



***“L’IPNOSI CLINICA NELL’AMBULATORIO DI MEDICINA
GENERALE:***

***NUOVE OPPORTUNITÀ NEL TRATTAMENTO
DELLE EMICRANIE E DELLA CEFALEA MUSCOLO-
TENSIVA”***

Torino, Anno 2024

CANDIDATO: DOTT. ALESSANDRO FONTANA

RELATORE: DOTT. GIANNI MIROGLIO

CORRELATORE: DOTT.SSA GABRIELLA AMERIO

A Laura e Teresa, da sempre e per sempre i miei luoghi sicuri

**“La realtà è uno stato della mente, Irina.
La realtà può assumere qualsiasi forma si decida di
attribuirle**

*Tratto da "IL
DISERTORE"*

Titolo originale:
"The defector"

2009 by Daniel
Silva.

Neri Pozza
Editore/Giano 2011

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE

1.1 Emicrania: cenni storici

1.2 Incidenza

1.3 Tipi di emicrania

1.3.1 Forme principali

1.3.2 episodica o cronica

1.4 Le fasi dell'emicrania

1.4.1 Prodromo

1.4.2 Aura

1.4.3 Attacco

1.4.4 Post-dromo

1.5 Eziopatogenesi

1.6 Cefalea muscolo-tensiva

1.7 Costi

1.8 Terapia

1.8.1 Terapia farmacologica

1.8.2 Terapia non farmacologica

1.9 L'ipnosi nella storia dell'analgesia

2. L'IPNOSI NELLO STUDIO DI MEDICINA GENERALE

- 2.1 Organizzazione del lavoro
- 2.2 Estrazione pazienti candidati mediante IC-D9-CM
- 2.3 Criteri di inclusione
- 2.4 Criteri di esclusione
- 2.5 Scelta candidati e richiesta di collaborazione al progetto
- 2.6 PGIC
- 2.7 Scala VAS

3. L'IPNOSI NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- 3.1 Metodo di induzione utilizzato
 - 3.1.1 Indicazione motivata
 - 3.1.2 Attenzione esterna
 - 3.1.3 Descrizione, ricalco, suggestione, ratifica e sfida
 - 3.1.4 Levitazione di un arto (ratifica)
 - 3.1.5 Suggestione
 - 3.1.6 De-induzione, ancoraggio
 - 3.1.7 Esduzione, coda dell'ipnosi

4. CONCLUSIONI

5. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUZIONE

1.1 EMICRANIA: CENNI STORICI

L'emicrania si può dire che abbia ricevuto innanzitutto un'attenzione storica in quanto "dolore che affliggeva la testa", quest'ultima considerata in numerosissime culture come una delle parti fondamentali del corpo anche se, non sempre, in essa era collocata la sede dei pensieri e della coscienza.

La testimonianza più antica risale a 6000 anni fa e fu tramandata su una tavoletta babilonese in alfabeto cuneiforme, inoltre esistono documenti simili dell'antico Egitto e perfino all'interno dell'Antico Testamento nei libri dei Re, quest'ultima testimonianza databile attorno al VII secolo a.C. racconta di un ragazzo, il quale un mattino corse dal padre gridando "*La mia testa! La mia testa!*"

Detto ciò, possiamo notare come l'uomo si sia da sempre interessato al funzionamento della testa, rivolgendo particolare attenzione a quella parte che, senza alcun dubbio, lo distingue dagli altri esemplari della sua specie: **il cervello**.

Grazie alla testimonianza scritta dagli Egizi invece, contenuta in 2 papiri risalenti al 1550 a.C. circa, sappiamo che questa grande civiltà conosceva molto bene il ruolo fondamentale che ricopre il cervello umano, che infatti venne descritto come il "**luogo delle funzioni mentali**".

Nell'Antica Grecia, invece, studiosi come Aristotele attribuivano il fondamentale ruolo di controllo delle emozioni al cuore, mentre ci si riferiva all'encefalo definendolo solamente come una "*grande massa gelatinosa*" e niente più.

Galeno, medico romano del I secolo d.C., concepiva invece il cervello come il **centro di controllo delle funzioni corporee**, proprio come lo definiva il grande Ippocrate, padre della medicina che con il suo famoso "Giuramento" fu il primo a regolamentare la professione medica.

Le teorie di questi grandi studiosi rimasero in auge fino al Medioevo, epoca a partire dalla quale iniziarono ad affermarsi le scienze sperimentali e con esse il progresso nella conoscenza del funzionamento del sistema nervoso.

1.2 INCIDENZA

L'emicrania è la forma di "mal di testa" più comune. Si stima infatti che in Italia 8 milioni di persone ne soffrano, in maniera episodica o purtroppo ricorrente. Secondo alcune statistiche circa il 12/14% della popolazione mondiale ne ha sofferto almeno una volta nella vita.

L'OMS l'ha inquadrata come la **seconda tipologia più' disabilitante per il genere umano e la terza più frequente** (dopo la carie dentale e la cefalea muscolo-tensiva). Rimane comunque la **prima patologia che causa più' disabilità sotto i 50 anni** (fonte: *Lancet Global Burden of Disease 2019*)

Quindi ricapitolando circa **1 miliardo di persone** ne sono colpite nel mondo, soprattutto coloro che per il resto della loro vita stanno bene e sono nel pieno della loro attività lavorativa e sociale.

L'emicrania è purtroppo una patologia che insorge nelle prime decadi di vita (molto spesso in età adolescenziale), dura diversi decenni_e spesso accompagnando il paziente per tutta la sua esistenza.

Si tratta di un **disturbo familiare**, come dimostrano diversi studi sul *pattern* di ereditarietà: in uno di questi, per esempio, è stato dimostrato che per i parenti di primo grado di un paziente emicranico la probabilità di contrarre il medesimo disturbo è di **1.9 volte superiore rispetto alla popolazione generale**.

C'è anche da dire che la credenza che l'emicrania sia più diffusa tra le donne è un dato assodato nonché facilmente rilevabile nell'ambulatorio di Medicina Generale. Il rapporto tra pazienti uomini e donne è infatti di **1/3**.

1.3 TIPI DI EMICRANIA (Considerazioni generali)

(1.3.1) FORME PRINCIPALI

Può presentarsi in **2 forme principali**, denominate **emicrania classica** (o emicrania con aura) ed **emicrania comune** (detta anche emicrania senz'aura).

Con il termine "aura" viene indicata una collezione di sintomi neurologici che hanno luogo a partire da un'ora prima dell'inizio del mal di testa o non appena questo si manifesta e solitamente danno luogo ad un attacco emicranico di impatto maggiore, più di rado ad un mal di testa di basso impatto e, in casi molto rari, non sfociano in alcun mal di testa.

Dai risultati di uno studio del 2016 condotto presso lo "*Headache science center*" dell'Ospedale Mondino di Pavia è emerso che il 98% delle emicranie con aura si accompagnava a sintomi visivi, che il 23% riportava sintomi tattili e che solo il 15% parafasie.

(1.3.2) EMICRANIA: EPISODICA O CRONICA

In base alla frequenza degli attacchi, la versione rivista del sistema di classificazione del 2006 porta ad indicare come condizione necessaria alla diagnosi di emicrania cronica sia la presenza di più di 15 gg di cefalea per un periodo di almeno 3 mesi sia un totale nello stesso periodo di almeno 8 attacchi.

1.4 LE FASI DELL'EMICRANIA

(1.4.1) PRODROMO

Uno, due giorni prima dell'attacco di emicrania si possono notare sottili cambiamenti che preannuncino l'inizio della stessa come:

- costipazione e/o diarrea
- euforia
- depressione
- fatica

- voglia di cibo
- ipersensibilità ai rumori ed agli odori
- rigidità e tensione a livello del rachide cervicale

(1.4.2) AURA

Molte persone soffrono di emicrania senza aura. Chi ne soffre, purtroppo, presenta sintomi visivi (nel 93% dei casi) o in alternativa disturbi sensoriali, motori o verbali. Ognuno di questi sintomi dura circa 10/30 minuti e si possono presentare:

- fenomeni visivi (come vedere macchie luminose o lampi di luce)
- perdita temporanea della vista
- sensazioni di puntura di spilla
- intorpidimento di braccia o gambe
- disturbi nell'eloquio
- più raramente afasia o debolezza di un arto (emicrania emiplegica)

(1.4.3) ATTACCO

Se non trattata, l'emicrania dura dalle 4 alle 72 ore con variabilità e frequenza differente nei vari individui.

(1.4.4) POSTDROMO

La fase finale avviene subito dopo l'attacco di emicrania quando si possono avvertire debolezza ed affaticamento ed in rari casi euforia moderata.

1.5 EZIOPATOGENESI

Le cause che sostengono l'emicrania sono tuttora sconosciute ma si ritiene che siano **un mix di fattori ambientali e genetici**. La fisiopatologia dell'emicrania è stata accuratamente investigata e nel corso degli ultimi 50 anni sono state formulate numerose teorie.

Secondo la **“teoria di Wolff”** (Harold Wolff, Presidente della American Neurological Association, figura culturalmente dominante della neurologia americana della prima metà del 900, nonché' figura centrale nella storia delle ricerche sul dolore emicranico e nell'ambito più generale della medicina psicosomatica), che ha monopolizzato l'attenzione per decenni, l'emicrania e gli eventi clinici ad essa connessi sarebbero basati su una complessa serie di eventi vascolari e neurali. Sempre secondo Wolff i fenomeni dell'aura sarebbero da iscrivere con una iniziale fase di vasocostrizione a cui farebbe seguito una fase di valutazione responsabile del sintomo doloroso legato all'attivazione dei recettori del dolore localizzati nello strato esterno dei vasi sanguigni endocranici.

Il meccanismo patogenetico può essere così sintetizzato: il paziente emicranico è portatore di una bassa soglia del dolore per tendenza genetica. In virtù di questa predisposizione **molteplici fattori scatenanti** attivano, più facilmente rispetto alla popolazione generale, riflessi tri-geminali adatti a provocare la sequenza vaso-dinamica responsabile delle fasi cliniche dell'episodio dell'emigrania.

Questi fattori possono essere di:

- **natura ormonale:** come accade nelle donne che soffrono di disturbi del ciclo mestruale e di dolori legati ad esso
- **alimentare e fisica:** stress, perdita di sonno, stimoli olfattivi, alimenti

1.6 CEFALEA MUSCOLO-TENSIVA: DEFINIZIONE ED INCIDENZA

La cefalea muscolo-tensiva è un mal di testa piuttosto comune caratterizzato da dolore persistente, quindi non pulsante, di intensità lieve o media che interessa di solito la nuca (regione occipitale). Questa interessa in particolare il genere femminile ed è molto spesso associata a forti stress emotivi, alla depressione e a diversi altri disturbi psichici. Non è invalidante come l'emigrania e non presenta particolari sintomi di accompagnamento.

1.7 COSTI

I dati sulla disabilità globale hanno corrispettivi anche economici oltreché sociali e relazionali. L'emigrania **ha un costo molto elevato** sia in termini di costi diretti a carico del paziente e del sistema sanitario (spese per farmaci, visite mediche negli ambulatori di medicina generale, visite specialistiche perlopiù neurologiche, accessi in pronto soccorso, annullamento viaggi etc.) sia per costi indiretti a carico della società (assenza dal lavoro e riduzione della produttività) e dello Stato (contributi previdenziali).

Lo "Studio *Eurolight*" condotto in Europa coinvolgendo anche Istituzioni italiane (come l'Istituto Mondino di Pavia) e pubblicato nel 2012 sull' "*European journal of Neurology*" aveva già dimostrato che l'emigrania costa in media 1222 euro l'anno per paziente con **un costo complessivo alla comunità europea di 111 milioni di euro l'anno**. L'emigrania inoltre può (e spesso lo fa) portare a sentimenti di depressione e tristezza a causa delle limitazioni e delle interruzioni che provoca nella vita quotidiana soprattutto a livello relazionale e sociale. Qualunque operatore sanitario sa che se si verifica la compresenza di emigrania, depressione ed ansia i pazienti tendono a soffrire maggiormente di attacchi di emigrania grave, rispondono poco alla terapia farmacologica, tendono ad isolarsi e talvolta sospendono autonomamente le terapie farmacologiche in atto affidandosi a terapie empiriche di scarsa o nulla efficacia.

È giusto dunque porsi questa domanda: **L'emicrania ha la giusta considerazione nella società?**

No! In primis le istituzioni e le grandi case farmaceutiche stanziavano poche risorse per la ricerca e tardano a riconoscerla come una patologia disabilitante ed invalidante. A questo si aggiunge una sottovalutazione a livello culturale e, ahimè, spesso anche a livello medico, che talvolta la riduce ad un "comune mal di testa".

1.8 TERAPIA

Bisogna smettere di considerare l'emicrania come una condizione che fa parte della propria vita a cui spesso bisogna assoggettarsi con terapie *on demand* quasi mai risolutive.

In realtà pur essendo l'emicrania la malattia neurologica che crea il maggior numero di disabilità al mondo è **una della più curabili.**

Esistono infatti terapie farmacologiche e non, al bisogno o preventive (curative), estremamente efficaci nel tenere sotto controllo la patologia.

Brevemente i più comuni farmaci utilizzati:

(1.8.1) TERAPIE FARMACOLOGICHE

- Analgesici (*Novalgina, Tachipirina, Aspirina...*)
- FANS (*Brufen, Aulin, Voltaren....*)

Questi farmaci attraverso differenti meccanismi di azione, somministrati per via orale o rettale spesso forniscono un sollievo temporaneo ma non risolvono il disturbo alla base del dolore e possono presentare effetti collaterali più o meno marcati (a livello epatico, gastrico, renale, intestinale), effetti che paradossalmente necessitano spesso di ulteriore terapia aggiuntiva.

- Antiemetici (*metoclopramide, levosulpiride*)

Forniscono spesso un valido aiuto riducendo la nausea quasi sempre presente e facilitando l'assorbimento e l'efficacia dei farmaci analgesici o antinfiammatori se somministrati prima degli stessi.

- Analgesici oppioidi (*depalgos, targin, tramadolo...*)

Spesso usati nell'emicrania seppur sconsigliati poiché anch'essi non portano a risolvere il disturbo ma creano sempre più rapida dipendenza.

- Triptani

Largamente utilizzati, sono farmaci piuttosto costosi e in genere poco più efficaci rispetto ad un analgesico o ad un infiammatorio anche se si riscontra un'importante variabilità di efficacia tra i pazienti. Come tutti i farmaci anche tra questa classe sono spesso frequenti effetti collaterali (il più segnalato negli

ambulatori medici è il senso di soffocamento ed oppressione faringea e/o esofagea)

- Antidepressivi (Laroxyl)

Usato con buoni risultati a bassi dosaggi. Molto efficace nella cefalea muscolotensiva e parzialmente efficace anche nella terapia emicranica se usata in forma preventiva. _Necessita quindi di terapia continua. Tra gli effetti collaterali produce sonnolenza che però tende ad attenuarsi nel tempo

- Vasodilatatori (I calcio-antagonisti *flunarizina* o *cinnarizina*)

Questi se usati in maniera preventiva possono dare discreti risultati con effetti collaterali di norma controllabili (come tachicardia o ipotensione in casi rari)

- Beta-bloccanti

Rimangono tutt'oggi farmaci di prima scelta anche se sembra che siano sempre più soppiantati dai triptani nelle prescrizioni effettuate negli ambulatori specialistici dedicati. Il *propranololo* a basso dosaggio rimane il farmaco più utilizzato

- Antiepilettici (principalmente *Topiramato*)
- I derivati dell'Ergotamina

Attualmente in disuso pur essendo i prima farmaci registrati per la cura

- Anticorpi monoclonali

La loro prescrizione è riservata agli specialisti. Danno risultati molto incoraggianti e la risposta "*real-life*" sembra superiore a quella degli studi.

(1.8.2) TERAPIE NON FARMACOLOGICHE (TRATTAMENTO OLISTICO DELL'EMICRANIA)

- Nutrizione

L'approccio nutrizionale per l'emicrania è sempre efficace e può essere particolarmente utile per le donne in gravidanza. Utile anche una dieta con eliminazione di cioccolata, uova, agrumi, grano, carne e frutta secca

- Erbe aromatiche

Usate sin dall'antichità vengono talvolta consigliate come:

- Il Partenio, antinfiammatorio naturale presente in piante come il carciofo, la lattuga, gli spinaci e il ginko biloba
- Il Farfaraccio, pianta a rapida crescita presente soprattutto sui rilievi alpini ed utilizzato già dagli antichi come antidolorifico e spasmolitico. Ricco di alcaloidi naturali se ne sconsiglia perciò l'uso in gravidanza

- Olio di pesce o supplementazione a base di omega-3
- Magnesio (usato nella maggior parte dei casi)
- Riboflavina
- Coenzima Q10
- Ginko Biloba
- Terapia olistica

Trova le sue origini nel greco “*holos*” che significa “l’interezza, il tutto e si riferisce quindi ad un approccio, una teoria, una terapia che vede **ogni organismo nella sua interezza** e non solo come composto da singole parti.

I più usati sono:

- Agopuntura
- Bio-feedback
- Massaggio
- **IPNOSI**

Se quindi è vero che il paziente, costretto a convivere per anni con un continuo e lacerante dolore alla testa, spesso si rivolge a trattamenti farmacologici non allopatrici, terapie non convenzionali su base naturale e terapie olistiche spesso di modesta efficacia e se è altresì vero che sempre con maggior frequenza lo stesso si rivolge ad uno psicoterapeuta per trovare conforto e soluzioni...

Perché non sottoporsi ad un trattamento ipnotico?

1.9 IPNOSI NELLA STORIA DELL’ANALGESIA

La storia passata fornisce numerosi esempi di metodi empirici atti a ridurre la percezione del dolore.

Nell’antica Mesopotamia, per esempio, Assiri e Babilonesi usavano praticare **una forte compressione delle carotidi** fino alla perdita dei sensi da parte del paziente in modo tale che non percepisse dolore durante l’intervento. Il rischio di danni cerebrali permanenti, però, conseguenti ad ictus ischemico era, anche se allora poco percepito, piuttosto alto.

Gli Egizi usavano una tecnica "più raffinata". Avevano già intuito che il freddo rallentava e diminuiva la circolazione sanguigna insieme alla sensibilità al dolore, perciò, usavano impacchi di acqua fredda e quando possibile (raramente per ovvie ragioni) la neve, da applicare dove il chirurgo aveva intenzione di

incidere. (Quante affinità con le tecniche attualmente usate nelle sale interventistiche in corso di terapia ipnotica).

I Romani invece usavano la Mandragola, pianta ricca di alcaloidi.

Sei ci spostiamo in Sud America invece la foglia di coca (da me stesso utilizzata per lunghe e faticose escursioni in alta quota in Bolivia in passato) era ed è utilizzata a scopo analgesico, decontratturante e fortificante. Venne anche utilizzata una particolare liana selvatica che conteneva una sostanza in grado di paralizzare i muscoli (si sarebbe poi scoperto in seguito che questa sostanza era il Curaro)

Nel Medioevo si utilizzava una spugna marina essiccata e immersa per ore in un miscuglio di erbe aromatiche come belladonna, papavero e oppio (dall'estratto dal fiore).

Infine, nei secoli successivi, almeno fino ad inizio 800 abbondanti quantità di alcool venivano regolarmente usate dai chirurghi militari sui campi di battaglia per ubriacare i feriti prima di procedere all'amputazione, era la regola

L'efficacia dell'ipnosi nel controllo del dolore ha però una storia documentata che si perde addirittura nella notte dei tempi. Nel Papiro di Ebers, databile alla XVIII Dinastia Egizia, più precisamente al regno di Amenhotep I (3500 anni fa), sono riportati rituali che inducono il soggetto in uno stato di alterata coscienza per scopi curativi.

Già dal 700 ma ancor più dalla prima metà dell'800, prima dell'introduzione del cloroformio e della comparsa della moderna anesthesiologia, l'ipnosi era largamente usata come unico anestetico in chirurgia generale. Ancor oggi di fatto, l'analgesia ipnotica viene utilizzata in alcune situazioni cliniche speciali come in presenza di intolleranza o di allergia agli anestetici.

Nonostante i riscontri empirici i meccanismi d'azione che operano durante lo stato ipnotico nell'eliminazione e nell'attenuazione della percezione del dolore rimangono ancora largamente sconosciuti anche se recenti studi elettrofisiologici e l'introduzione di *neuroimaging* rivelano un'attività sulle aree cerebrali deputate alla percezione del dolore. Di grande rilevanza a tal riguardo sono gli studi condotti negli anni dal Prof Edoardo Casiglia dell'Università degli Studi di Padova, che da decenni si occupa di neuroscienze con particolare riguardo all'imaging, all'ipnosi sperimentale e ai temi della coscienza e della volizione.

Se l'ipnosi ha la capacità di eliminare del tutto la percezione del dolore **qual è l'effetto per il trattamento di uno dei disturbi più diffusi come il mal di testa?**

Il dott. Corydon Hammond della University of Utah, psicologo e professore emerito in medicina fisica e riabilitazione, specialista in neuro feedback ha dimostrato analizzando studi clinici pubblicati su riviste mediche e scientifiche che **l'ipnosi risulta un trattamento ben consolidato con un'efficacia**

statisticamente superiore o equivalente ai trattamenti farmacologici comunemente utilizzati, e con il vantaggio dell'assenza di effetti collaterali e di reazioni avverse.

L'efficacia nasce dalla combinazione di tecniche ipnotiche di rilassamento ed immaginative e l'utilizzo quotidiano dell'**auto-ipnosi**.

Questa combinazione porta alla riduzione dell'intensità della durata e della frequenza degli attacchi di emicrania sia che della cefalea muscolo-tensiva con effetti a breve e lungo termine

Altri benefici riscontrati sono:

- un cambiamento della percezione del dolore
- un **maggior senso di controllo di sé stesso**
- una migliore capacità di prevenire la tensione antecedente l'attacco
- un grado minore di disabilità
- una migliore capacità della vita
- una migliore capacità di relazione socializzazione

2. L'IPNOSI NELLO STUDIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

2.1 ESTRAZIONE PAZIENTI CANDIDABILI MEDIANTE ICD-9-CM

Si è proceduto inizialmente all'estrazione dei pazienti potenzialmente candidabili dall'archivio dei pazienti iscritti utilizzando il gestionale *MILLEWIN* (utilizzato dalla maggior parte dei medici di Medicina Generale nei loro ambulatori).

La ricerca si è sviluppata estraendo:

- Tutti i pazienti, attualmente in carico, in accordo con i criteri di inclusione con almeno 4 accessi per emicrania e cefalea muscolo-tensiva in età tra i 18 e i 60 anni di età, suddivisi per patologia e per sesso (Il periodo di riferimento utilizzato riferito agli accessi è stato limitato al periodo dal 01-01-2023 al 31-05-2024 ovvero 18 mesi)

Questi i risultati ottenuti su un totale di 1500 pazienti iscritti:

- 104 pazienti on almeno 4 accessi per emicrania (ovvero il 6,9% degli iscritti)
- 68 pazienti con almeno 4 accessi per cefalea muscolo-tensiva (4.53%)

- 43 pazienti di sexso femminile con almeno 2 accessi per emicrania (2,86%)
- 33 pazienti di sexso femminile con almeno 2 accessi per cefalea muscolo-tensiva /2.2%)

2.2 CRITERI DI INCLUSIONE

- Età compresa tra i 18 ed i 60 anni
- Pazienti in terapia cronica per emicrania e cefalea muscolo-tensiva
- Pazienti con almeno 4 accessi di emicrania negli ultimi 18 mesi

2.3 CRITERI DI ESCLUSIONE

- Abuso di droghe o alcool
- Pazienti che hanno modificato la terapia per l'emicrania o cefalea negli ultimi 6 mesi
- Soggetti che hanno avuto interventi chirurgici a livello occipite-cerebrale o cerebrali
- Soggetti con storia di disturbi psichiatrici maggiori o in trattamento con antipsicotici

2.4 SCELTA CANDIDATI E RICHIESTA DI COLLABORAZIONE AL PROGETTO

La richiesta di partecipazione al progetto è stata proposta a tutti i pazienti che si sono presentati autonomamente in ambulatorio con sintomatologia di emicrania cronica nei mesi di marzo-aprile-maggio 2024.

5 pazienti (tutte di genere femminile), con sintomatologia algica particolarmente persistente ed importante si sono mostrate estremamente interessate (4 con emicrania cronica, 1 con cefalea muscolo-tensiva)

L'età media e' stata di 28 anni

A loro è stato richiesto di partecipare a 4 sedute settimanali di ipnosi consecutive in un giorno prefissato (il mercoledì pomeriggio) scelto per esigenze di ambulatorio.

Sono state fornite loro le informazioni relative a:

- Introduzione all'ipnosi ed informazioni sul fatto che i sintomi del "mal di testa" possono anche essere associati ad una tensione e contrazione dei muscoli del collo e della faccia e sul fatto che in ipnosi si è in grado di agire su funzioni vegetative normalmente autonome che in stato di coscienza ordinario

sono fuori dal controllo volontario facendo in tal modo intervenire la parte non volontaria, il cosiddetto “inconscio”, molto più efficace rispetto alla funzione “conscia” della nostra coscienza.

- Informazioni sui meccanismi all’origine della patologia soffermandosi in particolare sull’importanza dei meccanismi di vasocostrizione e vasodilatazione. È stata altresì evidenziata l’importanza della componente spastica muscolare e della necessità di ridurre contestualmente lo stato di “stress”.

Sono state informate che durante l’ipnosi avrei suggerito una serie di immagini finalizzate ad ottenere:

- una vasodilatazione periferica
- una diminuzione della tensione dei muscoli (muscolo massetere, muscoli sotto occipitali, sternocleidomastoidei e la porzione superiore del muscolo trapezio), indicandone di ognuno il posizionamento e la funzione.

È stato richiesto loro: (vedere allegato A)

- di compilare alla fine del periodo di trattamento un modulo contenente la Scala Vas ed il PGIC (*Patient’s Global Impression of Change*).
- di utilizzare l’autoipnosi secondo modalità comunicate durante l’induzione (ancoraggio)

2.5 PGIC (patient’s Global Impression of Change)

1. Peggioramento
2. Nessun cambiamento
3. All’incirca uguale, difficile stabilire un cambiamento
4. Un po’ meglio ma nessun cambiamento evidenziabile
5. Qualche volta meglio ma il miglioramento non ha fatto una vera differenza
6. Moderatamente meglio, minimo ma evidenziabile cambiamento
7. Meglio e un definitivo miglioramento che ha fatto una reale ed utile differenza
8. Molto meglio ed un miglioramento considerevole che ha fatto realmente la differenza

Nel PGIC, da compilarsi alla fine delle 4 sedute, si chiede al paziente se da quando ha iniziato il trattamento può descrivere la sua impressione su come sia cambiata la sua condizione dolorosa (Scala analogica visiva)

Con la scala vas si chiede al paziente di esprimere una valutazione sul grado di cambiamento del dolore percepito prima dell'inizio della terapia e al termine delle sedute.

Il paziente era tenuto a barrare uno di questi numeri all' inizio della prima seduta e alla fine dei trattamenti.

0-----
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10---

Nessun dolore
dolore gravissimo

L'IPNOSI NELLO STUDIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

attribuire al proprio mal di testa un'intensità da 0 a 10
cerchiando il numero corrispondente

SCHEDA PAZIENTE

Nome e Cognome

Luogo e data di nascita

Recapito telefonico

Indirizzo posta elettronica (no pec)

-INTENSITA' DEL DOLORE-

(da compilare all'inizio e alla fine del trattamento)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

inizio trattamento

Nessun dolore
dolore fortissimo

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

fine trattamento

Nessun dolore
dolore fortissimo

-IMPRESSIONE GLOBALE DI CAMBIAMENTO-

(da compilare alla fine del trattamento cerchiando il numero corrispondente)

- 1- peggioramento
- 2- nessun cambiamento
- 3- all'incirca uguale, difficile stabilire un cambiamento
- 4- un po' meglio ma nessun cambiamento evidenziabile
- 5- qualche volta meglio ma il miglioramento non ha fatto una vera differenza
- 6- moderatamente meglio, minimo ma evidenziabile cambiamento
- 7- meglio e un definitivo miglioramento che ha fatto una reale e utile differenza
- 8- molto meglio ed un miglioramento considerevole che ha fatto realmente la differenza

(Allegato A)

3.0 IPNOSI NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

L'ipnosi e, nello specifico l'intervento ipnotico, consiste nell'indurre la persona in uno stato di trance per fornire suggestioni di diverso tipo quali:

- sentire un allentamento della tensione e una riduzione dell'ansia e dello stress
- visualizzare la modificazione delle arterie del collo e della testa che da gonfie e palpitanti ritornano allo stato naturale di equilibrio per trasportare la corretta quantità di sangue con giusta pressione
- rilassare progressivamente tutti i muscoli del corpo
- creare anestesia in una parte del corpo
- trasformare il dolore in una sensazione meno fastidiosa e più tollerabile
- visualizzare un futuro prossimo positivo, libero dal dolore

Affinché l'intervento risulti ancor più efficace, ogni seduta dovrebbe essere confezionata "su misura" sulla singola persona in relazione alla sua personalità, al tipo di mal di testa e al suo significato. Sarà quindi estremamente importante prima di procedere alla sessione ipnotica identificare tramite un colloquio preliminare le caratteristiche del soggetto ai fini di comunicare delle suggestioni ipnotiche a lui più congeniali e quindi più efficaci (in un caso trattato, ad esempio, di fronte ad una paziente di 26 anni portatrice di protesi acustiche bilaterali per sordità insorta alla nascita mi sono concentrato esclusivamente sulle trasmissioni di immagini coinvolgenti l'aspetto tattile e visivo). In tutti i casi comunque ci si deve orientare su peculiarità individuali del soggetto, sfruttandone le proprie "attitudini sensoriali" (tattili, olfattive, visive, uditive ...)

Il processo ipnotico, quindi, è un sistema complesso che va ben oltre la tecnica pura induttiva ma che dipende oltre che da una spiccata attitudine e volontà di

collaborazione del soggetto anche e soprattutto dalla capacità dell'operatore di entrare in profonda "empatia" col paziente. (RAPPORT) Tutto questo comporta un impegno sempre continuo e costante nella pratica, nello studio e nei metodi.

I miglioramenti costanti nell'efficacia e nei risultati che si vedono via via col tempo e l'empatia che si forma alla fine del processo tra le parti, rendono questa pratica una meravigliosa e costante forma di felicità. L'ipnosi, almeno nella mia esperienza, si è trasformata in una straordinaria fonte di benessere.

3.1 METODO DI INDUZIONE UTILIZZATO

Tutte le TECNICHE INDUTTIVE mirano a ridurre, eliminare o aggirare la resistenza della parte razionale del soggetto (critica) per permettere alla parte più creativa di realizzare le immagini proposte con le suggestioni e quindi i monoideismi.

Esistono molteplici tecniche induttive, a partire dal rilassamento progressivo, l'immaginazione guidata, l'induzione di Elman, l'utilizzo di tecniche non verbali. "Gesti, sguardi, mimica, rumori.....non hanno un significato razionale ma analogico e sono percepiti con modalità associativa; a secondo del rapporto che si stabilisce possono avere una valenza autoritaria, paterna o permissiva materna" (F.Granone)

E' importante che l'operatore scelga quella a lui più congeniale e quella a cui si sente più portato.

Il metodo per superare la resistenza, cioè superare la critica, può essere più' o meno diretto, più' o meno autoritario, passare per il rilassamento o la confusione, può' essere più' materno o paterno ...questo è ciò che differenzia le varie tecniche ma lo schema di base è sempre uguale. Variano gli strumenti (Milena Muro)

"Ogni tecnica è valida nelle mani dell'ipnotista che se l'è creata e l'adopera con fiducia" (F. GRANONE)

"Una suggestione avrà successo nella misura in cui l'ipnotista crede nella sua efficacia (F. GRANONE - 1962)

Il metodo utilizzato da me utilizzato si è così svolto:

(3.1.1) ORDINE MOTIVATO

Inizialmente chiedo al paziente di porsi in una posizione comoda sulla poltrona, facendo posizionare entrambi i piedi sul pavimento, le mani sulle cosce, i gomiti lateralmente, facendogli capire che sarà più semplice ascoltare la mia voce ed

avvertire le sensazioni del suo corpo. Devo segnalare però che a partire dalla terza seduta quasi tutti i soggetti hanno richiesto l'uso del lettino che secondo loro ritenevano più piacevole per l'esperienza.

(3.1.2) FOCALIZZAZIONE ESTERNA

Richiedo al soggetto di fissare un punto preciso da me posizionato in precedenza sulla parete o sul soffitto nel caso si utilizzi il lettino. Il punto viene posizionato in alto, (nel mio caso, per comodità e per evitare che il soggetto venga distratto da altri elementi presenti in studio, si tratta di un coriandolo rotondo nero opportunamente fissato in precedenza sul muro, ma può anche essere un punto scelto o anche solo immaginato dal soggetto) angolato rispetto al capo e soprattutto al naso in modo che il paziente, invitato a non muovere la testa, sia costretto ad una convergenza oculare. Questa pratica, da sola, induce dopo poco tempo stanchezza visiva, lo sguardo solitamente va fuori fuoco, si presenta il bisogno di chiudere gli occhi, si sviluppano idee di rilassamento.

(3.1.3) DESCRIZIONE, RICALCO, SUGGESTIONE, RATIFICA E SFIDA

Con tono della voce fermo e calmo, opero dei suggerimenti (prima o poi i tuoi occhi saranno stanchi... prima o poi puoi sentire gli occhi fare fatica, o bruciare, le palpebre tendono a sbattere e chiudersi sempre un po' di più... (RICALCO) e quando si chiuderanno starai veramente bene (SUGGESTIONE)...E ora che i tuoi occhi si sono chiusi (RATIFICA), starai così bene che anche se provi ad aprirli ti verrà molto difficile (SFIDA). Non do limiti di tempo in questa prima fase ed utilizzo spesso i termini "prima_o poi" mentre osservo attentamente il modificarsi della fisionomia del paziente e le sue reazioni assecondandole.

Quando il paziente chiude gli occhi lo lascio ancora circa un minuto così chiedendogli di lasciare scorrere naturalmente il respiro e suggerendogli che ad ogni espirazione si sentirà sempre più rilassato. Gli suggerisco che a questo punto potrebbe essere sempre più difficile riaprire gli occhi, che ha raggiunto uno stato di profondo benessere e gli chiedo se vuole di riaprirli (SFIDA) (è successo solo una volta che il paziente li abbia riaperti con difficoltà e a quel punto gli ho chiesto di richiuderli, ed il paziente in pochi secondi è rientrato in stato di *trance*. Io ho rimarcato con molta calma che era sicuramente più piacevole tenerli chiusi).

A questo punto inizio a suggerire un rilassamento progressivo dei muscoli a partire dai piedi invitando il paziente a focalizzarsi e portare l'attenzione su ogni singola zona corporea, risalendo verso il capo consentendogli però i suoi tempi, suggerendo altresì che ad ogni respirazione i muscoli saranno sempre più rilassati. Mi soffermo soprattutto sugli arti superiori suggerendogli uno stato di profondo rilassamento e leggerezza.

Al termine ,avverto il paziente che proverò ad alzare e rilasciare leggermente un arto sollevandogli il polso e parte dell'avambraccio per avere sicurezza dell'avvenuto rilassamento. (RATIFICA)

I principali indicatori fisiologici che segnalano lo stato di trance che possono anche essere utilizzati e a cui bisogna prestare attenzione e fare riferimento possono essere quindi per la ratifica: l'immobilità corporea, il cambiamento nella voce, la chiusura degli occhi, i lineamenti del viso rilassati, la mancanza od il ritardo nei riflessi, la frequenza cardiaca e respiratoria rallentata, la presenza di analgesia.

3.1.4 LEVITAZIONE DI UN ARTO (RATIFICA)

Invito il soggetto a concentrarsi su un arto (io suggerisco il destro nei destrimani), però lo si può lasciare scegliere al paziente, dicendogli che lo sentirà via via più leggero e che esso si solleverà come se fosse attaccato a dei palloncini colorati più leggeri dell'aria (chissà perché scelgono quasi sempre l'azzurro...) e suggerisco inoltre che man mano che il braccio si solleverà, crescerà il senso di rilassamento in sincronia con le fasi della respirazione cosicché la levitazione del braccio, la respirazione lenta e il rilassamento si rinforzino suggestivamente l'uno con l'altro (trovo utile sollevare inizialmente l'arto con un dito della mia mano, una volta iniziato il movimento da me esso continuerà più rapidamente da solo).

Quando ritengo che l'arto abbia raggiunto un sollevamento sufficiente lo lascio in questa posizione per circa 1 minuto salvo poi iniziare a farlo scendere lentamente verso il bracciolo della poltrona o la coscia, liberando via via i palloncini suggerendo in contesto un rilassamento ed uno stato di benessere via via più profondo ma mano che l'arto torna alla posizione di partenza.

(3.1.5) SUGGERIZIONE

A questo punto si invita il paziente ad immaginare un luogo in cui possa ritrovarsi felice, una situazione bellissima dove tutto va bene e dove si possa sentire protetto e sicuro. Rimango abilmente vago, per permettere alla persona di lasciare spazio all'immaginazione ,cercando però , durante la trance ipnotica ,di indirizzare il paziente ai meccanismi che regolano il suo comportamento tramite un processo da me guidato utilizzando suggestioni e metafore.

1 paziente su 5 ha scelto come luogo sicuro un buco nel terreno dove infilarsi e raggiungere mondi sotterranei (un po' come Alice nel paese delle meraviglie) in cui ha trovato un computer dove provare a correggere la propria patologia gestendo il complesso meccanismo dei vasi cerebrali; le altre sono andate in montagna dove, ad attenderle, c'erano prati verdi, cieli sereni, sentieri tra i boschi, ruscelli in cui rinfrescarsi ed una splendida casetta in legno dove rilassarsi ed accedere ad un loro computer (da me suggerito per modificare i loro parametri vascolari). In quella splendida casetta e nei loro mondi sotterranei sarebbero tornate per altre 3 volte scoprendo via via nuove bellezze.

TRANSFERT E CONTRO TRASFERT

(N.d.A anche per me è stato bellissimo accompagnarle in questi viaggi e io stesso ho sperimentato il senso di serenità che cercavo di infondere a loro)

(3.1.6) DEINDUZIONE, ANCORAGGIO

Dopo qualche tempo (circa 10-15 minuti almeno) si è fatto il percorso a ritroso e si è proceduto alla de-induzione, si ripercorre il percorso intrapreso a ritroso, ci si sofferma sui luoghi e le sensazioni incontrate in precedenza. Subito prima del ritorno si procede sempre ad un “ANCORAGGIO” effettuato con l’indice ed il pollice della mano destra; viene proposto come regalo o premio e viene sottolineato al paziente che con questo semplice gesto sarebbe stato in grado sempre e per sempre e soprattutto più di prima e meglio di prima di ritornare allo stato di profondo benessere provato e di risperimentare le stesse sensazioni.

Lo si avverte che è arrivato il tempo di ritornare al “qui e ora” e si inizia il conteggio a ritroso (da 5 a 0) che lo riporterà allo stato iniziale. Tale conteggio è scandito suggerendo una progressiva riapertura palpebrale.

(3.1.7) ESDUZIONE, CODA DELL’IPNOSI

Forse è stato il momento più emozionante assistere alla ripresa di piena coscienza dei pazienti, confusi, talvolta con difficoltà al ritornare a “qui e ora” pienamente nell’immediato. Tutti felici dell’esperienza e con voglia di ripeterla. La coda dell’ipnosi può durare alcuni minuti. In questo periodo il paziente può essere riportato in trance con relativa facilità.

Un momento particolarmente felice del sottoscritto è stato quando una paziente ha chiesto di ritornare ancora qualche minuto al laghetto nei pressi di una cascatella, subito sotto alla sua casetta di legno, dove pochi minuti prima aveva abbandonato allo scorrere dell’acqua un foglio di carta con le sue negatività (autoipnosi EMPOWERMENT)

4. CONCLUSIONI

Il numero di pazienti trattati è sicuramente troppo esiguo per poter arrivare a dare una significatività statistica ai risultati che tuttavia sono stati molto incoraggianti vista anche la complessità e la multifattorialità delle patologie trattate. Sono certo che col tempo riuscirò a fare nuovi viaggi, stimolando nuovi comportamenti e correggendone altri, cercando nuove soluzioni e cercando di alleviare sempre di più le loro affezioni (curando al contesto anche un po’ le mie).

L'ipnosi, in questi casi trattati, ha dimostrato che, grazie alle tecniche di rilassamento profondo, alle modifiche comportamentali e alle modifiche fisiologiche indotte, il miglioramento sintomatologico del gruppo **dell'emicrania è stato del 30-35%** mentre il caso di **cefalea muscolo-tensiva ha riportato un miglioramento del 50%**. Il tutto in sole 4 sedute.

L'ipnosi a mio avviso in Medicina Generale rappresenta e rappresenterà sempre di più in futuro un importante arma a sostegno di queste patologie invalidanti.

L'ipnosi è una terapia potente che richiede tempo e pratica per essere padroneggiata. E' altresì uno stimolo ed una sfida continua per noi operatori coinvolti.

5. BIBLIOGRAFIA

- *"Trattato di ipnosi" di Franco Granone (volumi I e II)*
- *"L'ipnosi in pratica: l'induzione della trance e la sua applicazione in ambito clinico" di Maurizio Rabuffi, Filippo Petrucci e Maria Novella Grimaldi, Alpes edizione 2018*
- *"Tecniche di suggestione ipnotica: induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta" (titolo originale: "HYPNOTIC REALITIES: the induction of clinica hypnosis and forms of an indirect suggestion", Irvington Publishers, Inc., New York) di Milton H. Erickson, Ernest L. Rossi e Sheila I. Rossi, Casa Editrice Astrolabio edizione 197966*
- *"Diseases GBD, Injuries C. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019" Lancet, 2020*
- *"G. B. D. Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", Lancet Neurol, 2019*
- *Viana M, Khaliq F, Zecca C, Figuerola ML, Sances G, et al. "Poor patient awareness and frequent misdiagnosis of migraine: findings from a large transcontinental cohort" Eur J Neurol, 2020*
- *Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ,*
- *Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C,*
- *Lantéri-Minet M, Rastenyte D, Ruiz de la Torre E, Tassorelli C, Andrée C. "The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project", European Journal of Neurology, 2012*

- E.Casiglia “ dove e come agisce l’ipnosi, aree ,recettori e sistemi endogeni”
Collana:Scienze mediche 2024 Cooperativa Libreria Editrice Universita’ di
Padova
- E.Casiglia “ Trattato d’ipnosi e altre modificazioni di coscienza”CLEUP 2015

