



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

LOMBALGIA CRONICA E IPNOSI

Candidato

Dott. Pierpaolo Taffi

Relatore

Dott.ssa Donatella Croce

INDICE

Introduzione.....	pag 3
Materiali e metodi.....	pag 10
Risultati.....	pag 13
Conclusioni.....	pag 15
Bibliografia.....	pag 16
Foto.....	pag 19-21
Ringraziamenti.....	pag 22

Introduzione

Con il termine di lombalgia primaria CRONICA ci si riferisce al dolore in sede lombare che dura per più di 3 mesi senza un'eziologia riconoscibile.

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, quindi, afferma che il dolore è ciò che ciascuno di noi dice di essere dolore, è soggettivo, e di qualunque tipo sia, acuto o cronico, localizzato o irradiato, è sempre accompagnato da

- reazioni autonome di tipo viscerale come sudorazione, cambiamento della frequenza cardiaca, ipertensione, nausea, vomito
- da disturbi del sonno e stanchezza
- da modificazioni di tipo cognitivo come le alterazioni del tono dell'umore (depressione, ansia, paura, brainfog)
- da ripercussioni sulla vita personale, lavorativa e sociale.

Secondo la teoria di Solms e Panksepp (2012) la coscienza origina dal tronco cerebrale superiore, dalla sostanza grigia periacqueduttale (PAG) e dal prosencefalo limbico.

Ogni individuo impara l'applicazione della parola dolore per il tramite delle esperienze correlate ai traumatismi della prima infanzia e, in sintesi, le esperienze precedenti determinano come gli individui risponderanno a quelle successive e le esperienze successive modificano gli effetti di quelle precedenti.

Numerosi studi mostrano che lo stress sociale (INFIAMMAZIONE SOCIALE) (1) attiva pattern immunitari pro-infiammatori causando una neuroinfiammazione silente.

Infatti traumi precoci, noti come Esperienze Precoci Avverse o ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES sono fortemente associate allo sviluppo di Sintomi Fisici Persistenti (PPS) in età adulta (2).

La lombalgia cronica rientra nel grosso capitolo dei M.U.S. (Medically Unexplained Symptoms), termine 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 M.U.S. sono una entità clinica riconosciuta tanto che il DSM V e ICD11 (classificazione internazionale dei disturbi mentali e delle malattie) si sono adeguati ed hanno sostituito il termine "disturbo somatiforme o sindrome da distress corporeo (ICD-10)" 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 numerosi studi si è visto che almeno il 79% di questi pazienti presentano un concomitante stato di ansia depressiva o comunque di distress psicologico e si ipotizza che alla base delle M.U.S. o sintomi fisici persistenti ci possa essere un disturbo di conversione (3) 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

5

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.

La fisiopatologia di questi disturbi, 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

I meccanismi alla base del dolore cronico differiscono da quelli alla base del dolore acuto e a dimostrazione c'è il fatto che questo risponde ai farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e agli oppioidi, mentre le condizioni di dolore centrale rispondono meglio agli agenti neuromodulatori del SNC, come gli inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina (SNRI) e gli anticonvulsivanti (pregabalin) (4,5,6).

Le sindromi somatiche funzionali possono essere "polisindromiche" o "monosindromiche" (7) e molto Autori credono siano manifestazioni dello stesso disturbo o di un gruppo di condizioni strettamente correlate. La sovrapposizione e le somiglianze delle M.U.S. dovrebbero quindi essere considerate così come anche le differenze tra le sindromi non dovrebbero essere ignorate.

In uno studio di coorte del 2018 (8) sono stati identificati otto profili sintomatici. Il profilo più ampio non presentava sintomi (49% della popolazione).

6

Tre profili erano caratterizzati da pochi sintomi specifici: dolori muscolari e articolari (17%), sintomi gastrointestinali (6%) e sintomi generali (13%).

Tre profili presentavano sintomi multipli in combinazioni specifiche: sintomi muscoloscheletrici e generali (7%); affaticamento, sintomi muscoloscheletrici e gastrointestinali (3%); e sintomi cardiopolmonari, gastrointestinali e generali (3%).

Infine, un profilo (2%) presentava un'alta probabilità di tutti i sintomi.

Gli ultimi quattro profili (15%) erano fortemente associati allo stato di Disturbo di Sintomo Somatico, alla scarsa percezione di salute e all'elevato impatto dei sintomi.

Ma andiamo a vedere cosa ci dicono le nuove linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [9] pubblicate nel 2023 sulla gestione della lombalgia cronica (LBP, low back pain) nelle strutture di assistenza primaria e comunitaria, indicano interventi che includono:

Interventi per classe

A: Formazione e/o consulenza strutturata e standardizzata: programmi educativi che supportino la conoscenza e le strategie di cura di sé;

B: Interventi fisici

Interventi fisici attivi:

- Terapie o programmi di esercizio strutturati: qualsiasi esercizio strutturato prescritto o pianificato da un operatore sanitario e

sottocategorie tra cui esercizio aerobico, esercizi di rafforzamento muscolare, esercizi di stretching, esercizi di flessibilità o mobilizzazione, yoga, rafforzamento del core, Pilates, esercizi per il

7

controllo motorio, esercizi di recupero funzionale e modalità di esercizio specifiche: Tai Chi, Qigong, acquaterapia/idroterapia ed esercizi di categoria mista. Interventi fisici passivi:

- Terapie manuali (terapia manipolativa spinale, massaggio, trazione)
- Terapie con aghi: agopuntura della medicina tradizionale cinese e altre modalità di agopuntura a secco (agopuntura miofasciale, neuroriflessoterapia, agopuntura medica occidentale)
- Modalità elettroterapeutiche e agenti elettrofisici: stimolazione elettrica nervosa transcutanea (TENS), ultrasuoni terapeutici
- Ausili: tutori, cinture e/o supporti lombari; ausili per la mobilità.

C: Interventi psicologici

- Interventi cognitivi e comportamentali: operante, rispondente, cognitivo e cognitivo-comportamentali
- Terapia di riduzione dello stress basata sulla mindfulness.

D: Farmaci

- Farmacoterapie sistemiche (analgesici oppioidi; farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS); antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI); antidepressivi triciclici; anticonvulsivanti; miorilassanti; glucocorticoidi; paracetamolo (acetaminofene); benzodiazepine
- Anestetici locali iniettabili

Preparati farmaceutici correlati alla cannabis per uso terapeutico

Fitoterapia.

E: Interventi multicomponenti

- Controllo del peso

8

- Assistenza biopsicosociale multicomponentali.

Scopo di questo mio elaborato è dimostrare come, in un approccio olistico, la comunicazione ipnotica praticata sul paziente con corretta diagnosi di lombalgia cronica, effettuata in setting specialistico, può influenzarne l'outcome. La raccomandazione è considerare diagnosi alternative in sede di valutazione (red flags) o rivalutazione dei pazienti con lombalgia, soprattutto in caso di modifica della sintomatologia o di insorgenza di nuovi sintomi. Escludere cause specifiche di lombalgia (es. neoplasie, infezioni, traumi, malattie infiammatorie).

La mia esperienza, come osteopata, rivolge già da anni, l'attenzione al paziente con lombalgia cronica, mediante un approccio multisetoriale, tanto che ai pazienti offro supporti semplici e meno intensivi, come il consiglio di rimanere attivi e raccomandazioni per il self-management mediante l'esercizio fisico mentre trattamenti più intensivi includono un approccio cognitivo-comportamentale e la terapia manuale e strumentale.

L'ipnosi è stata, per me, la risposta ad una intuizione già avvertita durante i vari corsi di formazione e rafforzata in circa quindici anni di esperienza lavorativa, sul fatto che il SNC non può essere considerato un recipiente passivo delle afferenze nocicettive provenienti dalla periferia bensì un complesso network neurale che processa e modula le informazioni sia meccaniche che emozionali.

Le informazioni nocicettive non sono più viste come la condizione necessaria e sufficiente affinché si esperisca dolore e quando tali condizioni persistono al di là del processo di guarigione, perdendo così la loro funzione difensiva, acquisirebbero lo status di

patologia, di condizione autoreferenziale [10]: il dolore cronico non è più un sintomo ma esso stesso malattia.

9

Il significato soggettivo che la persona dà al proprio dolore, assieme alla sua capacità di soffrirlo, non può prescindere dai condizionamenti contestuali.

Molti Autori ricercatori nel campo del dolore asseriscono che la percezione del dolore da parte degli esseri umani o di altri animali richiede la capacità di valutare l'ambiente e di formulare un giudizio soggettivo sulle informazioni nocicettive in arrivo, basato su esperienze passate e ricordi. Pertanto, il dolore richiede consapevolezza e l'intensità e i dettagli variano da organismo a organismo: il dolore è un'esperienza somatica riconoscibile che riflette la preoccupazione di una persona rispetto ad una minaccia alla propria integrità fisica o esistenziale [11].

Se il dolore è esperienza, è sorprendente come l'attenzione della scienza medica sia rimasta ancorata ad analgesici e procedure invasive ignorando le tecniche comportamentali: i farmaci rimangono elementi fondamentali della terapia, ma non sono sufficienti e rimangono al di sotto delle aspettative sia dei pazienti sia dei medici.

MATERIALI E METODI

Fisiidot è un centro medico-fisioterapico specializzato nella cura del dolore neuropatico o articolare e delle disabilità ad esso associate.

La sede principale è a Recanati (MC), l'altra è ad Apricena (FG).

Vi lavorano un osteopata-masso-fisioterapista, un ortopedico, una fisiatra.

Le sei pazienti arruolate in questo studio, da dicembre 2024 a luglio 2025, sono tutte di sesso femminile, con età compresa fra 23 e 70 anni.

Tre pazienti sono state trattate con osteopatia ed ipnosi (gruppo A) e tre con trattamento osteopatico (gruppo B). La scelta dell'arruolamento nei due gruppi è stata fatta chiedendo alle stesse pazienti se volevano sottoporsi o meno ad ipnosi.

A tutte le pazienti che necessitavano di terapia farmacologica di supporto è stata data possibilità di assumere farmaci (paracetamolo, FANS, pregabalin, duloxetina) per tutta la durata della presa in carico, sotto stretto controllo dello specialista medico.

Per tutti i pazienti il numero di sedute è variato da un minimo di 3 ad un massimo di quattro, con cadenza settimanale/quindicinale, di cui le prime tre ogni settimana.

Per quanto riguarda il trattamento ipnotico sono state fornite ai pazienti le informazioni adeguate con lo scopo di migliorarne sia la aderenza, aumentando la fiducia, sia il self-management:

- nel pre-talk sono state raccolte informazioni sullo stile dei vita, sul tipo di dolore (puntorio, irradiato, pulsante, pesante, freddo, caldo...), sulle modalità di insorgenza soprattutto per ricavarne informazioni che lo possano legare alle emozioni scatenanti (ad

11

esempio: ogni volta che litigo con mio marito/figlio/collega aumenta il mal di schiena, ogni volta che prendo l'aereo per lavoro mi

blocco, ogni volta che mi sveglio...), se migliora o peggiora con il movimento, con il freddo, ecc.

- come sistema di valutazione del dolore cronico è stata usata la scala verbale VRS che vede NESSUN DOLORE, DOLORE MOLTO LIEVE, DOLORE MODERATO, DOLORE FORTE, DOLORE MOLTO FORTE e la scala di percezione dello stress e il Questionario di Disabilità di Roland and Morris, in linea con altri studi condotti su ipnosi e lombalgia aspecifica [13].
- è stato spiegato, mostrando anche immagini RMN funzionale, cosa succede nel cervello quando viene usata una comunicazione ipnotica (e realizzato un monoideismo plastico), ovvero si “accendono” aree associate alla coscienza e alla volontarietà (area 9, 25, 32, 47) che sono più vicine ad uno stato di veglia che al sonno, che escludono la criticità comune (14); si spiega il ruolo dell'ipofisi, anch'essa mostrata visivamente e mostrata al suo posto, proprio dietro gli occhi; che cosa succede quando si prova dolore.
- nella paziente più anziana, 70 anni, e con basso grado di scolarità, il contratto è stato fatto prevalentemente basandolo sulla FIDUCIA, senza mostrare immagini di sorta.
- nella paziente ventiseienne, una studentessa in accademia della guardia di finanza, la lombalgia era imputabile sia ad un eccesso di allenamento, sia, soprattutto ad un repentino cambio di stile di vita, al

timore di non farcela, ai dubbi riguardo alla scelta e alla voglia di tornare a casa.

Stipulato un CONTRATTO, ovvero l'obiettivo di ridurre la lombalgia e restituire funzionalità, di aumentare la motivazione, la seduta è stata

12

per tutti della durata di 60 minuti, sdraiati sul lettino in posizione supina.

Il paziente veniva invitato a chiudere gli occhi (la paziente più giovane è sempre restata ad occhi aperti ma deglutiva spesso e non ammiccava) e a sollevare il braccio in levitazione che hanno mantenuto per almeno 30 minuti (gli veniva suggerito che avrebbero potuto abbassarlo quando sarebbe stato opportuno per loro).

Sono state suggerite parole di benessere come "leggerezza, morbidezza, agilità, elasticità" ma anche frasi come "puoi stare meglio di così", "devi poter pensare a te come una persona finalmente sana che si prende cura di sé" nei pazienti con un alto senso del dovere e "puoi volerti sentire una persona più adeguata a questa tua nuova mansione e dimostrare, con calma, respirando, tutte le tue capacità" nella paziente più giovane.

Quest'ultima è stata anche seguita da uno specialista endocrinologo per la comparsa di violente emorragie ed è per questo che nelle successive sedute ipnotiche mi sono avvalso di immagini come "risparmio energetico", produzione di nuova energia", "concentrazione delle forze".

RISULTATI

Tutti i pazienti hanno avuto beneficio già dopo la prima seduta con un punteggio passato da

- Federica F.: VRS da molto forte a moderato ed una Roland and Morris Disability Questionnaire da 23 a 13 (con ipnosi)
- Anna M.: VRS da dolore forte a molto lieve e una RMDQ da 16 a 6 (con ipnosi)
- Antonietta P.: VRS da forte a molto lieve ed una RMDQ da 19 a 6 (con ipnosi)
- M.Z.: VRS da moderato a molto lieve ed una RMDQ da 6 a 2 (gruppo B)
- V.S.: VRS da moderato a molto lieve ed una RMDQ da 6 a 2 (gruppo B)
- A.A.M.: VRS da forte a moderato ed una RMDQ da 14 a 6 (gruppo B)

I pazienti che hanno ricevuto anche il trattamento ipnotico non hanno assunto farmaci ed hanno mantenuto il livello di benessere fino alla seconda seduta, mentre i tre pazienti trattati con la sola osteopatia hanno visto peggiorare il loro dolore e due hanno dovuto assumere almeno un farmaco antinfiammatorio.

I pazienti che avevano ricevuto l'ipnosi hanno riferito di essere ricorsi, tramite l'ancoraggio, all'autoipnosi tutti i giorni nel proprio ambiente domestico e/o lavorativo, anche solo per qualche minuto.

Tutti i pazienti trattati con ipnosi sono ritornati in studio per un nuovo trattamento con un atteggiamento di gioia e gratitudine e con una aumentata speranza di guarigione.

14

Dopo quattro sedute la situazione era la seguente:

gruppo A

- Federica F.: VRS molto lieve; RMDQ 1
- Anna M.: VRS nessun dolore; RMDQ 0
- Antonietta P.: VRS molto lieve; RMDQ 1

gruppo B

- M.Z.: VRS molto lieve; RMDQ 1
- V.S.: VRS nessun dolore; RMDQ 1
- A.A.M.: VRS molto lieve; RMDQ 3

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti nei due piccoli gruppi sono assolutamente sovrapponibili in termini numerici, ma ciò che è accaduto nelle tre pazienti trattate anche con l'ipnosi è stato quello di far provare una gioia da tempo non più sentita, una gioia che loro stesse hanno ritrovato nel loro luogo sicuro che si è poi tradotta, specie nella prima giovane paziente, in maggiore autostima e in una più chiara e più rosea prospettiva di vita personale e lavorativa.

Bisogna assolutamente dire che, a differenza di un mero trattamento osteopatico, sicuramente efficiente anche in casi simili, questo "nuovo" approccio mediante la comunicazione ipnotica ha fatto sentire il paziente già dall'inizio, nel pre-talk, davvero speciale, con domande mirate più al suo stato emotivo che al solo setting di neuroimmagini o test chinetici a cui era stato abituato. Il paziente si è sentito finalmente capito ed ha subito provato la speranza di poter guarire, forse un pò scettico, ma senza dubbio senza nulla da perdere.

Dopo ogni seduta ipnotica, il suo stato neuro-psico-fisico era visivamente migliorato con movimenti più fluidi, dolore sensibilmente ridotto e facce più rilassate.

BIBLIOGRAFIA

1) Medically Unexplained Symptoms and Attachment Theory: The BodyMind Approach.

Payne H, Brooks SD.

Front Psychol. 2019 Nov 6;10:1818. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01818. eCollection 2019.

2) Adverse childhood experiences and somatic symptoms in adulthood: A moderated mediation effects of disturbed self-organization and resilient coping.

Kuhar M, Zager Kocjan G.

Psychol Trauma. 2022 Nov;14(8):1288-1298. doi: 10.1037/tra0001040. Epub 2021 Jun 24.

3) 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.

4) Review Best Pract Res Clin Rheumatol. 2011 Apr;25(2):141-54. doi: 10.1016/j.berh.2011.02.005.

Central pain mechanisms in chronic pain states--maybe it is all in their head

Kristine Phillips 1, Daniel J Clauw

5) Chronic widespread pain: from peripheral to central evolution. Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Mease PJ.
Best Pract Res Clin Rheumatol. 2011 Apr;25(2):133-9. doi: 10.1016

17

j.berh.2011.04.001.
PMID: 22094190 Review.

6) Pharmacological treatment of fibromyalgia and other chronic musculoskeletal pain. Goldenberg DL.
Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007 Jun;21(3):499-511. doi: 10.1016/j.berh.2007.02.012. PMID: 17602996 Review.

7) 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.

8) J Psychosom Res. 2018 May;108:102-117. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.03.002. Epub 2018 Mar 9.

A step towards a new delimitation of functional somatic syndromes: A latent class analysis of symptoms in a population-based cohort study

Marie Eliassen 1, Andreas Schröder 2, Per Fink 2, Svend Kreiner 3, Thomas Meinertz Dantoft 4, Chalotte Heinsvig Poulsen 5, Marie Weinreich Petersen 2, Lene Falgaard Epløv 6, Sine Skovbjerg 7, Torben Jørgensen

9) WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. ISBN 978-92-4-008178-9 (electronic version) ISBN 978-92-4-008179-6 (print version) © World Health Organization 2023

10) Meyer RA, Ringkamp M, Campbell JN, Raja SN. Meccanismi periferici della nocicezione cutanea. Londra: Elsevier; 2006. [Google Scholar]

11) Baliki, M.N.; Apkarian, A.V. Nociception, Pain, Negative Moods, and Behavior Selection. *Neuron* 2015, 87, 474–491. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed]

18

12) Structural and functional cerebral correlates of hypnotic suggestibility Alexa Huber 1, Fausta Lui 1, Davide Duzzi 1, Giuseppe Pagnoni 1, Carlo Adolfo Porro 1, 2014 Mar 26;9(3):e93187. doi: 10.1371/journal.pone.0093187. eCollection 2014.

13) Suggestions in Hypnosis to Aid Pain Education (SHAPE) in People with Chronic Low-Back Pain: A Pilot Feasibility Randomized, Controlled Trial, Rodrigo R N Rizzo 1, Flavia C Medeiros 2, Leandro G Pires 2, Rafael M Pimenta 2, James H McAuley 3, Mark P Jensen 4, Leonardo O P Costa 2, PMID: 29654980 DOI: 10.1016/j.jpain.2018.03.013

14) Structural and functional cerebral correlates of hypnotic suggestibility

Alexa Huber 1, Fausta Lui 1, Davide Duzzi 1, Giuseppe Pagnoni 1, Carlo Adolfo Porro 1

2014 Mar 26;9(3):e93187. doi: 10.1371/journal.pone.0093187. eCollection 2014.



FEDERICA



ANTONIETTA



ANNA

Desidero ringraziare i miei pazienti che si sono affidati, fiduciosi, a questo mio nuovo approccio terapeutico.

Ringrazio tutti i docenti dell'Istituto Franco Granone di Torino per avermi trasmesso una così grande dose di emozioni tale da farmi scattare curiosità, entusiasmo e voglia di crescere che si protrarrà per tutta la mia vita.

Un ringraziamento speciale al mio Relatore, Dott.ssa Donatella Croce, per il suo prezioso contributo.

Infine, vorrei ringraziare mia moglie, enzima catalizzatore di tutte le mie esperienze.