



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

EFFETTO PLACEBO E NOCEBO DELLE PAROLE NELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA

Candidata Erika Zannier

Relatore Milena Muro

Correlatore Marina Torresan

"Tutti noi speriamo in qualcosa. Ma il malato spera più di ogni altro. E sono le parole il mezzo più importante per infondere speranza: parole empatiche, di conforto, fiducia, motivazione".

Benedetti F.

INDICE

1. Introduzione.....	5
1.1 Presentazione dell'argomento e motivazione della scelta.....	5
2. Quesito e obiettivi di ricerca.....	6
3. Metodo di analisi della letteratura.....	7
4. La comunicazione nella relazione terapeutica.....	8
5. La comunicazione ipnotica nella relazione terapeutica.....	11
6. L'importanza di una comunicazione efficace tra professionista sanitario e persona assistita: le parole che curano.....	14
7. Come comunicare efficacemente? Il tocco delle parole placebo e nocebo.....	16
8. Una storia: Mirella e sua figlia, sarte del proprio vestito.....	27
9. Bibliografia e sitografia.....	30

ABSTRACT

La comunicazione ipnotica rappresenta una modalità speciale con la quale il professionista sanitario si pone in relazione con la persona assistita. Gli strumenti che l'utilizzo di un linguaggio consapevole pone a favore delle persone coinvolte in questa dinamica permette lo sviluppo di rapport, quindi di fiducia e di motivazione nel raggiungimento di obiettivi terapeutici specifici. Questa condizione è il presupposto per modulare attenzione e motivazione verso modifiche e adeguamenti comportamentali, cognitivi e riorganizzativi richiesti a seguito di un cambiamento di vita importante, come accade a molti pazienti dopo un evento di malattia invalidante. Questa revisione della letteratura propone l'analisi di alcuni studi condotti verso l'esplorazione di tutti quei meccanismi neurobiologici che nascono con l'utilizzo di termini definiti "Placebo" e "Nocebo", la cui conoscenza può permetterne l'utilizzo nella comunicazione terapeutica in modo consapevole e orientato all'obiettivo.

Particolare attenzione viene rivolta agli effetti placebo e nocebo come modulatori di recettori neuroendocrini, attraverso processi cognitivi, emotivi, legati all'influenza delle aspettative e agli effetti prodotti dal framing del messaggio terapeutico. Tutto questo con l'obiettivo di generare risultati specifici, come emerge dagli studi, nell'uso consapevole di un linguaggio positivo, di metafore significative per favorire l'aderenza al percorso terapeutico, alle pratiche riorganizzative, come detto, necessarie dopo un cambiamento in termini di salute e autonomie.

Gli studi analizzati emergono da revisioni di letteratura, meta analisi e trials clinici individuati su banche dati scientifiche e testi letterari, opere di ricercatori specializzati in questo campo di ricerca.

Parole chiave: comunicazione ipnotica, effetto placebo e nocebo, parole, relazione terapeutica.

1. INTRODUZIONE

1.1 Presentazione dell'argomento e motivazione della scelta

La comunicazione è la modalità unica di interazione che permette alle persone di entrare in relazione tra loro e rappresenta uno strumento con il quale gli esseri umani, con tutti i sensi di cui sono dotati, creano la propria percezione e dimensione del mondo che li circonda.

Nella relazione terapeutica il rapporto che si crea tra professionista sanitario, il suo assistito e i suoi caregiver si costruisce con l'utilizzo di gesti, sguardi e soprattutto parole che hanno funzioni specifiche e che entrano in contatto con dimensioni complesse e fortemente connesse tra loro nella sfera biologica e psicosociale della persona coinvolta.

La relazione, in ambito sanitario e assistenziale, caratterizza il tempo di contatto e di interazione predominante della quotidianità lavorativa e l'attenzione che va ad essa riferita è di fondamentale importanza. L'art. 4 del Codice Deontologico delle professioni infermieristiche sottolinea che "il tempo di relazione è tempo di cura" e questa relazione si definisce in tutti gli aspetti della comunicazione verbale, paraverbale e non verbale.

Il Codice Deontologico, nell'art.19, pone forte attenzione in riferimento all'accoglienza e alla valorizzazione del contributo della persona assistita, facilitando l'espressione e l'esternazione della sofferenza. La comunicazione rappresenta un punto cardine nel contatto di relazione terapeutica .(1)

La comunicazione in ambito clinico necessita l'utilizzo di parole il più possibile consapevoli e la scelta di termini specifici e di supporto alla persona e alla situazione che essa, con il vissuto di malattia, sta vivendo e affrontando contribuisce allo sviluppo della fiducia, del senso di efficacia e di percezione di presa in cura costruttiva e centrale che nel rapporto infermiere e paziente sta al cuore del processo di cura.

Franco Granone, nel "Trattato di ipnosi" rinforza il concetto che "*..è sul linguaggio e sulla parola, definita strumento di azione, che si fondano il rapporto interpersonale e ogni scambio dialettico tra medico e malato. Le parole sono stimoli di immagini e di riflessi condizionati..*".(2)

Pratico la professione infermieristica in ambito riorganizzativo da circa 8 anni e il ruolo di case manager all'interno di una RSA della provincia di Udine mi pone accanto a utenti, familiari e caregivers nel percorso che li vede artefici di un cambiamento significativo nelle proprie vite.

Le modifiche rispetto all'assetto assistenziale poste in atto hanno lo scopo di individuare e adeguare nuove risorse per rispondere ai bisogni emersi dopo un evento clinico acuto o al deterioramento di una condizione di benessere già precedentemente fragile.

Per poter compiere qualsiasi cambiamento in tal senso è necessario che vi sia una nuova visione della propria capacità, da parte delle persone coinvolte in questo percorso, nel far fronte a bisogni che, prima di un evento clinico acuto o a un deterioramento progressivo delle autonomie, erano diversi, forse addirittura assenti o relativamente percepiti.

Uno sguardo, quindi, che si porti in una prospettiva che ogni individuo possa sentire corrispondente a sé stesso e rispettosa di quelle che sono le proprie volontà, il proprio sentire e che lo porti a compiere un percorso di ridefinizione di sé stesso nella percezione di risorse e potenzialità disponibili oltre che attivabili.

Utilizzare le parole che, nella comunicazione ipnotica, conducano allo sviluppo di sé in tal senso rappresenta una scelta funzionale al rinforzo e al supporto di quella dimensione profonda che è situata nella dinamica di relazione con se stessi e con le proprie credenze, i vissuti e le emozioni legate a immagini, ricordi e valori e che tiene conto anche delle connessioni biochimiche neuronali strettamente connesse a relative aree cerebrali, come dimostrato nei recenti studi scientifici di cui si tratterà in questo elaborato.

2. QUESITO E OBIETTIVI DI RICERCA

L'interesse personale per questa tematica nasce dalla volontà quindi di comprendere come funzionino i meccanismi neurofisiologici legati alla connessione tra parole e aree cerebrali che si riferiscono ai vissuti emozionali e come, in queste dinamiche, si sviluppino gli effetti placebo e nocebo delle parole nella comunicazione ipnotica.

L'intento di ricerca è quello di esplorare le esperienze di influenza del linguaggio suggestivo e dei termini definiti placebo e nocebo in esso contenuti e di come questo possa essere orientato allo stimolo di sviluppo di risorse interne sugli esiti clinico assistenziali, in particolare nel vissuto del paziente e dei caregivers rispetto a dipendenze nuove o aggravate nelle ADL (Activities of Daily Living, ovvero attività di base della vita quotidiana), nell'ottica di sviluppo della relazione terapeutica funzionale al percorso riorganizzativo in risposta ai nuovi bisogni di cura e benessere.

Quali sono le modalità di azione delle parole nei termini placebo e nocebo nel determinare dei possibili cambiamenti nei comportamenti, nella percezione dei limiti, nella motivazione e nell'implementazione delle autonomie residue delle persone con una modifica delle condizioni di salute e di benessere funzionale?

Il focus si concentrerà sugli aspetti della comunicazione ipnotica come strumento che supporti la riduzione alla resistenza al cambiamento e alla scoperta di una rinnovata capacità nell'affrontare i cambiamenti in termini proattivi, analizzando gli effetti placebo e nocebo dei termini utilizzati.

3. METODO DI ANALISI DELLA LETTERATURA

L'analisi dei diversi aspetti di questa tematica viene svolta conducendo una revisione sistematica della letteratura utilizzando i motori di ricerca "Pubmed" e "Google Scholar".

I termini scelti per individuare gli studi sono stati "words" "nocebo and placebo effects" e "hypnosis", ricercando principalmente gli studi maggiormente rappresentativi (meta analisi, revisioni di letteratura, studi significativi per approfondire specifiche tematiche relative ai quesiti di ricerca), anche relativi alla comunicazione terapeutica.

Oltre alla revisione sistematica condotta sui motori di ricerca mi sono dedicata alla lettura e all'analisi di articoli e testi di Fabrizio Benedetti, professore ordinario di Neurofisiologia presso l'Università degli Studi di Torino e massimo esperto nello studio dell'effetto placebo e nocebo. Tra i testi di riferimento citati in bibliografia uno di questi è "La speranza è un farmaco: come le parole

possono vincere la malattia” (Mondadori, 2018), particolarmente significativo per i contenuti riportati e per l’approfondimento in tema di comunicazione in medicina.

4. LA COMUNICAZIONE NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

La comunicazione è un processo universale dell’esperienza di relazione umana e permette alle persone di condividere informazioni, idee, indicazioni in un dinamismo bidirezionale di messaggi tra due o più soggetti. Oltre a questi aspetti relativi ai contenuti di messaggio le persone, comunicando, mettono in campo emozioni, valori, esperienze che racchiudono significati specifici ai quali si fa riferimento fin dalle prime fasi di questo processo dinamico e circolare.

Per definire nello specifico, tra i modelli di studio sulla comunicazione maggiormente significativi, quelli che, con le caratteristiche principali, si riferiscono al focus di approccio relazionale terapeutico è necessario ripercorrere la storia della pratica curativa dal XX secolo in poi.

La relazione terapeutica è sempre stata al centro del processo di cura ma il concetto di comunicazione come strumento clinico inizia ad essere studiato solo da questo periodo a seguire.

In epoca antica si parlava del valore dell’ascolto e della relazione umana nei processi di guarigione già con Ippocrate e Galeno.

Nella medicina ippocratica vi erano diversi aspetti di cura riferiti all’ascolto e alla conoscenza profonda del contesto personale del paziente. Al centro del processo di cura vi era la *philanthropia*, quindi l’amore per l’umanità.

Empatia, relazione etica e rapporto umano erano elementi imprescindibili del rapporto terapeutico.(3)

Per Galeno le emozioni e le testimonianze pregresse dell’assistito facevano parte integrante della comunicazione funzionale alla cura e quest’ultima veniva intesa come strumento di cura. Per lui il carattere del medico, comprensivo, empatico e integro, era fondamentale per ispirare fiducia e

favorire la guarigione. Virtù come compassione e integrità morale erano essenziali quanto le competenze scientifiche.(4)

Tuttavia, per i primi modelli teorici, sarà a partire dai primi decenni del Novecento che si inizierà a guardare agli ambiti psicologici e sociali come parte integrante della pratica medica e infermieristica nella relazione terapeutica.

I primi modelli lineari e meccanicistici partono nel 1949 con Shannon – Weaver, che descrivono la comunicazione come trasmissione di un messaggio da un mittente a un ricevente attraverso un canale, un elemento codificatore e uno decodificatore.

Nell'ambito di questo modello *“..non vengono considerati gli aspetti complessi e dinamici che caratterizzano la comunicazione umana, la connotazione emotiva ad essa legata e la componente interpretativa. Tuttavia esso ha fornito i primi elementi per fare chiarezza sulla struttura della comunicazione e sui possibili elementi distrattivi”*. (tratto da “La comunicazione: principi e modelli”, unità 6 del testo di Igiene e cultura medico – sanitaria, metodologia sanitaria e sociale edito nel 2014 da Franco Luciani Editore)

Il primo modello che parla di “valore di relazione” come fattore di cambiamento è Carl Rogers (1940-1950) che nel suo approccio centrato sulla persona pone enfasi sull'empatia, sulla relazione umana autentica e sulla fiducia nel processo interno di cambiamento da parte della persona assistita.(5)

Nel 1967 Watzlawich, Beavin e Jackson approfondiscono, nel modello sistemico – relazionale “Pragmatica della comunicazione umana” i principi fondamentali della loro teoria per la quale:

- non si può non comunicare;
- ogni comunicazione ha un livello di contenuto e uno di relazione;
- la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti;
- gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico. Il linguaggio numerico ha una sintassi logica assai complessa e di estrema efficacia ma manca di una semantica adeguata nel settore della relazione, mentre il linguaggio analogico ha la

semantica ma non ha nessuna sintassi adeguata per definire in un modo che non sia ambiguo la natura delle relazioni;

- tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza. La rilevanza clinica è data dal punto di importanza sulla parte assunta dal professionista sanitario, che diventa parte del sistema comunicativo del paziente.

In questo modello la relazione è un elemento che modifica l'esito della cura.(6)

Nel 1952 Hildegard Peplau, considerata la fondatrice della “relazione terapeutica” in ambito infermieristico, in “Interpersonal relations in Nursing” rappresenta le fasi di questo modello in 4 punti fondamentali:

- orientamento: fase nella quale si crea il primo contatto e avviene la definizione del problema assistenziale;
- identificazione: il paziente si riconosce nella relazione di aiuto;
- sfruttamento: utilizzo delle risorse offerte dal professionista;
- risoluzione: chiusura della relazione e autonomia del paziente nella risoluzione del problema assistenziale.

Questo modello pone al centro del suo core innovativo il riconoscimento della figura professionale infermieristica come “agente terapeutico” e non solo come esecutore di pratiche e interventi assistenziali, di compiti o “funzioni”.(7)

Lo sviluppo, negli ultimi decenni, di numerosi studi a supporto ha permesso alle nuove conoscenze in campo neuroscientifico di permettere la nascita e lo sviluppo di nuovi modelli che hanno arricchito lo scenario evolvendolo e ampliandolo ulteriormente.

Tra questi va citato il modello Calgary – Cambridge (Silverman, Kurtz, Draper, 1996), che struttura la comunicazione clinica nelle fasi di inizio, raccolta dati, spiegazione, pianificazione e chiusura e che enfatizza l'ascolto attivo e la negoziazione del piano di cura. Sviluppato nel 1996, si tratta di un modello pratico che incorpora gli aspetti fisici, psicologici e sociali della consultazione. La

condivisione dei pensieri tra professionista e paziente viene intesa come accoglienza del racconto e lo pone al centro facendo percepire che è lui ad avere il controllo su sè stesso. (8)

Nel 2001 Charon R. definisce l'approccio narrativo identificando il paziente come narratore della propria esperienza, con il professionista che funge da co-autore del percorso di cura. Secondo Charon *“la pratica efficace della medicina richiede competenza narrativa, ovvero la capacità di riconoscere, assorbire, interpretare e agire sulle storie e le difficoltà altrui. La medicina praticata con competenza narrativa, chiamata medicina narrativa, si propone come modello per una pratica medica umana ed efficace. L'adozione di metodi come la lettura attenta della letteratura e la scrittura riflessiva consente alla medicina narrativa di esaminare e illuminare quattro delle situazioni narrative centrali della medicina: medico e paziente, medico e sé stessi, medico e colleghi, e medico e società. Con la competenza narrativa, i medici possono raggiungere e unirsi ai loro pazienti nella malattia, riconoscere il proprio percorso personale attraverso la medicina, riconoscere la parentela e i doveri verso gli altri professionisti sanitari e inaugurare un discorso coerente con il pubblico sull'assistenza sanitaria. Colmando le divisioni che separano i medici dai pazienti, da sé stessi, dai colleghi e dalla società, la medicina narrativa offre nuove opportunità per un'assistenza medica rispettosa, empatica e nutriente”*.(9)

5. LA COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Nell'ambito dello sviluppo dei modelli comunicativi è con Milton Erickson, a partire dagli anni '70, che si parla di una forma di comunicazione consapevole e guidata affinché la persona sviluppi una condizione particolare di coscienza tale da permettergli di vivere una maggiore suggestionabilità e una partecipazione profonda e integrata della propria relazione mente-corpo.

La comunicazione ipnotica in questo modello viene definita come interazione comunicativa che, adeguatamente modulata in termini di utilizzo del tono, del ritmo, delle pause e tramite l'utilizzo di metafore e suggestioni dirette, può produrre uno stato di focalizzazione dell'attenzione assimilabile a una condizione ipnotica.

Nel testo postumo che raccoglie alcuni documenti significativi in merito l'ipnosi non viene vista come tecnica di imposizione ma come vero e proprio processo comunicativo relazionale. (10)

Come possiamo quindi definire la comunicazione ipnotica integrata nell'ambito clinico?

In Italia Franco Granone, nel Trattato di Ipnosi (1989) parla di comunicazione ipnotica integrando l'approccio ericksoniano con la pratica applicata in ambito clinico e medico.

Gli atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'Istituto Franco Granone, attualizzando il messaggio da lui condotto nel suo sviluppo scientifico di ricerca e applicazione dell'ipnosi in ambito clinico a partire dagli anni '60, riportano la descrizione di Ipnosi come di una *"...condizione di coscienza particolare durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato - viscerali per l'instaurarsi di un monodeismo plastico auto o etero - indotto e un rapporto privilegiato operatore - soggetto. Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo - emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica"*.(11)

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.

Il concetto di "monoideismo plastico", riportato negli Atti sopra citati, riporta la condizione di focalizzazione su una sola idea per la quale esso divenga plastico quando la sua rappresentazione si attua, secondo il suo contenuto, in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile. Nel Monoideismo la componente emozionale è imprescindibile.

Quindi l'attenzione concentrata su uno stimolo o un'idea, che diventa predominante, permette una modificazione della reattività organica e psichica del soggetto e in questo stato si crea una relazione profonda tra colui che induce e colui che è indotto.

La possibilità che questa condizione si verifichi viene definita "rapport" ed è una particolare relazione maieutica, dinamica, bidirezionale ed empatica che si instaura nel qui e ora tra operatore e soggetto, addivenendo a una sincronia interazionale sia psichica che somatica.

Granone affermava che tutte le tecniche induttive condividono alcune caratteristiche:

- aumentano la suggestionabilità agendo su un attutimento della funzione critica e logica, favorendo l'emisfero cerebrale destro, sede della creatività e dell'immaginazione;
- attivano il fenomeno del monoideismo plastico, ossia la focalizzazione dell'attenzione su un unico contenuto mentale, che predomina sulla coscienza.

La comunicazione ipnotica viene quindi posta come forma di interazione in cui il linguaggio verbale ma anche non verbale orienta e modula la condizione psicofisica della persona veicolando suggestioni e immagini interiori.

Si può parlare quindi di una forma avanzata di relazione terapeutica, che integra empatia, ascolto attivo e tecniche linguistiche mirate. Per l'infermiere essa costituisce uno strumento utile non solo per trasmettere informazioni ma anche per facilitare processi di cura, ridurre la sofferenza e promuovere il benessere globale del paziente.

Essa richiede:

- un rapporto relazionale solido tra operatore e soggetto, basata su fiducia e alleanza (rapport);
- una modalità linguistico-esperienziale capace di stimolare l'uso di risorse e capacità interne utilizzando le esperienze e le emozioni evocate tramite l'utilizzo di metafore, immagini, storie;
- un equilibrio tra ascolto attivo e capacità di guidare l'altro verso il proprio mondo interiore.

La comunicazione che si basa su questi presupposti consente al professionista di guidare la persona in una condizione psicofisica favorevole alla cura.

ASIECI (Associazione Scientifica Italiana di Educazione e Comunicazione Ipnotica), dagli anni 2000 diffonde il concetto e la connotazione della comunicazione ipnotica come uso consapevole del linguaggio nel contesto assistenziale in ambito clinico e terapeutico.

La Comunicazione Ipnotica è una tecnica di comunicazione applicata con consapevolezza e che utilizza i meccanismi neurolinguistici coinvolti nelle funzioni mentali utilizzando parole per creare immagini.

Comunicando in modo consapevole si utilizzano le parole con una funzione neurofisiologica e in questa dimensione, grazie alla relazione di fiducia che cresce e si rafforza tra paziente e professionista, si creano i presupposti per una percezione profonda di sé e delle proprie esperienze.

Come riportato nel sito di ASIECI: “ *La comunicazione ipnotica può essere utilizzata anche senza che sia in atto una modifica dello stato di coscienza ma la relazione di fiducia che si instaura può portare alla realizzazione di uno stato di coscienza particolare, fisiologico e dinamico che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo con la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche grazie al manifestarsi di fenomeni fisicamente evidenti che sono l’espressione della potenza di una immagine, (monoideismo plastico)*”. (12)

Si può parlare quindi della comunicazione ipnotica in ambito sanitario integrandola nello sviluppo della conoscenza in merito alle modalità attraverso cui la relazione si pone come strumento di cura.

La comunicazione ipnotica rappresenta uno strumento di elevato spessore e il suo utilizzo terapeutico, nell’ambito della relazione infermiere - paziente, consolida la percezione di fiducia profonda e reciproca che va oltre la comunicazione empatica e che permette al rapporto di raggiungere un livello speciale e di grande valore per entrambe le parti coinvolte, soprattutto in condizioni di particolare fragilità psicologica.

La letteratura mostra l’efficacia della comunicazione ipnotica in diversi contesti infermieristici:

- riduzione dell’ansia preoperatoria; (13)
- controllo del dolore in procedure invasive; (14)
- maggior aderenza terapeutica. (15)

6. L’IMPORTANZA DI UNA COMUNICAZIONE EFFICACE TRA PROFESSIONISTA SANITARIO E PERSONA ASSISTITA: LE PAROLE CHE CURANO

L’analisi di questi aspetti finora citati ci porta a riflettere e porre attenzione alla rilevanza di quanto detto in relazione agli obiettivi della relazione tra sanitari e assistiti.

Essa è considerata una componente fondamentale della scienza infermieristica e strettamente connessa alla sua qualità. (16)

La comunicazione efficace diventa componente determinante nel percorso di cura.

Le abilità relazionali e linguistiche permettono di attuare un ascolto attivo e empatico che possa includere la prospettiva del paziente e renderlo centrale nel proprio vissuto.

Grazie a questa capacità le informazioni e i messaggi trasmessi a tutti i livelli comunicativi sono chiari e creano un presupposto positivo e un senso di fiducia.

Fondamentale è la sua funzione di sostegno e di implementazione affinché la persona sviluppi un senso di auto-efficacia e diventi protagonista delle proprie decisioni.

L'aderenza terapeutica, la gestione dei sintomi e la percezione delle esperienze vissute in ambito clinico trovano nella comunicazione ipnotica, positiva e empatica una dimensione di controllo e capacità di gestione significativamente rappresentata.

Nello specifico sono stati condotti diversi studi che supportano il valore di questo ambito relazionale e l'interesse di questa analisi intende focalizzarsi sulle evidenze chiave in riferimento al contesto sanitario che vede l'utilizzo intenzionale di tono, metafore, attenzione selettiva al linguaggio con lo scopo di migliorare l'alleanza e la compliance durante il percorso di cura.

Howick et al., nel 2018, hanno condotto una revisione sistematica della letteratura che riporta come una comunicazione clinica positiva (empatia, rassicurazione, aspettative di miglioramento) produca riduzione significativa di sintomi quali il dolore, l'ansia e lo stress, aumentando un senso di soddisfazione. (17)

Un trial randomizzato controllato condotto nel Trial KTHYPE su 272 adulti ha visto dimezzarsi il dolore utilizzando parole positive (NRS 1,5 vs il 3,5-3,8 con comunicazione neutra o nocebo) riducendo inoltre ansia e aumentando il comfort post procedura (brevi e dolorose quali venipuntura e PIVC, ovvero Peripheral Intra Venous Cannulation).(18)

Una meta-analisi ha ricercato invece la relazione tra suggestionabilità e risposte nocebo, che implicano esiti sanitari avversi in risposta a stimoli contestuali e sono deleterie avendo un certo impatto su numerose caratteristiche della salute mentale e fisica.

L'analisi degli articoli più rilevanti ha rivelato una correlazione positiva significativa tra suggestionabilità e risposte nocebo, corroborando le proposte secondo cui la reattività dei tratti alle suggestioni verbali conferisce una maggiore risposta ai nocebo e giustifica una rinnovata attenzione al ruolo della suggestionabilità nell'induzione e nella percezione dei sintomi.(19)

7. COME COMUNICARE EFFICACEMENTE? IL TOCCO DELLE PAROLE PLACEBO E NOCEBO

"Tutti noi speriamo in qualcosa. Ma il malato spera più di ogni altro. E sono le parole il mezzo più importante per infondere speranza: parole empatiche, di conforto, fiducia, motivazione”.

Questo estratto dal libro di Fabrizio Benedetti, “La speranza è un farmaco: come le parole possono vincere la malattia” (Mondadori, 2018) racchiude il valore del tocco che le parole, in termini di effetto placebo e nocebo, possono determinare a livello neuronale dei cambiamenti importanti nell'esperienza di vissuto della malattia. (20)

La scienza e lo sviluppo di studi specifici ci dicono che le parole sono delle potenti frecce che colpiscono precisi bersagli nel cervello, e questi bersagli sono gli stessi dei farmaci che la medicina usa nella routine clinica.

Le parole, innescando quindi gli stessi meccanismi dei farmaci, si trasformano da suoni e simboli astratti in vere e proprie armi che modificano il cervello e il corpo di chi soffre. È questo il concetto chiave che sta emergendo, e recenti scoperte lo dimostrano: le parole attivano le stesse vie biochimiche di farmaci come la morfina e l'aspirina.

Fabrizio Benedetti, uno dei massimi studiosi al mondo dell'effetto placebo, ha raccolto nel corso degli anni una serie di analisi e ricerche approfondite che delineano un approccio rivoluzionario alla malattia e al processo di guarigione, testimoniando l'importanza delle suggestioni verbali positive per il loro potere di modificare il cervello e le risposte dell'intero organismo.

Lo scenario aperto in questa dimensione di analisi e approccio alla comunicazione e alla funzione specifiche dei termini con la quale questa viene consapevolmente condotta è innovativo: le parole,

quelle colme di speranza, rappresentano l'ingrediente cruciale di ogni terapia e diventano quindi parte integrante della pratica clinica e assistenziale.

Ma come funzionano i meccanismi che sottintendono allo sviluppo di queste connessioni con le strutture specifiche neuronali ad esse riferite? Come possono le parole “aprire” o “chiudere” porte che nel nostro cervello rappresentano specifiche aree e a cui sono legate risposte funzionali o disfunzionali per lo sviluppo di una determinata risposta ad essa relativa?

Il quesito che questa ricerca si pone è proprio questo: quali sono le modalità di azione delle parole nella loro funzione di placebo e nocebo tali da determinare dei possibili cambiamenti nei comportamenti, nella percezione dei limiti, nella motivazione e nell'implementazione delle autonomie residue delle persone con una modifica delle condizioni di salute e di benessere funzionale.

Prima di entrare nello specifico di questa analisi è importante comprendere cosa si intenda con i termini “Placebo” e “Nocebo”, in primis riportando la definizione che troviamo nell'enciclopedia Treccani.

Il termine “placebo” viene rappresentato come “preparazione farmaceutica a base di sostanza farmacologicamente inerte che viene somministrata soprattutto per gli effetti psicologici di autosuggestione che può avere sul paziente, oppure per eseguire confronti con medicinali efficaci in una serie di esperimenti clinici”.

Il termine “nocebo” viene descritto nel 2012 come un neologismo che si riferisce a una “risposta patologica dell'organismo umano in alcuni soggetti particolarmente suggestionabili che, temendo l'insorgere di un sintomo, ne favoriscono la comparsa; tale effetto si osserva anche in seguito alla somministrazione di un farmaco che prevede effetti collaterali, pur trattandosi di un placebo”. (Treccani)

Secondo l' European Headache Federation (21) il placebo è definito come una sostanza o un intervento che porta a un risultato benefico dopo la somministrazione o applicazione, nonostante i suoi ingredienti attivi non abbiano questa capacità. Gli ingredienti attivi includono composti farmacologicamente attivi, proprietà, interventi psicologici, manipolazioni fisiche e altri (ad esempio, chirurgia simulata, stimolazione simulata). Inoltre, il placebo non è solo il trattamento

inerte o l'intervento in sé, ma anche qualsiasi segnale dal contesto circostante che accompagna il rituale terapeutico.

Il nocebo è definito come una sostanza o un intervento che porta a risultati negativi dopo la somministrazione o applicazione, nonostante i suoi ingredienti attivi non abbiano questa capacità. Gli ingredienti attivi includono proprietà farmacologiche, effetti psicologici o manipolazioni fisiche. Come il placebo, il nocebo è caratterizzato dal contesto circostante, che comprende qualsiasi stimolo o informazione proveniente dall'ambiente.

Entrambi i termini si riferiscono agli agenti o interventi inerti che causano effetti benefici (placebo) o negativi (nocebo) e non devono essere confusi con le risposte o gli effetti che essi generano.

Per comprendere meglio le risposte che questi termini possono generare a livello neurologico e analizzare questo processo è utile riportare i contenuti inclusi in un articolo tratto dalla rivista *Neuron Review* dal titolo “New Insights into the Placebo and Nocebo Responses”, scritto da Paul Enck, Fabrizio Benedetti e Manfred Schedlowski e pubblicato nel 2008.(22)

In questo documento vengono poste in luce le risposte placebo e nocebo, evidenziando i meccanismi neurobiologici e psicologici che le influenzano e le loro implicazioni nella ricerca clinica.

La risposta al placebo e al nocebo è mediata da processi psicologici attivi nel cervello, influenzati da aspettative e condizionamento. Questi meccanismi hanno implicazioni significative per la ricerca clinica e la pratica medica.

I meccanismi includono tre specifici focus, ovvero l'attivazione del circuito di ricompensa del cervello, il condizionamento pavloviano e l'ansia nel contesto del nocebo.

La ricerca attuale si concentra su quesiti in merito alla relazione tra aspettative e condizionamento e se vi sia evidenza di una rete cerebrale coerente per gli effetti placebo.

Prendiamo ora in analisi i punti precedentemente menzionati.

Aspettativa e Circuito di Ricompensa: l'effetto placebo è mediato dal circuito di ricompensa del cervello, dove le aspettative di miglioramento clinico giocano un ruolo cruciale. L'attivazione dopaminergica è massimizzata quando la probabilità di ricompensa è del 50%.

Studi di imaging cerebrale hanno dimostrato che la risposta al placebo è correlata all'attivazione della dopamina nel nucleo accumbens, che è una struttura del cervello facente parte dei gangli della base ed è situata nella parte anteriore del setto ventrale striato, in prossimità del corpo calloso.

In quest'area si concentra lo sviluppo dei meccanismi di ricompensa, motivazione, piacere ed emozioni. Maggiore è la risposta del nucleo accumbens ai premi, più forte è la risposta al placebo.

In particolare sono state analizzate immagini molecolari /funzionali su soggetti sani che mostrano come l'attività di questo nucleo in risposta all'anticipazione di ricompensa (in questo caso monetaria) predica la forza dell'effetto placebo analgesico e che le differenze individuali nel circuito della ricompensa motivano parte della variabilità nell'effetto placebo. (23)

In uno studio condotto su un gruppo di persone affette da Parkinson viene riportata la manipolazione dell'aspettativa dopaminergica (placebo dopaminergico) tramite l'utilizzo di un compito di apprendimento della ricompensa e la risonanza magnetica funzionale.

La sola aspettativa di rilascio di dopamina migliora l'apprendimento per la ricompensa e modula l'attività cerebrale a livello del corpo striato e della corteccia ventromediale prefrontale.

Gli effetti erano selettivi per apprendere dalla ricompensa, quindi né il farmaco né il placebo hanno avuto effetto sull'apprendimento per evitare perdite monetarie (ricompensa). Questo rafforza l'idea che l'aspettativa clinica sia un attivatore del circuito di ricompensa indipendentemente dal fatto che ci sia o meno un intervento chimico attivo.(24)

Condizionamento Pavloviano e risposte immunitarie: il condizionamento comportamentale può influenzare le risposte immunitarie, dimostrando l'interazione tra il sistema nervoso centrale e il sistema immunitario. Esperimenti riportati negli studi di Ader e Cohen vedono dimostrare come il condizionamento possa modificare parametri immunitari (ai tempi furono condotti esperimenti con i ratti associando il gusto della saccarina a un immunosoppressore).(25)

Lo studio di tutto quello che riguarda la connessione tra mente, corpo e risposta immunitaria è racchiuso nella disciplina che studia le relazioni bidirezionali tra psiche e sistemi biologici, ovvero la PNEI. PNEI significa Psiconeuroendocrinoimmunologia e in essa convergono, all'interno di un unico modello, conoscenze acquisite, a partire dagli anni Trenta del 20° secolo, dall'endocrinologia, dall'immunologia e dalle neuroscienze. (Treccani, definizione di PNEI).

Strutture cerebrali come la corteccia insulare e l'amigdala sono cruciali per la soppressione condizionata della produzione di anticorpi.

Sono stati osservati cambiamenti condizionati nella funzione immunitaria anche negli esseri umani, come nella condizione di leucopenia indotta da ciclofosfamide riscontrata in uno studio del 1996 nel quale un gruppo di soggetti affetti da sclerosi multipla ricevevano trattamenti ciclici di ciclofosfamide (stimolo non condizionato) abbinati a uno stimolo non condizionato. Una successiva somministrazione doppio cieco veniva associata a uno stimolo condizionato e a una dose minima di ciclofosfamide.

In questo studio l'80% dei pazienti presentarono una diminuzione dei leucociti periferici alla presentazione dello stimolo condizionato compatibile con una leucopenia indotta per effetto del condizionamento. (26)

L'ansia nel contesto del nocebo. L'effetto nocebo, meno studiato rispetto al placebo, è associato a contesti psicologici negativi e può amplificare la percezione del dolore. La ricerca ha rivelato che le aspettative negative attivano circuiti cerebrali specifici e che l'anticipazione di un dolore può attivare aree cerebrali come la corteccia cingolata anteriore e la corteccia prefrontale.

L'azione degli antagonisti della colecistochinina (CCK) suggerisce che le aspettative negative attivano sistemi opposti rispetto a quelle positive.

E' stato posto in analisi l'effetto dell'ansia per il suo ruolo significativo nell'effetto nocebo.

In uno studio condotto per verificare se l'utilizzo di benzodiazepine potesse bloccare l'iperalgia indotta da nocebo è stato somministrato a un gruppo di volontari con dolore ischemico al braccio sperimentale un nocebo verbale tale da indurre aspettative in merito al peggioramento del dolore, con la misurazione ormonale di ACTH (...) e cortisolo per studiare l'asse ipotalamo – ipofisi – surrene (HPA).

E' stata poi somministrata della benzodiazepina vs placebo per verificare se il farmaco potesse antagonizzare sia l'iperalgia indotta dal nocebo sia l'aumento dell'attività dell'asse HPA.

E' stato studiato l'effetto del farmaco sia con il riscontro del blocco non solo dell'iperalgia nocebo ma anche dell'aumento dei livelli di ACTH e cortisolo, quindi una riduzione della risposta allo stress.

Il farmaco non ha mostrato effetti analgesici sul dolore basale, ovvero quella componente priva della componente nocebo.(27)

La comprensione dei meccanismi placebo e nocebo ha importanti implicazioni per la progettazione di studi clinici e la pratica medica. La risposta al placebo può infatti influenzare l'aderenza dei pazienti e i risultati clinici.

In questi termini di grande interesse è il lavoro di ricerca condotto da Benedetti , che in questo estratto dall'intervista riportata nel documentario “Quel qualcosa in più”, documentario prodotto nel 2022 indaga la relazione tra professionisti sanitari e persone malate a cura di N. Smith e D.Basso (www.nicolesmith.eu”) e sintetizza il ruolo delle parole nella comunicazione tra clinico e paziente come segue.

“Oggi abbiamo a disposizione molti mezzi dal punto di vista scientifico, in particolare neuroscientifico, che ci permettono di studiare il cervello e permetterci di rispondere alla domanda “cosa succede al paziente nel momento in cui interagisce con il proprio terapeuta e cosa può produrre questa interazione in termini di riduzione del sintomo?”. Quello che abbiamo iniziato a capire oggi è che il fenomeno, fondamentalmente, è quello di anticipazione evento; in questo caso è beneficio, il miglioramento clinico. Nel momento in cui io dico al paziente “attu una terapia, attu una procedura che ti farà stare meglio” questo scatena nel cervello del paziente una serie di reazioni in determinate aree cerebrali e in ultima analisi vengono rilasciate delle sostanze e attivate le stesse vie biochimiche attivate dai farmaci somministrati nella vita di tutti i giorni, stimolando e attivando vie biochimiche che inibiscono una sintomatologia.

La componente psicologica della persona attiva la stessa via biochimica del farmaco.

Sarebbe meglio dire, e questo è un punto cruciale, il contrario. Non sono le parole che attivano le stesse vie biochimiche dei farmaci ma sono i farmaci ad attivare le vie biochimiche delle parole.

Le parole sono nate prima, è nata prima l'interazione sociale. In seguito la specie umana, che è intelligente, ha creato delle molecole, che sono i farmaci, che sono in grado di potenziare queste stesse vie biochimiche ma di cui la specie umana è già dotata.

Quindi il contenuto di quanto comunicato dall'esterno implica nella persona che riceve il messaggio un forte condizionamento rispetto alla lettura del mondo che lo circonda, sulle aspettative e su ciò

che caratterizza il vissuto, le emozioni, le scelte e il comportamento in rapporto a tutti questi elementi.

Gli effetti placebo (e nocebo) ne sono un chiaro esempio: il modo in cui gli operatori sanitari discutono, descrivono e informano i pazienti sugli effetti caratteristici di un determinato trattamento influenza i sentimenti e le aspettative dei pazienti riguardo a quel trattamento, le risposte psicobiologiche al percorso di cura e l'esperienza soggettiva degli effetti del processo terapeutico.

L'effetto delle parole dei medici e del personale sanitario sulle risposte dei pazienti a trattamenti e procedure attivi (e inerti) viene dimostrato in diversi studi e ricerche. I trattamenti attivi sono più efficaci quando vengono descritti ai pazienti in un modo che ne riduce l'ansia e ne aumenta le aspettative di risultati positivi (Koban, Jepma, Geuter e Wager, 2017).(28)

In questo studio infatti viene riportato come le risposte fisiologiche e cerebrali rispecchiano gli effetti vissuti e comportamentali e i cambiamenti nelle aspettative e nella valutazione sono mediatori chiave degli effetti delle istruzioni. In questo processo di elaborazione i sistemi prefrontali possono influenzare l'elaborazione affettiva in base alle istruzioni.

Se invece vengono somministrati senza istruzioni o spiegazioni da parte di un medico o di un infermiere, i farmaci analgesici comunemente utilizzati per il dolore postoperatorio – buprenorfina, tramadolo, ketorolac e metamizolo – si sono rivelati il 50% meno efficaci (Amanzio, Pollo, Maggi e Benedetti, 2001).(29)

In una recente revisione viene descritto come nelle sperimentazioni che vedono l'utilizzo di placebo l'efficacia del suo effetto analgesico viene amplificata se il farmaco viene somministrato accompagnato da una affermazione che lo presenti come potente analgesico.

Quando il farmaco non viene presentato o somministrato senza creare aspettativa questo dimostra di essere meno efficace oppure necessita di una dose maggiore. (30)

Uno studio riportato nel 2015 pone in luce come le informazioni nocebo fornite durante la somministrazione di una crema analgesica possano invertire l'analgesia topica in iperalgesia, testando se gli effetti nocebo fossero mediati da un'attivazione emotiva negativa. I risultati hanno rivelato che il dolore era significativamente inferiore nel gruppo che riceveva la somministrazione topica con informazioni positive e più elevato nei gruppi che ricevevano suggerimenti di

iperalgia, indipendentemente dalla somministrazione del farmaco o del placebo. Le analisi di mediazione hanno mostrato che lo stress e la pressione sanguigna rilevate in corso di analisi mediavano l'iperalgia dopo suggerimenti nocebo, suggerendo che le informazioni nocebo possono invertire l'analgia topica e che i fattori emotivi possono spiegare una percentuale significativa di varianza nell'iperalgia nocebo.(31)

Gli esempi precedenti di effetti placebo (e nocebo) servono a dimostrare quanto i messaggi e le informazioni trasmesse ai pazienti siano potenzialmente determinanti in base alla modalità con cui questi vengono strutturati e trasmessi. Le risposte emotive, le valutazioni e le aspettative riferite ai trattamenti proposti da parte dei pazienti e dei loro caregiver vengono quindi notevolmente influenzate da come viene trasmesso il contenuto delle proposte effettuate, dalle parole utilizzate e da come queste tocchino parti di vissuto, credenze e aspettative del tutto personali.

Nel confronto comunicativo professionista-paziente è presente, in prima linea, la presentazione e la condivisione di quelle che sono le informazioni su rischi e benefici di qualsiasi trattamento/intervento basati sulle evidenze sia scientifiche che legate allo specifico obiettivo terapeutico.

Una delle implicazioni cliniche più importanti della ricerca sull'effetto placebo è la possibilità che la discussione degli effetti previsti del trattamento (benefici) aumenti le aspettative dei pazienti riguardo a un esito positivo e, di conseguenza, migliori l'esperienza soggettiva dei pazienti riguardo agli effetti del trattamento proposto.

Fornire ai pazienti le informazioni sul trattamento migliora le risposte dei pazienti al trattamento stesso e il focus va indirizzato alla comprensione su come questo possa avvenire in modo da ridurre il più possibile l'ansia del paziente e aumentare le aspettative, le preferenze e le risposte affettive a quelle che sono le indicazioni relative al percorso di aderenza alla terapia, al percorso riorganizzativo assistenziale, all'aumento di percezione rispetto alle proprie capacità nel far fronte all'impegno che, come riportato nel quesito di ricerca, vede la persona protagonista nel cambiamento dei comportamenti, nella percezione dei limiti di una nuova condizione di salute e dipendenza nel soddisfacimento dei propri bisogni, nella motivazione e nell'implementazione delle autonomie residue in una condizione di modifica delle condizioni di salute e di benessere funzionale.

L'obiettivo è quindi quello di esaminare, alla luce di quanto trattato in precedenza, le strategie basate sull'evidenza per la trasmissione delle informazioni terapeutiche in modo da ottimizzare le risposte affettive dei pazienti e le loro valutazioni sui consigli terapeutici e riorganizzativi in termini di progettazione dei percorsi di implementazione assistenziale.

Per prima cosa lo studio prende in analisi l'impatto del framing del messaggio sulle valutazioni e sulle risposte affettive dei pazienti ai consigli terapeutici.

Con i termini “framing del messaggio” si intende “inquadramento del messaggio”, ovvero una tecnica di comunicazione che consiste nel presentare un messaggio o un'informazione in un certo modo, con l'intento di modificare la percezione, la comprensione o la reazione del destinatario.

Il framing è importante, nel contesto della comunicazione ipnotica e terapeutica, perché rappresenta l'approccio nell'inquadrare la realtà in modo da favorire una risposta positiva o adattiva nel paziente e nei caregivers.

Si tratta di favorire l'orientamento della percezione in modo che la persona trovi risorse interne e nuovi significati, anche in situazioni molto difficili.

La comunicazione in questa dinamica si focalizza sui significati dei contenuti, perché nello specifico di un contesto di riorganizzazioni assistenziali post evento invalidante paziente e caregiver affrontano un cambiamento radicale nella condizione di autonomia e nell'identità di ruolo.

Dopo eventi clinici significativi, come ad esempio un ictus, l'amputazione di un arto, il peggioramento di una malattia cronica degenerativa, sia il paziente che i suoi prossimi attraversano un momento critico di fase identitaria e funzionale.

Aiutare il caregiver a ristrutturare il proprio ruolo e le aspettative mette in campo alcuni elementi utili ad affrontare e ad integrare la nuova condizione del proprio congiunto.

In questa prospettiva il framing terapeutico applicabile nei termini della comunicazione ipnotica serve a:

- rinforzare l'alleanza terapeutica con il professionista e creare il presupposto perché il rapport, di cui si è trattato in precedenza, porti alla necessaria condizione di fiducia

reciproca che determina il contratto terapeutico e la possibilità di una comunicazione profonda quale la comunicazione ipnotica;

- stimolare l'adattamento, il senso di autoefficacia, la resilienza alla nuova condizione;
- diminuire resistenze e paure, naturale reazione di protezione di fronte all'incognita di una condizione sconosciuta;
- coinvolgere attivamente le risorse disponibili e potenziarne l'azione implementando, grazie al rinforzo rispetto alla percezione sulle proprie capacità, il senso creativo nel cercare risposte ai nuovi bisogni.

In che modo condurre quindi la comunicazione ipnotica consapevole e funzionale al contatto profondo tra professionista/ipnotista e persona assistita?

Quasi tutte le informazioni relative alla salute, compresi i consigli terapeutici e riorganizzativi, possono essere interpretati in termini di benefici e costi. Ad esempio, un medico che consiglia a un paziente in terapia cronica con oppioidi per il dolore cronico di ridurre gradualmente la dose di farmaci oppioidi potrebbe enfatizzare i benefici della riduzione graduale degli oppioidi (ad esempio, "Se riduci gradualmente l'uso di farmaci oppioidi, avrai maggiore lucidità mentale, sarai più in grado di interagire con gli altri nelle interazioni sociali e godrai di una migliore qualità della vita complessiva").(32)

Nella comunicazione ipnotica il linguaggio consapevole porta in campo un framing costituito non solo da linguaggio ma soprattutto da relazione, ascolto, presenza, empatia.

Vengono utilizzate metafore significative, il tempo verbale si orienta al presente e al futuro con un linguaggio permissivo e le presupposizioni sono positive, a rinforzo del percorso di interazione supportiva.

Decine di esperimenti hanno presentato dati coerenti con la fondamentale revisione di Rothman e Salovey (1997), in cui i principi fondamentali della Teoria della Prospettiva vengono applicati per prevedere gli esiti del framing di perdita e guadagno nel contesto della fornitura indicazioni terapeutiche. Tra i comportamenti in ambito sanitario, quelli di recupero, ovvero "ogni intervento intrapreso per correggere o alleviare un'esistente problema di salute" (Rothman & Salovey, 1997, p.

12), vedono che, per la loro promozione, i messaggi centrati sui guadagni sembrano essere i più efficaci. (33)

Per concludere si riportano di seguito alcuni studi emersi dalla ricerca specifica su PubMed e Google Scholar in riferimento all'utilizzo delle parole placebo e nocebo nella comunicazione ipnotica, ovvero il linguaggio che attiva effetti placebo/nocebo in tale ambito di relazione.

Nello studio riportato in questo articolo vengono messi a confronto gli effetti placebo e nocebo sotto induzione ipnotica in pazienti a alta/bassa suscettibilità ipnotica, mostrando come la combinazione di intervento placebo e induzione ipnotica potrebbe migliorare notevolmente l'analgesia, indipendentemente dalla suscettibilità ipnotica dei pazienti.(34)

Benedetti F et al., in “Neurobiological mechanism of the placebo effect”, pubblicato in Journal of Neuroscience, hanno dimostrato che l'aspettativa di sollievo dal dolore attiva le stesse aree cerebrali coinvolte dall'uso di analgesici veri, come la corteccia prefrontale e il sistema oppioide endogeno. Le parole nella comunicazione di relazione e quindi ipnotica possono attivare il sistema di analgesia naturale percorrendo le vie biochimiche sopra citate. (35)

Benedetti, F., et al. (2007), hanno dimostrato che le parole negative (ad esempio “questa condizione potrebbe creare problemi”) inducono aumento dell'ansia e peggioramento dei sintomi, anche in assenza di causa fisiologica reale.(36).

Le parole quindi, in quest'ottica, possono diventare “farmaci verbali negativi”.

“Placebo effects: understanding the mechanism in health and disease”, di Benedetti F., rappresenta uno dei testi di riferimento globali sull'effetto placebo. In questo documento viene analizzato nello specifico il ruolo delle parole, della relazione medico-paziente e del contesto terapeutico come coadiuvanti terapeutici veri e propri.(37)

“Placebo and the new physiology of the doctor – patient relationship”, è un testo nel quale Benedetti spiega che l'interazione medico-paziente, fatta anche solo di parole e atteggiamento, può modificare parametri fisiologici come la frequenza cardiaca, la pressione, il dolore e l'ansia, attivando o inibendo vie cerebrali precise, come quelle dopaminergiche e oppioidi.(38)

In “Placebo and nocebo effects: from in vitro to in vivo” Benedetti mostra che i nocebo possono causare abbandono dei trial clinici a causa di effetti collaterali indotti solo dalle aspettative negative, e non dal farmaco.(39)

Fondamentale la conoscenza di questi aspetti in considerazione del disegno degli studi clinici e nella formulazione del consenso informato.

Nello specifico, in relazione all’ipnosi, in “Placebo e Nocebo effects: implications for hypnosis”, nel capitolo di Benedetti del volume Taylor & Francis , si evidenzia come il contesto ipnotico sfrutti aspettative e ricompense coinvolgendo cerebello, corteccia prefrontale e strutture limbiche, analogamente al placebo.(40)

Frisaldi, Piedimonte e Benedetti, in una pubblicazione sulla rivista American Journal of Clinical Hypnosis, sottolineano il ruolo delle parole e delle suggestioni ipnotiche come modalità efficaci del rituale terapeutico, che modulano neurotrasmettitori nel cervello.(41)

8. UNA STORIA: MIRELLA E SUA FIGLIA, SARTE DEL PROPRIO VESTITO

Mirella ha 75 anni. Conduce la sua vita in un piccolo paese di vallata con il marito e la figlia che, da un paio di anni, si è trasferita da loro per poterli assistere e supportarli.

Una mattina a casa Mirella sta male. Viene ricoverata in ospedale e dagli accertamenti effettuati il malore viene ricondotto a una patologia tumorale, estesa e con prognosi infausta.

La figlia viene informata, conosce la mamma e sa che se lei sapesse di questa diagnosi si lascerebbe andare e inizierebbe a morire già dal momento in cui ne venisse a conoscenza. Chiede che la mamma non venga ancora a conoscenza delle proprie condizioni cliniche.

Mirella viene trasferita in RSA per permettere alla figlia di organizzare il domicilio e l’assistenza per un rientro adeguato alle nuove necessità della mamma, ora totalmente dipendente nelle attività di vita quotidiana.

Organizzo un primo colloquio con la presenza del medico di reparto, per condividere le condizioni cliniche attuali, le prospettive a breve termine, i desideri e le risorse/limiti di cui tener conto in questa progettualità.

Le emozioni portate dalla figlia in stanza sono complesse: ansia, preoccupazione, memorie di esperienze pregresse.

La voce è esitante, lo sguardo è fisso nel vuoto e la sua postura contratta.

A pesare sul suo vissuto il ricordo ancora vivido e ingombrante della zia: l'assistenza prestata anni prima a lei, che aveva rifiutato i farmaci oppiacei per rimanere lucida fino alla fine della sua vita, costituivano un modello introiettato come sinonimo di forza e autodeterminazione nel come voler affrontare la malattia e la terminalità...ma anche di indicibile dolore. "E' così che si muore, con quelle malattie. Mi sono messa nei suoi panni e ho provato, immedesimandomi, una lucida e consapevole sofferenza", dice.

Questo ricordo genera conflitto interno, tante domande e paura che questo dolore possa riproporsi con la stessa forza nel vissuto di malattia della mamma.

La paura della figlia è vivere il fine vita della mamma nell'impotenza di non poter essere di aiuto e sollievo in questa fase.

Il primo momento di contatto ci ha posti nella condizione di creare uno spazio in cui permettere alla figlia di Mirella di sentirsi accolta.

Lo "Yes Set", in cui le prime frasi sono state: "E' difficile trovarsi in una situazione del genere..", "Lei è qui perché desidera che sua madre stia meglio.." e "E' naturale sentirsi spaventati quando ci si trova di fronte a una situazione incerta e inattesa..", ci ha permesso di far fluire con più libertà le sue emozioni.

La figlia annuisce, commuovendosi.

Nel ricalco emotivo il focus si è portato sul riconoscimento aperto delle difficoltà e della paura in riferimento all'esperienza passata. La comunicazione lì si è aperta sulla condivisione di una credenza molto forte.

Le sofferenze del corpo hanno condizionato il vissuto dei sintomi e dei dolori e hanno trasmesso alla figlia di Mirella uno schema comportamentale che lei ha tenuto come esperienza di riferimento, a livello profondo.

I panni di cui ci ha parlato, nei quali lei stessa si era immedesimata in un vissuto di grande dolore, sono stati presi e riproposti in una chiave e con una prospettiva diversa.

I termini utilizzati si sono orientati in termini positivi, evitando quindi l'utilizzo del NON.

“Scegliere le proprie modalità con cui vivere questo momento è come per un sarto preparare un vestito su misura. Ognuno di noi sceglie il proprio vestito da indossare: alcuni scelgono un tessuto leggero, altri più pesante. E ogni vestito è giusto, perché appartiene a chi lo indossa”.

La focalizzazione su questa immagine e la modalità profonda con la quale la figlia di Mirella ha posto attenzione alla capacità di poter definire un “abito” legittimo e diverso con cui vestire il proprio vissuto le ha permesso di prendersi in mano e, supportata dall'equipe, di compiere dei passi gradualmente per costruire la propria esperienza.

9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche, FNOPI, 21 febbraio 2025.
2. Granone F., Trattato di ipnosi, Istituto Franco Granone, 1989, p. 47.
3. www.filosofiamedicina.net , “Il rapporto tra medico e paziente”, di Federico Perozziello con riferimento ai contenuti del testo di Lain Entralgo P., “Il medico ed il paziente”, Milano, 1969.
4. Mattern, S., Galen and the words of patients, *Medical History* , 2025,69:2, 205 – 217.
5. www.stateofmind.it, approfondimento su “Carl Rogers, l’architetto della relazione terapeutica.
6. Watzlawich, Paul, et al., *Pragmatica della comunicazione umana.*, Astrolabio, Roma, 1971, 35: 1-47.
7. Peplau H., *Interpersonal relations in nursing.* *AJN The American Journal of Nursing*, 1952, 52.6: 765.
8. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996 Mar;30(2):83-9.
9. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA.* 2001;286(15):1897–1902.
10. Erickson, Rossi, “The nature of hypnosis and suggestions, 1989.
11. Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta AM, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M, “Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell’Istituto Franco Granone CIICS, Montegrotto T. (Padova), 2-3 dicembre 2023.
12. www.asieci.it
13. Montgomery et al, Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*2010 Feb;78(1): 80-88.

14. Lang et al., Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet*, 2000 Apr 29;355 (9214): 1486-1490. e Faymonville et al, Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis, *anesthesiology*. 2000 May;92 (5): 1257-1267.
15. Hart et al, Why is greater medication adherence associated with better outcomes, *Emerging Themes in Epidemiology*. 2013 Feb 2;10(1):1.
16. McCabe C, Nurse – patient communication: an exploration of patient experiences, *J. Clinical Nurs*. 2004;13(1): 41 – 49.
17. Howick et al., Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2018 Jul;111(7): 240-252.
18. Fusco N, “Hypnosis and communication reduce pain and anxiety in peripheral intravenous cannulation: effect of language and confusion on pain during peripheral intravenous catheterization (KTHYPE), a multicentre randomised trial” *British Journal Anaesth*, marzo 2020.
19. Stein MV, Heller M, Chapman S, Rubin GJ, Terhune DB. Trait responsiveness to verbal suggestions predicts nocebo responding: A meta-analysis. *Br J Health Psychol*. 2025 Feb;30(1): e12774.
20. “La speranza è un farmaco: come le parole possono vincere la malattia” Mondadori, 2018.
21. Mitsikostas DD, Blease C, Carlino E, Colloca L, Geers AL, Howick J, Evers AWM, Flaten MA, Kelley JM, Kirsch I, Klingner R, MaassenVanDenBrink A, Moerman DE, Sfikakis PP, Vase L, Wager TD, Benedetti F; European Headache Federation. European Headache Federation recommendations for placebo and nocebo terminology. *J Headache Pain*. 2020 Sep 25;21(1):117.
22. Enck, P., Benedetti F., Schedlowski M., “New Insights into the Placebo and Nocebo Responses”, *Neuron Review* 2008.
23. Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM, Wang H., Koeppe RA, Zubieta JK, “Individual differences in reward responding explain placebo – induced expectations and effects”, *Neuron*. 2007; 55(2): 325-36.

24. Schmidt L, Braun EK, Wager TD, Shohamy D, “Mind matters: placebo enhances reward learning in Parkinson’s disease”, *nat Neurosci.* 2014; 17(12): 1793-7.
25. Ader, R., Cohen, N. (1975) “Behaviorally conditioned immunosuppression”, *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 333-340.
26. Giang DW, Goodman AD, Schiffer RB, Mattson DH, Petrie M, Cohen N, Ader R.,”Conditioning of cyclophosphamide – induced leukopenia in humans”, *J Neuropsychiatry Cclin Neurosci.* 1996; 8(2): 194 – 201.
27. Benedetti, Amazio, Vighetti, Asteggiano et al.,”The biochemical and neuroendocrine bases of the hyperalgesic nocebo effect”, *The Journal of Neuroscience*,2006, 26(46), 12014-12022.
28. Leonie Koban, Marieke Jepma, Stephan Geuter, Tor D. Wager, “ What’s in a word? How instructions, suggestions, and social information change pain and emotion”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 81, Part A, 2017, Pages 29-42,.
29. Martina Amanzio, Antonella Pollo, Giuliano Maggi, Fabrizio Benedetti, “Response variability to analgesics: a role for non-specific activation of endogenous opioids, *Pain*,Volume 90, Issue 3,2001,Pages 205-215.
30. Okusogu C, Colloca L. “Placebo hypoalgesia: above and beyond expectancy and conditioning.” *Curr Opin Behav Sci.* 2019 Apr;26:75-81.
31. Wagner KA, Gibbon KJ, Strom TL, Kurian JR, Trepanier LA. Adverse effects of EMLA (lidocaine/prilocaine) cream and efficacy for the placement of jugular catheters in hospitalized cats. *J Feline Med Surg.* 2006 Apr;8(2):141-4.
32. Glare P, Fridman I, Ashton-James CE. Choose Your Words Wisely: The Impact of Message Framing on Patients' Responses to Treatment Advice. *Int Rev Neurobiol.* 2018;139:159-190.
33. Levin et al., 1988; Marteau, 1989, citato da: Rothman & Salovey, *Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. Psychological Bulletin*,1997, 121(1), 3–19.
34. Sharav, Y.; Haviv, Y.; Tal, M. “Placebo or Nocebo Interventions as affected by Hypnotic Susceptibility”, *Appl. Sci.* 2023 , 13 , 931.

35. Benedetti F et al., Neurobiological mechanism of the placebo effect, *The Journal of Neuroscience*, November 9, 2005,25(45):10390 –10402.
36. Benedetti, F., et al., When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*. 2007;147(2): 260-271.
37. Benedetti F., *Placebo effects: understanding the mechanism in health and disease*. 2Nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2014.
38. Benedetti,F., Placebo and the new physiology of the doctor – patient relationship. *Physiological Reviews* 2013 Jul;93(3): 1207 – 46.
39. Benedetti, F. Placebo and nocebo effects: from in vitro to in vivo. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. 2014;369 (1647).
40. Benedetti F., Placebo e Nocebo effects: implications for hypnosis, In: Lynn SJ, Kirsh I, Montgomery GH et al., editors. *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis*. 1St ed. London: Routledge; 2024 p. 14.
41. Frisaldi E, Piedimonte A, Benedetti F. Placebo and nocebo effects: a complex interplay between psychological factors and neurochemical networks. *Am J Clin Hypn*. 2015 Jan;57(3):267-84.

