbale.
- 4) il sistema LUST (DESIDERIO SESSUALE) è associato ai comportamenti sessuali, al desiderio e all'attrazione. Svolge un ruolo chiave nella riproduzione e nella formazione dei legami di coppia. Le principali aree neurali coinvolte includono regioni ipotalamiche e vari neurotrasmettitori come gli ormoni sessuali e l'ossitocina.
- 5) il sistema CARE (CURA) riflette l'insieme di comportamenti associati alla protezione, al nutrimento e alla cura della prole o di individui bisognosi. Questo sistema è sostenuto dall'ossitocina e dalla prolattina che favoriscono il legame affettivo e la propensione di accudire gli altri. Si manifesta generalmente nei genitori o in chi ricopre ruoli di sostegno ed assistenza. L'empatia è spesso correlata a questo sistema così come le reazioni di compassione ed altruismo.
- 6) il sistema PANIC/GRIEF (PANICO-TRISTEZZA) è associato a separazione, perdita, lutto. Quando un mammifero subisce una separazione forzata o la perdita di un legame significativo, questo sistema si attiva generando sentimenti di sconforto, tristezza e disperazione e si manifesta con il pianto, sensazione di "vuoto" e ricerca di contatto o riconversione con la figura di attaccamento. Quando l'evento stressante persiste, può sfociare in uno stato di ansia da separazione o depressione.

7) il sistema PLAY (GIOCO) si manifesta soprattutto nei cuccioli dei mammiferi ma anche gli adulti mantengono una forma di gioco sociale e competizione amichevole. Nei bambini il gioco è simbolico, di ruolo o di gruppo ed è essenziale per apprendere regole sociali e competenze emotive.

Nei M.U.S. si osserva spesso un iperfunzionamento dei circuiti come la PAURA, il PANICO, il DISGUSTO, che mantengono uno stato di allerta e allostasi disfunzionale. Comprendere il pattern emozionale attivo del paziente è essenziale per impostare una terapia centrata sulla REGOLAZIONE AFFETTIVA.

Secondo Damasio ogni emozione attiva un marcatore somatico, un segnale corporeo che ci guida a prendere decisioni.

Nei M.U.S. questo sistema diventa disfunzionale. Segnali corporei minimi vengono marcati come pericolosi o malati, attivando condotte di evitamento e rinforzando la percezione di sé come fragile o malato. Il corpo comincia a comunicare con un costante NO alla vita.

L'ipnosi può aiutare a rimodulare questi marcatori creando nuove associazioni affettive e corporee.

Candance Pert ha dimostrato che le emozioni viaggiano in tutto il corpo attraverso i neuropeptidi e ciò che chiamiamo M.U.S. non è solo una disfunzione biologica ma spesso una fatica del sentire, una alterazione delle mappe emotive interne, delle emozioni trattenute o non elaborate che possono cristallizzarsi in sintomi organici.

L'ipnosi, con il suo reale meccanismo di azione, in grado di intervenire sulla componente emozionale, può diventare un "spazio sicuro" dove riaccadono le connessioni tra insula e corteccia prefrontale, tra battito accelerato e la paura sottostante, tra lo stomaco che si chiude e un dolore antico mai digerito.

MATERIALI E METODI

Per questo elaborato ho selezionato quattro pazienti, tre soggetti di sesso maschile ed uno di sesso femminile che io diagnostico come pazienti affetti da M.U.S.

- Angelo. B.: diagnosi di FIBROMIALGIA fatta da reumatologi. Lui lamenta dolore alle grandi articolazioni, stanchezza cronica, colon irritabile, disturbi del sonno. Non si è mai laureato in agraria perché non ha svolto l'ultimo esame. Attualmente impiegato nel mulino di famiglia che gestisce il cugino. Sono partita circa un anno e mezzo fa con un approccio interventistico sulla gestione dei sintomi mediante la terapia fisica con tecar per il trattamento di articolazioni e muscoli, onde d'urto per trattare le entesopatie, infiltrazioni locali di sostanze medicamentose come l'acido ialuronico e miscele di ossigeno-ozono oppure tramite neuralterapia per il trattamento dei tender points.

L'obiettivo del paziente è sempre stato quello di mantenere lo "status quo" e poter continuare a giocare a tennis che è l'unico vero momento in cui sta bene (testuali parole).

- Irene.T.: FIBROMIALGICA (diagnosi fatta da reumatologi). Operaia, sindacalista. E' una giovane signora di origini rumene con una storia personale fitta di lutti e violenze di vario genere, che ogni tanto viene nel mio studio per effettuare osteopatia od ozonoterapia per cervico-dorsalgia ma a fine Maggio si è presentata con dolore al petto, dolori e bruciore muscolare diffuso, tensione cervicale, cefalea, gastralgia, insonnia e depressione.
- Marco. P.: ha una diagnosi di "fibromialgia atipica" con un'importante tratto di ipocondria. Laureato in lettere, insegna italiano alle scuole medie. Lui è abituato a "chiedere" infiltrazioni di ozono in tutti i sui trigger e tender points ed è riuscito anche a farsi operare una tenovaginalite del polso in assenza di una valida necessità terapeutica.

- Paolo.G.: operaio, mulettista. E' venuto da me senza alcuna diagnosi ma da tre anni presenta 2 sintomi fisici persistenti, uno, il più importante ed invalidante è un forte dolore alla falange ungueale dell'alluce sinistro ("è come un gatto che fa miao") e l'altro è un dolore toracico fisso e persistente in corrispondenza del V spazio intercostale sn. E' stato infiltrato con corticosteroidi da colleghi ortopedici, ha effettuato fisioterapia e terapie fisiche praticate da diversi operatori sanitari, si è sottoposto a numerose terapie farmacologiche e si è fatto confezionare due paia di plantari su misura, senza alcun beneficio.

Appena cominciato il corso di comunicazione ipnotica ho subito pensato ai miei pazienti "fibromialgici" ed ho loro proposto di cambiare strategia terapeutica con l'introduzione di un approccio olistico mediante sedute di agopuntura ed ipnosi.

A Paolo G. ho proposto tale approccio, solo dopo avergli fatto eseguire una RMN encefalo ad alto campo per escludere cause organiche.

Ho somministrato quattro questionari specifici la cui integrazione consente un'analisi bio-psico-sociale completa:

- PH15, si tratta di 15 items che indagano la frequenza dei disturbi comuni come i dolori diffusi, l'affaticamento persistente o i problemi gastrointestinali.
- PSS-10: scala dello stress percepito. Questa scala cattura quella sensazione soggettiva di sentirsi sopraffatti, impreparati o privi di controllo nella vita quotidiana. Fotografa lo stress nel suo presente ma ci permette di monitorare il paziente nel tempo
- TAS 20 è il questionario più usato per misurare l'alessitimia, ovvero la difficoltà ad identificare, descrivere e differenziare emozioni da sensazioni corporee. Questo strumento è una specie di mappa utile per navigare in tre dimensioni critiche ovvero la difficoltà a

riconoscere ciò che si prova, a descriverlo agli altri e una tendenza a concentrarsi più sugli eventi esterni che sul mondo interiore.

- ACES score: ADEVRSE CHILDHOOD EXPEIENCES

E' necessario indagare la presenza di eventi stressanti e/o traumatici avvenuti durante l'età dello sviluppo all'interno del contesto familiare.

Si tratta di 10 item a risposta chiusa:

- 1) abuso fisico ricorrente
- 2) abuso psicologico ricorrente
- 3) abuso sessuale
- 4) presenza all'interno del nucleo familiare di una persona dipendente da alcool o da sostanze
- 5) presenza di un membro della famiglia gravemente depresso, con disturbi mentali conclamati, istituzionalizzato o suicidario
- 6) presenza di una madre trattata in modo violento
- 7) presenza di uno solo o di nessun genitore
- 8) trascuratezza fisica
- 9) trascuratezza affettiva
- 10) presenza all'interno della famiglia di una persona incriminata per reato

Più alto è il punteggio ACES maggiore è il rischio di sviluppare malattie croniche, disturbi mentali e comportamenti autodistruttivi nell'adulto. E' una sorta di mappatura delle cicatrici biologiche che rendono il corpo un archivio vivente del trauma e, allo stesso tempo, ci informano sul trauma stesso e ci offrono uno strumento di cura per cicatrici originarie.

ANGELO B.

In prima seduta ho fornito ad Angelo gli strumenti necessari a comprendere la nostra biochimica, parlandogli e facendogli vedere immagini dell'ipofisi, della tiroide e del surrene e di quello che accade nel nostro corpo quando si avverte una situazione di pericolo e stress, delle citochine ed ormoni prodotti o non prodotti.

Dopo l'induzione, A.B. è rimasto ad occhi aperti tutto il tempo del trattamento, ed ha interagito con me rispondendo con brevi frasi, tipo sono in montagna, sono da solo, e dopo aver ratificato il suo monoideismo plastico, gli ho parlato di "leggerezza muscolare, fluidità articolare" e gli ho suggerito un'immagine legata alla spensieratezza dei fanciulli dicendogli: "proprio come quando da piccolo andavi in bicicletta ed eri felice e leggero..." Non c'è stata levitazione del braccio ma solo qualche corrugamento della fronte e del viso.

Ho ratificato nuovamente il suo monoideismo chiedendogli se realmente fosse in bicicletta e lui ha alzato un dito della mano, quindi l'ho ancorato ed effettuato l'esduzione con il percorso inverso all'induzione.

Nell'intervista finale A.B. mi ha raccontato di essersi sentito davvero leggero e fluido ma solo quando era in montagna perché quando ha realizzato l'idea plastica di andare in bicicletta ha provato, invece, una sensazione di pesantezza ed oppressione.

Al **secondo appuntamento** gli ho chiesto come fossero andate le sue due settimane, il suo dolore, il sonno, la fatica, il tono dell'umore e lui, sorridendo mi ha risposto che gli sembrasse andasse meglio.

Gli ho chiesto se volesse ripetere l'esperienza della trance e lui ha accettato dicendomi che potevo fargli tutto quello che io ritenessi opportuno.

Dopo l'induzione gli ho detto di mettersi in condizioni di sentirsi rilassato e tranquillo e di andare, con la mente, dove voleva.

Ho ratificato il suo monoideismo chiedendogli se fosse in qualche luogo e con un cenno del dito della mano destra ha annuito.

A.B. ha tenuto sempre gli occhi chiusi ed io, dopo averlo invitato a sollevare il braccio sinistro così da "elevarsi verso il cielo e sentirsi leggero come un palloncino in volo" gli ho parlato del sentimento della Gratitude.

Dopo l'ancoraggio e il condizionamento l'ho esdotto.

Ha aperto gli occhi, dietro mio suggerimento ed ha sorriso, chiedendomi un ulteriore appuntamento.

Angelo ha appuntamenti fissi a frequenza quindicinale.

IRENE T.

Prima seduta: Irene in passato aveva sposato un uomo che si è poi rivelato violento e l'anno scorso ha perso sua moglie per cancro al pancreas. Mi ha subito chiesto se, in ipnosi, poteva rivederla. Io, con fare molto deciso, le ho spiegato che quello che andavamo a fare era TERAPIA e non una seduta spiritica, che il nostro obiettivo era quello di migliorare il suo stato clinico e di permetterle di partire in Sardegna con il suo nuovo compagno. Dopo averle fatto chiudere gli occhi, fatta concentrare sul respiro, dopo aver rilassato tutti i muscoli del corpo e averle fatto notare che il lettino la teneva saldamente sospesa in aria, le ho suggerito di immaginare di librare così da potersi vedere dall'alto e, magari nel suo luogo sicuro, stesa, rilassata, libera e di accorgersi di quanto ancora era bella e sana, di quante risorse ancora aveva a disposizione e di come poteva sfruttarle per fare cose "nuove", "più belle". Lei è scoppiata in pianto ed io, toccandole una spalla, le dicevo parole come "brava, vai

benissimo, meraviglioso”. Il braccio è sempre stato in levitazione con il suggerimento di “elevazione, toccare il cielo”. Le ho suggerito di porre l’attenzione sui talenti che possiede, la gioia, l’allegria, l’entusiasmo, che “distrattamente” senza rendersene conto, sono stati messi da parte; le ho suggerito di cercarli, tirarli fuori, immaginandoli come pacchetti dorati ed infiocchettati da aprire uno ad uno.

Dopo l’ancoraggio e il condizionamento, l’ho esdotta.

Irene mi ha raccontato che si è vista a casa della nonna, da bambina, sul letto di legno, alto perché sotto arrivava l’aria calda del caminetto acceso. Ha potuto sentire l’odore del gasolio che usava la nonna per accendere il fuoco e il calore sul suo corpo. Si sentiva leggera e serena. Ha visto tanti pacchettini a fianco a sé, da una parte tutti quelli che appartenevano alla sua famiglia e dall’altra quelli che aveva preparato lei e questo le dava un senso di ricchezza ma allo stesso tempo la appesantiva.

Al **secondo appuntamento** le ho fatto immaginare di risalire un fiume, descrivendo ogni passaggio e anticipando ogni sua paura circa il tipo di percorso da fare. Una volta appurato che aveva raggiunto il monoideismo plastico, le ho dato suggestioni di freschezza, movimento, forza e vitalità.

MARCO P.

In occasione della prima (ed ultima) seduta ho riprodotto ciò che avevo fatto con Angelo, ovvero ho fatto vedere un cervello, indicato le varie aree con l’ipofisi, l’ipotalamo, l’amigdala e ho raccontato di come questi, insieme alle ghiandole surrenali, in condizioni di stress cronico, possano influenzare la nostra percezione di sintomi corporei. Ho sottolineato che capivo perfettamente come si sentiva e che avrei potuto aiutarlo.

Messo sdraiato sul lettino, indotto e con il braccio in levitazione, ho raccontato la metafora della “stanza piena di nastro adesivo”:
immagina che la tua vita sia una stanza. Un giorno ti accorgi che c'è una perdita proveniente dalla tubatura sul soffitto. il rumore delle gocce che cadono ti infastidiscono molto e vuoi eliminarlo, così rattoppi il punto in cui perde con del nastro adesivo e la tua mente ritrova pace, finché l'acqua si insinua nel nastro adesivo e il rumore delle gocce ricomincia. Così aggiungi altro nastro adesivo alla vecchia riparazione e torna il silenzio. Naturalmente non dura a lungo e tu sei costretto a riparare il tubo ancora ed ancora. Non è un problema perché il nastro adesivo costa poco e ne hai sempre un rotolo a disposizione. La cosa va avanti, mesi, anni, finché un giorno ti accorgi che le tue riparazioni hanno riempito la stanza lasciandoti sempre meno spazio per vivere, portando la perdita sempre più vicina a te.

Gli ho chiesto se vedeva la stanza piena di nastro adesivo e quando lui ha annuito, gli ho suggerito di chiedere aiuto ad uno specialista delle perdite di acqua, ad un idraulico specializzato che potesse finalmente aiutarlo a far cessare il rumore dell'acqua senza che lui soffocasse.

L'ho esdotto e l'ho salutato.

Qualche giorno dopo mi ha scritto dicendomi che si era rivolto al suo vecchio psicoterapeuta e mi ringraziava per avergli fatto trovare il coraggio di farlo.

PAOLO G.

Lui, per me, è stato il caso più complicato, sicuramente perché non ho ancora le competenze necessarie per affrontare simili quadri patognomonicici.

Raccogliendo la sua frase “l’alluce mi fa sempre male, è come un gatto che fa miao”, ho immaginato che quello fosse il suo modo di raccontare un dolore di tipo depressivo, una richiesta originale di cura. Ho recitato la metafora del giardino segreto ed ho introdotto anche l’immagine di un gattino che chiedeva attenzione attraverso il miagolio per cui lui poteva cogliere l’occasione di aiutarlo e prendersene cura.

Al secondo appuntamento mi ha detto che il dolore al petto era sparito ma che il dolore al piede era sempre lì. Era molto preoccupato circa il suo futuro ed era stanco di delusioni.

Ho ripetuto la seduta di ipnosi associandola ad una seduta di agopuntura, così da farlo sentire ancora più “curato” e stavolta, una volta in trance, ho dato suggerimenti circa la leggerezza, la musica, la spensieratezza, il ballo. Gli ho fatto sentire i piedi leggeri ed abili proprio come quelli d’un ballerino.

Quando è ritornato mi ha detto che il dolore non era passato.

RISULTATI

ANGELO B.: 27 Gennaio 2025 VS 03 Luglio 2025

ACE SCORE: 4

PHQ-Q15: 12 (mal di stomaco+, mal di testa+, dolore articolare+++
disturbi addominali++ stanchezza++, insonnia++ VS 7 (un po’ di fastidio)

PSS-10: 24 VS 7

TAS-20: 61 Interpretazione del punteggio:

Punteggio \leq 51: Non Alessitimia. Punteggio \geq 61: Alessitimia.

Punteggio tra 52 e 60: Alessitimia possibile

IRENE T.: 26 Maggio VS 30 Giugno

ACE SCORE: 9

PSS-10: 35 VS 10

PHQ-Q15: 23 VS 2 (stitichezza+, difficoltà ad addormentarsi +)

TAS-20: 67

MARCO P.: 08 Aprile 2025

ACE SCORE: 2

PSS-10: 34

PHQ-15: 16

TAS-20: 81

PAOLO G.: 5 Maggio 2025 VS 05 Giugno 2025

ACE SCORE: 4

PSS-10: 14 VS 5

PHQ-Q15: 7 stanco++, problemi a dormire++, dolore al torace++,
dolori addominali +; VS 2 problemi a dormire +, dolori addominali +

TAS-20: 61

CONCLUSIONI

La teoria delle emozioni costruite offre uno spunto importante non solo per capire il meccanismo fisiopatologico delle M.U.S. ma anche per affrontare la questione rapporto medico/paziente.

Le differenze individuali nella costruzione delle emozioni contribuiscono a spiegare il paradosso per cui alcune persone affette da M.U.S. possono essere valutate dai medici come "ansiose", mentre il paziente nega la presenza di tali emozioni negative.

E' necessario che il medico risponda adeguatamente a questo stato di elevata attivazione simpatica e che sia in grado di proporre una comunicazione "emozionale" sincronizzata con quella del paziente, nono solo per mostrare empatia ma soprattutto, tramite l'ipnosi, di rimodulare quel framework disregolato ed offrire una adeguata soluzione terapeutica. Concludo con la definizione dei ipnosi (Granone, Trattato di ipnosi, UTET 1990):

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

Quale strumento migliore?

BIBLIOGRAFIA

- 1) Goldberg DP, Reed GM et al: Multiple somatic symptoms in primary care: A field study for ICD-11 PHC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings (J Psychosom Res. 2016).
- 2) (Goldberg DP, Lam TP et al: Primary care physicians' use of the proposed classification of common mental disorders for ICD-11 (Fam Pract 2017)
- 3) Functional somatic syndromes may be either "polysyndromic" or "monosyndromic". White PD. J Psychosom Res. 2013 Jan;74(1):2-3. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.10.005. Epub 2012 Nov 10.
- 4) Central pain mechanisms in chronic pain states – Maybe it is all in their head, Phillips, Kristine, MD, Ph.D ; Clauw, Daniel J., MD, Best practice & research. Clinical rheumatology, 2011-04, Vol.25 (2), p.141-154
- 5) Marianne Rosendal- MUS becomes Bodily Stress Syndrome in the ICD 11 for primary care.
- 6) Anna Budtz-Lilly et al J Psychosom Res. 2015 Jun, Schmalbach B, et al, J Psychosom res. 2020, Petersen MW, et al. BMJ Open 2020
- 7) Dirkzwager AJ, Verhaak PF. Pazienti con sintomi persistenti non spiegati clinicamente in medicina generale: caratteristiche e qualità dell'assistenza. BMC Fam Pract 2007;8:33.
- 8) Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. Curr Pain Headache Rep. 2017 Jun;21(6):29. doi: 10.1007/s11916-017-0627-7.

- 9) Clin Med (Londra).Gennaio 2021;21(1):13-18. doi: 10.7861/clin med.2020-0947. Sintomi inspiegabili dal punto di vista medico: valutazione e gestione Mujtaba Husain 1, Trudie Chalder 2
- 10) Medically Unexplained Symptoms and Attachment Theory: The BodyMind Approach. Payne H, Brooks SD.
- 11) Adverse childhood experiences and somatic symptoms in adulthood: A moderated mediation effects of disturbed self-organization and resilient coping, Metka Kuhar, Gaja Zager Kocjan, Psychol Trauma. 2022 Nov;14(8):1288-1298. doi: 10.1037/tra0001040. Epub 2021 Jun 24.
- 12) Childhood Trauma and Adult Somatic Symptoms. Eilers H, Aan Het Rot M, Jeronimus BF. Psychosom Med. 2023 Jun 1;85(5):408-416. doi: 10.1097/PSY.0000000000001208. Epub 2023 Apr 26.
- 13) Is alexithymia characterised by impaired interoception? Further evidence, the importance of control variables, and the problems with the Heartbeat Counting Task, Jennifer Murphy , Rebecca Brewer , Hannah Hobson , Caroline Catmur , Geoffrey Bird Affiliations expand, PMID: 29803614 DOI: 10.1016/j.biopsycho.2018.05.010
- 14) A new science of emotion: implications for functional neurological disorder. Jungilligens J, Paredes-Echeverri S, Popkirov S, Barrett LF, Perez DL. Brain. 2022 Aug 27;145(8):2648-2663. doi: 10.1093/brain/awac204.
- 15) Cerebrum. 2021 Jul 1;2021:cer-06-21. Interoception: The Secret Ingredient. Lisa Feldman Barrett, Karen S Quigley. PMID: 34650672
- 16) Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. Tsui

P, Deptula A, Yuan DY. *Curr Pain Headache Rep.* 2017 Jun;21(6):29.
doi: 10.1007/s11916-017-0627-7.

17) Psychological Treatments and Psychotherapies in the
Neurorehabilitation of Pain: Evidences and Recommendations
from the Italian Consensus Conference on Pain in
Neurorehabilitation. Castelnuovo G, et Al *Psychol.* 2016 Feb
19;7:115. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00115.

18) Hypnotic Intervention for Unexplained Dizziness in Patients with
Advanced Cancer: A Preliminary Retrospective Observation
Study. Hasuo H, Kanbara K, Fukunaga M, Yunoki N. *Indian J
Palliat Care.* 2018 Jan-Mar;24(1):39-43. doi: 10.4103/
IJPC.IJPC_165_17.



ANGELO B.



IRENE T.



MARCO P.



PAOLO G.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio tutti i Docenti dell'istituto Granone per avermi trasmesso la loro passione e il loro sapere.

Un ringraziamento particolare al mio relatore dott. Rocco Iannini per l'aiuto che mi ha saputo offrire e per aver contribuito al completamento di questa tesi.