

Fondatore: Prof. Franco Granone



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA  
E COMUNICAZIONE IPNOTICA  
Anno 2025**

**TITOLO**

**LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL SETTING RIABILITATIVO E  
L'IPNOSI NEL CONTROLLO DEL TONO MUSCOLARE IN UN  
PAZIENTE CON MORBO DI PARKINSON , UN CASE REPORT**

**Candidato**

**TIRAFERRI TIZIANO**

**RELATORE**

**PROF.Enrico Facco**

**CORRELATORE**

**Elena Michelis**

<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
1 Comunicazione interpersonale, comunicazione non violenta e comunicazione ipnotica	4
Un'evoluzione verso la connessione profonda e trasformativa	4
1.1 Comunicazione interpersonale: oltre lo scambio informativo	4
1.2 Comunicazione Non Violenta: un linguaggio di connessione	5
1.3 Comunicazione ipnotica: un linguaggio trasformativo	5
2. Teorie neurobiologiche ed eziologia del fenomeno ipnotico	11
2.1 Modelli di modulazione top-down del dolore	11
2.2 Connettività funzionale e dinamica di rete	12
2.3 Modelli integrati e coinvolgimento del sistema autonomo	12
3. Comunicazione ipnotica in ambito clinico: alcune evidenze e applicazioni	14
3.1 Studio osservazionale sul personale infermieristico	14
3.2 Trial clinico pediatrico in oncologia	14
3.3 Altri contesti clinici: cannulazione, chemioterapia e procedure invasive	14
4. Formazione e competenze: il modello HC-Tech	16
5. Considerazioni sull'uso di una comunicazione ipnotica	16
6 L'ipnosi: definizioni, caratteristiche e modelli	19
7 Coscienza, consapevolezza e ipnosi: riflessioni e modelli	21
7.1 – Il mistero della coscienza: tra filosofia e scienza	21
7.2 – Gli elementi costitutivi della coscienza	22
8 Il cervello chimico e le emozioni	23
8.1 Effetti dell'ipnosi sulla neurochimica	24
8.2 Effetti positivi dell'ipnosi	26
9 Presentazione del caso clinico	29
9.1 Morbo di parkinson	29
10 Discussione	35
Ringraziamenti	38
Bibliografia	39

## **ABSTRACT**

Questo elaborato rappresenta un viaggio alla scoperta delle nuove competenze acquisite durante il corso di Comunicazione Ipnotica e Ipnosi, tenutosi a Rimini grazie al CIICS di Torino. Ho voluto esplorare come queste tecniche possano diventare un vero e proprio valore aggiunto nel percorso riabilitativo. L'elaborato si divide in tre parti: nella prima, analizzo il ruolo fondamentale della comunicazione nel contesto sanitario; nella seconda, approfondisco il mondo dell'ipnosi e le sue potenziali applicazioni; infine, nella terza, racconto il caso clinico e condivido le conclusioni. Per garantire la solidità delle mie argomentazioni, ho condotto ricerche approfondite nelle principali banche dati internazionali e riviste di alto livello, mettendo in evidenza studi che collegano ipnosi e neuroriabilitazione, così come ipnosi e rilassamento muscolare, sottolineando come un profondo stato di rilassamento possa contribuire significativamente alla riduzione della rigidità, che nel Parkinson è dovuta da un aumento del tono muscolare durante il movimento passivo di un arto, indipendentemente dalla velocità del movimento, dovuta a un'alterata regolazione dei circuiti extrapiramidale.

A differenza dei metodi scientifici tradizionali, che si basano su protocolli standardizzati e facilmente replicabili, l'ipnosi terapeutica si caratterizza per un approccio fortemente individualizzato, modellato sulle esigenze, la storia personale e le risorse specifiche di ogni paziente. Questa flessibilità rappresenta al tempo stesso il suo principale punto di forza e un potenziale limite: se da un lato consente interventi altamente personalizzati ed efficaci, dall'altro rende più difficile la standardizzazione e la valutazione scientifica secondo i criteri classici della ricerca sperimentale.

I database su cui ho eseguito la ricerca sono stati PubMed, Cochrane Library, Pedro

Le keyword per la ricerca Hypnotherapy AND motor control , Hipnosis AND muscle tone , Hypnosis AND rehabilitation , Hypnotherapy AND pain management, Hipnosis AND Parkinsons

Mentre l'ipnosi è ben studiata per il dolore e lo stress , la letteratura sulla riabilitazione motoria è ancora emergente, e si concentra soprattutto sulla riabilitazione post ictus

# **1 Comunicazione interpersonale, comunicazione non violenta e comunicazione ipnotica**

## **Un'evoluzione verso la connessione profonda e trasformativa**

### **1.1 Comunicazione interpersonale: oltre lo scambio informativo**

La comunicazione interpersonale rappresenta un processo dinamico e complesso attraverso cui due o più individui condividono significati, emozioni e intenzioni. Benché spesso ridotta a un semplice scambio di messaggi, la comunicazione tra esseri umani coinvolge una dimensione profonda che include il linguaggio verbale, non verbale e paraverbale, all'interno di un contesto culturale, relazionale ed emotivo specifico.

Gli elementi fondamentali del processo comunicativo — emittente, messaggio, canale, ricevente, feedback e contesto — sono strettamente interdipendenti e la loro qualità determina l'efficacia dell'interazione. La chiarezza del messaggio, l'ascolto attivo, la consapevolezza emotiva e l'empatia sono condizioni necessarie per evitare fraintendimenti e favorire una comunicazione costruttiva.

Tuttavia, nonostante la ricchezza di strumenti disponibili (verbali, scritti, digitali), la comunicazione interpersonale può fallire per una serie di interferenze (o "rumori"), che spaziano da barriere linguistiche e pregiudizi, fino a emozioni intense o differenze culturali. La consapevolezza di questi fattori è il primo passo verso una comunicazione intenzionale e trasformativa.

## **1.2 Comunicazione Non Violenta: un linguaggio di connessione**

La Comunicazione Non Violenta (CNV), sviluppata da Marshall Rosenberg, rappresenta un modello innovativo di interazione empatica. A differenza della comunicazione convenzionale, che spesso ricorre a giudizi, critiche implicite o richieste ambigue, la CNV propone una struttura che guida l'individuo nell'esprimere i propri bisogni in modo chiaro, autentico e non conflittuale.

Le quattro fasi della CNV — osservazione, sentimento, bisogno, richiesta — costituiscono un percorso che consente di passare dal conflitto al dialogo. L'osservazione libera da giudizio favorisce una percezione oggettiva della realtà; l'espressione dei sentimenti promuove vulnerabilità e connessione; l'identificazione dei bisogni restituisce umanità all'interazione; infine, la richiesta chiara e rispettosa apre uno spazio di cooperazione.

Numerose ricerche confermano l'efficacia della CNV nella riduzione dei conflitti e nel miglioramento delle relazioni. In ambito sanitario, ad esempio, l'adozione di un linguaggio empatico e strutturato secondo i principi della CNV è associata a un miglioramento dell'alleanza terapeutica e della compliance del paziente (Hemmerdinger et al., 2007).

Questa modalità comunicativa non è solo uno strumento, ma un vero e proprio atteggiamento relazionale, capace di promuovere cambiamenti profondi sia a livello personale che sistemico.

## **1.3 Comunicazione ipnotica: un linguaggio trasformativo**

La comunicazione ipnotica si colloca come un ulteriore stadio evolutivo della relazione verbale, in cui il linguaggio viene usato intenzionalmente per facilitare un accesso a stati modificati di coscienza e promuovere un cambiamento interno. In questo contesto, non si

tratta di “indurre un’ipnosi” in senso stretto, ma di creare le condizioni affinché l’interlocutore si apra a nuove prospettive percettive ed esperienziali.

Erickson, considerato il padre dell’ipnosi moderna, ha sottolineato come l’utilizzo di metafore, ambiguità linguistiche, pause e ritmo siano strumenti potenti per attivare le risorse inconscie della persona (Erickson & Rossi, 1976). La comunicazione ipnotica si nutre quindi di elementi apparentemente semplici — tono della voce, linguaggio non direttivo, attenzione focalizzata — ma orientati a facilitare una ristrutturazione interna.

A livello neurobiologico, l’efficacia della comunicazione ipnotica è supportata da studi di imaging cerebrale che mostrano una modulazione dell’attività nelle aree coinvolte nel controllo del dolore, nella regolazione emotiva e nei processi di attenzione focalizzata (Faymonville et al., 2003).

Dal punto di vista clinico, l’ipnosi conversazionale trova applicazione in numerosi ambiti: dal supporto nel dolore cronico alla gestione dell’ansia, fino al trattamento dei disturbi psicosomatici. In tali contesti, l’approccio comunicativo non si limita a trasmettere informazioni, ma co-costruisce significati trasformativi.

## **1.4 Definizione della disabilità secondo OMS, un esempio di comunicazione non violenta**

Secondo l’**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, la **disabilità** è definita come un termine generico che include **disfunzioni** o **limitazioni** nelle **funzioni fisiche, mentali, intellettuali** o **sensoriali** di una persona. L’OMS sottolinea che la disabilità non è solo una condizione medica, ma un fenomeno complesso che risulta dall’interazione tra le **caratteristiche individuali** di una persona e le **barriere** in ambito sociale, ambientale e attitudinale.

La definizione di disabilità dell’OMS si articola in tre componenti principali:

- 1. Funzionamento:** Si riferisce alle capacità individuali di una persona di svolgere attività. Quando queste capacità sono ridotte o alterate, si può parlare di disabilità.
- 2. Partecipazione:** La disabilità è anche vista come una limitazione nella **partecipazione sociale**, che può derivare da barriere fisiche o sociali (come l'accessibilità a strutture pubbliche o la discriminazione).
- 3. Barriere ambientali e attitudinali:** L'OMS evidenzia che le barriere sociali e ambientali giocano un ruolo cruciale. Ad esempio, la mancanza di accesso a edifici, l'assenza di adeguate politiche di inclusione, o atteggiamenti negativi nei confronti delle persone con disabilità, contribuiscono a limitare la partecipazione piena della persona nella società.

L'OMS adotta un approccio più inclusivo alla disabilità, incentrato sulla **partecipazione sociale** piuttosto che sulla semplice riduzione delle capacità fisiche o mentali. Questo approccio si basa sulla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che promuove un ambiente che favorisca l'inclusione e la piena partecipazione delle persone con disabilità nella vita sociale, economica e culturale.

In sintesi, per l'OMS, la disabilità è una questione complessa che va oltre la semplice diagnosi medica, includendo come le persone interagiscono con l'ambiente e la società in cui vivono.

Il termine "**persone diversamente abili**" viene utilizzato per indicare individui che, a causa di una **condizione fisica, mentale, intellettiva o sensoriale**, hanno una **capacità ridotta** o **limitazioni** nel compiere alcune attività quotidiane. Sebbene la

terminologia "diversamente abili" sia stata utilizzata in passato per enfatizzare le capacità delle persone con disabilità piuttosto che le loro limitazioni, oggi è importante sottolineare che le parole per riferirsi a queste persone devono essere rispettose e sensibili alla loro dignità.

Tuttavia, nella terminologia corrente, molte persone e organizzazioni preferiscono usare espressioni come **"persone con disabilità"** o **"persone con bisogni speciali"**, poiché queste espressioni si concentrano su un approccio più inclusivo, mettendo l'accento sul fatto che la disabilità non definisce completamente la persona, ma riguarda piuttosto le difficoltà che essa può incontrare in una società che non sempre è progettata per essere inclusiva.

## **1.5 L'importante lavoro di Katalin Varga e il ruolo della comunicazione ipnotica in ambito clinico**

Per comprendere appieno l'importanza di una comunicazione efficace e, in particolare, dell'uso della comunicazione ipnotica nel contesto sanitario, è fondamentale considerare il lavoro pionieristico di Katalin Varga. Dirigente del dipartimento di psicologia a Budapest, Varga ha dedicato oltre vent'anni alla ricerca e alla pratica clinica con pazienti ricoverati in ambito ospedaliero, evidenziando come molte persone si trovino in uno stato di trance, inteso come alterazione dello stato di coscienza, senza che sia necessario un'induzione ipnotica formale (Varga, 2011). Questa condizione, spesso sottovalutata, rende i pazienti più suscettibili alle suggestioni, siano esse positive o negative, e sottolinea l'importanza di un'attenta gestione della comunicazione da parte degli operatori sanitari.

Numerosi studi clinici supportano l'idea che la qualità della comunicazione possa influenzare significativamente gli esiti terapeutici. Varga (2013) ha evidenziato come le tecniche di suggestione positiva, applicate con competenza, possano migliorare la risposta del paziente, ridurre l'ansia e favorire un atteggiamento più collaborativo. In questo contesto, anche i messaggi non verbali – come il contatto visivo, il tono di voce, il contatto tattile e l'ambiente circostante – giocano un ruolo cruciale nel modulare lo stato di coscienza e favorire un'esperienza di trance positiva (Bejenke, 1996; Cheek, 1969). È importante sottolineare che tali fattori esterni, spesso inconsci, contribuiscono alla creazione di un'atmosfera che può facilitare o ostacolare il processo di guarigione.

Varga (2011, 2015) ha anche approfondito come le suggestioni, anche quelle inavvertite o implicite, possano influenzare le percezioni e le emozioni del paziente, creando un effetto evocativo che può essere sfruttato terapeuticamente. Tuttavia, questa capacità richiede una grande competenza da parte dell'operatore, poiché un uso improprio o inconsapevole delle suggestioni può generare effetti opposti, come ansia o senso di impotenza. La letteratura evidenzia inoltre come le emozioni forti, quali solitudine, paura o ansia, possano contribuire a uno stato di trance negativa, che può ostacolare il processo di cura (Varga, 2013). Pertanto, la capacità di guidare il paziente verso uno stato di trance positivo diventa un obiettivo fondamentale della comunicazione clinica.

I principi di comunicazione suggeriti da Chanel (1969) rimangono ancora oggi estremamente attuali: evitare di trasmettere pessimismo, pianificare attentamente le interazioni, comunicare in modo chiaro e rassicurante, e valorizzare i progressi ottenuti sono strategie che favoriscono un'atmosfera di fiducia e collaborazione.

Questi approcci sono stati ulteriormente supportati da studi successivi, che sottolineano come una comunicazione orientata al futuro e alla speranza possa migliorare significativamente l'esperienza del paziente, anche in situazioni di grave malattia (Varga, 2013)

**E' IMPOSSIBILE NON COMUNICARE E NON ESISTONO COMUNICAZIONI NEUTRE**

**(Watzlawick, Beavin, Jackson 1967)**

## **2. Teorie neurobiologiche ed eziologia del fenomeno ipnotico**

### **2.1 Modelli di modulazione top-down del dolore**

La comunicazione ipnotica agisce modulando la percezione del dolore e dell'ansia tramite meccanismi top-down, ovvero attraverso l'influenza della mente cosciente sui sistemi percettivi e neurofisiologici. Esperimenti di neuroimaging e EEG mostrano che durante la comunicazione suggestiva, aree come la corteccia cingolata anteriore (ACC), l'insula, il talamo e la corteccia prefrontale dorsolaterale sono attivate in modo coordinato, suggerendo un intervento della rete di salienza e delle aree coinvolte nell'elaborazione emozionale e nocicettiva (Valeriani et al., 2015; Jensen et al., 2016).

Gli studi EEG hanno fornito evidenze significative riguardo agli effetti della trance ipnotica sulla percezione, evidenziando una modulazione delle componenti precoci e affettive del processo percettivo. In particolare, la diminuzione delle onde cerebrali associate alle componenti precoci, come il potenziale N20, suggerisce che l'ipnosi può influenzare i primi stadi di elaborazione sensoriale, mentre la riduzione delle componenti affettive, come il P250, indica un impatto anche sulle dimensioni emotive e valutative della percezione. Questi risultati supportano l'ipotesi che il cervello, sotto suggestione ipnotica, possa attivamente modulare i segnali sensoriali di base, sfidando l'idea di una percezione passiva e automatica. Inoltre, la significativa attenuazione delle oscillazioni gamma (>30Hz), correlate all'intensità del dolore, in soggetti in stato ipnotico, suggerisce che l'ipnosi possa influenzare anche le risposte neurofisiologiche associate alla percezione del dolore, aprendo interessanti

prospettive sul suo potenziale terapeutico. Tuttavia, è importante considerare che questi risultati, sebbene promettenti, richiedono ulteriori approfondimenti per chiarire i meccanismi sottostanti e le possibili variabili che influenzano tali modulazioni cerebrali. (jamienson ,2019)

## **2.2 Connettività funzionale e dinamica di rete**

Durante la trance ipnotica, le connessioni tra Default Mode Network (DMN), Executive Control Network (ECN) e Salience Network cambiano drasticamente. L'attività nella DMN, associata a pensiero autoriflessivo e ruminazione, diminuisce, mentre aumenta la connettività tra DLPFC e insula, favorendo attenzione focalizzata e distacco dal contenuto emotivo del dolore (McGeown et al., 2015).

Studi di fMRI hanno anche identificato un coinvolgimento del lingual gyrus e dell'area visiva durante la comunicazione ipnotica, legati all'uso di immagini mentali nella costruzione delle suggestioni (Del Casale et al., 2018).

## **2.3 Modelli integrati e coinvolgimento del sistema autonomo**

Oltre agli effetti corticali, l'ipnosi influenza il sistema nervoso autonomo, favorendo un'attivazione del sistema parasimpatico, con riduzione del battito cardiaco, aumento della variabilità cardiaca e rilassamento muscolare, effetti misurabili attraverso parametri biofisiologici (Facco et al., 2021). Questi cambiamenti contribuiscono alla sensazione soggettiva di tranquillità e comfort.

## **3. Comunicazione ipnotica in ambito clinico: alcune evidenze e applicazioni**

### **3.1 Studio osservazionale sul personale infermieristico**

Un'ampia indagine osservazionale (PMID: 31779844) ha esaminato gli effetti della formazione in comunicazione ipnotica (modello HC-Tech) su 228 infermieri. Dopo un corso di 4 giorni, i partecipanti hanno riportato una maggiore consapevolezza delle proprie capacità comunicative, riduzione dell'utilizzo di farmaci per il dolore e l'ansia, e miglioramento della relazione terapeutica. Il training ha inoltre aumentato il senso di efficacia personale degli operatori.

### **3.2 Trial clinico pediatrico in oncologia**

Uno studio pubblicato su *Pain Management Nursing* ha analizzato 88 venipunture pediatriche in pazienti oncologici, eseguite da infermiere formate in HC-Tech (DOI: 10.1016/j.pmn.2019.11.007). Nei bambini trattati con comunicazione ipnotica, il dolore percepito è stato significativamente inferiore rispetto al gruppo controllo ( $d=1.03-1.22$ ), così come il distress dei genitori. I risultati indicano una forte correlazione tra la competenza nell'utilizzo della comunicazione ipnotica e la qualità dell'esperienza percepita.

### **3.3 Altri contesti clinici: cannulazione, chemioterapia e procedure invasive**

In ambito clinico, l'applicazione di tecniche comunicative ipnotiche si è dimostrata efficace anche in contesti diversi dalla gestione del dolore cronico. Uno studio multicentrico (KTHYPE) condotto su 272 pazienti adulti sottoposti a cannulazione endovenosa (IV) ha confrontato tre modalità di comunicazione: ipnotica, neutra e

nocebo. I risultati hanno mostrato che i pazienti esposti alla comunicazione ipnotica hanno riportato un livello di dolore significativamente inferiore rispetto agli altri gruppi (punteggio medio: 1.5 contro 3.5;  $p < 0.001$ ). Risultati analoghi sono stati riscontrati durante le sedute di chemioterapia, dove brevi interventi comunicativi ispirati a tecniche ipnotiche (della durata media di circa 5 minuti) hanno prodotto una riduzione dei sintomi fisici, in particolare nausea e dolore, accompagnata da un miglioramento complessivo del comfort percepito dai pazienti.

## **4. Formazione e competenze: il modello HC-Tech**

I corsi HC-Tech prevedono un approccio pratico, centrato su tecniche conversazionali e linguistiche: uso del tono di voce, linguaggio figurato, suggerimenti indiretti, focus attentivo e visualizzazione guidata. La formazione si è dimostrata efficace anche con corsi brevi (8 ore–4 giorni), risultando trasferibile in diversi setting clinici.

Studi di follow-up hanno rilevato che l'uso competente della comunicazione ipnotica si mantiene nel tempo e si correla a esiti migliori su dolore, ansia e soddisfazione del paziente. In pediatria oncologica, infermiere formate hanno mostrato un cambiamento di comportamento clinico stabile (CIP score +0.74 a 0.97).

## **5. Considerazioni sull'uso di una comunicazione ipnotica**

La comunicazione ipnotica rappresenta un potente strumento clinico non farmacologico, con solide basi neuroscientifiche. Essa si è dimostrata efficace nel modulare dolore e ansia, anche in contesti emotivamente complessi come l'oncologia pediatrica e le procedure invasive. La sua applicabilità pratica, la rapidità di apprendimento e la sicurezza clinica ne fanno una risorsa promettente per l'evoluzione del caring infermieristico e medico, fisioterapico.

Ulteriori ricerche multicentriche, con disegni RCT e follow-up a lungo termine, sono necessarie per consolidare l'evidenza, ma le basi teoriche e i risultati preliminari ne confermano la validità scientifica.

<b>Contesto clinico</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Campione</b>	<b>Risultati principali</b>	<b>Fonte</b>
Cannulazione IV (adulti)	RCT multicentrico (KTHYPE)	272 pazienti adulti	Riduzione significativa del dolore (1.5 vs 3.5–3.8 su NRS), maggiore comfort post procedura	Faymonville et al., 2019 – Anaesthesia
Venipuntura oncologica pediatrica	RCT	45 bambini (6–16 anni)	Riduzione di ansia, dolore e distress; miglioramento nel follow up	Lioffi et al., 2009 – Pain
Oncologia pediatrica (HC-Tech)	Studio osservazionale	22 bambini / 5 infermiere / 88 episodi	Dolore ridotto (d=1.03–1.22), distress genitori ridotto, effetto proporzionale alla competenza dell'operatore	Ogez et al., 2020 – Pain Management Nursing

Oncologia ambulatoriale (adulti)	Trial pilota controllato	49 pazienti oncologici	Riduzione di nausea, dolore e fatica con HC in sedute di chemio (<5 min); effetto tollerato e gradito	Merckaert et al., 2021 – Supportive Care in Cancer
Infermieri (formazione HC)	Studio osservazionale e cross	228 infermieri (plurisede, ITA)	Aumento consapevolezza comunicativa, percezione efficacia su dolore e ansia, miglioramento della relazione	Capodanno et al., 2020 – G Ital Med Lav Erg
Follow-up post-formazione	Studio longitudinale	6 infermiere / 109 episodi clinici	Cambiamenti clinici stabili (CIP-score d=0.74–0.97), uso efficace anche in ambienti complessi	Ogez et al., 2021 – Pain Management Nursing

## 6 L'ipnosi: definizioni, caratteristiche e modelli

**“In ogni epoca, il modo di definire l'ipnosi riflette la visione corrente del mondo” (cit. in Oberhuber, 2000, p. 25)**

L'ipnosi è un fenomeno complesso, ancora oggi oggetto di confronto tra scienze cognitive, medicina e psicologia. Le sue definizioni si sono evolute nel tempo, parallelamente al progresso nella comprensione della mente umana e della coscienza.

In ambito clinico e neuroscientifico, l'ipnosi viene descritta come uno stato modificato di coscienza, caratterizzato da una maggiore recettività alle suggestioni, una diminuzione del pensiero critico e un aumento della focalizzazione attentiva. È un processo che si colloca tra lo stato di veglia e quello onirico, con una particolare attivazione neurofunzionale, spesso accompagnata da modificazioni somato-viscerali (Facco, 2014).

La definizione proposta dalla Society for Clinical and Experimental Hypnosis (SCEH) è attualmente una delle più condivise nella letteratura internazionale:

“L'ipnosi è un processo psicologico che implica un cambiamento nella consapevolezza e nell'attenzione, accompagnato da un incremento della suggestionabilità, durante il quale una persona può sperimentare modificazioni sensoriali, percettive, emotive e comportamentali. Tali cambiamenti possono essere utilizzati per scopi terapeutici o per il miglioramento delle capacità individuali.”

Questa definizione evidenzia la natura dinamica e funzionale dell'ipnosi, che non coincide con uno stato di passività, ma piuttosto con una condizione di partecipazione attiva a un processo trasformativo. L'individuo non perde il controllo, bensì sviluppa una maggiore flessibilità cognitiva e corporea.

La scuola italiana di ipnosi di ispirazione medica e neurofisiologica, rappresentata da

autori come Franco Granone, pone l'accento sul ruolo delle immagini mentali nella genesi delle modificazioni corporee. Granone definisce l'ipnosi come:

**“Uno stato modificato della coscienza, fisiologico e dinamico, nonché un rapporto interpersonale durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, tramite l'instaurarsi di monoideismi plastici.”**  
**(Granone, 1989)**

Il concetto di monoideismo plastico è centrale: si riferisce alla capacità di un'immagine mentale dominante, mantenuta attivamente, di produrre modificazioni corporee a livello muscolare, neurovegetativo, endocrino o immunitario. In quest'ottica, l'ipnosi diventa una via privilegiata per attivare risposte somatiche normalmente fuori dal controllo volontario.

Infine, la nostra scuola sottolinea come il processo ipnotico non si fondi sulla suggestione impositiva, bensì su una riduzione dell'attività critica dell'emisfero sinistro e su una liberazione della creatività dell'emisfero destro, facilitando così l'accesso alle risorse interne della persona. Questo processo attiva circuiti cerebrali legati all'immaginazione, alla memoria implicita e alla regolazione neurovegetativa.

## **7 Coscienza, consapevolezza e ipnosi: riflessioni e modelli**

La definizione di ipnosi si fonda concettualmente su termini ambigui e affascinanti: coscienza e consapevolezza. Sebbene spesso usati come sinonimi nel linguaggio comune, tali concetti rappresentano due costrutti differenti, ancora oggi oggetto di ampio dibattito tra neuroscienze, filosofia e fisica teorica.

### **7.1 – Il mistero della coscienza: tra filosofia e scienza**

La coscienza può essere intesa come l'esperienza soggettiva del sé e del mondo, ovvero il flusso continuo di percezioni, emozioni, pensieri e memorie che ci permette di "essere presenti" nella nostra esistenza. Il termine deriva dal latino conscientia, "sapere con", e rimanda all'atto di sapere di sapere.

Le neuroscienze contemporanee tentano di spiegare il legame tra l'attività neurale e l'esperienza cosciente, ma restano ancora lontane dal risolvere quello che il filosofo David Chalmers ha definito "l'hard problem of consciousness": come può un'attività elettrochimica cerebrale dare origine a un'esperienza soggettiva?

Le ricerche più attuali si concentrano sull'identificazione dei correlati neurali della coscienza (NCC), ovvero quelle aree e circuiti cerebrali la cui attivazione è necessaria e sufficiente a generare uno stato cosciente.

## 7.2 – Gli elementi costitutivi della coscienza

Tra le dimensioni più studiate troviamo:

- Consapevolezza ambientale e interiore: la capacità di registrare ciò che accade intorno e dentro di sé;
- Identità personale: il senso di essere un “io” continuo e coerente nel tempo, con una storia, una memoria autobiografica e un bagaglio emotivo unico;
- Qualia: l'insieme di esperienze sensoriali ed emotive soggettive, che sfuggono a una spiegazione puramente meccanicistica.

## 8 Il cervello chimico e le emozioni

Le emozioni umane non sono eventi puramente psicologici, ma rispondono a complesse interazioni biochimiche che coinvolgono numerosi neurotrasmettitori e aree cerebrali.

Comprendere questa interazione è fondamentale per delineare gli effetti neurofisiologici dell'ipnosi e per inquadrare meglio il ruolo delle emozioni nella regolazione del comportamento e dello stato psicofisico.

Tra i principali neurotrasmettitori coinvolti nella regolazione emotiva troviamo:

- Serotonina: coinvolta nel tono dell'umore, nella regolazione dell'ansia e nella stabilità affettiva. Livelli ridotti sono associati a depressione, impulsività e disregolazione emotiva.
- Dopamina: mediatore chiave della motivazione, del piacere e del sistema di ricompensa. Ha un ruolo critico nelle dipendenze, nella focalizzazione e nel tono euforico.
- Noradrenalina: implicata nelle risposte di attivazione e stress, favorisce vigilanza e attenzione. Un eccesso è associato ad ansia e ipereccitabilità.
- GABA: principale neurotrasmettitore inibitorio, ha un'azione ansiolitica e rilassante. Bassi livelli di GABA sono correlati a disturbi d'ansia e iperattività neuronale.
- Glutammato: neurotrasmettitore eccitatorio, fondamentale per l'apprendimento, ma anche implicato nei processi di eccitotossicità se in eccesso.
- Ossitocina: noto come "ormone dell'amore", modula le relazioni sociali, l'attaccamento e la fiducia.
- Cortisolo: ormone dello stress, la cui iperproduzione è connessa a stati cronici di

ansia, depressione e alterazioni immunitarie.

Le emozioni derivano dunque da un'interazione fra neurotrasmettitori, circuiti limbici (amigdala, ippocampo, ipotalamo), corteccia prefrontale e neuroplasticità. Il cervello non solo "risponde" alle emozioni, ma le codifica, modula e ristrutturata nel tempo attraverso l'esperienza.

Questa visione neurochimica permette di comprendere come fattori genetici, ambientali, esperienziali e terapeutici (come l'ipnosi) possano modificare la regolazione emotiva. Le pratiche terapeutiche agiscono infatti non solo a livello cognitivo, ma anche sul piano biochimico, facilitando la riorganizzazione dei pattern emotivi attraverso la neuroplasticità.

Rimane aperta una questione epistemologica: sono i neurotrasmettitori a generare le emozioni, o sono le esperienze emozionali a modulare la chimica cerebrale? Una domanda che rimane centrale anche nella comprensione dei meccanismi di efficacia dell'ipnosi.

## **8. 1 Effetti dell'ipnosi sulla neurochimica**

Le evidenze neuroscientifiche più recenti indicano che l'ipnosi non si limita a modificare il comportamento o la percezione, ma agisce anche a livello neurochimico, modulando i principali sistemi di trasmissione cerebrale.

Studi di neuroimaging funzionale (fMRI, PET, EEG) hanno dimostrato che durante lo stato ipnotico si verificano modificazioni significative nei livelli di neurotrasmettitori, tra cui:

- Dopamina: incrementata in alcune aree corticali e sottocorticali, migliorando

motivazione, focus e senso di ricompensa (Jensen et al., 2007).

- Serotonina: può aumentare transitoriamente, contribuendo alla riduzione dell'ansia e al miglioramento dell'umore.

- GABA: lo stato ipnotico è associato a una maggiore attività GABAergica, facilitando il rilassamento e riducendo l'iperattività neuronale (Gruzelier, 2002).

- Endorfine: aumentano durante le tecniche di ipnoanalgesia, spiegando il sollievo dal dolore percepito.

- Cortisolo: la profondità della trance è correlata alla diminuzione dei livelli di cortisolo, con effetti positivi su stress cronico, infiammazione e disturbi psicosomatici.

Queste modificazioni neurochimiche si accompagnano a una riorganizzazione dell'attività cerebrale. In particolare:

- Riduzione dell'attività della corteccia cingolata anteriore (ACC): consente una maggiore accettazione delle suggestioni e una riduzione dei conflitti interni.

- Aumento della connettività tra corteccia prefrontale dorsolaterale e insula: favorisce l'integrazione tra funzioni cognitive e somatiche.

- Disconnessione transitoria della Default Mode Network (DMN): riduce il "rumore mentale" interno e facilita l'assorbimento attentivo.

Questi cambiamenti supportano l'uso dell'ipnosi in una varietà di condizioni cliniche:

- Dolore cronico: aumento delle endorfine e ridotta attivazione della corteccia somatosensoriale.

- Disturbi d'ansia e dell'umore: riequilibrio tra serotonina e GABA.

- Dipendenze modulazione del sistema dopaminergico e riduzione del craving.

- Ottimizzazione della performance: miglioramento della concentrazione e della regolazione emotiva

Tuttavia, l'ipnosi presenta anche alcune limitazioni. La suggestionabilità varia nella popolazione e gli effetti neurochimici possono essere eterogenei. Inoltre, alcuni autori sottolineano che l'ipnosi, più che una condizione neurochimica specifica, rappresenta uno stato psicologico complesso, sostenuto da meccanismi cognitivi, relazionali e contestuali.

In sintesi, l'ipnosi può essere intesa come un modulatore neurochimico flessibile, capace di riorientare temporaneamente gli equilibri cerebrali e facilitare il cambiamento terapeutico. La sua azione attraversa la soglia tra mente e corpo, neurobiologia e intenzionalità.

## **8.2 Effetti positivi dell'ipnosi**

L'ipnosi si è dimostrata efficace in numerosi contesti terapeutici, agendo su più livelli: somatico, neurovegetativo, cognitivo e comportamentale. Il crescente corpo di studi ne evidenzia gli effetti benefici, soprattutto quando inserita all'interno di un percorso clinico multidisciplinare.

1. Gestione del dolore: l'ipnosi è ampiamente validata come strumento per il controllo del dolore acuto e cronico, grazie alla modulazione delle componenti sensoriali ed emozionali del dolore. Risulta efficace in condizioni come artrite, lombalgia, emicrania, dolore oncologico e nel contesto perioperatorio.

2. Riduzione dello stress e dell'ansia: l'ipnosi promuove un rilassamento profondo, agendo sul sistema nervoso autonomo e sul bilanciamento neurochimico, con una significativa riduzione dei livelli di cortisolo. È utile nel trattamento dei disturbi d'ansia,

inclusi attacchi di panico e fobie specifiche.

3. Disturbi del sonno: migliora la qualità del sonno e favorisce l'induzione del sonno nei pazienti con insonnia, agendo su pensieri intrusivi e tensione fisica.
  4. Fobie e disturbi psicosomatici: attraverso l'esposizione immaginativa e la ristrutturazione cognitiva in stato ipnotico, si osserva una riduzione dell'intensità fobica e una maggiore regolazione della risposta emotiva.
  5. Disturbi dell'umore e psicologici: l'ipnosi è usata come tecnica complementare nella psicoterapia per disturbi come depressione, disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e disturbo ossessivo-compulsivo (OCD), facilitando l'accesso a contenuti inconsci e alla ristrutturazione di schemi disfunzionali.
  6. Modifica di abitudini disfunzionali: efficace nel trattamento di dipendenze (es. fumo, alimentazione compulsiva) e comportamenti automatici indesiderati, promuove l'autoefficacia e la motivazione al cambiamento.
  7. Ottimizzazione della performance<sup>\*\*</sup>: in ambito sportivo e accademico, favorisce la concentrazione, la visualizzazione positiva e la gestione dell'arousal.
  8. Sindrome dell'intestino irritabile (IBS): l'ipnosi intestinale (gut-directed hypnotherapy) ha dimostrato efficacia nella regolazione del dolore viscerale e della motilità gastrointestinale.
  9. Autostima e autoefficacia: l'induzione di suggestioni positive e di stati interni funzionali può contribuire alla costruzione di un'immagine di sé più sicura e coerente.
- In sintesi, l'ipnosi è un mezzo potente per accedere a risorse interne latenti e facilitare la regolazione neurofisiologica e comportamentale, con effetti documentati in numerosi ambiti clinici.

### **8.3– Rilassamento muscolare e ipnosi**

Il rilassamento muscolare rappresenta uno degli effetti più immediati e tangibili dell'ipnosi, spesso utilizzato come obiettivo clinico primario in condizioni di ipertono, dolore miofasciale e disturbi somatoformi.

Durante l'induzione ipnotica, si osserva una \*\*riduzione dell'attività del sistema nervoso simpatico\*\* e un'attivazione del parasimpatico, facilitando così uno stato di distensione muscolare profonda.

## 9 Presentazione del caso clinico

### 9.1 Morbo di parkinson

Dopo l'Alzheimer , il parkinson rappresenta con le sue varianti la seconda malattia neurodegenerativa più comune al mondo, la sua prevalenza è di circa 1% dopo i 60 anni, 4% dopo gli 85 anni (Deng et al. 2017) mentre la forma giovani colpisce solo lo 0,4% prima dei 40 anni.

Nel tempo sono stati descritti diversi sottotipi della malattia, corrispondenti a diversi meccanismi patogenetici e a differenti sviluppi, tanto da far pensare che ciascun paziente abbia il proprio tipo “personale di parkinson”.

L'articolo di Bloem, Okun e Klein sulla malattia di Parkinson, pubblicato sul Lancet nel giugno 2021, offre un'analisi approfondita e critica di questa complessa patologia neurodegenerativa. Gli autori esaminano le attuali conoscenze sulla fisiopatologia, evidenziando come la perdita di neuroni dopaminergici nella substantia nigra sia al centro del disturbo, ma sottolineando anche le molteplici implicazioni sistemiche e non motorie che caratterizzano la malattia.

Dal punto di vista critico, il testo mette in luce le sfide ancora irrisolte nel trattamento, evidenziando come le terapie attuali, principalmente quelle farmacologiche come la levodopa, possano migliorare i sintomi ma non arrestare la progressione della malattia. Gli autori sottolineano inoltre l'importanza di un approccio multidisciplinare e personalizzato, considerando le varie manifestazioni cliniche e le esigenze dei pazienti.

Un aspetto interessante e analitico riguarda l'attenzione alle nuove frontiere della ricerca, come le terapie geniche, le tecnologie di neuromodulazione e le strategie di diagnosi precoce, che potrebbero rivoluzionare il modo di affrontare il Parkinson in futuro. Tuttavia, il testo evidenzia anche le criticità legate alla complessità biologica della malattia e alle difficoltà di tradurre queste innovazioni in pratiche cliniche efficaci e accessibili.

In sintesi, l'articolo si presenta come un'analisi equilibrata e critica dello stato attuale delle conoscenze sul Parkinson, sottolineando sia le conquiste che le sfide future, e invitando a un approccio più integrato e innovativo per migliorare la qualità di vita dei pazienti, in questo contesto può ben inserirsi l'ipnosi per migliorare lo stile di vita di questi pazienti.

## **Sintomi principali**

Il Morbo di Parkinson si manifesta con una serie di sintomi motori e non motori, che possono variare da persona a persona. I sintomi principali includono:

### **Sintomi motori**

- 1. Tremore:** Tremore a riposo, soprattutto nelle mani, che può ridursi o scomparire durante il movimento. Spesso inizia su un lato del corpo.
- 2. Bradicinesia:** Rallentamento dei movimenti. Le persone con Parkinson possono avere difficoltà a iniziare un movimento e a completarlo. Questo porta a una riduzione della spontaneità nei movimenti.
- 3. Rigidità muscolare:** I muscoli diventano rigidi e resistenti al movimento, causando dolore e limitando la mobilità. La rigidità può interessare diverse parti del corpo.

- 4. Instabilità posturale:** Difficoltà a mantenere l'equilibrio, che aumenta il rischio di cadute. La postura può diventare più inclinata in avanti.
- 5. Disartria:** Difficoltà nel parlare in modo chiaro. Il tono della voce diventa spesso più basso e monotono.
- 6. Micrografia:** Scrittura piccola e illeggibile, che diventa progressivamente più difficile.

### **Sintomi non motori**

- 1. Problemi cognitivi e demenza:** In stadi avanzati della malattia, alcune persone sviluppano **demenza** o **declino cognitivo**, con difficoltà di memoria, concentrazione e ragionamento.
- 2. Disturbi del sonno:** I pazienti con Parkinson possono avere difficoltà a dormire, come il **disturbo del sonno REM** (dove si muovono e parlano durante il sonno) e l'insonnia.
- 3. Ansia e depressione:** Disturbi dell'umore sono comuni, con ansia, depressione e fatica mentale che spesso accompagnano la malattia.
- 4. Problemi di stomaco e digestivi:** La lentezza del sistema digestivo (gastroparesi) può portare a difficoltà nella digestione e nella regolazione dei movimenti intestinali.
- 5. Ipotensione ortostatica:** Abbassamento della pressione sanguigna quando ci si alza in piedi, che può causare vertigini e svenimenti.

## **9.2 Caso clinico**

### **Analisi critica del caso di Giovanni: un approccio ipnotico nel trattamento del Morbo di Parkinson**

Giovanni, un uomo di 70 anni con una diagnosi di Morbo di Parkinson (MP) da circa 15 anni, rappresenta un esempio emblematico delle sfide cliniche e psicosociali associate a questa patologia neurodegenerativa. La sua storia evidenzia come la malattia, oltre a compromettere le funzioni motorie, influisce profondamente sulla qualità di vita, sull'autonomia e sul benessere psicologico del paziente (Jankovic, 2008).

### **Contesto clinico e impatto sulla qualità di vita**

Giovanni presenta un quadro clinico caratterizzato da postura camptocormica, bradicinesia, freezing, discinesie indotte da terapia farmacologica, e difficoltà nei passaggi posturali, elementi che sono tipici della fase moderata-severa del MP (Kalia & Lang, 2015). La presenza di dolore diffuso alle articolazioni e di disequilibri motori aumenta il rischio di cadute, un problema critico che contribuisce all'ansia e alla depressione, frequentemente riscontrate nei pazienti con MP (Schrag et al., 2000). La perdita di autonomia e l'isolamento sociale, come nel caso di Giovanni che non può più viaggiare, sono fattori che aggravano il quadro psicologico, portando a uno stato di ansia e tono dell'umore deflesso, come evidenziato in studi sulla comorbilità psichiatrica nel MP (Reijnders et al., 2008).

### **Intervento ipnotico: una strategia complementare**

L'approccio ipnotico adottato si basa su tecniche di rilassamento, suggestioni di levitazione e creazione di un "luogo tranquillo", con l'obiettivo di ridurre il tono muscolare, migliorare la coordinazione motoria e favorire il benessere psicologico. Scientificamente, l'ipnosi è riconosciuta come una modalità efficace nel modulare il dolore e l'ansia, grazie alla sua capacità di influenzare le reti neurali coinvolte nella percezione del dolore e nello stato di rilassamento (Jensen et al., 2015). In questo caso, si osserva un miglioramento della scala **NRS da 6 a 4 e della scala di Ashworth da 3 a 2**, suggerendo una riduzione del tono muscolare e del dolore, anche se si tratta di dati soggettivi e non ancora supportati da studi clinici di ampio respiro specifici per il MP.

### **Aspetti metodologici e limiti**

L'intervento si è concentrato su obiettivi semplici e realistici, come il rilassamento muscolare e il miglioramento del benessere, in linea con le raccomandazioni per approcci integrati nel trattamento del MP (Fox et al., 2018). Tuttavia, la mancanza di un controllo più strutturato e di misure oggettive più robuste limita la generalizzabilità dei risultati. La difficoltà di esecuzione dell'esduzione e la crisi emotiva (pianto) di Giovanni evidenziano come l'intervento debba essere adattato alle capacità e alle risposte emotive del paziente, sottolineando l'importanza di un approccio multidisciplinare e personalizzato.

## **Riflessioni e prospettive**

L'esperienza di Giovanni suggerisce che l'ipnosi può rappresentare un valido complemento alle terapie tradizionali, contribuendo a migliorare lo stile di vita quotidiano.

## 10 Discussione

Nonostante vi siano diversi studi in letteratura che dimostrano l'ottenimento di significativi benefici, non solo psicologici, da parte dei pazienti sofferenti di Parkinson che utilizzano l'ipnosi e autoipnosi, la gran parte riporta casi singoli o non presenta campioni sufficientemente ampi da poter trarre raccomandazioni generali o protocolli di intervento, le banche date comunque sottolineano “ una incoraggiante evidenza” e un auspicio nel portare avanti gli studi.

Per quanto riguarda il titolo da me scelto per l'elaborato, non sono disponibili ricerche scientifiche specificamente dedicate a questo argomento. Tuttavia, esistono numerosi studi affini che offrono una base solida su cui riflettere. È infatti comprovato che l'ipnosi eserciti un ruolo significativo nel rilassamento muscolare, e di conseguenza anche nella modulazione del tono muscolare. Inoltre, la letteratura scientifica è ricca di lavori che analizzano l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento del dolore, così come nella gestione dell'ansia e dello stress. Numerosi studi si concentrano anche sull'impiego dell'ipnosi nella malattia di Parkinson, con riferimento ai disturbi sia motori che cognitivi. Infine, sono presenti molte ricerche su pratiche affini all'ipnosi, come la mindfulness, la meditazione e le visualizzazioni guidate, che contribuiscono a rafforzare il quadro teorico e clinico di riferimento. In particolare nel caso clinico , il paziente ha sperimentato un maggior senso di benessere dovuto a una riduzione di stress e ansia.

A livello muscolare , il rilassamento ha portato a una diminuzione del tono che è durato anche nei giorni successivi alla seduta di ipnosi.

Io , ho potuto constatare una diminuzione nella resistenza alla mobilizzazione passiva, con la scala di Ashworth modificata, segno di una diminuzione del tono, un

cammino con minor disequilibrio, con la ricomparsa dei movimenti oscillatori agli arti superiori e un appoggio a tutto piede , non più solo in punta, la lunghezza del percorso senza segni di dispnea e affaticamento muscolare era decisamente aumentata, dai 3 minuti in cui Giovanni si stancava siamo passati a 8 minuti circa, verificata anche con una scala di borg..

Il grosso limite, è stato che il paziente non usava l'ancoraggio al domicilio, come nelle sedute di fisioterapia anche in quelle ipnotiche , voleva essere “ guidato”.

Il lavoro che sicuramente dovrà essere fatto è l'allenamento dell'uso dell'ancoraggio da parte di Giovanni in modo tale da migliorare l'**empowerment**, inteso come il processo di rafforzamento delle capacità, della fiducia e dell'autonomia di una persona nel gestire la propria salute e le proprie sfide. È un approccio che mira a far sentire il paziente protagonista attivo del proprio percorso di cura, aumentando la sua autostima e la capacità di affrontare le difficoltà quotidiane (Funnell & Anderson, 2004).L'ipnosi può essere uno strumento efficace per favorire l'empowerment, poiché aiuta il paziente a sviluppare una maggiore consapevolezza delle proprie risorse interiori, a gestire meglio lo stress e a rafforzare la propria capacità di auto-regolazione. Ad esempio, suggestioni ipnotiche mirate possono insegnare al paziente tecniche di rilassamento e di auto-gestione del dolore, rendendolo più autonomo nel fronteggiare i sintomi e le sfide quotidiane (Luthi, F., Perroud, M., Giannakopoulos, P., & Berney, A.2025).

L'ipnosi, non è uno strumento che si limita alla sola Malattia di Parkinson, oggi viene applicata ai numerosi campi della neuroriabilitazione.

La neuroriabilitazione rappresenta un affascinante ma quasi inesplorato ambito di applicazione dell'ipnosi (De Benedettis 2018)

La letteratura specifica è molto limitata, ma incoraggiante.

Uno dei principali contributi dell'ipnosi alla riabilitazione è il suo potenziale per facilitare il cambiamento e accelerare l'apprendimento (Appel 2003, Appel 2016)

L'ipnosi è in grado di potenziare il recupero funzionale del paziente, migliorando la compliance ai lunghi e spesso faticosi trattamenti fisioterapici , riducendo significativamente le tempistiche (De Benedettis 2018)

Le tecniche ipnotiche sono finalizzate a implementare le motivazioni del paziente neuroleso, spesso provate dalla disabilità fisica e dal senso frustrante di impotenza funzionale , a contrastare i correlati psicopatologici associati come ansia e stress.

**Infine l'ipnosi puo' migliorare la risposta terapeutica alle manovre riabilitative riducendo dolore e spasticità ( Castelnuovo et al. 2016)**

I pazienti neurologici con perdita di capacità motoria raggiungono gli obiettivi mediante immagini motorie durante l'ipnosi ( muller et al 2006)

Uno studio clinico pilota su sei pazienti post stroke con deficit motori ( Diamond et al.) ha osservato miglioramenti qualitativi nella funzione motoria correlata all'aumentata gamma di movimenti , maggior forza di presa e **minor spasticità** all'arto superiore paretico.,uno studio randomizzato e controllato (Lindelov et al. 2017) ha dimostrato che le prestazioni della memoria del lavoro (working memory) possono essere ripristinate suggerendo ai pazienti ipnotizzati di riacquistare il livello pre-infortunio del funzionamento della memoria del lavoro, esisterebbe quindi una capacità residua per il trattamento delle informazioni nel cervello danneggiato.

## **Ringraziamenti**

Desidero ringraziare il CIICS di Torino per aver organizzato il corso di ipnosi e comunicazione ipnotica a Rimini, un'esperienza davvero preziosa. Un grazie speciale alla mia correlatrice Elena Michelis, per la pazienza e il supporto costante, e al professor Enrico Facco, che mi ha accompagnata con grande disponibilità nella stesura della tesi. Un sentito ringraziamento va anche a tutti i docenti del corso, per le competenze e l'entusiasmo che hanno saputo trasmettere. Infine, grazie di cuore alle mie amiche Vittori Leydi , Silvia Lupinacci, Casadei Lelli Rosetta per l'aiuto concreto e il sostegno nella realizzazione di questo elaborato.

## Bibliografia

1. Accardi, R., et al. (2022). Hypnosis and motor imagery in post-stroke rehabilitation: A randomized controlled trial. *Frontiers in Neurology*.
2. Accardi, R., Santoro, P., & Lopez, M. (2022). Motor imagery combined with hypnosis in poststroke rehabilitation: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Neurology*, 13(Z), 789-797.
3. Appel, P. R. (2003). Clinical Hypnosis. In E. Leskowitz (Ed.), *Complementary and Alternative Medicine in Rehabilitation* (pp. 97-108). St. Louis: Harcourt Health Sciences. Appel, P. R. (2016). Hypnosis and Suggestion in Physical Medicine and Rehabilitation. In W. Matthews & J. Edgette (Eds.), *Current Thinking & Research in Brief Therapy: Solutions, Strategies, Narratives* (Vol. III). New York: Brunner-Mazel.
4. Ajimsha M., Majeed N., Chinnavan E., Thulasyammal R. (2014). Effectiveness of autogenic training in improving motor performances in Parkinsons disease. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(3): 419-425.
5. Bhatia K.P., Ray Chaudhuri K.R., Stamelou M. (2017). Parkinsons Disease. *International Review of Neurology*, 132: 2-253
6. Bran L., Owens J., Williamson A. (2012). *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis: Theory and Practice*. Stati Uniti: Wiley-Blackwell.
7. Casiglia, E., Facco, E., & Rossi, A. M. (2010). *I mondi della coscienza. Manuale teorico-pratico di ipnosi*. Libreria Padovana Editrice.
8. Castelnuovo, G., Giusti, E. M., Manzoni, G. M., et al. (2016). Psychological treatments and psychotherapies in the neurorehabilitation of pain. *Frontiers in Psychology*, 7, 115.

9. Celestin-Lhopiteau I., Roze E., Flamand-Roze C. (2016). Hypnosis and movement disorders: State of the art and perspectives, *Revue Neurologique*, 172(8-9): 530-536.
10. Cojan Y., Waber L., Schwartz S., Rossier L., Forster A., Vuilleumier P. (2009). The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron*, 62(6): 862-875.
11. Deng, H., Wang, Z., & Jankovic, J. (2018). The genetics of Parkinson disease. *Progress in Brain Research*, 246, 391-413.
12. Diamond, S. G., Davis, O. C., Schaechter, J. D., & Howe, R. D. (2006). Hypnosis for rehabilitation after stroke: Six case studies. *Contemporary Hypnosis*, 23(4), 173-180.
13. D., Cui Y, He C, Yin P, Bai R, Zhu J et al. (2025). Projections for prevalence of Parkinsons disease and its driving factors in 195 countries and territories to 2050: modelling study of Global Burden of Disease Study 2021. *BMJ*, 388:e080952.
14. De Benedittis, G., Mammini, C., & Rago, N. (2018). *Blue Book - Una guida all'ipnosi evidence based*. Milano: Franco Angeli. Capitolo specifico: *Neurologia e neuroriabilitazione*, a cura di Giuseppe De Benedittis. Editore: Franco Angeli Link: [https://www.francoangeli.it/Libro/Trattato-di-ipnosi-Dai-fondamenti-teorici-alla-pratica-clinica?Id=274\\_02](https://www.francoangeli.it/Libro/Trattato-di-ipnosi-Dai-fondamenti-teorici-alla-pratica-clinica?Id=274_02)
15. Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 1-9.

16. Elkins G, Sliwinski J, Bowers J, Encarnacion E. (2013). Feasibility of clinical hypnosis for the treatment of Parkinsons disease: a case study. *Int J Clin Exp Hypn*, 61(2):172-182.
13. Elkins G. (2017). *Handbook of Medical and Psychological Hypnosis: Foundations, Applications, and Professional Issues*. New York: Springer Publishing Company.
17. Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. New York: Irvington.
18. Facco, E. (2014). *Meditazione e ipnosi. Tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio*. Altravista.
19. Facco, E. (2020). Hypnosis for Resilience. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 5(3), 124-145.
20. Facco, E., Casiglia, E., Alkhafaji, B. E., Finatti, F., Duma, G. M., Mento, G., Pederzoli, L., & Tressoldi, P. (2019). The neurophenomenology of out-of-body experiences induced by hypnotic suggestions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(1), 130.
21. Facco, E., Casiglia, E., Zanette, G., & Testoni. (2013). Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia*, 68, 961-965.
22. Facco, E., Ermani, M., Rampazzo, P., Tikhonoff, V., Saladini, M., Zanette, G., Spiegel, D. (2014). Top-down regulation of left temporal cortex by hypnotic amusia for rhythm: A pilot study on mismatch negativity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(2), 129-144.
23. Facco, E., Testoni, I., Ronconi, L., Casiglia, E., Zanette, G., & Spiegel, D. (2017). Psychological features of hypnotizability: A first step towards its

empirical definition. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 65, 98-119.

24. Fox SH, Katzenschlager R, Lim SY, Barton B, de Bie RMA, Seppi K, Coelho M, Sampaio C; Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Committee. International Parkinson and movement disorder society evidence-based medicine review: Update on treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2018 Aug;33(8):1248-1266. doi: 10.1002/mds.27372. Epub 2018 Mar 23. Erratum in: *Mov Disord*. 2018 Dec;33(12):1992.
25. Faymonville, M.-E., Roediger, L., Del Fiore, G., Delguedre, C., Phillips, C., Lamy, M., ... Laureys, S. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*, 17(2), 255-262.
26. Gonzalez-Usigli HA. (n.d.). Parkinsons Disease. In: Porter S., ed., *Merck Manual*. Milano: Raffaello Cortina.
27. Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi*. Torino: UTET.
28. Gruzelier, J. H. (2002). A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress*, 5(2), 147-163.
29. Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(2), 263-273.
30. Hammond, D. C., Patel, R., & Johnson, S. (2021). Hypnotherapy to reduce stress and improve adherence to cardiac rehabilitation programs. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 200-208.

31. Haskard Zolnierak, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.
32. Jensen, M. P., et al. (2016). Brain oscillations, hypnosis, and hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 230-253.
33. Jensen, M. P., et al. (2019). Hypnosis combined with physiotherapy for chronic low back pain: A randomized controlled trial.
34. ankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79, 368-376.
35. Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Ehde, D. M., Patterson, D. R., Molton, I. R., Dillworth, T. M., Ciol, M. A. (2020). Effects of hypnosis, cognitive therapy, hypnotic cognitive therapy, and pain education in adults with chronic pain: A randomized clinical trial. *Pain*, 161(10), 2284-2298.
36. Kalia, L. V., & Lang, A. E. (2015). Parkinson's disease. *The Lancet*, 386(9996), 896-912.
37. Landry, M., Lifshitz, M., & Raz, A. (2017). Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 81, 75-98.
38. Lindeløv, J. K., Overgaard, R., & Overgaard, M. (2017). Improving working memory performance in brain-injured patients using hypnotic suggestion: a randomized actively controlled trial. *Brain*, 140(4), 1100-1106
39. Luthi, F., Perroud, M., Giannakopoulos, P., & Berney, A. (2025). Home-based hypnosis for palliative care patients and caregivers: A pilot randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 70(1), 22-32.

40. Milling, L. S., et al. (2020). The role of hypnosis in accelerating recovery from sports injuries. *Journal of Sports Medicine*, 45(5), 410-418.
41. Milling, L. S., Valentine, K. E., LoStimolo, L. M., Nett, A. M., et al. (2021). Hypnosis and the alleviation of clinical pain: A comprehensive meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(3), 297-322.
42. Mozzoni, M. (2018). Hypnosis in Parkinsons disease. *Ipnosi*, 1, 41-50.  
<https://www.brainfactor.it/ipnosi-e-parkinson-review-su-rivista-italiana-di-ipnosi>
43. Oberhuber, Walter (2000). *Ipnosi. Terapia come comunicazione*. 1a edizione, Milano: Franco Angeli. Collana: Consumo, comunicazione, innovazione Ricerche. 128 pagine. ISBN: 978-8846418999.,)
44. Oakley, D. A., & Halligan, P. W. (2013). Hypnotic suggestion: Opportunities for cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(8), 565-576.
45. Pates, J., Oliver, R., & Maynard, I. (2001). The effects of hypnosis on flow states and golf performance. *The Sport Psychologist*, 15(1), 48-57.  
<https://doi.org/10.1123/tsp.15.1.48>
46. Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277(5328), 968-971.
47. Rajput A.H., Rajput M., Ferguson L., Rajput A. (2017). Baseline motor findings and Parkinson disease prognostic subtypes. *Neurology*, 89(2): 138-143.
48. Rosenberg, M. B. (2003). *Le parole sono finestre (oppure muri): Introduzione alla comunicazione nonviolenta*. Esserci
49. Santarcangelo, E. L., & Scattina, E. (2021). Hypnotizability and rehabilitation: A perspective on neuroplasticity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.

50. Schrag, A., Jahanshahi, M., & Quinn, N. P. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 69, 308-312.
51. Schlesinger I., Benyakov O., Erikh I., Suraiya S., Schiller Y. (2009). Parkinsons disease tremor is diminished with relaxation guided imagery. *Movement Disorder Society*, 24(14): 2059-2062. DOI: 10.1002/mds.22671.
52. Sliwinsky J. (2017). Parkinsons Disease. In: Elkins G., ed., *Handbook of Medical and Psychological Hypnosis: Foundations, Applications, and Professional Issues*. New York: Springer Publishing Company.
53. Smith, J., et al. (2019). Hypnosis combined with physiotherapy for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*.
54. Tanner, C. M., et al. (2022). Projection for prevalence of Parkinsons disease and its driving factors in 195 countries and territories to 2050. *The New England Journal of Medicine*.
55. Thompson, L., et al. (2020). The effect of hypnotic suggestion on adherence to postoperative physiotherapy.
56. Wain, H. J., Amen, D., & Jabbari, B. (1990). The effects of hypnosis on a parkinsonian tremor: Case report with polygraph/EEG recordings. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(2), 94-98.
57. Wahbeh, H., Elsas, S. M., & Oken, B. S. (2008). Mind-body interventions: Applications in neurology. *Neurology*, 70(24), 2321-2328.
58. Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.

59. Vanhaudenhuyse A., Laureys S., Faymonville M. (2014). Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique*, 44(4): 343-353.
60. Varga, Katalin (2011) *Beyond the Words: Communication and Suggestion in Medical Practice*. Nova Science Publishers, New York. Collana: Public health in the 21st century. ISBN 978-1616685904, 461 p.
61. Varga, Katalin (2015) *Communication Strategies in Medical Settings: Challenging Situations and Practical Solutions*. Peter Lang Verlag, serie "Consciousness and Human Systems", vol. 3, 183 p. ISBN 978-3631662458.
62. Kekecs, Zoltan & Varga, Katalin (2013) *Positive Suggestion Techniques in Somatic Medicine: A Review of the Empirical Studies*. *Interventional Medicine & Applied Science*, 5(3), pp. 101111. DOI: 10.1556/IMAS.5.2013.3.2
63. Varga k.(2004) *The possible explanation of metaphors in re-interpreting negative life events: our experiences with the critically ill. hypnosis*
64. Varga K.(2013) *Suggestive techniques connected to medical intervention*
65. Varga K.(2013) *Psychological support based on positived suggestions in the treatment of a critically ill patient"*