



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

**Anno 2024**

**Titolo:**

**Comunicazione Ipnotica e Auricoloterapia:  
un'alleanza terapeutica nel percorso di cura del paziente fibromialgico**

Candidato

Dr.ssa Sabrina Spreghini

Relatore

Dr.ssa Milena Muro

Co-relatore

Dr.ssa Marina Torresan

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	pag. 2
<b>1. BREVI CENNI SULLA FIBROMIALGIA</b> .....	pag. 4
1.1 Complesso e Complicato.....	pag. 4
1.2 La Sindrome Fibromialgica.....	pag. 6
1.3 L'Ambulatorio di Fibromialgia Terapia del Dolore Firenze.....	pag. 9
<b>2. L'AMBULATORIO DI AURICOLOTERAPIA</b> .....	pag. 10
2.1 Brevi cenni sul metodo.....	pag. 10
2.2 Organizzazione dell'Ambulatorio.....	pag. 11
2.3 Il Dolore.....	pag. 12
<b>3. LA COMUNICAZIONE IPNOTICA</b> .....	pag. 15
3.1 Ipnosi Clinica.....	pag. 15
3.2 Il Concetto di Resilienza.....	pag. 18
3.3 Il Concetto di Antifragilità.....	pag. 19
3.4 Il "Rapport".....	pag. 21
<b>4. LO STUDIO</b> .....	pag. 22
4.1 La Metafora.....	pag. 24
4.2 Sei Personaggi in cerca di Autore.....	pag. 25
4.3 O.scar.....	pag. 26
4.4 R.osalba.....	pag. 27
4.5 R.amona.....	pag. 28
4.6 P.amela.....	pag. 29
4.7 B.ella.....	pag. 30
4.8 S.ofia.....	pag. 32
<b>5. PASSATO E FUTURO</b> .....	pag. 33
5.1 Il Congresso.....	pag. 33
5.2 Lo Studio Osservazionale.....	pag. 34
<b>RIFLESSIONI E CONCLUSIONI</b> .....	pag. 35
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	pag. 36
<b>SITOGRAFIA</b> .....	pag. 37

## INTRODUZIONE

Quando mi sono iscritta all'Istituto CIICS di Franco Granone, non pensavo che mi sarei sentita trasportata in un'altra dimensione. La mia formazione è abbastanza eclettica, pur rimanendo un'infermiera, ho navigato su più fiumi prima di arrivare al mare. Al momento il mio impegno professionale si svolge nel Centro Multidisciplinare di Terapia del Dolore dell'Istituto Ortopedico Traumatologico (IOT) Piero Palagi di Firenze e il fatto di occuparmi di due ambulatori infermieristici, uno di Agopuntura Auricolare e l'altro di Insufflazioni Trasmucosali di Ozono, mi rende pienamente soddisfatta del tipo di lavoro che conduco.

Quando mi sono diplomata come operatore di Meiso-Shiatsu ho capito che cosa è il silenzio. Frequentando il corso di Comunicazione Ipnotica ho dovuto re-imparare a parlare.

Non ho più l'età dello stupore; eppure, ho trovato sorprendente la necessità di modulare un atto semplice e antico come quello della comunicazione in quanto esso risulta essere un potente farmaco.

La speranza, che le parole possono generare, sono esse stesse un farmaco e questo è quello che vorrei imparare a prescrivere.

Tra le tante tecniche di cui sono venuta a conoscenza, una di queste era già presente nella mia memoria: il "dondolio" del corpo che indotto provoca uno stato di calma e tranquillità, che produce, con conseguente utilizzo di parole e metodo, uno stato di autoipnosi.

La mia è una storia di grandi donne.

La mia bisnonna Candida fu sepolta con l'abito Francescano perché lei era Francescana. Di lei dicevano che a tavola apparecchiava sempre con un piatto in più nel quale metteva pochi spiccioli da cumulare ed inviare ad un fratello povero possibilmente in Africa.

La sua, la mia, era una famiglia di contadini.

Mia nonna Albina, sua figlia, radiologa nata nel 1915, giovane vedova, madre di sei figli. Disposta sempre ad aiutare gli altri. Ricordo la siringa di vetro nel contenitore di alluminio sempre pronta per essere sterilizzata, bollendo.

Seduta nel buio, in silenzio, mia nonna Albina si dondolava avanti, indietro.

Dopo le giornate difficili,  
lei donna potente, si dondolava.  
Mia madre Maria Grazia, si dondolava.  
Mia zia Silvana, si dondola ancora.  
Mia zia Patrizia, si dondola ancora.  
Mia sorella Susanna si dondola ancora.

Io no-non fino ad ora

A tutte le donne e a tutti gli uomini  
della mia famiglia

un immenso Grazie

# 1. BREVI CENNI SULLA FIBROMIALGIA

## 1.1 Complicato e Complesso

È difficile definire cosa sia la complessità: per comprenderne il significato partiamo dalla differenza tra il termine complesso ed il termine complicato. Il termine complicato deriva dal latino *cum plicum*, che significa “con pieghe”, complesso deriva dal latino *cum plexum*, che significa “con nodi”, intrecciato.

Già etimologicamente, quindi, il termine complesso si distingue da quello di complicato: l’etimologia latina *plicum* richiama la piega del foglio, che deve essere “spiegato” per poter essere letto e compreso, mentre il *plexum* è il nodo, l’intreccio, come quello di un tessuto o di un tappeto, che non si può sbrogliare senza che si perda la sua stessa natura, la visione d’insieme che esso consente.

L’approccio ai problemi definiti “complicati” è un approccio di tipo analitico: il problema si suddivide in parti, le quali vengono studiate, analizzate e solo successivamente ricomposte, tipo puzzle, in modo da riuscire a comprendere il problema nel suo insieme.

Dal punto di vista della complessità, invece, un problema non si può suddividere o segmentare, poiché il fenomeno da analizzare perderebbe il suo significato. Per approcciare la complessità bisogna seguire una metodologia diversa: applicare un approccio di tipo sistemico, che consente di avere una visione del problema nella interezza delle sue connessioni ed articolazioni fenomeniche.

Altresì è necessario applicare un approccio che consente di chiedersi quali potranno essere le evoluzioni nel tempo del sistema di connessioni che definiscono il problema stesso.

Studiare la complessità porta a comprendere che tutto è fondato su un principio relazionale: non si può non tener conto di quanto le relazioni siano fondamentali nel modificare l’assetto del contesto o sistema complessivo oggetto di osservazione.

Edgard Morin parla a questo proposito – nel suo libro “i sette saperi necessari all’educazione del futuro” – della necessità di sviluppare una “conoscenza pertinente”, ovvero una conoscenza in grado di situare ogni cosa nel contesto e nel complesso oggetto di osservazione, trasformando la nostra capacità di organizzare la conoscenza in ambiti interdisciplinari ed

abbandonando la conoscenza compartimentata. Afferma Edgard Morin, noto filosofo francese esponente della filosofia e del pensiero della complessità, che bisogna promuovere una “intelligenza generale” capace di riferirsi al complesso, al contesto in modo multidimensionale e al globale (Morin E., 1999).

Complexus significa ciò che è tessuto insieme; in effetti, si ha complessità quando sono inseparabili i differenti elementi che costituiscono un tutto (come l'economico, il politico, il sociologico, lo psicologico, l'affettivo, il mitologico) e quando vi è tessuto interdipendente, interattivo e inter-retroattivo tra l'oggetto di conoscenza e il suo contesto, le parti e il tutto, il tutto e le parti, le parti tra di loro. La complessità è, perciò, il legame tra l'unità e la molteplicità.



**Edgard Morin**

Parigi 08/07/1921

Filosofo e Sociologo

**Figura 1**

	<b>complicato</b>	<b>complesso</b>
<b>etimologia</b>	<i>cum plicum</i>	<i>cum plexum</i>
<b>approccio</b>	<b>analitico</b>	<b>sistemico</b>
<b>soluzione</b>	<b>spiegato "nelle sue pieghe" = spiegando</b>	<b>compreso nel suo insieme</b>
<b>esempio</b>	<b>un meccanismo (un orologio)</b>	<b>un organismo (un uomo)</b>

**Figura 2**

## 1.2 La Sindrome Fibromialgica

Per molteplicità di espressione e di coinvolgimento di fattori che la generano e che la costituiscono, la Sindrome Fibromialgica (SFM) può essere riconducibile al concetto di complessità. La trama dai mille nodi ancora non è completamente diramata. Necessario ed indispensabile, rispetto anche tutti gli studi, il fatto che l'approccio necessita di una veduta definibile "complessa" in quanto la visione non può che essere multi-sfaccettata e l'intervento inevitabilmente multidimensionale e multimodale. La SFM ha come caratteristica primaria il dolore muscoloscheletrico diffuso e cronico associato a vari altri sintomi. I maggiori sintomi sono astenia, disturbi del sonno, fibro-fog associata a carenza di memoria e di attenzione. Verosimilmente molti dei problemi psichici sono conseguenti a questo stato di permanenza dei vari sintomi. La SFM è associata in modo significativo alla depressione.

Uno studio caso-controllo ha rilevato che è maggiore la possibilità di soffrire di depressione per donne affette da fibromialgia rispetto ai controlli sani in quanto hanno un punteggio per depressione più alto indipendentemente dall'età (Palombo-Lopez P. *et al.*, 2019). I sintomi colpiscono il paziente anche a livello mentale, soprattutto perché, l'unica cosa che si manifesta è il dolore invisibile che ne indica l'esistenza. Un sintomo tipico che caratterizza i pazienti con SFM è la mancanza di accettazione della malattia poiché la sua fisiopatologia non è stata chiarita, da qui le carenze nella sua gestione, o piuttosto, a livello cognitivo, la convinzione che non ci sia alcuna malattia da gestire (Cohen-Biton Liraz, *et al.*).

La SFM presenta una frequente comorbidità con disturbi della sfera affettiva che oltre a rappresentare di per sé una patologia altamente disturbante, possono interferire a vari livelli. L'approccio che più si è dimostrato utile è la Terapia Comportamentale Cognitiva (CBT) ma anche altre tecniche quali Eye Movement Desensibilization and Repoussing (EMDR) o l'Ipnosi Clinica si sono dimostrate utili nel contrastare la sintomatologia dei pazienti fibromialgici (1. web source).

L'eziologia della sindrome non è ancora compresa e c'è incertezza sul quadro fisiopatologico (Goldenberg DI, Schur PH *et al.*, 2016).

L'ipotesi di una disregolazione nei meccanismi di controllo del dolore da parte del Sistema Nervoso Centrale ne conferisce l'ampliamento della percezione dello stesso. C'è una alterazione della modulazione del dolore

rispetto le vie discendenti e sembra compromessa l'attività serotoninergica-noradrenergica, elemento sostenuto dai benefici terapeutici apportati dai farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (2. web source).

I criteri diagnostici si sono evoluti nel tempo. Nel 1990 venne condotto dall'American College of Rheumatology (ACR), uno studio su 558 pazienti fibromialgici in 16 centri, allo scopo di uniformare i criteri classificativi e diagnostici. La presenza di 11 tender points positivi su 18 in presenza di dolore muscolare cronico diffuso forniva la combinazione più accurata di criteri per la diagnosi e la classificazione. Però sebbene questi criteri vengano utilizzati non sono ritenuti completamente soddisfacenti. Per questo motivo nel 2010 sono stati pubblicati i nuovi criteri ACR per la FM (aggiornati nel 2011) che non richiedono più la ricerca dei tender points per porre diagnosi. La diagnosi è resa più semplice ed è essenzialmente basata sui sintomi clinici. La diagnosi basata sui nuovi criteri dipende dalla valutazione soggettiva del medico riguardo all'estensione e la gravità dei sintomi somatici del paziente (3. web source).

Per quanto concerne la severità della malattia, uno studio su larga scala (Saffi *et al.*, 2021) ha indicato come validi i questionari Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) ed il Fibromyalgia Assessment Status (FAS) oltre al Polysymptomatic Distress Scale (PDS). La mancanza di biomarcatori che ne accertino la "misurabilità" rende particolarmente complesso l'approccio (Giorgi V. *et al.*, 2022).

A livello internazionale si stima che la prevalenza sia compresa tra il 2-3% e l'8% e l'incidenza tra 7-11 casi annui per 1000 persone. La significativa prevalenza e la complessità clinica della diagnosi e trattamento possono avere un impatto organizzativo ed economico significativi.

Molti studi al momento concordano che un approccio di intervento, su tale malattia, è meglio che preveda uno schieramento multidisciplinare e multimodale. Questo non fa altro che confermare che la presenza di molteplici professionisti e di approcci multipli è indicato proprio perché ogni individuo, per quanto si sia notata nel passato la tendenza a schematizzarne i sintomi, nasce e si evolve in modo unico.

La medicina tradizionale cinese alla base di molteplici discipline complementari ritiene da sempre indispensabile l'approccio mente corpo anima e individua in alcune tipologie di interventi quali ad esempio

l'agopuntura, un modo molto personale di intervenire sui disequilibri di una persona.

Nella medicina tradizionale si discute sul riequilibrio del "Ki" o energia sottile, che esiste in ognuno di noi e che rappresenta l'energia vitale. Il concetto centrale della medicina orientale è che tutti i problemi fisici sono il risultato di ostacoli nello scorrimento del ki e che il ripristinare questa circolazione serva a curare molti dei mali che ne manifestano lo squilibrio (Masunaga S., 2002).

Accanto alla terapia puramente chimica esiste l'esercizio aerobico, la terapia cognitivo-comportamentale, il biofeedback, l'ipnositerapia, il rinforzo muscolare, la balneoterapia eccetera. In questo contesto di gestione complessa della malattia, l'agopuntura trova oggi spazio e consensi, venendo descritta in numerose pubblicazioni (V. Geronazzo *et al.*, 2016).

In definitiva nella fibromialgia il dolore è la malattia.

### **1.3 L'Ambulatorio di Fibromialgia**

#### **Centro Multidisciplinare della Terapia del Dolore IOT Piero Palagi**

Della Fibromialgia si è detto molto anche se non abbastanza, si conosce molto anche se non tutto. Sicuramente, come anche per chiunque altro, la Fibromialgia mi ha scelto e non il contrario. Non sono fibromialgica ma la fibromialgia fa parte della mia vita. Sono un suo osservatore, lo sono ormai da anni. Nell'ambulatorio infermieristico, dove lavoro, l'accesso da parte dei pazienti è stato in questi anni in notevole aumento e malgrado rimanga una quasi malattia di genere sono anche diversi gli uomini che cominciano a soffrire di questa patologia. Che la fibromialgia sia un grido, un grido di diniego e di ribellione, mi è stato chiaro fin dall'inizio. Il nostro corpo ha molti più anni di noi e la sua è una memoria antica. Ha una saggezza che spesso non gli riconosciamo. Il suo tentativo di farci sopravvivere passa però ancora attraverso il dolore. Nel nostro ambulatorio l'approccio all'unicità del paziente è cosa da noi ritenuta indispensabile. Questo consente al professionista sia esso medico o infermiere di avvicinarsi alla storia della persona in modo da trovare, tra quelli che sono a nostra disposizione, lo strumento a lei più adatto. Questo approccio ci obbliga e ci spinge alla ricerca. In linea con le attuali metodiche multidisciplinari e multimodali, nell'approccio clinico trovano spazio diverse classi farmacologiche e approcci terapeutici di generi differenti, gestiti da svariate figure specialistiche. Le collaborazioni sono alla base del nostro lavoro: algologo, reumatologo, fisioterapisti, agopuntori, infermieri, operatori sociosanitari, ortopedico, neurologo, psicoterapeuta sono in prima linea attenti e disposti alla conquista di uno spazio che generi miglioramento e benessere. Quando mi sono avvicinata al pensiero Orientale della cura, ho sentito mia la dimensione di unicità dell'essere umano. Il concetto che un essere umano è corpo mente e anima è tipicamente orientale. Questo a livello di prestazione sanitaria era difficile da attuare. Lo strumento dell'Auricoloterapia (AT) mi consente di applicarlo in modo autentico. Quando mi approccio ad una persona pensando che il dolore è una manifestazione di un'alterazione di un'emozione e che è possibile intervenire sul corpo come sull'emozione stessa per fornire un valido strumento di sostegno, l'AT mi permette di realizzarlo.

## 2. L'AMBULATORIO DI AURICOLOTERAPIA

### 2.1 Brevi cenni sul metodo

L'AT fa parte delle tecniche delle Medicine Complementari e Terapie Integrate. In occidente nel 1957 furono pubblicati i primi studi del medico francese Nogier. I cinesi pubblicarono le loro mappe auricolari negli anni 70.

Il principio alla base dell'AT, che utilizza il padiglione auricolare a fini diagnostici e terapeutici, è fondato sull'idea che l'orecchio (in particolare il padiglione auricolare) riproduca in piccolo l'intero organismo umano e che lavorando su alcuni punti o aree specifici si attivano delle risposte del nostro organismo che possono aiutare a contrastare un evento patologico (Romoli M., 2015).

Secondo il modello riflessologico i punti e le zone auricolari rappresentano l'innervazione di un organo o area corporea, con una corrispondenza bidirezionale per cui, in presenza di patologie, si attivano punti e zone con caratteristiche definite, visibili all'esame obiettivo, ispettivo, con variazioni di impedenza cutanea e delle caratteristiche palpatorie a livello del padiglione auricolare (Romoli M., 2003). L'innervazione e la vascolarizzazione del padiglione auricolare consentono un dialogo orecchio-cervello. In particolare, il circuito riflesso antinfiammatorio colinergico vagale (CAP Cholinergic Antinflammatory Pathway) è un meccanismo di regolazione che conferisce stabilità agli organi in risposta alle mutevoli condizioni esterne ed interne. Gli "agopunti" che vengono stimolati attivano terminazioni nervose connesse con i rami del nervo vago, divenendo in parte responsabili di quei fenomeni che sono alla base della diagnosi e della terapia auricolare (Chiera M., *et al.*, 2017).

In letteratura (Soliman N., 2008) viene descritta l'efficacia dell'AT soprattutto per terapie finalizzate a dolore muscoloscheletrico, cefalea ed emicrania (Rashmi B. *et al.*, 2015) disturbi psicofisici e del sonno, dipendenze da fumo, cibo e alcool ma anche per nausea e vomito nelle donne in gravidanza. Come l'agopuntura anche l'AT è caratterizzata da una scarsa presenza di effetti collaterali e questo permette di poter essere impiegata in ogni situazione clinica e in tutte le fasce d'età.

## 2.2 Organizzazione dell'Ambulatorio

Sebbene esso non si rivolga a specifiche categorie di persone, l'Ambulatorio Infermieristico della Terapia del dolore del Presidio Piero Palagi accoglie la fragilità delle persone affette da sindrome fibromialgica e non solo. Nel nostro ambulatorio noi Infermiere applichiamo semi di vaccaria sui padiglioni auricolari. In funzione della scelta del trattamento da attuare l'applicazione dei semi agisce sui sistemi di riflesso indotti dalle innervazioni e vascolarizzazioni del padiglione stesso. Il meccanismo bidirezionale di corrispondenza tra zone del padiglione auricolare e organi è da tempo conosciuto. Dalla nostra esperienza gli esiti sulla gestione del dolore della cefalea, spesso indotta dalla rigidità della struttura cervico-brachiale, sui disturbi del sonno, sulla stanchezza e su molto altro, sono notevoli, quasi sempre le risposte se non immediate sopravvengono nel tempo e il ripetere del ciclo a distanza di sei mesi ne garantisce una buona risposta di continuità. L'accesso alle prestazioni di AT presso l'Ambulatorio Infermieristico avviene tramite richiesta di "ciclo di auricoloterapia" rilasciata dallo Specialista Algologo o dal Ginecologo in quanto abbiamo una collaborazione per la presa in carico delle donne in gravidanza con disturbi ad essa connessi. Il ciclo di terapia comprende otto sedute a cadenza settimanale; è possibile la ripetizione del ciclo in base alla valutazione di efficacia e bisogno. Lo studio della SFM, attraverso la letteratura attuale, ci dimostra che questa patologia ha ancora una vasta zona d'ombra, la quale riguarda non solo le nostre conoscenze sulla sua eziologia, ma anche un soddisfacente approccio terapeutico per la risoluzione delle sue problematiche. Sono evidenti, comunque, i progressi raggiunti in questi anni, che hanno permesso di riconoscere e descrivere questa malattia, dandole dignità, sottraendo così molti pazienti dall'etichettatura di "pazienti psicosomatici". L'approccio farmacologico è giustificato da comprovati benefici, che non bastano però a placare la costellazione di problematiche che affliggono i soggetti fibromialgici. È proprio in funzione di questa insufficienza di risposte, e in accordo con tutti i recenti protocolli di terapia del dolore che sempre più mirano all'approccio multimodale, che l'auricoloterapia dovrebbe rientrare nel percorso terapeutico della fibromialgia. Non stupisce che per una patologia multifattoriale, che si manifesta con una miriade di segni e sintomi clinici, differenti qualitativamente e quantitativamente, l'approccio migliore possibile sia quello che ricerca la sinergia di tutte le armi attualmente in nostro possesso, sfruttando ognuna di queste per i suoi aspetti peculiari e più adatti alla risoluzione dei singoli problemi (Geronazzo V., *et al.*, 2016).

## 2.3 Il Dolore

Il dolore è un'esperienza di ogni essere umano ma di cui, paradossalmente, si conosce davvero poco. Il dolore è un vero e proprio enigma per ogni operatore sanitario e non solo. Quello che dovrebbe stimolare in tutti noi una forte riflessione volta a rivedere le nostre certezze sul dolore, è la constatazione che, nonostante la sua onnipresenza, rimangono ancora da definire diversi fattori scatenanti che trasformano il dolore da acuto a cronico (Chiera M. *et al.*, 2017).

Nel 2020, International Association for the Study of Pain (IASP) ha rivisto la sua definizione di dolore. Un aggiornamento che allontanandosi da una concezione puramente biologica dà spazio ad una visione più completa e individualizzata. Sottolineando l'importanza della soggettività dell'esperienza dolorosa riconosce che il dolore può essere presente anche in assenza di un danno tissutale evidente o di una causa identificabile; include tutti coloro che non sono in grado di esprimere verbalmente il dolore, sottolinea l'interconnessione tra le 3 dimensioni: biologica, sociale e psicologica e la personale natura appresa di quell'esperienza. Come nota di non poco conto c'è la dichiarazione, da parte dei componenti della task force che hanno lavorato alla nuova definizione, che occorre tornare a pensare al dolore nella sua multidimensionalità, in modo da poterlo valutare e curare in modo più olistico.

*“esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a, o simile a quella associata a, danno tissutale effettivo o potenziale”*

*(tradotto da IASP 2020)*

- *Il dolore è sempre un'esperienza personale influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.*
- *Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi. Il dolore non può essere dedotto solo dall'attività neurosensoriale.*
- *Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.*
- *Il racconto di un'esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.*
- *Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.*
- *La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore;*

*l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provi dolore. (4. web source)*

Il dolore può essere distinto anatomicamente e fenomenologicamente in tre percorsi separati ma interagenti: un percorso laterale di dolore, un percorso mediale di “sofferenza” e un percorso discendente “inibitorio” del dolore. La via discendente inibitoria è carente nelle sindromi dolorose come la fibromialgia (Jensen K.B. *et al.*, 2013). Il dolore globale risulta essere la sommatoria dei due percorsi ascendenti al quale sottrarre la via discendente-inibitoria del dolore.

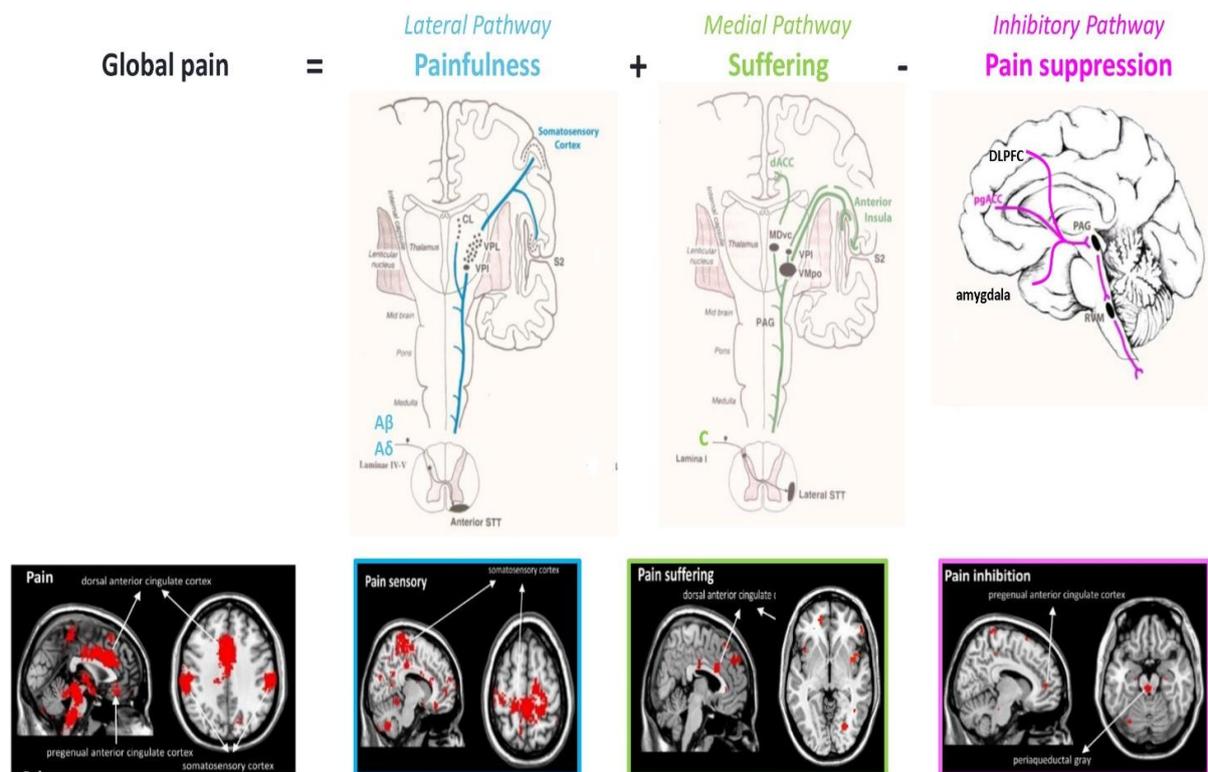


figura 3. Le vie anatomiche associate a 3 diversi aspetti del dolore. Una metanalisi di imaging funzionale conferma l’anatomia correlata alle caratteristiche del dolore clinico.

Nel dolore cronico la via inibitoria è meno attivata. La sofferenza genera la sensazione di dolore attraverso un’elaborazione cognitiva (insula), emotiva (corteccia cingolata anteriore) e automatica (insula e corteccia). Essa si esprime attraverso la rabbia, paura, frustrazione ansia e depressione, portando cambiamenti di comportamento e disabilità funzionale. Il dolore cronico può essere il risultato di una carenza di soppressione del dolore, può essere il risultato di un’inibizione persa (Henderson *et al.*, 2013)

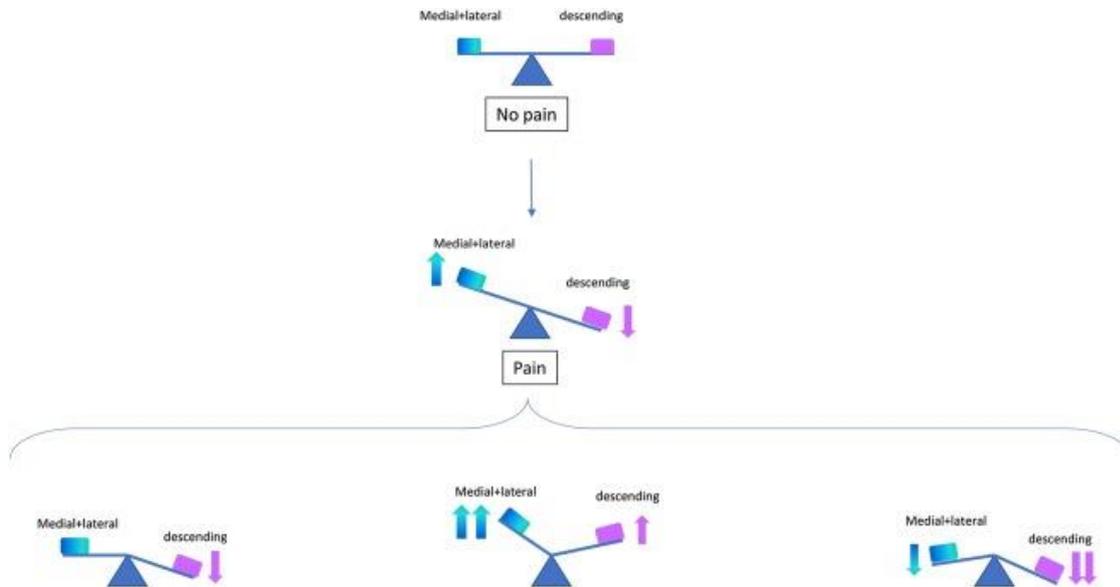


Figura 4. Il dolore come squilibrio delle tre vie costituenti l'anatomia del dolore

In sintesi, sulla base del concetto di cervello Bayesiano un modello che può essere proposto è quello in cui il dolore (e la sofferenza) è la conseguenza di uno squilibrio tra le vie inibitoria del dolore ascendente e discendente. Questo equilibrio è teorizzato per essere sotto il controllo del sistema di ricompensa (5. web source).

Altri studi di natura elettrofisiologica sulle aree del sistema nervoso coinvolte nel fenomeno ipnotico, evidenziano l'interessamento soprattutto dell'ippocampo e dell'amigdala (Casiglia E., 2015). L'amigdala risiede, secondo l'anatomia sopra descritta, nella parte della via discendente: la via inibitoria del dolore. Questa zona, carente nella sindrome fibromialgica, può subire, attraverso una valida comunicazione ipnotica, delle variazioni che potrebbero aprire campi di potenzialità di modifica delle convinzioni e del sentire rispetto alla percezione del proprio dolore. Da quanto sopra descritto si pensa possibile intervenire sulla convinzione del dolore. La teoria del cervello Bayesiano vede la credenza come parte dominante della costituzione dell'attività neuronale strettamente connessa al calcolo delle probabilità. Cambiare la credenza significa dare alla credenza seguente uno spazio di espressione che modifica il pensiero stesso. Anche Merleau-Ponty definiva la "mente incarnata" in quanto il corpo deteneva la conoscenza ante predicativa e prelogica (Merleau-Ponty M., 2003). Lavorare sulle convinzioni e sul corpo stesso può essere un modo per intervenire sulla predisposizione a considerare il dolore uno stato "normale" del proprio sentire. La comunicazione ipnotica può essere lo strumento da utilizzare per questo cambiamento.

### **3. LA COMUNICAZIONE IPNOTICA**

#### **3.1 Ipnosi Clinica**

L'ipnosi clinica è la realizzazione di coscienza modificata che è fisiologica, tanto che è normale vivere stati ipnotici che si realizzano spontaneamente, solo che noi da soli siamo poco inclini a riconoscerli e gestirli per sfruttarne le possibilità. In sintesi, Franco Granone definisce l'ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore. Alla base delle sue teorie e fondamento degli insegnamenti del CIICS, c'è il concetto di monoideismo plastico (Granone F., 1989).

Il suffisso mono definisce l'importanza di indirizzare la potenza creativa concentrandola su una sola idea così che questa possa sperimentarsi come reale grazie al sopravvento dell'immaginazione sul pensiero logico e ciò si realizza più facilmente quando il bisogno, il desiderio, l'aspettativa sono più presenti e quando sperimentiamo la condizione di perdita di controllo. Per esempio, negli stati di forte ansia, le immagini mentali bypassano la logica realizzando effetti fisici evidenti. In ipnosi si può realizzare lo stesso effetto ma con il controllo e la motivazione di realizzare cambiamenti fisici che superano le abituali capacità. Alla base dell'ipnotismo ci sono la riduzione della critica e la focalizzazione delle energie mentali su una sola immagine che diventa così potente da creare effetti plastici e questo è un fatto fisiologico. Recentemente il Prof. Cristian Cipriani direttore dell'Istituto di BioRobotica della scuola Sant'Anna di Pisa ha creato una mano artificiale e con il Dott. Lorenzo Andreani che l'ha impiantata, in una persona amputata, hanno dimostrato che la focalizzazione sull'immagine del movimento può attivare il movimento stesso. Sull'argomento ci sono stati altri studi che rimandano ai neuroni specchio. Giacomo Rizzolatti e collaboratori già negli anni Novanta, mentre studiavano i motoneuroni, notarono che alcuni di essi, denominati appunto neuroni specchio, si attivavano non solo quando la scimmia compiva un'azione ma anche quando guardava qualcun altro compiere la stessa azione. Questi due meccanismi, capacità di focalizzazione su un'immagine e capacità di copyng, rimandano all'importanza del rapporto tra operatore e paziente. Noi comunichiamo con tutto il corpo e anche per questo dobbiamo tener conto dell'effetto delle parole nel creare immagini che riverberano nella nostra esperienza. In un processo comunicativo è importante cosa viene detto tanto quanto il modo

in cui viene detto. In questo modo sappiamo che possiamo essere capaci di attivare benessere quanto malessere.

La comunicazione è capace di modulare la percezione del dolore?

Immaginare scenari futuri positivi influenza fortemente il modo di affrontare le situazioni aumentando la determinazione e alimentando la motivazione (6. *web source*).

Le parole, la speranza e i farmaci innescano dinamiche simili nel cervello umano. L'aspettativa della riduzione di un sintomo induce una reale riduzione del sintomo stesso attraverso meccanismi cognitivi in cui i lobi frontali giocano un ruolo da protagonista. Aspettarsi un beneficio terapeutico riduce l'ansia, la quale è strettamente connessa al dolore: maggiore è l'ansia, maggiore è il dolore. Un soggetto meno ansioso percepisce il dolore con minore intensità. C'è poi il fattore che scatena anche i meccanismi cerebrali di "ricompensa", quelli cioè che ci permettono di anticipare un evento piacevole come una ricompensa in denaro o in cibo (meccanismo che agisce sulla via inibitoria discendente del cervello). Esiste poi un meccanismo di "apprendimento" per cui la ripetuta associazione fra il contesto intorno al paziente e il principio farmacologico attivo induce una risposta condizionata (teoria di apprendimento del cervello Bayesiano). Per cui ad esempio una siringa contenente antidolorifico dopo ripetute associazioni la sola vista della siringa o di chi la somministra indurrebbe la riduzione del sintomo. L'aspettativa volge un ruolo importante nei processi coscienti, mentre l'apprendimento è implicato nei processi non coscienti (secrezione di ormoni e risposte immunitarie). Parole empatiche di fiducia e speranza, attivano i sistemi oppioidi endogeni, e in particolare una classe di recettori, i cosiddetti "recettori mu" (Benedetti F., 2018).

Ora che sappiamo il ruolo delle parole nel rapporto con l'altra persona è necessario saper usare le parole.

Nel testo di Rosenberg (Rosenberg M.B., 2003) sono riportate con specificità il modo in cui è possibile relazionarci con gli altri così che la comunicazione sia efficace e utile.

Primo step: separare l'osservazione dalla valutazione. Questa azione risulta difficilissima in quanto le esperienze, gli studi e l'età costituiscono un bagaglio di conoscenze che stabiliscono anche il modo di pensare e di essere di una persona.

Secondo step: esprimiamo noi stessi attraverso i sentimenti. Crescere all'interno di una società che stereotipa ogni manifestazione, è il modo migliore per offuscare ogni tipo di emozione. Sentire nello stesso modo degli altri soprattutto quando il messaggio continuo è che "chi sente in un tal modo è destinato al successo" è esattamente la manipolazione di questo tipo di società.

Terzo step: riconoscere i bisogni dietro i sentimenti. Soffermarsi sulla differenza tra sentimenti e bisogni.

Quarto step: riconoscere quello che vorremmo chiedere gli uni agli altri per arricchire le nostre vite. Riconoscerci nei bisogni che i nostri sentimenti generano per dividerli e fare in modo che gli uni possano essere di aiuto agli altri (Rosemberg M.B., 2003).

Ovviamente la conoscenza di questo percorso non implica la capacità di applicarlo ma averne consapevolezza produce una riflessione che può generare un campo ove seminare comunicazione valida.

Non si parla solo con il verbale. Ovunque è riconosciuto che ci sono molti altri modi di comunicare. Forse dobbiamo chiederci che tipo di persone siamo per poi capire cosa vogliamo trasmettere, perché e come.

All'operatore necessita essere resiliente ma non basta, dobbiamo puntare ad essere anti-fragili.

### 3.2 Il Concetto di Resilienza

Con il termine resilienza si intende la capacità di fronteggiare le avversità, di rialzarsi dopo una caduta, di non lasciarsi abbattere o destabilizzare dalle situazioni di difficoltà. Essere resilienti non significa, tuttavia, essere distaccati o disinteressati: la persona resiliente non è immune alla paura, all'incertezza, allo stress e alle preoccupazioni, ma è in grado di mantenere l'equilibrio, non farsi travolgere dalle emozioni negative e incassare anche i colpi più duri.

È importante notare che la resilienza non è una capacità innata, ma può essere appresa con l'esperienza. È anche per questo che i primi studi sul tema rivolgevano l'attenzione sullo sviluppo infantile: è da bambini che, inizialmente, si comincia a fare esperienza dei propri limiti e delle proprie potenzialità, attraverso processi di *trial and error* che mettono alla prova la propria capacità di mantenere alta la motivazione e rialzarsi – spesso, in queste circostanze, anche in senso letterale.

Inoltre, non bisogna dimenticare che la resilienza non dipende esclusivamente dalla capacità, dalla personalità e dall'attitudine di un individuo, ma può essere condizionata e favorita dalla presenza di alcuni fattori di protezione: elementi che possono intervenire a supporto dell'individuo in difficoltà, come, ad esempio, i rapporti affettivi all'interno di una famiglia o di una coppia, i rapporti di amicizia o la collaborazione dei colleghi.

### 3.3 Il Concetto di Antifragilità

L'antifragilità è un concetto che "va oltre" la resilienza, superando l'idea che un sistema fisso e immutabile sia sempre positivo e da proteggere a ogni costo. Se, infatti, un sistema resiliente è in grado di resistere agli urti e mantenere integra la propria identità, un sistema antifragile è capace di abbracciare l'imprevisto, l'incertezza e il cambiamento con un atteggiamento positivo.

Essere antifragili vuol dire essere capaci di fronteggiare le avversità, tirarne fuori qualcosa di buono, imparare dagli errori e migliorare costantemente, adattandosi di volta in volta alle nuove circostanze e alle nuove esigenze che queste portano con sé.

L'obiettivo dell'antifragilità non è imparare a proteggersi o a resistere agli urti, ma diventare capaci di comprendere che cosa ha causato questi urti, dove siamo stati colpiti (e perché) e cosa possiamo fare per evitare che questo accada di nuovo, anche mettendo in discussione e trasformando i nostri paradigmi mentali, se necessario.

Nassim Nicholas Taleb, ha coniato il concetto di antifragilità:

*"alcune cose traggono beneficio dagli shock, prosperano e crescono quando sono esposte a mutevolezza, casualità, disordine e fattori di stress e amano l'avventura, il rischio e l'incertezza.*

*Ciò nonostante, a dispetto dell'onnipresenza del fenomeno, non disponiamo di un termine che indichi l'esatto opposto della fragilità. Per questo parleremo di antifragilità"*

Come emerge dalle parole del filosofo e matematico libanese, lo snodo fondamentale sta nella capacità di accogliere la crisi e utilizzare il caos per costruire una nuova esistenza e un nuovo sé più sviluppato e migliore. La robustezza consente di sopportare, la resilienza permette di adattarsi e resistere.

L'antifragilità porta a evolversi:

*Una cosa resiliente resiste agli shock ma rimane la stessa di prima: l'antifragile dà luogo a una cosa migliore (Taleb N.N., 2012).*

Riuscire a rimanere centrati nella difficoltà di vivere e continuare ad imparare malgrado ogni nostra resistenza.

Il concetto di resilienza consente di non arrendersi davanti alle avversità e di tornare a raddrizzarsi come prima della prova, l'antifragilità non mira a ricostituire la situazione e l'equilibrio originari ma utilizza l'imprevisto come un punto di partenza per una nuova evoluzione, interiore ed esteriore (Vercelli G. *et al.*, 2021).

La comunicazione ipnotica può lavorare sulle convinzioni limitanti, schemi comportamentali, di pensiero, atteggiamenti improduttivi.

Questa qualità si può e si deve allenare prima di tutto nell'operatore.

### **3.4 Il “Rapport”**

Il primo indispensabile passo da effettuare da parte di un operatore della comunicazione ipnotica è gestire con consapevolezza l'effetto che fa la comunicazione nel creare l'esperienza.

Egli deve essere a conoscenza che le immagini che si generano, riverberano nella psiche e nel corpo realizzando il cambiamento voluto grazie alla fiducia che si è costituita nella relazione tra le due persone. Quindi, la comunicazione genera la relazione e la capacità di utilizzare consapevolmente le immagini insieme creano la condizione ipnotica.

Nella relazione di cura la fiducia tra paziente e curante è promotrice di successo. Tale relazione si basa inoltre sul consenso informato (legge 219 del 2017) nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza professionale e responsabilità di chi cura.

Il codice deontologico dell'infermiere va oltre e afferma che il tempo di relazione è tempo di cura.

Quindi è importante trovare il tempo e le parole giuste che ci premettono di guidare ed essere guidati (7. web source).

La terapia del dolore è il luogo di riferimento per il dolore cronico e quindi per qualcosa che per definizione non va via ma piuttosto torna.

Questo strumento non è solo per me è per i pazienti.

Per tutti coloro che tornano, nella speranza di poterli vedere tardare un incontro che si pensava inevitabilmente più ravvicinato.

## 4. LO STUDIO

*Ognuno di noi quando accetta di*

*non sapere si apre alla meraviglia*

*Chandra Candiani*

Come utilizzare una mappa su un territorio ogni volta diverso? Sicuramente è necessario conoscere bene la mappa ma poi quando si cammina sul territorio come ci si deve comportare?

È importante creare un rapporto di fiducia indispensabile alla cura, conoscere a fondo il metodo per generare un monoideismo plastico, la ratifica per la presa di coscienza delle proprie capacità, l'ancoraggio che consenta di riprodurre le possibilità individuate.

Personalmente oltre tutto questo ho sperimentato come sia importante accogliere la persona per facilitarne il cammino da intraprendere insieme.

Queste le mie riflessioni:

Il tempo, i bisogni, le responsabilità, i doveri sono tutti acceleratori. Se tutto spinge in una direzione noi pensiamo di avere due possibilità: farci trasportare oppure opporci.

L'esperienza, la pratica del Tai chi, lo Shiatsu, il Qi Gong, la vita stessa, mi hanno insegnato che un "colpo" non si sostiene con la forza né con la contrapposizione ad esso. Assecondare il colpo, elasticizzare il corpo e la mente, per attutire l'energia entrante, trasforma il colpo stesso in un contraccolpo come se l'energia inflitta semplicemente cambiasse direzione. Questo significa che se tutto "corre" noi potremmo rallentare. Rallentare potrebbe essere un modo giusto per modificare qualcosa che incombe.

Come fare? Respirare. Portare l'attenzione sul respiro è uno dei modi migliori per rallentare.

Anche i pensieri sono grandi acceleratori. Il nostro cervello nasce e si sviluppa in virtù del pensare. Non possiamo eliminare i nostri pensieri ma possiamo rallentarne il flusso. Tra un atto di inspirazione e il seguente atto di espirazione esiste uno spazio. Quello spazio è uno spazio vuoto. Creare il vuoto può essere significativo per il cambiamento.

Ci sono molti modi per creare il vuoto, sicuramente uno dei più validi, è la noia. Maestra indiscussa della creatività essa di rado si mostra in questa società piena e ricolma di “cose da fare”.

Respira, rallenta, stai nel vuoto dello spazio tra inspirazione ed espirazione.

Quando poi il cervello è disposto ad ascoltare. Stupiscilo.

La scelta delle persone con cui fare questo percorso nasce dalla loro stessa attitudine all’ascolto. Sono sei persone. Diverse tra loro per età, estrazione sociale, formazione culturale e anche per luogo di nascita, forse la sola cosa che li accomuna è il territorio dove abitano.

La Toscana è una terra che accoglie per la presenza di una Natura che nutre e trasforma. Se fossi un antropologo mi piacerebbe capire in che modo l’ecosistema sociale può incidere su questa patologia. Sappiamo perché lo abbiamo considerato che lo stress è fondamentale a strutturarne i sintomi. Ma come può lo stress non essere legato in doppio filo al luogo e quindi alle persone che lo abitano oltre che sicuramente a mille altri fattori quali quelli familiari, economici fin anche a quelli che riguardano lo spirito.

Una terra che al sociale ha sempre guardato non mi sembra una terra che produca dolore piuttosto lo modula e lo modifica.

Ma anche questo sembra non bastare ai nostri personaggi in cerca di autore.

Il progetto:

sei pazienti con diagnosi di sindrome fibromialgica primaria

Ciclo di otto sedute di trattamento di Auricoloterapia di cui:

Quattro sedute solo AT

Quattro sedute AT e comunicazione ipnotica

## 4.1 La Metafora

È tempo di creare una metafora.

Si possono usare quelle già esistenti, fiabe, racconti, aneddoti ma creare una storia unica per una persona è qualcosa che somiglia molto ad un dono. Riflettere sulla persona, ricercare le sue attitudini, sperimentare con lei il piacere, imparare dall'errore, ascoltare i bisogni, rielaborare e tentare ancora, percorrere insieme la strada che dal nostro cuore ci conduce, attraverso un unico singolare cammino, al cuore dell'altro.

La metafora deve rispecchiare il sistema rappresentativo privilegiato dal paziente. Per poter avere una buona comunicazione, è secondo me consigliabile, stabilire la preferenza modale cioè se il paziente si esprime secondo un dovere una possibilità o una volontà, l'operatore dovrebbe trasformare proprio con un cambio di espressione la sua modalità in quella più adatta e cioè "possibilità".

La scelta di utilizzare nelle metafore proposte la Natura mi riconduce alla riflessione sul luogo abitato e sull'unico elemento comune a tutti i personaggi, quasi a costituire un *trait d'union* tra tutti noi.

## 4.2 Sei Personaggi in cerca di Autore

Con il loro consenso userò soltanto l'iniziale del nome vero, il resto è un abbinamento di fantasia

1. O.scar
2. R.osalba
3. R.amona
4. P.amela
5. B.ella
6. S.ofia

### 4.3 Il Primo Personaggio O.SCAR

O.scar, cade dalla moto di enduro, si opera al ginocchio, prende la mononucleosi subito dopo l'intervento e la vita cambia. Dopo questo trauma (indicazione tra le cause che scatenano la Fibromialgia) lui racconta che ha continuato a fare ogni cosa, a recuperare, a cercare la sua vita di "prima". Lui che ama la natura, i cani, si allena praticando Muay Thai con i colpi inflitti per vincere, perché la sua è un'età spaventosamente bella, l'età della giovinezza. O.scar ha 23 anni. Giunge alla nostra attenzione dopo un gran peregrinare tra medici e diagnosi, l'ultima fibromialgia. La Dottoressa responsabile dell'ambulatorio di terapia del dolore per la fibromialgia, ci chiede di prendercene cura e noi lo facciamo. Ogni giovedì per quattro volte applichiamo AT cercando di modificare la percezione del suo dolore. Sulla zona lombo-sacrale si concentra maggiormente il dolore che lo blocca a letto ormai da troppo tempo. Ad inizio del suo trattamento gli chiedo se ha voglia di provare un modo nuovo e diverso di parlare del suo stato. Mi dice subito di sì. Dai suoi grandi occhi verdi lo Shen brilla con una nota incline alla tristezza. Il mio primo errore: per capire quale sia lo strumento migliore da utilizzare per poter comunicare in modo valido con lui gli chiedo di scegliere, aprendo tre porte contenenti ciascuna colori, cibi e musica, quella che gli sembra più vicina al suo modo di essere. Sceglie la musica. Gli propongo la focalizzazione con un punto sul soffitto, la sua reazione è immediata e lui si abbandona con manifestazioni di flutter palpebrale, modifica dell'espressione facciale. Utilizzo una metafora che coinvolga la musica, lui come un musicista in un concerto. Mi accorgo che non funziona e allora utilizzo lo schioccare delle dita alternativamente destra e sinistra. Alla ratifica lui mi risponde non ci sono. Fantastico il mio primo errore! L'ho fatto scegliere senza indurlo, ho parlato alla sua mente razionale e lui ha scelto la musica. Provo di nuovo utilizzando la metafora del luogo sicuro, delle palpebre come tende, dei suoi piedi saldi e sostenuti dalla terra e del corpo privo di pesi, leggero. Ratifica lui risponde sì. Quando si alza mi dice: mi sento meglio. Nella seconda seduta azzardo una cosa nuova. Mi preparo una fiaba a metafora. La focalizzazione, il rilassamento, la metafora del luogo sicuro tutto funziona. E mentre sei in questo luogo sicuro, gli leggo la fiaba: il principe che non voleva sorridere (Casula C.C., 2022). Nella terza seduta concordiamo cosa preferisce avere se la metafora o la fiaba. Sceglie entrambi. La quarta seduta con Omar è una e-mail dove lui mi dice che ha avuto un malore e che non verrà a fare la seduta. Sono certa sia andato dai nonni in montagna come mi aveva confessato di desiderare. Nulla mi darà conferma ma a me piace pensare che lui abbia scelto di stare meglio.

#### 4.4 Il Secondo Personaggio R.OSALBA

R.osalba è una donna di 59 anni, la diagnosi di fibromialgia le arriva a completare un quadro già abbastanza complesso. L'artrosi le domina le giunture, il suo peso, non conforme ai suoi bisogni, le appesantisce ogni forma di leggerezza. Non ha figli. Un matrimonio che funziona. Un nipote che adora ma che è molto problematico. Ha sospeso di lavorare sperando di anticipare la pensione, sogno che però non ha potuto realizzare. Le 4 sedute di AT sono tutte molto specifiche per i suoi dolori che si manifestano maggiormente a livello lombo-sacrale e con episodi importanti di emicrania. Le 4 sedute di AT e comunicazione ipnotica: Roberta ha una predisposizione ad essere cenestesica, infatti, il mio secondo errore è quello di scambiare per una immaginativa. La prima seduta utilizzo la metafora del luogo sicuro dietro la chiusura delle palpebre come tende di una finestra che la riparano da tutto quello che vuole lasciar fuori. La invito a utilizzare la metafora e le chiedo conferma ma mi accorgo che non funziona allora modifico la metafora la lascio nel luogo sicuro ma stavolta le chiedo di vedere i suoi piedi che camminano sostenuti dalla forza della terra. Chiedo ratifica lei conferma. Il cammino sulla terra che sostiene, le rende leggero il corpo che in armonia con le forze dell'universo, le consentono di rilasciare i pesi che le gravano sulle spalle. Ancoraggio con il pollice nel palmo della mano.

La seconda seduta suggerisco di nuovo la metafora del cammino. Lei mi dice che si è vista scalza camminare sull'erba, che ha provato poco l'ancoraggio da sola ma che continuerà a provare.

La terza seduta utilizzo la stessa metafora, mi conferma di aver provato l'ancoraggio una sola volta.

La quarta seduta lei viene con un forte dolore lombosacrale. Si posiziona in decubito laterale. La faccio focalizzare in modo veloce e poi le suggerisco la metafora delle palpebre come tende, il luogo sicuro, il cammino a piedi nudi sull'erba e la cascata di acqua calda che le scivola sulla schiena e le scioglie il dolore come un fiume porta i ciottoli al mare così la cascata porta il dolore fuori da lei. Ratifica positiva. Ancoraggio pollice indice. R.osalba ad un mese avrà la sua visita di controllo e parlando con la sua dottoressa le chiede di ripetere il ciclo di otto sedute di AT e di comunicazione ipnotica a settembre. Va via dopo avermi abbracciata. Mi ringrazia con gli occhi lucidi. Io ringrazio lei per il dono della sua fiducia.

## 4.5 Il Terzo Personaggio

### R.AMONA

R. amona è una donna di mezza età, innamorata della vita e dei bambini, dolce, saggia. Il suo lavoro è accudire i figli degli altri. Ha una mamma anziana, al momento ricoverata in una struttura a causa di un recente malore. Ha un rapporto difficile con la sorella di tre anni più piccola di lei. Cenestesica, concordiamo di lasciar andare le tensioni e il dolore. Focalizzazione con le pupille in alto, chiusura delle palpebre, centralizzazione dello sguardo. Le palpebre come tende di una finestra dietro le quali ritrovare il piacere di stare al sicuro. Il corpo sostenuto dalla madre terra, la leggerezza delle braccia, l'uomo come connessione tra cielo e terra. Forza dei piedi come radici di alberi, leggerezza delle braccia come rami che si muovono al vento. Conferma la ratifica e le propongo l'ancoraggio pollice indice, conto da 5 a 1, lei apre gli occhi che le brillano e mi dice di aver visualizzato l'Uomo Vitruviano di Leonardo. Volevo meravigliarla e invece è lei ad aver stupito me. Nella seconda seduta arriva che le tremano le mani, ha appena discusso con la sorella per la situazione della loro mamma. Mi dice che la situazione di degenerazione familiare le ha impedito di riuscire a rilassarsi e che non riesce a riprodurre da sola la condizione ipnotica. Concordiamo di lasciar andare la tensione. Focalizzazione, palpebre come tende, suggerisco la metafora di una cascata d'acqua che porta i sassi al mare come un fiume la tensione scivola via dal corpo. Alla ratifica mi dice che non riesce. Le suggerisco di tornare dietro la tenda al sicuro e di essere sostenuta dalla madre terra che consente un cammino del corpo alleggerito dalla gravità dei pesi. Lei come congiunzione tra terra e cielo, il suo corpo che prende dall'universo l'energia del suo stesso dolore trasformato. Ricalco quello che vedo, le lacrime le scendono dagli occhi, il corpo si rilassa, la bocca semiaperta, deglutisce più volte. Ratifico lei mi risponde sì. Ancoraggio pollice indice. Conto da 5 a 1. Apre gli occhi e si meraviglia di avere gli occhi colmi di lacrime. La rassicuro sull'effetto normale del rilassamento. Va via sorridendo. Io resto con il suo sorriso nella mente e nel cuore. Nella terza seduta R. amona manifesta malinconia per il fatto che la bimba che ha cresciuto per tre anni torna con i genitori in California. Le chiedo come è andata in questa settimana e mi conferma di trovare la metafora del cammino nella Natura molto adatta a lei. È riuscita a riprodurla più volte. Lo facciamo insieme e tutto fluisce tranquillamente. Le faccio riprovare l'ancoraggio. Ci salutiamo con un abbraccio. Ad un mese avrà il controllo con la nostra Algologa e mi chiede sottovoce se potrà chiedere di ripetere il percorso appena terminato.

#### **4.6 Il Quarto Personaggio P. AMELA**

P.amela, donna sudamericana piena di luce e forza. Viene via dal suo paese a causa di un compagno violento. Si ricostruisce una vita a Firenze. Ha un'agenzia turistica, sposata con una figlia. Alla prima seduta di comunicazione ipnotica mi confida che la figlia soffre di anoressia. Immaginativa, operatore modale devo, concordiamo di lavorare sul rapporto con il suo corpo che per lei necessita ancora di attenzione. Focalizzazione pupille in alto, chiusura delle palpebre come una tenda su una finestra oltre la quale sentirsi piacevolmente al sicuro. Visualizza i suoi piedi nudi che camminano sulla madre terra che sostiene il passo garantendo leggerezza al corpo da pesi inutili. Ratifico mi risponde di sì. Ricalco, ancoraggio. Proviamo più volte l'ancoraggio. Ci lasciamo abbracciandoci. Lei mi sussurra grazie e io ringrazio lei per avermi concesso di seguirla.

Nella seconda comunicazione ipnotica P. confessa di essere molto provata per la situazione familiare. Riesce poco a riprodurre l'ancoraggio da sola. Concordiamo di lavorare ripetendo la metafora della volta precedente. Tutto scorre fluido, proviamo l'ancoraggio più volte. Ci lasciamo con la speranza che lei possa trovare tempo per sé stessa riproducendo in modo autonomo quello che abbiamo fatto insieme.

La terza seduta di ipnosi si svolge con serenità. P. mi racconta di aver utilizzato più volte l'ancoraggio e di aver condiviso con suo marito questa esperienza. La metafora del mare, dell'onda lenta che bagna le caviglie e lenta si ritrae, lenta si ritrae... Proviamo l'ancoraggio più volte. P. va via più rilassata. Ancora non sorride come un tempo faceva ma è comprensibile. Ci abbracciamo prima che lei vada via.

Nell'ultima seduta P. sa bene cosa vuole. È andata in vacanza in montagna dove ha cercato un fiume, si è immersa, ha immaginato tutto lasciando che il corpo si rilassasse perdendo i pesi superflui. Le ripropongo la metafora dell'acqua, un cammino in montagna che porta al fiume che scorre e trascina via il dolore e la fatica. Ratifica, ancoraggio. Finalmente sorride. Ad ottobre avrà la visita di controllo e decideranno insieme alla nostra algologa come procedere. Per il momento ci salutiamo abbracciandoci.

#### 4.7 Il Quinto Personaggio B.ELLA

B.ella è una giovane donna, bella, colorata, piena di creatività. Non riesce a trovare un lavoro giusto per lei, figlia unica di una mamma anziana e problematica, portata al controllo. Cenestesica. Decidiamo di lavorare sul controllo. Focalizzazione con le pupille in alto, chiusura delle palpebre con centralizzazione dello sguardo. Il corpo si rilassa con difficoltà. Il volto non trasmette segni di rilassamento. Le dondolo le spalle, destra-sinistra, ritmando il dondolio. Sembra apprezzare e si lascia andare. Le palpebre chiuse come una tenda su un luogo sicuro. Ratifica negata. Le suggerisco di tornare dietro la tenda e di immaginare un fiume che trascina via i ciottoli così come il dolore che viene trascinato al mare. Il mare accoglie, trasforma, evapora per diventare nube e poi acqua ed energia che la nutre. Nutrimiento che arriva attraverso il respiro che entra e nutre, che esce e porta via quello che non serve. Si rilassa. Ratifico mi dice di sì. Ancoraggio con indice e pollice. Conto da 5 a 1. Proviamo di nuovo l'ancoraggio. Funziona. Lei piange per tutto il tempo, lacrime silenziose. Va via dicendomi che si sente un nodo sciolto dentro di sé. Anche io.

Nella seduta seguente B.ella mi dice che non riesce a riprodurre l'ancoraggio. La sua mente vaga non riesce ad immaginare. Mi confessa che non c'è un luogo dove si senta al sicuro. Decidiamo di lavorare sul senso del lasciar andare. Scelgo di cambiare la metafora perché B. mi confida di avere paura dell'acqua. Utilizzo la metafora del cammino nel bosco, del vento, della luce, del sole. Ricalco, ratifico lei dice di sì. Quando ci confrontiamo mi dice che le piace di più la metafora dell'acqua. Quanto è difficile entrare nell'altro in punta di piedi ascoltando e comprendendo! Ci salutiamo con il pensiero di trovare una metafora valida per lasciar andare. Nella terza seduta mi conferma l'incapacità di concentrarsi sull'ancoraggio e di riprodurre la metafora. Cambiamo completamente il modus operandi. Nel mentre il suo occhio destro ha avuto un problema con il vitreo per cui mantiene gli occhiali sul volto. Lavoriamo sul lasciar andare. Focalizzazione con il respiro al quale aggiungo il dondolio del corpo e rafforzamento con dei passi sulle gambe. Il corpo sprofonda sul lettino come una bambola di pezza. Le leggo una storia sul cambiare strada e sulle possibilità che si possono verificare nel farlo. È felice, riesce a rilassarsi, trova il contatto molto efficace, le piace la metafora della bambola. Predilige la narrazione della storia. Ci lasciamo contente, entrambi. Stiamo meravigliosamente camminando l'una verso l'altra.

Nell'ultima seduta mi conferma le sue difficoltà, mantiene la luce dei suoi colori con quello sguardo a tratti triste. Focalizzazione con il respiro, ricalco e le narro la storia dello zaino pesante, di quello che è meglio lasciare per fare spazio, per rendere il peso possibile al trasporto.

Piange come ha sempre pianto nelle sedute ma secondo me è un pianto di commozione spero sia la sua bambina a piangere, quella che io vedo imbronciata, maltrattata, offesa.

Spero che lei riesca finalmente a consolarla e a difenderla.

A breve avrà anche lei il controllo con l'algologa.

#### **4.8 Il Sesto Personaggio**

#### **S.OFIA**

Il sesto personaggio sono io.

Non avrei mai provato nulla su qualcuno, senza che prima non fosse passato attraverso di me. La focalizzazione, le induzioni, le metafore, l'ancoraggio, ho provato tutto durante lo studio.

Poi l'ho riprodotto durante l'estrazione di un dente. Durante la sofferenza di una camminata che non sostenevo. Durante un conflitto verbale con un utente. Durante un confronto con il mio compagno.

Ne farò quello che spero ne facciano le persone con cui ho lavorato.

Ne farò un modo di essere.

GRAZIE

## 5. PASSATO E FUTURO

Nuovi orizzonti si intravedono. Il giorno 12 ottobre 2024 ho partecipato al Congresso Nazionale Vincere il Dolore Onlus come relatore.

Il congresso si è svolto con grande interesse da parte dei partecipanti soprattutto per la pratica ipnotica. Molti professionisti hanno chiesto informazioni aggiuntive sulla scuola, il metodo e soprattutto sulla qualifica necessaria per poter praticare l'ipnosi. È stato un piacere collaborare alla diffusione di questo strumento che ritengo valido e conforme al mio pensiero di salute e benessere.

### 5.1 Il Congresso

Gentile Dr.ssa Spreghini,

a nome del Presidente del Convegno, Dott. Paolo Scarsella, e del Responsabile scientifico, Dott. Andrea Messeri, è con piacere che Le confermiamo lo svolgimento del

#### **“X CONGRESSO NAZIONALE Vincere il Dolore Onlus”**

a **Firenze** presso **“IL FULIGNO” - CSF MONTEDOMINI** (Via Faenza, 48)  
**l'11-12 Ottobre 2024.**

Speriamo di fare cosa gradita inviando il programma scientifico ed alcune informazioni utili alla Sua partecipazione.

#### **PROGRAMMA SCIENTIFICO**

· Confermiamo che

la Sua presentazione, dal titolo

**“Comunicazione Ipnotica e Auricoloterapia:**

**un'alleanza terapeutica nel percorso di cura del paziente fibromialgico”**,

è prevista **Sabato 12 Ottobre 2024** alle **ore 11.30**

Il tempo a sua disposizione è di 20 Minuti.

## 5.2 Studio Osservazionale no profit

Ad oggi sto lavorando insieme al Medico Algologo Responsabile dell'Ambulatorio della Fibromialgia e al personale amministrativo dedicato alla ricerca nella UsI Toscana Centro, alla presentazione di un Progetto di Studio Osservazionale con titolo:

Comunicazione Ipnotica e Auricoloterapia:

un'alleanza terapeutica nel percorso di cura del paziente fibromialgico.



Mod. B11

Vers\_20160118

### PROTOCOLLO

#### STUDIO OSSERVAZIONALE

---

**Titolo dello Studio:** *Comunicazione Ipnotica e Auricoloterapia:  
un'alleanza terapeutica nel percorso di  
cura del paziente fibromialgico*

**Codice del Protocollo:**

**Versione del Protocollo:** **Versione 1**

**Data:** 30/08/2024

---

**Promotore:** *Terapia del Dolore IOT Piero Palagi  
Viale Michelangelo Firenze*

**Centro Coordinatore:** Dipartimento Infermieristico UsI Toscana Centro

**Sperimentatore Principale:**

## **RIFLESSIONI E CONCLUSIONI**

Rincorro da sempre questo percorso di conoscenza della comunicazione ipnotica e sono felice di aver ottenuto un nuovo strumento da poter utilizzare al bisogno, mio e di altri, ai quali potrò proporlo.

Giungere alla fine è un poco come ricominciare dall'inizio. Uno nuovo.

Ogni fine porta con sé un progetto di proseguimento.

Sento che questa storia è appena iniziata.

## Bibliografia

Benedetti Fabrizio *“La Speranza è un Farmaco”* Mondadori Libri S.p.A. Mi 2018.

Casiglia E, *“Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza”* CLEUP, Padova, 2015 (pag. 207-226).

Casula Consuelo C, *“Giardinieri Principesse Porcospini Metafore per l'evoluzione personale e professionale”* FrancoAngeli Milano 2022.

Chiera M, Barsotti N, Lanaro D, Bottaccioli F, *“La Pnei e il sistema miofasciale: la struttura che connette”*. 2017 Edra S.p.A.

Cohen-Biton L, Buskila D, Nissanholtz-Gannot R., *“Review of Fibromyalgia (FM) Syndrome Treatments”* Int J Environ Res Public Health. 2022.

Geronazzo V, Geraci A, Polo M, Ceccherelli F, *“Fibromyalgia and acupuncture: state of art Review”* Pathos 2016.

Ghavidel-Parsa B, Bidari A, Atrkar-Roushan Z, Khosousi M-J, *“Implication of the nociplastic features for clinical diagnosis of fibromyalgia: development of the Preliminary Nociplastic-Based Fibromyalgia Features (NFF) Tool”* ACR Open Rheumatol 2022.

Giorgi V, Sirotti S, Romano M E, Marotto D, Ablin JN, Salaffi F, Sarzi-Puttini P., *“Fibromyalgia: one year in review”* 2022. Clin Exp Rheumatol. 2022 Jun

Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL, *“Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults”, Literature review.* UpToDate, aggiornamento al 14 settembre 2016

Granone Franco, *“Trattato di ipnosi”* Utet, VI edizione 1989/2013

Henderson LA, Peck CC, Petersen ET, Rae Cd, Youssef Am, Reeves JM, Wilcox SL, Alhter R, Murray GM, Gustin SM, *“Chronic pain: lost inhibition?”* J. Neurosci. 2013 Apr 24;33, 7574-82

Jensen KB, Srinivasan P, Spaeth R, Tan Y, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, Choy E, Vitton O, Gracely R, Ingvar M, Kong J, *“Overlapping structural and functional brain changes in patients with long-term exposure to fibromyalgia pain”* Arthritis Rheum 2013 Dec;65(12):3293-303. doi: 10.1002/art.38170

Masunaga Shizuto *“ZEN per immagini esercizi dei meridiani per una vita sana”* Edizioni Mediterranee 2002

Merleau-Ponty M., *“Fenomenologia della percezione”* Bompiani Milano 2003

Morin Edgar *“I sette saperi necessari all'educazione del futuro”* Parigi UNESCO 1999

Morin Edgar *“La sfida della complessità”* Le Lettere Firenze 2017

Morin Edgar *“Ancora un momento”* Raffaello Cortina 2024

Palombo-Lopez P, Becerro-De-Bengoa-Vallejo R, Elena-Losa-Iglesias M et al “ *Relationship of depression scores and ranges in women who suffer from fibromyalgia by age distribution : a case-control study*”. World-views Evid Based Nurs 2019

Rashmi B, Halker Singh MD, Juliana H, VanderPluym MD, Allison Morrow BA, Meritxell Urtecho MD, Tarek Nayfeh MD, Victor D, Torres Roland MD, Magdoleen H, Farah MBBS, Bashar Hasan MD, Samer Saadi MD, Lubna Daraz, Ph. D, Zhen Wang, Ph.D “*Acute Treatments for Episodic Migraine*” Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; MD 20857; No.290-2015-00013-I;

Romoli M, “*La diagnosi in agopuntura auricolare*” - [CEA](#), 2015

Rosenberg Marshall B. “*Le parole sono finestre (oppure muri) introduzione alla comunicazione non violenta*” Nuova Edizione – 16° ristampa marzo 2024

Saffi F, Di Carlo M, Bazzichi I et al. “*Definition of fibromyalgia severity: findings from a cross-sectional survey of 2339 Italian patients*”. Rheumatology (Oxford) 2021

Soliman N, “*Soliman’s Auricular Therapy Textbook: New Localizations and Evidence Based Therapeutic Approaches*” Authorhouse, IN, 2008.

Taleb Nicholas Nassim, “*Antifragile. Prosperare nel disordine.*” Feltrinelli 2012

Vercelli Giuseppe, D’Albertas Gabriella: Antifragili. “*Fai della fragilità il tuo punto di forza e dell’incertezza un cavallo di battaglia*”. Feltrinelli Editore Milano 2021

## Sitografia

1. <https://www.ali-se.it/facciamo-chiarezza/>
2. <https://salute.regione.emilia-romagna.it>
3. <https://sindromefibromialgica.it/>
4. <https://www.aisd.it/>
5. Dirk De Ridder, Divya Adhia, Seven Vanneste 2021 “*The anatomy of pain and suffering in the brain and its clinical implications*” Neuroscience and Biobehavioral Reviews 130 (2021) 125-146 <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.013>
6. Srinivasa N. Raia, Daniel B. Carr, Milton Cohen, Nanna B. Finnerup, Herta Flor, Stephen Gibson, Francis J. Keefe, Jeffrey S. Mogil, Matthias Ringkamp, Kathleen A. Sluka, Xue-Jun Song, Bonnie Stevens, Mark D. Sullivan, Perri R. Tutelman, Takahiro Ushida, Kylte Vader: “*The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*” [www.painjournalonline.com](http://www.painjournalonline.com)
7. <https://open.spotify.com/episode/3easebVwQtU1P4T9tJ0JAj>

figura 1: foto Edgard Morin

figura 3: anatomia del cervello

figura 2: tabella complicato e complesso

figura 4: gli equilibri del dolore

***“Bisogna, alle cose***

***lasciare la propria quieta, indisturbata***

***evoluzione che viene dal loro interno***

***e che da niente può essere forzata o accelerata.***

***Tutto è: portare a compimento la gestazione – e  
poi dare alla luce....***

***Maturare come un albero***

***che non forza i suoi succhi***

***e tranquillo se ne sta nelle tempeste***

***di primavera, e non teme che non possa arrivare  
l'estate.***

***Eccome se arriva!***

***Ma arriva soltanto per chi è paziente***

***e vive come se davanti avesse l'eternità,  
spensierato, tranquillo e aperto....***

***Bisogna avere pazienza***

***verso le irrisolutezze del cuore***

***e cercare di amare le domande stesse***

***come stanze chiuse a chiave e come libri***

***che sono scritti in una lingua che proprio non sappiamo  
si tratta di vivere ogni cosa.***

***Quando si vivono le domande,***

***forse, piano piano, si finisce,***

***senza accorgersene,***

***col vivere dentro le risposte***

***celate in un giorno che non sappiamo”***

***Rainer Maria Rilke, 1903***