



SIPMU

Rivista Annuale di Ipnosi e Medicina Umanistica

**Società Scientifica Italiana Ipnosi Clinica in Psicoterapia
e Medicina Umanistica**

**Anno 2° - Dicembre 2023
Numero 3**

**Direttore – Andrea Fiorentini
Consiglio Direttivo – Comitato Scientifico SIPMU**

Via Agno 2/A Verona
CF. 93290070239
Mail. sipmuipnosi@gmail.com



Editoriale

(dott. Andrea Fiorentini)
“Le parole sono importanti”
Pag.2

Lavori Originali

(dott.ssa Claudia Rampi)
“La risorsa relazionale nel trattamento ipnotico neo-Ericksoniano del disturbo da stress post traumatico”
Pag.4

(dott. Francesco Malvasi)
“Al ritorno da una gita al Passo del Tonale”
Pag.11

(dott.ssa Paola Brugnoli, dott.ssa Zuccolotto Paola)
“Ipnosi clinica ed elettroagopuntura nel trattamento della cefalea cronica di tipo tensivo: un approccio integrato nei soggetti non rispondenti alla terapia farmacologica”
Pag.12

Editoriale

“Le parole sono importanti”

Dott. Andrea Fiorentini – Psicologo Clinico, Psicoterapeuta

L'aumento dei disturbi mentali nella nostra epoca è senza dubbio un fattore poco opinabile e, purtroppo, in questo contesto facciamo ancora fatica ad affidarci ad uno specialista; di più, siamo incapaci molto spesso di riconoscere emozioni, sentimenti, stati d'animo e psicopatologie rendendo la nostra vita più difficile di quanto già non sia.

Utilizziamo termini come polmonite o tachicardia e lo facciamo in modo sicuro, soprattutto in modo inequivocabile; quando invece si entra nella sfera della psicologia o della psichiatria nascono dei fraintendimenti lessicali che spesso finiscono per dirottare le varie problematiche su un altro piano del tutto diverso. Tutto ciò che riguarda la mente ha ancora un alone magico, incompreso e spesso i luoghi comuni si sprecano: ma oggi più di ieri il problema è l'uso che si fa delle parole che riguardano la nostra mente. L'esempio più lampante è la differenza che intercorre tra “depressione” e “tristezza”, essi non sono sinonimi e per quanto possano avere una parentela come sensazioni che superficialmente si accavallano, la tristezza è un'emozione mentre la depressione (che viene definita da tempistiche e sintomi ben precisi) può rivelarsi un disturbo mentale.

La confusione linguistica che ne deriva, causata anche (forse) dall'utilizzo sempre minore della parola a favore delle immagini, è a mio avviso preoccupante: uso e abuso di termini tecnici senza cognizione di causa convincono le persone ad avere un problema che magari non corrisponde al vero stato mentale o viceversa si sottovaluta un problema. Da qui si avvia una sorta di auto-indagine che porta ad una auto-diagnosi, evitando lo specialista o, ancora peggio, consultando medici di famiglia o non specialisti dando per scontate cause e conseguenze del reale problema. Da un lato c'è la tendenza a volercela fare da soli per non mostrarsi deboli, dall'altro, come già detto, esiste ancora molta diffidenza verso la psicoterapia e vergogna verso le problematiche di carattere psicologico.

Altre due parole che oggi vengono utilizzate frettolosamente o in maniera impropria sono “ansia” e “panico”. Non è certo un esercizio di stile differenziare l'ansia dallo stress né vuol dire fare una lezione di psicologia separare il concetto di panico da quello di terrore o semplice paura. Tuttavia, al giorno d'oggi, queste parole sono così tanto utilizzate nel gergo comune da non renderci più conto del loro reale significato allontanandoci sempre di più dal ruolo che la parola dovrebbe avere nella nostra vita.

Il linguaggio, e quindi la parola, tra gli altri motivi, nascono per dare “libertà” e sostanza al nostro pensiero. Il nostro pensiero è formato da quante e da quali parole possediamo, ed è proprio grazie al potere evocativo delle parole e all'importanza comunicativa del linguaggio che la nostra società, quella propria dell'uomo, si è evoluta. Sembra che oggi questa importanza stia venendo meno e che la parola abbia lasciato il posto alle immagini, alle emoticon... Siamo tornati all'età in cui gli uomini disegnavano scene di caccia nelle caverne e incidevano sui massi simboli naturali.

Allora, oggi più che mai, emerge la necessità non tanto di andare controcorrente, non di prospettare scenari anacronistici ma di rispettare la fisiologica natura umana che esige la

salute mentale come diritto inalienabile. La salute del corpo e della nostra mente non possono prescindere dall'uso corretto e funzionale della parola, che ne è esplicitazione, esternazione e allo stesso tempo sostanza: comunichiamo sempre, facciamolo nel giusto modo.

La psicoterapia è la cura dell'uomo attraverso la parola. La sensibilizzazione a tematiche legate alla mente e la presa di coscienza di alcune problematiche (anche dopo "l'era Covid") sono senz'altro dei passi in avanti importanti per aiutarci a fidarci della scienza e delle discipline psicologiche, ma non dobbiamo fermarci qua. La Società Italiana di Ipnosi Clinica in Psicoterapia e Medicina Umanistica si è posta e si pone come strumento di comprensione di queste tematiche, e proprio attraverso le parole corrette cercherà di dare un contributo al loro ottimale e moderato utilizzo.

A nostro parere, la psicoterapia ipnotica ha un ruolo da protagonista nella cura attraverso la parola. La parola, infatti, in ipnosi trasforma, modella e crea come nessuna altro strumento terapeutico sa fare: grazie alle metafore, per esempio, il potere evocativo delle parole permette al paziente di "immedesimarsi" e di attivare schemi mentali che altrimenti sarebbero più difficili da elicitare. Nello stato di coscienza modificato l'utilizzo delle parole diventa fondamentale e il loro significato si amplia così tanto da diventare "universale": un bravo terapeuta sa che può toccare corde particolari, attivare funzioni fondamentali e rinforzare alcune strutture di personalità grazie proprio all'utilizzo sapiente del linguaggio ipnotico che fa della parola il cardine della terapia insieme al rapporto terapeutico con il paziente.

“La risorsa relazionale nel trattamento ipnotico neo-Ericksoniano del disturbo da stress post traumatico”

Dott.ssa Claudia Rampi
Psicologa-Psicoterapeuta
Spec. Ipnosi Clinica e Psicoterapia neo Ericksoniana
Psicoterapeuta Sensomotoria Certificata
Psicoterapeuta e Supervisore E.M.D.R
Teacher M.B.S.R

Abstract

Nella relazione terapeutica con pazienti poco resilienti, è necessario tenere attivo il sistema di coinvolgimento sociale¹ per evitare una disregolazione del sistema nervoso autonomo che, portando il paziente in un'area di iperattivazione o di ipoattivazione, finisce per impedire il mantenimento di un rapporto efficace. Mantenere il rapporto anche quando il paziente mette a dura prova la relazione è possibile grazie a continui equilibrismi tra il consolidamento dell'alleanza terapeutica e l'esplorazione del materiale traumatico, proponendo con delicatezza metafore e risorse che siano integrabili nel sistema di rappresentazione cognitiva, ma anche emotiva e somatica.

Articolo

Nella psicoterapia ipnotica non ci sono un paziente e un terapeuta, bensì una coppia che insieme co-costruisce il cambiamento e nella quale tutti e due si mostrano nel momento presente, trasportando combinazioni di identità uniche. Assume perciò fondamentale importanza il rapporto² tra i due elementi della coppia. La relazione è simmetrica, ma la responsabilità è asimmetrica: il terapeuta dovrebbe avere maggiori risorse e opzioni di scelta disponibili e ha la responsabilità di incontrare l'altro e sintonizzarsi a quel livello dove l'altro è contattabile.

La teoria della regolazione affettiva proposta dallo psicologo americano A. Schore³ sostiene che il trauma relazionale abbia esito principalmente nella carente regolazione dell'intensità degli affetti e nella difficoltà a passare da stati disregolati a stati regolati: distinguiamo la possibilità di autoregolazione senza l'aiuto degli altri dalla regolazione interattiva, che si riferisce alla capacità di utilizzare le relazioni per attenuare gli sconfinamenti dalla finestra di tolleranza⁴. Perché possa avvenire la regolazione interattiva è necessario che il terapeuta sia in grado di autoregolarsi e, solo così potrà co-regolare il paziente.

¹ Con riferimento alla Teoria Polivagale del neuroscienziato americano Stephen W. Porges (1945- vivente), il sistema nervoso opera su tre sottosistemi, che intervengono sequenzialmente in caso di pericolo: il sistema di coinvolgimento sociale, responsabile del controllo del nostro respiro, del battito cardiaco, delle espressioni facciali e della voce; il sistema nervoso simpatico con le sue difese di mobilitazione al quale il nostro corpo si rivolge se il sistema di coinvolgimento sociale fallisce; il sistema nervoso parasimpatico che si attiva se fallisce anche il secondo sistema e conduce all'immobilità, al congelamento e la dissociazione.

² particolare relazione sulla quale si basa l'intero percorso di psicoterapia ipnotica ericksoniana

³ Allan N. Schore è uno psicologo e ricercatore americano (1943-vivente)

⁴ Costrutto teorico utile a fotografare lo stato neurofisiologico sviluppato dallo psichiatra statunitense Daniel Siegel (1957- vivente) nel 1999. Si tratta di quel range all'interno del quale le diverse intensità di attivazione emotiva e fisiologica possono essere integrate senza interrompere la funzionalità del nostro sistema. All'interno della finestra di tolleranza è collocabile

Se nello sviluppare un progetto psicoterapico, è necessario considerare i sintomi che riflettono una scarsa capacità di autoregolazione emotiva, nel trattamento del Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), ancora di più che in altre psicoterapie, è indispensabile accertarsi del senso di sicurezza del paziente. Tra le principali sfide terapeutiche si annovera quella di mantenere una relazione efficace con quei pazienti che sembrano non essere mai sufficientemente stabilizzati e che necessitano di un terapeuta flessibile che riesca ad attuare un approccio graduale e progressivo senza “perdersi” insieme al paziente nel caos o nella disorganizzazione. Può servire molto tempo per lavorare sulla sicurezza, sulla gestione dei sintomi e, soprattutto, sullo sviluppo di risorse al fine di rafforzare l’Io e incrementare la capacità di cambiare lo stato emotivo. Peter Levine, pur non essendo uno psicoterapeuta ipnotico, ha dato indicazioni che possono suggerire un intervento metaforico *“Un piccolo pezzo alla volta, perché ogni pezzo si aggiunge agli altri. È come una piccola isola in questo mare di traumi e travolgimenti, e poi trovi un'altra piccola isola, e poi un'altra, e un'altra ancora, e poi queste isole si uniscono per formare una massa di stabilità, di presenza nel qui e ora, anche se c'è questa tempesta tutt'intorno.”*

La fase anamnestica avviene con delicatezza ed equilibrio, bilanciando la raccolta delle informazioni con la tollerabilità per il paziente. Quest’ultimo potrebbe non essere disponibile a condividere alcune informazioni molto intime, dunque l’avvicinamento a materiale “top secret” potrebbe dover richiedere non solo la creazione di un buon rapporto, ma anche la possibilità per il cliente di metterlo in discussione più volte per verificare la sua tenuta. Il paziente può sentirsi sopraffatto, provare vergogna o rimorso per avere condiviso alcune narrazioni al punto di arrabbiarsi con sé stesso o di sentirsi in profondo imbarazzo e desideroso di interrompere la relazione, magari riproponendo una qualche coazione a ripetere che ha caratterizzato la sua esperienza di vita.

Il terapeuta ragiona fin da subito sulle figure e i modelli di attaccamento, su altre figure positive rilevanti, sulle capacità di regolazione emotiva, sulle reti di supporto attuali, sul recupero di qualche buona esperienza e su quali risorse siano disponibili o ricontattabili. Alcune sfide per il terapeuta che ineriscono alla mancanza di organizzazione e di prospettiva terapeutica possono riguardare non solo le difese, ma anche le difficoltà nella regolazione delle emozioni e dell’impulsività e nelle tendenze auto o etero aggressive: si tratta, allora, di vedere oltre i sintomi e di identificare gli schemi procedurali che possono interferire con il percorso di guarigione. È fondamentale identificare fin da subito le problematiche relazionali e le difese che possono tendere a confondersi con l’essenza stessa del paziente. Se da un lato il terapeuta deve comprendere cosa è successo a quell’individuo e in che modo anche nel presente ne è condizionato, dall’altro deve capire quali sono le dinamiche relazionali che adotta per proteggersi sia nella relazione con l’altro che nel suo sistema interno. In altre parole il terapeuta dovrebbe domandarsi in che modo il paziente è riuscito a sopravvivere.

Lo psicoterapeuta neo ericksoniano è curioso del mondo del paziente, delle sue rappresentazioni interne e, si assicurerà di avere gli stessi obiettivi terapeutici del paziente. Oltre alla gestione delle strategie di evitamento, dovrà dedicare molta cura al lavoro relazionale, per cercare di capire come e dove incontrare quel mondo, portando elementi di coerenza. Accantonerà le sue convinzioni e cercherà di comprendere quali sono gli

una zona di agio per la persona, un arousal che oscilla in modo naturale e che consente il coinvolgimento sociale e l’interazione sicura con l’ambiente esterno. Sopra al limite superiore la persona non è in grado di contenere l’attivazione: è la zona in cui si attivano le risposte di “lotta o fuga”, mentre al di sotto del limite inferiore della finestra di tolleranza, la persona avvertirà apatia e si può entrare nell’immobilizzazione.

adattamenti che il paziente ha dovuto fare oppure quale sia la risposta mancante che ancora anela ricevere dal caregiver, il suo bisogno rimasto insoddisfatto.

Distinguiamo, in primo luogo, tra resistenza fisiologica e psicologica, in quanto le risposte di lotta, fuga o congelamento non sono impedimenti deliberati al processo terapeutico. In secondo luogo, consideriamo le “resistenze” come situazioni co-create, sviluppando un’attenzione compassionevole e curiosa sulle cause, nonché una comprensione delle stesse come forme protettive inevitabili, che pertanto devono essere accolte. Kathy Steele invita ad inquadrare la “resistenza” in psicoterapia come una fobia che può essere legata all’attaccamento, allorché il paziente vorrebbe fidarsi ma ha delle spinte interiori all’evitamento, conflitti interiori tra le parti nei casi di dissociazione o ancora una fobia correlata a qualche evento traumatico. Potrebbero esserci: ambivalenza nei confronti della terapia o riguardo alla fiducia nella relazione terapeutica, paura del cambiamento o tentativi di evitamento ad esplorare la propria storia.

Le persone che hanno avuto precoci esperienze di “neglect” sono, statisticamente, le principali candidate a sviluppare un PTSD in quanto hanno nella loro esperienza numerosi fattori di rischio che le rendono particolarmente fragili, come dimostrato dallo studio longitudinale ACE⁵. La mappa interiore delle persone che hanno avuto esperienze traumatiche così come quella di coloro che hanno avuto precoci vissuti di trascuratezza si caratterizzano soprattutto per il fatto che il mondo può essere percepito imprevedibile, incontrollabile, pericoloso, non giusto e il futuro inesistente o cupo.

Il lavoro preliminare consiste nel dotare anche il paziente di risorse di autoregolazione al fine prevenire la perdita dell’ingaggio sociale. Lo psicoterapeuta può affidarsi alla sua sensibilità profonda per fronteggiare le criticità insite in comunicazioni o in azioni che siano indotte da enactment.⁶ Gli enactment si esprimono in una conversazione implicita, spesso inconsapevole, tra paziente e terapeuta; si verificano dove le negoziazioni relazionali falliscono, dove ciò di cui l’uno ha bisogno dall’altro non viene fornito, dimostrando così implicitamente ancora una volta che il bisogno non troverà accoglienza.

Le nostre esperienze relazionali emotive costruiscono anche aspettative di interazione, e costituiscono la base per sentirsi sicuri, percepire e sintonizzarsi con i sentimenti degli altri. Nell’interazione tra il paziente e lo psicoterapeuta è fondamentale che si crei quel campo di risonanza in cui il paziente scopra la possibilità di essere in sintonia emotiva, di poter esplorare i suoi stati mentali e condividerli. Le aspettative implicite nell’interazione con l’altro sono profondamente radicate e non verbali, dunque lo psicoterapeuta neo ericksoniano sa cogliere i messaggi provenienti in tal senso dal linguaggio del corpo del paziente e ancora di più sa essere consapevole delle sue aspettative e di come esse possano influenzare la relazione, ipotizzando interventi empatici e di nutrimento.

⁵ Trattasi di uno studio condotto negli Stati Uniti, nel Dipartimento permanente di medicina preventiva Kaiser di San Diego, sotto la direzione di Vincent Felitti. Con la sigla ACE (Adverse Childhood Experience) si intendono le esperienze avverse dell’infanzia. Rientrano in questa categoria tutte quelle esperienze come abusi fisici, abusi emotivi, abusi sessuali, assistere a violenza domestica, abbandono, avere un episodio di suicidio in famiglia, convivere con un dipendente patologico (alcolista, tossico dipendente, giocatore patologico), trascuratezza fisica ed emotiva. Gli studi descrivono le conseguenze a lungo termine date da traumi infantili dell’attaccamento.

⁶ La messa in scena durante la seduta di quello che è un tipico schema relazionale patologico. Sono interazioni relazionali in cui i sé impliciti del terapeuta e del paziente entrano in collisione. I pazienti traumatizzati tendono a legarsi ai loro terapeuti non tanto per mezzo delle parole, ma attraverso degli enactment, esprimendo inconsciamente, tramite l’azione, gli aspetti dissociati del sé.

Questo contatto richiede che il terapeuta sia in grado di essere con il cliente e i suoi sentimenti sia nella valenza negativa che in quella positiva, percependoli e contenendoli senza assorbirli o come dice Fonagy P. la capacità “*di sentire l'altro ma non come l'altro*” (Hart & Schwartz, 2008). Si tratta di sviluppare l'alleanza raggiungendo il contatto emozionale anche attraverso l'utilizzo di un vocabolario emotivo e l'ancoraggio delle emozioni al corpo e al presente, come ad esempio invitare ad esplorare nel corpo il sentire l'emozione. La funzione di mentalizzazione⁷, include la capacità di auto-riflessione e di decodifica di ciò che sta accadendo nella mente di un'altra persona. Diventa possibile allora dare un senso alle percezioni e fare previsioni legate al futuro, si possono trattenere e manipolare immagini mentali ed è possibile operare scelte strategiche. La mentalizzazione riguarda la capacità di immaginare le possibili conseguenze delle proprie azioni, intuendo sia le reazioni interpersonali che le conseguenze dei propri impulsi e desideri.

Lo sguardo del terapeuta accogliente e amorevole si posa sugli elementi di coerenza del “fenomeno paziente”⁸, alla ricerca della possibilità un punto di luce e di ordine in mezzo a tutto quel buio e quel caos. Come un buon insegnante, il terapeuta deve riuscire a vedere lo “sviluppo prossimale”⁹, deve essere in grado di contemplare il cambiamento possibile, di mentalizzare il suo paziente con tutta la ricchezza delle sue risorse, presenti e potenziali. È indispensabile permettere al paziente di sviluppare un certo grado di *self compassion*, attraverso la co-regolazione che il terapeuta può offrire sintonizzandosi con tono di voce, prosodia, ingaggio sociale: utilizzare la relazione come regolazione interattiva per attenuare gli sconfinamenti dalla finestra di tolleranza. La co-regolazione si realizza in uno scambio comunicativo in cui ogni minima variazione dello stato corporeo o affettivo contribuisce a calmare, consolare, regolare l'altro. Quando il terapeuta utilizza la “co-regolazione” con il cliente, spesso quest'ultimo avverte, all'interno della relazione terapeutica, una sicurezza mai provata prima.

I pazienti con un attaccamento insicuro, anziché vivere la vicinanza come un rifugio, potrebbero essere mossi da desideri intensi e paure proprio nei confronti della relazione stessa. La letteratura, però fortunatamente, fa riferimento a un processo attraverso cui una persona che ha sviluppato in infanzia un attaccamento insicuro riesce, in un'epoca successiva della vita, ad acquisire un nuovo senso di sicurezza (Hesse, 2008; Main et al., 2008; Saunders et al., 2011), utilizzando l'espressione “attaccamento riguadagnato”. Ecco il senso più profondo della psicoterapia: la riparazione del legame di attaccamento che condiziona la nostra vita relazionale adulta. Permettere al paziente di sperimentare la rottura della sintonizzazione e offrirgli la riparazione, equivale a fargli ripercorrere quel sentiero

⁷ Concetto proposto da Peter Fonagy (1952-vivente) deriva da precedenti concezioni in ambito psicodinamico, tra cui quelle di Wilfred Bion. Secondo Fonagy, le persone con uno stile di attaccamento disorganizzato, possono avere maggiori difficoltà nello sviluppare la capacità di mentalizzare e la storia dell'attaccamento determinerebbe in parte la forza della capacità di mentalizzazione degli individui. Fonagy insieme a Anthony Bateman nel 2004 mise a punto la terapia basata sulla mentalizzazione (MBT) con lo scopo di creare le condizioni, aumentando la mentalizzazione, per ottenere una stabilizzazione del senso di Sé del paziente, di migliorare la sua regolazione affettiva e le sue relazioni.

⁸ Inteso come lo intendeva il filosofo tedesco Arthur Schopenhauer (1788 –1860), per il quale il *fenomeno* è parvenza, illusione e sogno, ossia il “velo ingannatore” di cui parla l'antica sapienza indiana (*velo di Maya*); il fenomeno è la “cosa così come appare” dietro la cui trama ingannevole si nasconde la “cosa in sé” considerata da Schopenhauer non come un concetto-limite in senso kantiano, ma come una realtà conoscibile.

⁹ Lo psicologo e pedagogista sovietico Lev Semënovič Vygotskij (1896 –1934) con l'espressione “*sviluppo prossimale*”, intendeva la distanza tra il livello attuale di sviluppo e il livello più alto di sviluppo potenziale raggiungibile attraverso la relazione facilitante con l'altro.

pieno di ostacoli e guidarlo verso un protettore competente, permettere la cura della ferita ricevuta e l'acquisizione di un rinnovato senso di sicurezza e di fiducia reciproca. Consentirgli di sperimentare la riparazione più volte può rassicurarlo davvero e definitivamente e, collateralmente, addolcire le resistenze terapeutiche.

Un'altra buona prassi del terapeuta è di domandarsi come si senta lui stesso in quel setting terapeutico caratterizzato da un'intensa instabilità emotiva e da obiettivi terapeutici che spesso possono mutare con il variare dello stato emotivo del paziente. Lo psicoterapeuta neo ericksoniano riesce a tollerare la variabilità e la confusione senza perdere la propria capacità di organizzazione, e riesce a tollerare l'intensità del comportamento del paziente e al contempo a mantenere confini chiari con lui, preservando la sua capacità di azione e lucidità di fronte a reazioni inaspettate. Sente la connessione con il paziente, onorando le sue risorse restando ricettivo verso le qualità dell'altro, coltivando il campo relazionale con un'intenzione di amorevolezza silenziosa, coltivando ancor prima dentro se stesso un'intenzione amorevole e silenziosa. Quello stato amorevole, di cui parlava Kurtz, un modo di essere che nasce dall'intenzione di dedicarsi veramente all'altro, quando diventiamo profondamente consapevoli della nostra comune umanità.

Il paziente spesso non si rende conto di quante risorse siano già presenti nella sua esperienza: il terapeuta facilita il recupero delle potenzialità e promuove lo sviluppo di nuove, mettendo le risorse su un piatto della bilancia per riequilibrare il peso dei cosiddetti fattori di rischio. *“Il terapeuta ipnotista (...) organizza il proprio intervento con l'intento primario di mobilitare quelle risorse e fare in modo che possano esse usate nella direzione che il paziente conosce”* (Mosconi 1998, pag. 67). Le risorse degli individui sono davvero molte di più di quanto si possa pensare e anche il terapeuta dovrebbe ampliare la sua mappa mentale per includere opzioni di risorse che potrebbe non aver colto dal paziente, magari semplicemente perché non rientranti nelle proprie convinzioni personali. *“Il rapporto con gli altri nel presente può riscrivere il nostro passato e definire il nostro futuro”* (Stern D., 2005). La psicoterapia ipnotica neo ericksoniana non direttiva va proprio in questa direzione, esplorando e smascherando gli equilibri solo apparenti e riscoprendo piccole aree di funzionamento e di sicurezza. Si tratta di aprirsi alla sincera e autentica disponibilità ad incontrare quello stress implicato nel disturbo in tutta l'intensità della sua fenomenologia e saperla- poterla contenere.

I flussi comunicazionali prevedono diversi livelli: un sistema comunicazionale da e verso gli altri; la comunicazione con sé stessi, intesa come consapevolezza e la comunicazione al di là del tempo, ovvero la memoria con un'attenzione alla memoria implicita, ovvero quella determinata dalle memorie somatiche, sensoriali ed emotive, visto che spesso *“agiamo, sentiamo e immaginiamo senza riconoscere l'influenza dell'esperienza passata sulla nostra realtà presente”* (Siegel, 1999). Le persone che hanno subito traumi si trovano a lottare con un “dirottamento” nel corpo e nel passato: dal contatto con il corpo e tenendo presente il passato si dispiega il dialogo volto al ripristino e al mantenimento della regolazione e dell'interazione sintonica. Il terapeuta potrà supportare il sistema nervoso tramite il radicamento, la respirazione e il bilanciamento dell'attività simpatica e parasimpatica, sincronizzandosi tramite il rispecchiamento fisico. L'eloquio sarà particolarmente lento e delicato con un'espansione dei tempi e dei ritmi e con l'inclusione nelle suggestioni di un linguaggio descrittivo delle sensazioni come ad esempio caldo/freddo, morbido/teso, leggero/pesante, formicolio, rilassato. Il paziente con PTSD può percepire alcuni stimoli esterni come troppo intensi e, di conseguenza, ritirarsi per prendersi una pausa dall'interazione. Lo psicoterapeuta coglie questa necessità, dando maggiore spazio di isolamento al paziente (anche solo per pochi secondi, magari semplicemente togliendo lo

sguardo), comprendendo che la connessione può risultare a lui minacciosa e, non sentendosi co-regolato, potrebbe perdere la fiducia nella terapia.

Possono essere introdotte metafore che suggeriscono all'elevata capacità riflessiva di prendersi una pausa invitando stati interni calmi e rilassati che liberano dalla necessità di essere costantemente vigili. Il processo può includere narrazione, auto-osservazione di sensazioni corporee, rappresentazioni interne ed emozioni, in una co-costruzione di nuove immagini mentali e narrazioni che siano integrate ed equilibrate anche nel sistema limbico e in quello autonomo. Nella psicoterapia ipnotica neo ericksoniana del PTSD il lavoro di connessione deve procedere in due direzioni: "verso il basso" per connettersi con gli stati emotivi limbici e i processi autonomici e "verso l'alto"¹⁰ per consentire una percezione propria e del mondo esterno basata sulla realtà. È importante che sia sempre stimolato il coinvolgimento sociale con affermazioni che dimostrano comprensione come ad esempio, *"Deve essere stato difficile per te...."* e con toni di voce, sguardi ed espressioni rassicuranti che possano favorire la co-regolazione. Anche fare commenti su ciò che è ovvio, ad esempio *"Sembra che tu stia provando un po' di rabbia ora..."* può agevolare il contatto con il presente ed evitare che il paziente si dissocia nella narrazione. Lo stato ipnotico nel PTSD può ricalcare l'esperienza di un'esperienza nota, quella di dissociare le immagini e altri contenuti attivanti, per guidare verso un'integrazione, in uno spazio dove la gestione dell'arousal diventa possibile, grazie alla sicurezza ritrovata in una relazione co-regolante terapeuta-paziente. A concludere, una metafora adattata da Jon Kabat-Zinn¹¹ *"Come la superficie dell'oceano si increspa quando soffia il vento, così anche la mente tende ad agitarsi e a divenire reattiva in presenza di turbolenze esterne. Ma se scendi quattro o cinque metri sotto la superficie del mare trovi solo un lievissimo movimento: a quella profondità l'acqua è calma anche quando la superficie è tempestosa."*

BIBLIOGRAFIA

Allen J.G., Fonagy P.(a cura di), *La mentalizzazione*, il Mulino, 2008.

Bandler R., Grinder J., *La Struttura della Magia*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1981.

Erickson M., Rossi E., *Ipnoterapia*, Casa Editrice Astrolabio, Roma 1982.

Erickson, M.H., *La comunicazione mente-corpo in ipnosi*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1986.

Felitti et al., *"Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study"*. American Journal of Preventive Medicine, 1998.

Giacosa, S., *A.M.I.S.I. – S.E.P.I. – S.I.I.C. La Storia I principi scientifici statuari e deontologici*, Edizione Amisi.

Hesse E., Masin M., *"Attaccamento disorganizzato nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il crollo delle strategie attentive e comportamentali"*, in Main M.,

¹⁰ I processi top down sarebbero quelli del pensiero esecutivo, consapevole, razionale e verbalizzabile. I processi bottom up invece sarebbero automatici, emotivamente carichi, associativi, inseriti nell'esperienza immediata e connessi con la sensorialità corporea.

¹¹ Jon Kabat-Zinn, nato nel 1944 e vivente, è un biologo e scrittore statunitense

L'Attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione, pp. 251-271, 2000, trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.

Kabat-Zinn, J., *Vivere momento per momento*, 1990, trad. it. Tea, Milano, 2004.

Kurtz R., Martin D., *The Practice of Loving Presence: A Mindful Guide To Open-Hearted Relating*. Stone's Throw Publications, 2019.

Levine P.A., *Waking the Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*, North Atlantic Books, 1997.

Levine P.A., *Somatic experiencing. Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, trad.it 2014.

MacLean P. D., *Evoluzione del cervello e comportamento umano. Studi sul cervello trino*, Einaudi, Torino, trad.it. 1984.

Mosconi, G., *Psicoterapia ipnotica principi e fondamenti*, Editore Piccin, Milano, 1993.

Ogden P., Fisher J., *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, trad.it 2016.

Pecoraro A., Rampi C., "Riconoscersi nell'incontro: dalle ferite traumatiche a nuovi equilibri", in AAVV a cura Ordine Psicologi Piemonte, *Vivere l'adozione con il corpo e con la mente*, pp. 121-134, Edizioni Mercurio, 2016.

Porges S., *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, W.W. Norton & Company, New York, 2011 , Giovanni Fioriti Editore, trad. it. 2014.

Schwartz, M., *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*, Harper Collins Publishers Inc, 1996.

Schore, A.N, *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Casa Editrice Astrolabio, Roma 2010.

Siegel D.J., *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, trad.it. 2001.

Steele K., *Treating Trauma-Related Dissociation: A Practical, Integrative Approach*, W W Norton & Co Inc, 2017.

Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Trad. it. 1987.

Stern D.N., *Il momento presente*, Raffaello Cortina Editore, trad. it. 2005

Van Der Kolk B., *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina, Milano, trad.it 2015.

Winnicott D.W., *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, 1967, in *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1990.

“Al ritorno da una gita al Passo del Tonale”

Francesco Malvasi – Psicologo, Psicoterapeuta

Anche oggi non voglio aver vergogna di scrivere, così come non ho in alcun modo voglia di parlare per non dir niente. Se è vero che le parole scritte possiedono un senso, le attribuzioni di significato rimangono estranee da quello che ogni autore crede di mettervi: *fate vobis!* Questa affermazione che farebbe impallidire il marchese De Lapalisse è un *refrein* che si è detto e si ripete dal tempo di Hegel. Non si può cavarsela a buon mercato, per così dire; restassimo anche muti e quieti come i Sassi di Matera, la nostra passività è pur sempre un'azione, quello che in Giappone chiamano “*wu-wei*”. Ogni parola del terapeuta genera echi nei pazienti, e ogni silenzio anche. E quando i pensieri e le parole si riducono al silenzio, l'universo interiore rifiorisce – reale, intero, uno - e la comunicazione torna ad essere ciò che è: la partitura, non già la musica; il menu, non già il cibo; la segnaletica stradale, non già il fine del viaggio. Io, che senza essere un bécero materialista, mai ho distinto e frammentato *Psychè, Mente, Sistema Nervoso e Comportamento osservabile*, non conosco che una sola, indecomponibile realtà: quella umana. Ogni essere umano, anche se il suo ambiente lo condizionasse totalmente – questa è la tesi dei behaviouristi -, per me rimane un centro di indeterminazione irriducibile. Il gradiente di imprevedibilità e di novità di ciascheduno, diventa quello che nella ingenua psicologia del senso comune è definita “libertà”. Almeno per me, questo coincide solo in parte con il dire “ogni persona è la sua libertà”, laddove per libertà si voglia intendere il sentirsi una folle banderuola che si fa gestire dalla stravaganza del vento. Io mi muovo un po' più in avanti: il mio concetto di libertà è assai distante dalla licenza di fare tutto quello che si vuole, costi quel che costi. Piuttosto la mia libertà coincide con la mia interiorità, con i miei talenti e con i miei limiti, tutto quello che nessuno, sì, nessuno, può togliermi, anche se mi ritrovassi in catene. E se la società ci fa individui, la Psicoterapia ericksoniana e neo-ericksoniana promuovono nei pazienti la metamorfosi in Persone che riprendono la vita nelle proprie mani. Persone inserite in un contesto, flessibili in relazione ai differenti contesti nei quali si trovano e si ri-trovano. E che, con l'aiuto non-giudicante dello psicoterapeuta divengano capaci di assumere la responsabilità delle conseguenze dei propri comportamenti. Ed è così che il ritorno alla propria singola ed irripetibile unicità potrà diventare soggettività - da evitare di confondere con l'egotismo e l'individualismo i quali, come tutti gli -ismi, relativismo incluso, reputo fuorvianti. Penso che al di là dello stato di cose presente, l'avvenire di ogni società migliorerà se la soggettività/autenticità dei miliardi degli uomini e delle donne che la compongono sappia educare i propri figli, nipoti, ecc. a “liberare l'uomo libero”, allargando le sue possibilità di scelta conservando il senso del limite e della misura, oltre i condizionamenti stimolo-risposta che Burrhus Frederic Skinner prospetta nel romanzo utopico *Walden Two*. Sarebbe quindi opportuno, partendo dal presente, educare i piccoli ad avere un cuore limpido e a porre molto in alto i propri traguardi, dominando soprattutto sé stessi. Che gli adolescenti tendano al futuro apprendendo dagli errori del passato: siamo tutti esseri umani, ma tutti sbagliano e pochi sono quelli che imparano. Esseri umani educati sin dalla più tenera età alla capacità di sorridere, sì che da adulti possano essere sempre seri senza mai prendersi troppo sul serio. Che raggiungano la semplicità della vera grandezza, la ampiezza di idee della vera saggezza e la mitezza della vera forza. Per realizzare questo occorrono semplicemente umiltà e coraggio.

“Ipnosi clinica ed elettroagopuntura nel trattamento della cefalea cronica di tipo tensivo: un approccio integrato nei soggetti non rispondenti alla terapia farmacologica”

Brugnoli Maria Paola - Ricercatore presso il Dipartimento Scienze Chirurgiche, Anestesia, Terapia Intensiva e del Dolore, Università di Verona, Italia e presso il NIH National Institutes of Health, Clinical Center, Pain and Palliative Care, Bethesda, USA. Presidente SIPMU. Direttore Comitato Etico ISH International Society of Hypnosis. Medico Chirurgo, Spec. Anestesia e Rianimazione, Terapia del Dolore e Cure Palliative, Agopuntura, Ipnosi Clinica, Neurobioetica

Zuccolotto Paola - Professore Ordinario Dipartimento di Statistica Università di Brescia

Questo lavoro è stato presentato come progetto di studio al Congresso Internazionale: Hypnosis & Hypnotherapy: Shared Experiences, Shared Questions, Shared Values ASCH AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL HYPNOSIS Annual Scientific Meeting and Workshops – Nashville, TN, USA (2010). Successivamente viene completato nel 2014 presso il Dipartimento di Anestesia e Terapia del Dolore presso l'Università degli Studi di Verona e viene pubblicato per la prima volta sulla rivista SIPMU SOCIETA' SCIENTIFICA ITALIANA IPNOSI CLINICA IN PSICOTERAPIA E MEDICINA UMANISTICA 2023-2024.

ABSTRACT

Background

La cefalea di tipo tensivo (TTH) è un problema comune che colpisce circa 2 su 3 della popolazione. L'origine della cefalea di tipo tensivo è multifattoriale, ma la patogenesi è ancora poco chiara. Molto spesso si osservano due componenti: fisiologica e neuropsicologica. In alcuni individui, la cefalea di tipo tensivo episodica si trasforma in cefalea di tipo tensivo cronica (CTTH).

Obiettivo:

Il presente lavoro fornisce uno studio sull'efficacia dell'ipnosi e dell'elettroagopuntura integrate nel trattamento della cefalea di tipo tensivo, in pazienti non rispondenti alla terapia farmacologica.

Metodi:

20 pazienti con CTTH, non responder al precedente trattamento con farmaci, sono stati trattati sia con l'ipnosi clinica come rilassamento ipnotico (HR) sia con l'elettroagopuntura. Ai pazienti è stata data la possibilità di passare dalla terapia farmacologica all'altro trattamento (HR ed elettroagopuntura) a ogni visita. L'HR e l'elettroagopuntura sono state eseguite durante gli appuntamenti di terapia del dolore di durata standard da un medico specializzato in anestesiology e terapia del dolore e addestrato a eseguire l'ipnosi e l'elettroagopuntura. I colloqui sono stati effettuati prima del trattamento e il follow-up è stato eseguito dopo almeno 20 settimane in totale (10 settimane di terapia + 10 settimane

di periodo di osservazione successivo), per valutare la compliance del paziente, i cambiamenti nel dolore da cefalea, nella frequenza o nella gravità, e i sintomi correlati al dolore. La valutazione è stata effettuata con:

1. il Questionario del dolore McGill in forma breve: SF-MPQ. La componente principale dell'SF-MPQ consiste in 15 descrittori (11 sensoriali; 4 affettivi) che sono valutati su una scala di intensità come 0 = nessuno, 1 = lieve, 2 = moderato o 3 = grave. L'SF-MPQ comprende anche l'indice di intensità del dolore presente (PPI) dell'MPQ standard e una scala analogica visiva (VAS).
2. Abbiamo valutato (prima e dopo l'intervento) l'ansia e la tensione muscolare del paziente utilizzando la Hamilton Anxiety Scale (HAMA): si tratta di una scala di valutazione sviluppata per quantificare la gravità della sintomatologia ansiosa e della tensione muscolare.
3. La scala di valutazione del dolore VAS

Risultati

I valori basali del punteggio totale dei 15 item SF-MPQ e VAS erano generalmente elevati in tutti i 20 pazienti. I trattamenti hanno migliorato proporzionalmente i sintomi soggettivi, il dolore e il sollievo dal dolore nei pazienti con CTTH. Dopo il follow-up di 10 settimane, la VAS e il punteggio totale dell'SF-MPQ erano significativamente diminuiti nel gruppo di formazione.

Conclusioni

L'associazione di ipnosi clinica ed elettroagopuntura sembra essere un importante trattamento non farmacologico per la diminuzione del dolore e dei sintomi correlati al dolore nei pazienti con CTTH: i pazienti che scelgono l'HR e l'elettroagopuntura in associazione, hanno riportato dopo 10 settimane di trattamento, un maggior sollievo dal dolore e dai sintomi, rispetto alla precedente terapia con farmaci.

Parole chiave: Cefalea di tipo tensivo cronica (CTTH), Rilassamento ipnotico (Hypnotic Relaxation-HR), Elettroagopuntura.

INTRODUZIONE

In medicina il mal di testa o cefalea o cefalalgia è un sintomo di diverse condizioni della testa e talvolta del collo. Alcune cause sono benigne, mentre altre sono emergenze mediche. Si colloca tra i disturbi dolorosi più comuni.

Esistono diversi sistemi di classificazione delle cefalee. Il più riconosciuto è quello della Società Internazionale delle Cefalee: La Classificazione Internazionale dei Disturbi da Cefalea (ICHD). Contiene criteri diagnostici espliciti (operativi) per i disturbi da cefalea. Questa classificazione è accettata dall'OMS.

Il capitolo cefalee è di rilevante importanza nell'ambito delle Neuroscienze sia per gli aspetti clinici di diagnostica differenziale, sia per la ricerca. Le cefalee rappresentano un sintomo importante in molte condizioni patologiche del sistema nervoso centrale e in questo caso vengono definite cefalee secondarie.

La Classificazione Internazionale delle Cefalee adotta una struttura classificativa di tipo gerarchico in cui tutte le cefalee vengono sistematizzate in livelli diagnostici suddivisi in gruppi principali (primo livello diagnostico), a loro volta suddivisi in livelli successivi (livello 2 o 3), che codificano i diversi tipi e sottotipi, in relazione alle caratteristiche cliniche (numero di attacchi, durata, intensità, presenza della fase algica, sintomi associati) e alla frequenza.

Esistono cefalee che sono esse stesse la malattia e vengono definite cefalee primarie. Le cefalee secondarie invece sono secondarie a diverse malattie anche gravi.

CEFALEE PRIMARIE

Vengono trattate in dettaglio le due forme più frequenti, l'emicrania e la cefalea di tipo tensivo.

1. Emicrania

2. Cefalea di tipo tensivo (CTT)

3. Cefalea a grappolo e altre cefalee autonome trigeminali: Sono forme rare e soprattutto dell'età adulta

In questo studio viene presa in considerazione la cefalea muscolo tensiva (CTT), che è una cefalea primaria.

Il trattamento di una cefalea dipende dall'eziologia o dalla causa sottostante. Il trattamento del dolore della cefalea può essere difficile quando si utilizza solo un approccio farmacologico. La Classificazione dell'International Headache Society è arrivata alla terza edizione della Classificazione Internazionale dei Disturbi delle Cefalee o Cefalalgici (ICHD-3).

Il campo del dolore ha subito una grande rivoluzione e questo articolo riflette questi entusiasmanti progressi. Siamo così abituati a considerare il dolore come un fenomeno sensoriale che abbiamo a lungo ignorato il fatto che le lesioni non producono solo dolore, ma interrompono anche il sistema di regolazione omeostatica del cervello, producendo così "stress" e avviando programmi complessi per ripristinare l'omeostasi. Lo stress correlato al dolore può essere definito come un'attivazione del sistema limbico del SNC che attiva i meccanismi neuroumorali di eccitazione.

Lo stress prodotto dalle esperienze dolorose dà inizio a una cascata di eventi neurofisiologici, umorali e fenomenologici che sfidano la nostra comprensione, ma forniscono anche indizi preziosi per affrontare il dolore cronico (Melzack R., 1998, 1999, 2001). I progressi nella terapia del dolore e della sofferenza hanno influenzato enormemente l'uso di metodi non farmacologici e non invasivi per la gestione del dolore. Le terapie psicologiche e non farmacologiche, che venivano generalmente utilizzate quando i farmaci o l'anestesiologia o la neurochirurgia fallivano, sono ora integrate nelle principali strategie di gestione del dolore.

Il termine "stato di dolore" cronico viene solitamente utilizzato nel contesto di pazienti che riferiscono dolore a lungo termine, senza un'apparente componente di lesione tissutale o almeno senza un'apparente evidenza di attivazione persistente dei nocicettori. Il dolore in questo contesto non ha alcuno scopo biologico utile. Le controparti psicologiche dello stato di dolore cronico comprendono la depressione, l'ansia e altri stati affettivi e sono fondamentali per comprendere la disabilità associata a questa condizione (Cleeland C.S. e Syrjala K.L., 1992).

Valerie Hardcastle (1996, 1998, 1999, 2001) ha focalizzato lo studio sull'anatomia e la fisiologia del sistema di trasmissione del dolore e della coscienza. La Hardcastle propone un doppio sistema dissociabile di trasmissione del dolore, costituito da un sistema sensoriale del dolore strettamente analogo, nella sua implementazione neurobiologica, ad altri sistemi sensoriali della coscienza, e da un sistema inibitorio discendente del dolore. L'autrice sostiene che questo sistema duale è coerente con le recenti scoperte neuroscientifiche e rende conto di tutti i fenomeni dolorosi che hanno tentato i filosofi verso teorie particolari (ma limitate) dell'esperienza del dolore. Il cervello elabora le informazioni lungo tratti specializzati e separati dalla corteccia. Tuttavia, le nostre esperienze riguardano oggetti unificati: corpo, mente, spirito. Il modo in cui le nostre percezioni si uniscono in un insieme anche se tutte le singole caratteristiche che le compongono sono distribuite nel cervello è il problema del legame percettivo. L'unicità neurobiologica del sistema inibitorio del dolore, in contrasto con i meccanismi di altre modalità sensoriali, rende atipica l'elaborazione del dolore. In particolare, il sistema inibitorio del dolore dissocia la sensazione di dolore dalla stimolazione dei nocicettori (recettori del dolore). Hardcastle conclude che dall'unicità neurobiologica della

trasmissione del dolore le esperienze di dolore sono eventi coscienti atipici e quindi non sono un buon punto di partenza per teorizzare o generalizzare (Bickle J. 2003). Anche se le nostre conoscenze neurofisiologiche dovessero un giorno permetterci di identificare l'esatta correlazione neuroscientifica, neurobiologica e neurochimica di un fenomeno psichico, non dobbiamo dimenticare che le conoscenze neurochimiche non sono sufficienti a spiegare tutte le esperienze soggettive del dolore nelle persone. In passato, il filosofo californiano John Searle ha scritto che "studiare il cervello senza studiare la coscienza è come studiare lo stomaco senza studiare la digestione" (Searle J., 1990, 1992). Le proprietà mentali coscienti interagiscono in modo causale e simile a una legge con altre proprietà fondamentali, come quelle delle funzioni biofisiche del nostro corpo; tuttavia la loro esistenza non è ontologicamente dipendente né derivata da altre proprietà (Chalmers D., 1995, 1996).

Sia l'ipnosi che l'agopuntura si sono dimostrate efficaci nel corso degli anni per la loro adeguatezza nel trattamento del dolore e della sofferenza ed in particolare anche della cefalea muscolo-tensiva. L'ipnosi e l'agopuntura potrebbero potenziarsi a vicenda se somministrate contemporaneamente. In questo studio, illustriamo il razionale di questa ipotesi.

Il trattamento della cefalea cronica di tipo tensivo (TTH) dipende dall'eziologia o dalla causa sottostante. Il sollievo dal dolore della cefalea può essere difficile quando si utilizza solo un approccio farmacologico (Woods T.M., Dunican K. C., Desilets A. R., 2009).

La cefalea di tipo tensivo (TTH) e la cefalea cronica di tipo tensivo (CTTH)

La cefalea cronica di tipo tensivo (TTH) è molto comune, con una prevalenza nell'arco della vita nella popolazione generale che varia tra il 30% e il 78% in diversi studi, e ha un impatto socio-economico molto elevato. La TTH è un sintomo dovuto a diverse condizioni (Jensen R, Fuglsang-Frederiksen A, Olesen J., 1994) e del collo (Göbel H, Weigle L, Kropp P, Soyka D., 1992; Jensen R., 2001). Si tratta di un disturbo molto comune in molte persone. Anche se la cefalea muscolo tensiva primaria non è pericolosa per la vita, può influenzare le attività quotidiane di una persona.

Gli antidepressivi triciclici sono la terapia farmacologica principale per la cefalea di tipo tensivo cronica, con l'amitriptilina cloridrato come trattamento di prima linea (Couch JR., 1993; Kunkel RS., 1991; Kunkel RS., 1991). Tuttavia, alcuni studi hanno riportato un miglioramento minimo ($\leq 30\%$) o nullo della cefalea di tipo tensivo cronica con l'amitriptilina (Pfaffenrath V., 1994; Kunkel RS., 1991). Sono quindi necessarie ulteriori informazioni per confermare i benefici di questo farmaco già ampiamente utilizzato per la cefalea di tipo tensivo cronica.

In genere le persone si curano con farmaci antidolorifici da banco per il mal di testa. I farmaci utilizzati sono aspirina, ibuprofene, acetaminofene e naprossene. Se gli antidolorifici vengono utilizzati per un lungo periodo di tempo, possono risultare tossici a livello renale e dare origine a condizioni di cefalea cronica.

La definizione di una diagnosi accurata è importante prima di iniziare qualsiasi trattamento. Sebbene gli interventi farmacologici e comportamentali possano alleviare la cefalea di tipo tensivo, mancano dati sulla preferenza del trattamento, sulla compliance a lungo termine del paziente, e sulla fattibilità dell'intervento comportamentale in un ambulatorio standard di terapia del dolore.

La Classificazione Internazionale dei Disturbi da Cefalea (ICHD) contiene criteri diagnostici espliciti (operativi) per i disturbi da cefalea. Questa classificazione è accettata dall'OMS.

La ICHD 3 divide la cefalea di tipo tensivo in sottotipi episodici e cronici. La cefalea di tipo tensivo cronica è una patologia grave, che causa una forte riduzione della qualità di vita e un'elevata disabilità. I meccanismi esatti dei due tipi di cefalea di tipo tensivo non sono

noti. È molto probabile che i meccanismi del dolore periferico muscolo-tensivo giochino un ruolo importante. L'aumento della contrattura pericranica registrata alla palpazione manuale è il reperto più significativo nei pazienti con cefalea di tipo tensivo. Il Comitato di Classificazione ICHD incoraggia ulteriori ricerche sui meccanismi fisiopatologici e sul trattamento della cefalea di tipo tensivo. Il trattamento di una cefalea dipende dall'eziologia o dalla causa sottostante. Il sollievo dal dolore della cefalea può essere difficile quando si utilizza solo un approccio farmacologico.

La definizione di cefalea di tipo tensivo cronica dell'ICHD descrive: "Un disturbo che evolve da una frequente cefalea episodica di tipo tensivo, con episodi quotidiani o molto frequenti di cefalea, tipicamente bilaterale, di qualità pressante o stringente e di intensità da lieve a moderata, che dura da ore a giorni. Il dolore non peggiora con l'attività fisica di routine, ma può essere associato a lieve nausea, fotofobia o fonofobia" (HIS, 2013).

Classificazione dei tipi di Cefalea di tipo tensivo (TTH)- ICHD 3:

2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica e poco frequente

2.1.1 Cefalea di tipo tensivo episodica e poco frequente associata a tensione pericranica

2.1.2 Cefalea di tipo tensivo episodica poco frequente, non associata a tenerezza pericranica

2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente

2.2.1 Cefalea di tipo tensivo episodica e frequente, associata a tenerezza pericranica

2.2.2 Cefalea di tipo tensivo episodica frequente non associata a tenerezza pericranica

2.3 Cefalea di tipo tensivo cronica

2.3.1 Cefalea di tipo tensivo cronica associata a tenerezza pericranica

2.3.2 Cefalea di tipo tensivo cronica non associata a tenerezza pericranica

2.4 Cefalea di tipo tensivo probabile

2.4.1 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica non frequente

2.4.2 Probabile cefalea di tipo tensivo episodica frequente

2.4.3 Probabile cefalea di tipo tensivo cronica

I Criteri diagnostici per la cefalea di tipo tensivo cronica (CTTH)- ICHD 3 sono i seguenti:

A. Cefalea che si manifesta in media 15 giorni al mese per >3 mesi (180 giorni all'anno) e che soddisfa i criteri B-D.

B. Durata da ore a giorni, o non persistente

C. Almeno due delle quattro caratteristiche seguenti:

1. localizzazione bilaterale

2. qualità pressante o stringente (non pulsante)

3. intensità lieve o moderata

4. non aggravato dall'attività fisica di routine, come camminare o salire le scale.

D. Entrambi i seguenti elementi:

1. non più di una fotofobia, fonofobia o nausea lieve

2. né nausea moderata o grave né vomito.

In questa ricerca, la diagnosi corretta è stata assicurata attraverso un diario della cefalea (Russell et al., 1992) registrato per almeno 4 settimane. Il diario può anche rivelare l'uso eccessivo di farmaci e stabilirà la linea di base rispetto alla quale misurare l'efficacia dei trattamenti. L'identificazione di un'elevata assunzione di analgesici è essenziale, poiché gli altri trattamenti sono largamente inefficaci in presenza di un eccesso di farmaci (Katsarava e Jensen, 2007). Le terapie comportamentali, in primo luogo l'ipnosi, il rilassamento, il biofeedback e le terapie cognitive comportamentali (gestione dello stress) sembrano essere efficaci nella gestione della cefalea di tipo tensivo (Holroyd KA, Martin PR., 2000; Hammond DC., 2007). Un gran numero di strategie di trattamento psicologico è stato utilizzato per trattare la TTH. Alcune strategie hanno raggiunto un ragionevole supporto scientifico per quanto riguarda l'efficacia (Holroyd et al., 2005). Holroyd et al, in uno studio

randomizzato sul trattamento del TTH con farmaci antidepressivi e terapia per la gestione dello stress, hanno descritto che i farmaci antidepressivi triciclici e la terapia per la gestione dello stress hanno prodotto ciascuno un'importante riduzione dell'attività cefalalgica, dell'uso di farmaci analgesici e della disabilità correlata alla cefalea rispetto al placebo: la terapia combinata aveva maggiori probabilità di produrre riduzioni clinicamente significative ($\geq 50\%$) dei punteggi dell'indice di cefalea (64% dei partecipanti) rispetto ai farmaci antidepressivi (38% dei partecipanti; $P = .006$), della terapia di gestione dello stress (35%; $P = .003$) o del placebo (29%; $P = .001$) (Holroyd KA, Martin PR., 2000; Hammond DC., 2007). La gestione non farmacologica è fondamentale (Bendtsen L., 2009). I trattamenti psicologici per le cefalee, con prove scientifiche di efficacia, includono l'ipnosi clinica (Zhang Y. et al, 2015; Ezra Y. et al, 2011; Spinhoven P. et al, 1992).

IPNOSI CLINICA

L'ipnosi clinica, spesso chiamata ipnoterapia, ha lo scopo di produrre un profondo e intenso rilassamento muscolare e uno stato di tranquillità interiore (Brugnoli M.P., 2014). Nel 1995, il National Institutes of Health degli Stati Uniti ha emesso una dichiarazione di consenso basata sulle prove scientifiche per promuovere l'uso dell'ipnosi per il dolore cronico. L'ipnosi è uno stato di introspezione, concentrazione e attenzione focalizzata. In terapia medica e psicologica è come usare una lente d'ingrandimento per focalizzare i raggi del sole e renderli più potenti. Allo stesso modo, quando la nostra mente è concentrata e focalizzata, siamo in grado di usarla in modo più potente. Poiché l'ipnosi consente alle persone di utilizzare maggiormente il proprio potenziale, l'apprendimento dell'autoipnosi è l'atto di autocontrollo per eccellenza anche in terapia del dolore. Infatti in questo studio, oltre ad una comunicazione ipnotica Ericksoniana durante l'effettuazione dell'agopuntura, abbiamo anche insegnato ai pazienti come effettuare a domicilio una autoipnosi con l'aiuto di un CD con la voce del terapeuta. La tecnica nel cd potrebbe sembrare una semplice tecnica di rilassamento, fino a quando il paziente, ascoltandola, mette in pratica le suggestioni ipnotiche che ha ricevuto dal terapeuta durante la seduta di ipnosi-agopuntura.

L'ipnosi clinica può aiutare i pazienti a migliorare la loro autocoscienza e consapevolezza di sé nella terapia del dolore (Brugnoli A. 1974a, 1974b). Le tecniche di rilassamento, ipnosi e meditazione sono porte aperte sul Sé nella terapia del dolore e della sofferenza. Gli interventi psicologici sono una parte importante di un approccio multimodale alla gestione del dolore e della sofferenza. Tali interventi sono spesso utilizzati insieme ad analgesici appropriati per la gestione del dolore. Un obiettivo è quello di aiutare i pazienti ad acquisire un senso di controllo sul dolore. Cambiando il modo in cui percepiscono il dolore, possiamo modificare la loro sensibilità ad esso e i loro sentimenti e reazioni nei suoi confronti.

Si possono utilizzare diverse tecniche per raggiungere uno stato di rilassamento ipnotico mentale e fisico. La tensione muscolare e il disagio mentale esacerbano il dolore (Benson H., 1975; Brugnoli M.P, 2014; Brugnoli M.P, Brugnoli A. Norsa A., 2006; Cleeland C.S. 1987; Loscalzo M., Jacobsen P.B., 1990; Erickson M., 1976). L'ipnosi può essere un utile ausilio nella gestione del dolore e negli studi clinici (Erickson M.E., 1959; Spiegel D., 1985; Levitan A., 1992; Jensen MP, Patterson DR., 2005).

La trance ipnotica è essenzialmente uno stato di concentrazione elevata e focalizzata e può quindi essere utilizzata per manipolare la percezione del dolore. L'uso dell'ipnosi comporta il controllo dell'attenzione e può essere utilizzato per rendere il paziente meno consapevole degli stimoli nocivi (Broome M., Lillis P., McGahe T. e Bates T., 1992).

I terapeuti utilizzano l'ipnosi clinica in tre modi principali. In primo luogo, incoraggiano l'uso dell'immaginazione. L'immaginazione mentale è molto potente, soprattutto in uno stato di attenzione focalizzata. La mente sembra in grado di usare l'immaginazione, anche se solo

simbolica, per aiutarci a realizzare ciò che stiamo immaginando. Per esempio, a un paziente con dolore cronico può essere chiesto di immaginare l'aspetto del suo organo in difficoltà: quindi il paziente può essere incoraggiato in ipnosi (e in autoipnosi) a immaginare che questa immagine cambi in una immagine sana. Un secondo metodo ipnotico di base consiste nel presentare al paziente idee o suggerimenti, che vedremo in seguito più in particolare. In uno stato di attenzione concentrata ipnotica, le idee e i suggerimenti compatibili con ciò che il paziente desidera sembrano avere un impatto più potente sulla mente. Infine, l'ipnosi può essere utilizzata per l'esplorazione dell'inconscio, per comprendere meglio le motivazioni sottostanti o per identificare se eventi o esperienze passate sono associati alla causa di un problema. L'ipnosi evita la censura critica della mente cosciente, che spesso vanifica ciò che sappiamo essere nel nostro interesse. L'efficacia dell'ipnosi sembra risiedere nel modo in cui aggira l'osservazione critica e l'interferenza della mente cosciente, permettendo alle intenzioni di cambiamento del cliente di avere effetto. (Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D., 2015).

Il National Institute of Health Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia (1996), composto da 12 membri, ha esaminato gli studi sugli esiti dell'ipnosi nel trattamento del dolore da cancro e ha concluso che l'evidenza della ricerca è forte e che altre evidenze suggeriscono che l'ipnosi può essere efficace con diversi dolori cronici, tra cui la cefalea tensiva (Zitman FG, van Dyck R, Spinhoven P, Linssen AC. (1992). Questo documento fornisce una revisione aggiornata della letteratura sull'efficacia dell'ipnosi nel trattamento delle cefalee, concludendo che essa soddisfa i criteri di ricerca della psicologia clinica per essere un trattamento consolidato ed efficace ed è virtualmente priva degli effetti collaterali, dei rischi di reazioni avverse e delle spese continue associate ai trattamenti farmacologici (Hammond D.C, 2007). Sono stati suggeriti diversi meccanismi per spiegare come l'ipnosi eserciti i suoi effetti neurofisiologici e neuropsicologici. Gli studi EEG sullo stato ipnotico mostrano onde theta ad alta frequenza molto lente (5-7 Hz), che sono tipicamente associate alla perdita del controllo esecutivo e riflettono una massiccia inibizione corticale legata ad uno stato introspettivo profondo (Serman MB., 1999; Serman MB, Kaiser DA, Veigel B., 1996; Brugnoli M.P., 2014). D'altra parte, quando lo stato ipnotico comporta specifiche suggestioni sensoriali o motorie, le aree cerebrali sensoriali e motorie appropriate, rispettivamente, possono essere attivate in misura ancora maggiore rispetto alla condizione non ipnotica (Maquet P, et al., 1999). Altri ricercatori suggeriscono che la distorsione sensoriale positiva spesso sperimentata durante l'ipnosi in terapia medica, sia associata a un'alterazione dell'ampiezza dei potenziali evento-correlati agli stimoli somatosensoriali o visivi. È interessante notare che quando gli individui ipnotizzati immaginano che uno stimolo sia bloccato, la loro risposta corticale a tali stimoli si riduce (Spiegel D, Moore R., 1997; Brugnoli M.P., 2014).

AGOPUNTURA ED ELETTROAGOPUNTURA

L'agopuntura, dal latino acus, "ago", e pungere, che significa "pungere", è una tecnica in cui l'operatore inserisce aghi sottili in punti specifici del corpo del paziente. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i National Institutes of Health (NIH) e l'American Medical Association (AMA) si sono espressi sull'agopuntura. Tuttavia, anche se questi gruppi sono in disaccordo sugli standard e sull'interpretazione delle prove a favore dell'agopuntura, ma c'è un accordo generale sul fatto che è relativamente sicura e che sono necessarie ulteriori indagini (Langevin MH, Yandow JA., 2002; Maciocia G., 1997; Hammerschlag R., 1998). Linde K. et al, in un Cochrane Database Syst Rev. (2009), indagando se l'agopuntura sia a) più efficace rispetto a nessun trattamento profilattico/alla sola assistenza di routine; b) più efficace rispetto all'agopuntura "sham" (placebo); e c)

efficace come altri interventi nel ridurre la frequenza della cefalea in pazienti con cefalea di tipo tensivo episodica o cronica, ha concluso che l'agopuntura potrebbe essere un valido strumento non farmacologico in pazienti con frequenti cefalee di tipo tensivo episodiche o croniche (Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. , 2009). La dichiarazione del 1997 della NIH Consensus Development Conference sull'agopuntura ha concluso che sono emersi risultati promettenti, che dimostrano l'efficacia dell'agopuntura nella terapia del dolore nell'adulto, nella nausea e nel vomito post-operatori e da chemioterapia e nel dolore dentale post-operatorio. Con una storia di 2000-3000 anni, la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) ha formato un sistema unico per diagnosticare e curare le malattie. Secondo la teoria della medicina tradizionale cinese (MTC), alcuni punti del corpo sono collegati tra loro in una rete di canali chiamati "meridiani" (Langevin HM, Yandow JA., 2002). I meridiani conducono il Qi, una forza vitale che anima tutti gli esseri viventi. Si ritiene che il Qi regoli l'equilibrio spirituale, emotivo, mentale e fisico. A questo scopo si utilizzano varie forme e stili di agopuntura. Nella forma più tradizionale, vengono inseriti aghi sottili in punti anatomici ben definiti (agopunti). Una tipica seduta di agopuntura comprende una valutazione iniziale in base alla quale vengono selezionati e agugliati gli agopunti. I pazienti di solito rimangono sdraiati con gli aghi in posizione per 15-30 minuti. Uno dei principi più importanti della MTC è l'unità tra mente e corpo. La salute della mente, secondo questo punto di vista, è influenzata dalla salute del corpo e viceversa, riflettendo complesse relazioni interattive bidirezionali. Questa non-dualità tra psiche e soma significa che i processi mentali ed emotivi hanno rappresentazioni somatiche, mentre i processi somatici hanno equivalenti mentali-emotivi.

Dopo l'inserimento dell'ago, spesso si osservano diverse caratteristiche associate a uno stato di rilassamento e ipnosi naturale, come una respirazione lenta e più profonda (Ernst E, White AR., 2001). È stato ipotizzato che anche a questo leggero livello di stato ipnotico e di rilassamento la suggestionabilità sia già aumentata (Holroyd J., 2003). Pertanto, l'agopuntura può facilitare un processo in cui l'esperienza dello stato ipnotico può verificarsi. Questo può essere importante per alleviare il dolore: nei casi in cui i pazienti mostrano inconsciamente resistenza all'ipnosi e hanno difficoltà a entrare in uno stato ipnotico (Hammond DC, 1998). L'agopuntura può aiutare a superare questa resistenza facilitando uno stato di rilassamento fisico e psicologico. La pratica dell'agopuntura e dell'elettroagopuntura si basa sulla teoria dei meridiani. Secondo questa teoria, il qi (energia vitale) e il sangue circolano nel corpo attraverso un sistema di canali chiamati meridiani, che collegano gli organi interni con gli organi o i tessuti esterni. Stimolando alcuni punti della superficie corporea raggiunti dai meridiani attraverso il needling, è possibile regolare il flusso del qi e del sangue e quindi trattare le malattie. Questi punti di stimolazione sono chiamati punti di agopuntura o agopunti. Gli agopunti si trovano lungo più di una dozzina di meridiani principali. Esistono 12 coppie di meridiani regolari, distribuiti sistematicamente su entrambi i lati del corpo, e due meridiani principali supplementari che corrono lungo le linee mediane dell'addome e della schiena. Lungo questi meridiani sono identificati più di trecento agopunti, ognuno dei quali ha una propria azione terapeutica. Ad esempio, il punto Hegu (LI 4), situato tra il primo e il secondo osso metacarpale, può ridurre il dolore alla testa.

I fenomeni di stato ipnotico sono stati discussi anche negli antichi testi medici cinesi Taoisti. La capacità di entrare in stati ipnotici era attribuita allo Hun (tradotto come Anima Eterea), che è uno dei cinque aspetti della mente. Le pratiche mente/corpo della MTC sono considerate l'"elisir interno" che integra i trattamenti più fisici, l'"elisir esterno". L'integrazione di pratiche fisiche e mentali nella MTC è sempre stata considerata superiore a una delle due pratiche da sola. (Macicoca G., 1994).

OBIETTIVI DELLO STUDIO CLINICO

Questo studio associa 2 trattamenti non farmacologici: l'ipnosi clinica e l'agopuntura, in pazienti affetti da CTTH, non responder al precedente trattamento con farmaci. Si tratta di uno studio osservazionale, di coorte, in cui un gruppo di persone affette da cefalea di tipo tensivo cronica (CTTH) è stato studiato prima e dopo un trattamento di 10 settimane, per capire se l'ipnosi clinica associata all'elettroagopuntura può essere considerata un trattamento non farmacologico efficace per diminuire il dolore e i sintomi correlati al dolore, per i pazienti con CTTH.

Gli obiettivi di questo lavoro sono indagare se l'ipnosi clinica e l'elettroagopuntura sono:

- a) efficace rispetto a nessun trattamento profilattico o alle sole cure farmacologiche di routine;
- b) efficace nel ridurre il dolore e la frequenza della cefalea (giorni di cefalea, intensità del dolore) e l'uso di analgesici, nei pazienti con cefalea di tipo tensivo cronica.

METODI

Ipotesi di lavoro:

Lo studio è stato concepito per determinare se la terapia combinata di ipnosi ed elettroagopuntura sia più efficace della precedente terapia con farmaci nei pazienti che non rispondono alla terapia farmacologica.

I partecipanti:

20 pazienti affetti da cefalea cronica di tipo tensivo, secondo i criteri della Classificazione Internazionale dei Disturbi Cefalalgici (ICHD), sono stati reclutati per un trattamento di dieci settimane con ipnosi ed elettroagopuntura combinate. Tutti i pazienti non rispondevano al trattamento con farmaci.

Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato scritto secondo le procedure approvate dalle linee guida dell'OMS e dal Comitato di Revisione Etica della Ricerca (WHO ERC).

Abbiamo valutato il pre e il post intervento: un periodo di osservazione di almeno 10 settimane dopo la fine della cura. Drop-out: nessuno.

I partecipanti sono stati reclutati dal Dipartimento di Anestesia, Terapia Intensiva e Terapia del Dolore (Unità di Terapia del Dolore) dell'Università di Verona, Verona, Italia.

I criteri di inclusione:

- età compresa tra 18 e 65 anni
- criteri diagnostici della International Headache Society per la diagnosi di cefalea di tipo tensivo cronica.
- pazienti non responder alla terapia farmacologica
- pazienti che hanno dato il consenso informato allo studio
- pazienti che all'esame clinico non presentavano sintomi di psicosi
- pazienti motivati all'uso combinato di ipnosi e elettroagopuntura per la terapia della cefalea muscolo tensiva.

I criteri di esclusione dallo studio:

- diagnosi di cefalea da abuso di analgesici da parte dell'International Headache Society
- abuso di sostanze stupefacenti;
- uso corrente di farmaci profilattici per la cefalea, o uso regolare (≥ 15 d/mo) di farmaci ansiolitici;
- psicoterapia in corso;
- gravidanza in corso o programmata (l'agopuntura e l'elettroagopuntura possono essere controindicate in gravidanza);
- emicrania associata più di 1 giorno al mese;
- disturbo del dolore diverso dalla cefalea come problema primario;
- disturbi psichiatrici, o medici che richiedono un trattamento immediato;
- mancata compilazione del diario basale dell'attività cefalalgica e dell'uso di farmaci.

DESIGN DELLO STUDIO E TRATTAMENTI TERAPEUTICI INTEGRATI

- sono stati trattati 20 pazienti: 18 donne e 2 uomini di età compresa tra 20 e 65 anni, sofferenti di Cefalea Muscolo Tensioniva Cronica (CTTH):

A. Cefalea che si manifesta in media 15 giorni al mese per >3 mesi (180 giorni all'anno)

B. Durata da ore a giorni

- I pazienti sono stati sottoposti a una singola seduta di ipnosi ed elettroagopuntura alla settimana, per 10 settimane.

- Il follow-up è stato eseguito dopo almeno 20 settimane totali (10 settimane di terapia + 10 settimane di periodo di osservazione successivo).

- Valutazione della frequenza del mal di testa in 1 mese (pre e post procedura).

- Valutazione della frequenza dell'uso di analgesici in 1 mese (pre e post procedura).

- Durante la seduta di elettroagopuntura sono state effettuate suggestioni ipnotiche.

- I pazienti avevano un CD con suggestioni ipnotiche da ascoltare a casa quando avevano mal di testa o contrazioni muscolari.

Abbiamo incluso i pazienti con un periodo di osservazione successivo di almeno 10 settimane.

Abbiamo misurato all'inizio dello studio (tempo 0) i seguenti parametri:

- Dolore (VAS)

- Ansia (HAMA)

- Questionario del dolore McGill in forma breve

- frequenza del mal di testa in 1 mese (quanti giorni)

- durata dell'attacco di cefalea (ore o giorni)

Dopo 10 settimane di trattamento integrato con Ipnosi ed elettroagopuntura, sono stati di nuovo misurati i parametri in base alla cefalea del paziente:

- Dolore (VAS)

- Ansia (HAMA)

- Questionario del dolore McGill in forma breve

- frequenza del mal di testa in 1 mese (quanti giorni)

- durata dell'attacco di cefalea (ore o giorni)

- valutazione della diminuzione dell'uso di analgesici in 1 mese (prima e dopo la procedura).

Sono stati assegnati al trattamento settimanale combinato con ipnosi ed elettroagopuntura, per 10 settimane. Dopo 10 settimane è stato valutato un follow-up con i valori del punteggio totale dei 15 item SF-MPQ e VAS.

La forma breve del McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ):

La forma breve del McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) è stata sviluppata dal Dipartimento di Psicologia dell'Università McGill, Montreal, Que, Canada.

La componente principale dell'SF-MPQ consiste in 15 descrittori (11 sensoriali; 4 affettivi) che sono valutati su una scala di intensità come 0 = nessuno, 1 = lieve, 2 = moderato o 3 = grave. Tre punteggi di dolore sono derivati dalla somma dei valori di intensità delle parole scelte per i descrittori sensoriali, affettivi e totali. L'SF-MPQ comprende anche l'indice di intensità del dolore presente (PPI) dell'MPQ standard e una scala analogica visiva (VAS). L'SF-MPQ si è dimostrato sufficientemente sensibile da dimostrare le differenze dovute al trattamento a livelli statistici paragonabili a quelli ottenuti con la forma standard (Melzack R., 1987).

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE
RONALD MELZACK

PATIENT'S NAME: _____ DATE: _____

	NONE	MILD	MODERATE	SEVERE
THROBBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHOOTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
STABBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHARP	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CRAMPING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
GNAWING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HOT-BURNING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ACHING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HEAVY	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TENDER	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SPLITTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TIRING-EXHAUSTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SICKENING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PUNISHING-CRUEL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

NO PAIN |-----| WORST POSSIBLE PAIN

P P I

0	NO PAIN	_____
1	MILD	_____
2	DISCOMFORTING	_____
3	DISTRESSING	_____
4	HORRIBLE	_____
5	EXCRUCIATING	_____

© R. Melzack, 1984

La Scala di valutazione dell'ansia di Hamilton (HAMA):

Abbiamo valutato (prima e dopo l'intervento) l'ansia e la tensione muscolare dei pazienti utilizzando la Scala d'ansia di Hamilton (HAMA): si tratta di una scala di valutazione sviluppata per quantificare la gravità della sintomatologia ansiosa e della tensione muscolare.

La Scala d'Ansia di Hamilton (HAS o HAMA) è un test a 14 item che misura la gravità dei sintomi d'ansia. A volte viene anche chiamata Hamilton Anxiety Rating Scale. L'HAMA è utilizzato per valutare la gravità dei sintomi d'ansia presenti nei bambini e negli adulti. Viene anche utilizzato come misura di esito nella valutazione dell'impatto di farmaci, terapie e trattamenti ansiolitici ed è una misura standard dell'ansia utilizzata nella valutazione degli psicofarmaci. L'HAS può essere somministrato prima dell'inizio del trattamento farmacologico e poi di nuovo durante le visite di controllo, in modo che il dosaggio dei farmaci possa essere modificato in parte in base al punteggio del paziente. L'HAMA è stato sviluppato da Max Hamilton. Fornisce misure dell'ansia generale, dell'ansia psichica (agitazione mentale e angoscia psicologica) e dell'ansia somatica (disturbi fisici legati all'ansia). Hamilton ha sviluppato l'HAS in modo che fosse appropriato per adulti e bambini; sebbene sia più spesso utilizzato per gli adulti più giovani, è stato dimostrato che il test può essere utilizzato anche per gli adulti più anziani. Hamilton ha sviluppato la scala utilizzando la tecnica statistica dell'analisi dei fattori. Utilizzando questo metodo, è stato in grado di generare una serie di sintomi legati all'ansia e di determinare ulteriormente quali sintomi fossero legati all'ansia psichica e quali all'ansia somatica.

		I Not at all	Mildly	I Moderately	Severely	I Disabling
(1)	ANXIOUS MOOD: Worries, anticipates worst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2)	TENSION: Startles, cries easily, restless, trembling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(3)	FEAR: Fear of the dark, fear of strangers, fear of being alone, fear of animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(4)	INSOMNIA: Difficulty falling asleep or staying asleep, difficulty with nightmares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(5)	INTELLECTUAL: Poor concentration, memory impairment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(6)	DEPRESSED MOOD: Decreased interest in activities, anhedonia, insomnia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(7)	SOMATIC COMPLAINTS:MUSCULAR: Muscle aches or pains, bruxism	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(8)	SOMATIC COMPLAINTS:SENSORY: Tinnitus, blurred vision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(9)	CARDIOVASCULAR SYMPTOMS: Tachycardia, palpitations, chest pain, sensation of feeling faint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(10)	RESPIRATORY SYMPTOMS: Chest pressure, choking sensation, shortness of breath	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(11)	GASTROINTESTINAL SYMPTOMS: Dysphagia, nausea or vomiting, constipation, weight loss, abdominal fullness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(12)	GENITOURINARY SYMPTOMS: Urinary frequency or urgency, dysmenorrhea, impotence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(13)	AUTONOMIC SYMPTOMS: Dry mouth, flushing, pallor, sweating	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(14)	BEHAVIOR AT INTERVIEW: Fidgets, tremor, paces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La Scala di valutazione del dolore VAS:



La Scala Visiva Analogica (VAS) è uno strumento comunemente utilizzato per valutare il livello di dolore percepito da un individuo. È una scala lineare di solito lunga 10 centimetri, con un'estremità etichettata come "nessun dolore" e l'altra estremità come "dolore insopportabile" o "peggiore dolore immaginabile". Il paziente è quindi invitato a segnare un punto sulla scala che meglio rappresenta il proprio livello di dolore.

La scala VAS è considerata un metodo soggettivo di valutazione del dolore, in quanto si basa sulla percezione individuale del paziente. Tuttavia, è ampiamente utilizzata nella pratica clinica e nella ricerca per ottenere una valutazione quantitativa del dolore.

Il vantaggio della scala VAS è che fornisce una misura continua del dolore, consentendo una maggiore sensibilità nella rilevazione delle variazioni di intensità del dolore nel tempo. Tuttavia, può essere influenzata da fattori come le differenze individuali nella percezione del dolore e la comprensione personale della scala.

La scala VAS è spesso utilizzata in combinazione con altre modalità di valutazione del dolore, come la scala numerica (dove il paziente assegna un punteggio numerico al proprio dolore) o la scala verbale (dove il paziente sceglie un termine descrittivo che meglio descrive il proprio dolore, come lieve, moderato o grave).

METODI

A) ELETTROAGOPUNTURA

L'elettroagopuntura è una forma di agopuntura in cui coppie di aghi sono collegate a un dispositivo che genera impulsi elettrici continui tra di loro (Lytle CD, Thomas BM, Gordon EA, Krauthamer V., 2002).

Secondo alcuni agopuntori, l'uso regolare dell'agopuntura può ripristinare la salute e il benessere ed è particolarmente indicato per il trattamento del dolore. L'elettroagopuntura è abbastanza simile all'agopuntura tradizionale, in quanto durante il trattamento vengono

stimolati gli stessi punti. Come per l'agopuntura tradizionale, gli aghi vengono inseriti in punti specifici del corpo. Gli aghi vengono poi collegati a un dispositivo che genera impulsi elettrici continui mediante piccole clip. Questi dispositivi sono utilizzati per regolare la frequenza e l'intensità dell'impulso erogato, a seconda della condizione da trattare. Gli aghi possono essere stimolati contemporaneamente, di solito per non più di 30 minuti alla volta. L'elettroagopuntura, l'applicazione di una corrente elettrica pulsante agli aghi di agopuntura come mezzo per stimolare gli agopunti, è stata sviluppata in Cina come estensione della manipolazione manuale degli aghi di agopuntura intorno al 1934. È descritta, solo brevemente, nella maggior parte dei testi di agopuntura. La procedura per l'elettroagopuntura consiste nell'inserire l'ago da agopuntura come si farebbe normalmente, ottenere la reazione del qi mediante la manipolazione manuale e quindi collegare un elettrodo all'ago per fornire una stimolazione continua. I vantaggi dell'uso della stimolazione elettrica sono:

- Sostituisce le manovre manuali prolungate. Questo aiuta a garantire che il paziente riceva la quantità di stimolazione necessaria, perché altrimenti l'operatore potrebbe fermarsi a causa della stanchezza.
- L'elettroagopuntura può anche contribuire a ridurre il tempo totale di trattamento fornendo uno stimolo continuo. It can produce a stronger stimulation, if desired, without causing tissue damage associated with twirling and lifting and thrusting the needle (Lytle CD, Thomas BM, Gordon EA, Krauthamer V., 2002).
- È più facile controllare la frequenza e la quantità dello stimolo rispetto alla manipolazione manuale degli aghi.

Sebbene l'elettroagopuntura possa essere utilizzata come componente di quasi tutti i trattamenti di agopuntura che richiedono la manipolazione degli aghi, secondo la letteratura cinese si attendono risultati particolarmente buoni dal trattamento con elettroagopuntura delle malattie neurologiche, tra cui il dolore cronico, gli spasmi e la paralisi.

Il dispositivo di elettroagopuntura non è destinato a fornire una corrente significativa tra gli aghi di agopuntura: eroga meno di un milliampere (i dispositivi moderni di solito hanno un livello superiore di 0,6 milliampere), circa come quello prodotto dalla batteria di un orologio da polso. Tuttavia, fornisce una tensione significativa: 40-80 volt (con brevi picchi fino a 130 volt), che è la base della risposta del paziente. Nei dispositivi a batteria portatili comunemente utilizzati, questo risultato si ottiene aumentando la tensione di uscita della batteria, ad esempio portando la tensione da 9 a 45 volt. In questo modo, la corrente trasmessa attraverso il corpo è praticamente nulla, ma lo stimolo locale di tensione è sufficiente a far sì che il paziente avverta una reazione evidente nel punto in cui viene inserito l'ago. La durata del trattamento standard con l'elettroagopuntura è solitamente di 10-20 minuti e raramente supera i 30 minuti. Nella terapia del dolore cronico utilizziamo una frequenza di 20 Hz e uno stimolo molto basso.

Per lo studio è stato usato un strumento per elettroagopuntura a impulsi, 6 canali professionali per la terapia dei meridiani di agopuntura, Marca: JINTAOMA, approvato UE. Per il trattamento del TTH utilizziamo i seguenti agopunti:

- GV14 Daz Hui (singolo).
- Bilaterale: GB 20 Feng Chi; Si 15 Jianzhongshu Middle Shoulder Shu; LI 4 He Gu; LI 11 Qu Chi.
- Sono stati selezionati anche per essere stimolati con la normale agopuntura: GB20 e Si 15 Jianzhongshu, bilaterali; e GV14 singolo.

Sono stati inseriti aghi da agopuntura (13 mm di lunghezza, 0,3 mm di diametro) e il "de-qi" è stato stimolato ai pazienti. Dopo il periodo di intervento, tutti gli aghi sono stati rimossi.

La durata del trattamento è stata di 15 minuti.

L'elettroagopuntura viene normalmente somministrata con corrente alternata. Pertanto, i due elettrodi di qualsiasi coppia sono equivalenti, anche se sono colorati per distinguerli. Quando nella letteratura sull'elettroagopuntura si dice che "l'elettrodo negativo è collegato a quello che è considerato il punto principale, mentre l'elettrodo positivo è collegato a un punto secondario", l'affermazione non ha alcuna rilevanza quando si utilizza la corrente alternata.

B) IPNOSI CLINICA

Per questo studio è stato scelto un metodo di comunicazione ipnotica indiretta Ericksoniana, che è stata integrata durante l'elettroagopuntura. Ai pazienti è stato insegnato anche l'uso di autoipnosi a domicilio con l'uso di cd con la voce del terapeuta: in questo caso il paziente ascoltando la voce del terapeuta in autoipnosi, mette in pratica le suggestioni ipnotiche che il terapeuta ha effettuato durante la seduta. Le suggestioni ipnotiche indirette sono una forma di comunicazione che mira a influenzare la mente in modo comunicativo-empatico e non esplicito. Queste suggestioni sono spesso utilizzate nell'ipnosi e nella comunicazione ipnotica Ericksoniana per indurre uno stato mentale recettivo. Ecco alcune tecniche di suggestione ipnotica indiretta usate durante l'agopuntura:

- *Storie e Metafore*: Gli ipnotisti spesso raccontano storie o utilizzano metafore che hanno significati più profondi e che possono essere interpretati in modi diversi. Questo permette alle persone di fare connessioni e interpretazioni personali, aprendo la mente a nuove idee o prospettive: ad esempio il racconto di come l'agopuntura mano a mano rilassa la muscolatura del collo, del capo e delle spalle, facendo molto diminuire o addirittura passare sia le contratture muscolari che la cefalea muscolo tensiva.
- *Domande Aperte*: Postare domande aperte anziché chiuse può incoraggiare la riflessione e stimolare la mente a pensare in modi specifici. Ad esempio, invece di dire "Hai dolore?", si potrebbe dire "Come ti sentiresti se avessi una bellissima giornata con poco dolore o senza dolore?".
- *Comandi Indiretti*: Utilizzare comandi indiretti significa esprimere un suggerimento senza dichiararlo direttamente. Ad esempio, anziché dire "Senti il calore", si potrebbe dire "Potresti iniziare a notare una sensazione di calore che via via coinvolge i muscoli del collo e del capo e che fa piano piano diminuire il dolore".
- *Linguaggio Ambiguo*: L'uso di parole o frasi ambigue può aprire la porta a interpretazioni multiple. Questo lascia spazio per la mente dell'ascoltatore di riempire i vuoti in modo che le suggestioni possano essere integrate senza resistenza.

L'uso del linguaggio ambiguo è spesso una tecnica utilizzata in ipnosi clinica per facilitare l'induzione dell'analgesia del dolore. Questo tipo di linguaggio aperto a interpretazioni multiple può favorire una risposta positiva da parte del paziente, contribuendo al processo di suggestione ipnotica. Tuttavia, è importante notare che l'ipnosi clinica richiede una formazione specifica e dovrebbe essere condotta da professionisti esperti. Ecco alcuni esempi di linguaggio ambiguo in questo contesto:

"Forse noterai una sensazione di leggerezza, o forse una sensazione di calore, mentre ti immergi in uno stato di profonda rilassatezza. Questa sensazione potrebbe iniziare nei tuoi piedi o forse salire dolcemente lungo le gambe."

"Puoi immaginare un posto sicuro e tranquillo, dove le sensazioni di tensione possono forse trasformarsi in una sensazione di piacevole comfort. È come se il tuo corpo sapesse già come rilassarsi profondamente."

"Ti invito a notare che, forse, le sensazioni di disagio possono cominciare a diminuire gradualmente, lasciando spazio a una sensazione di comfort. Puoi percepire questo cambiamento in modi diversi, forse come una leggera sensazione di formicolio o forse come un rilassamento diffuso."

"Immagina, per un momento, che il tuo corpo possa rispondere in modo sorprendente, forse con una diminuzione delle sensazioni spiacevoli. Potrebbe essere come se il tuo corpo iniziasse a dialogare con la sensazione, aprendo la porta al sollievo."

Questi esempi incorporano frasi ambigue che permettono al paziente di interpretarle in modo personale, consentendo alla mente di aprire la strada a stati di rilassamento e analgesia. È importante sottolineare che l'ipnosi dovrebbe essere eseguita solo da professionisti qualificati e in ambienti sicuri.

- *Pacing e Leading*: Questa tecnica comporta inizialmente la condivisione di affermazioni o osservazioni che sono facilmente accettate (pacing), seguite da suggerimenti o comandi più specifici (leading). Ad esempio, "So che lei vorrebbe rilassarsi, e mentre continua a respirare lentamente, potreste notare che la sua mente diventa più calma, serena e piacevolmente fresca."
- *Visualizzazioni Ipnотiche*: Guidare qualcuno attraverso un'esperienza immaginaria può influenzare il modo in cui percepiscono la realtà. Ad esempio, "Immagina di camminare lungo una spiaggia tranquilla, senti la sabbia sotto i piedi e il suono rilassante delle onde."
- *Utilizzo di Parole ipnotiche Positive*: Incorporare parole positive e suggestive può influenzare positivamente l'umore e la prospettiva di qualcuno. Ad esempio, invece di dire "Non essere nervoso", si potrebbe dire "Senti quanto sei calmo e sicuro".

Diversi studi riportano miglioramenti nella gravità e nella frequenza della cefalea tensiva in seguito a diverse sedute settimanali di ipnosi. L'ipnosi è comunemente facilitata da un ipnoterapeuta, che guida il paziente in uno stato di profondo rilassamento (Brugnoli M.P., 2014). L'idea è che una volta che il paziente si trova in questo stato di calma e tranquillità, sarà ricettivo alle affermazioni che possono giovare al suo mal di testa e alleviare il dolore (Green JP, Barabasz AF, Barrett D, Montgomery GH., 2003).

L'ipnoterapeuta può usare suggestioni per distogliere il paziente dal dolore della cefalea, indirizzandolo verso un luogo di pace e di conforto. L'ipnoterapeuta può anche cercare di rilassarlo semplicemente, in modo che i muscoli siano meno tesi e il paziente provi fisicamente sollievo dallo stress e dalla cefalea tensiva. Le suggestioni sono spesso simili al concetto di affermazioni, in cui le affermazioni positive sostituiscono quelle negative (Brugnoli M.P., 2014). L'ipnoterapeuta può utilizzare un'affermazione del tipo: "Il mio mal di testa non mi controlla: posso rilassarmi e allontanare il dolore". L'ipnosi ha lo scopo di utilizzare il potere della mente per dirigere e controllare il dolore fisico. Si pensa che porti un individuo in uno stato di trance ed è in questo stato che una persona è aperta e ricettiva ai suggerimenti di guarigione.

Durante il trattamento con elettroagopuntura, abbiamo fatto alcune delle seguenti suggestioni ipnotiche ai pazienti (Brugnoli M.P., 2014).

Suggestioni ipnotiche:

- ... mano a mano che passa il tempo potrò entrare in uno stato di completo rilassamento e sentire il mio corpo che piacevolmente si rilassa.
- ...Avrò la sensazione che ogni muscolo del mio corpo si sia piacevolmente rilassato.
- ...Tutto il mio corpo, dalla cima della testa alla punta dei piedi, si sentirà piacevolmente intorpidito e rilassato.
- ...Sento già che... mano a mano che passa il tempo... il mio corpo si sta rilassando sempre più piacevolmente...
- La respirazione lenta e rilassata è un modo molto efficace per rilassarsi.
- I miei muscoli cominciano già a rilassarsi... Mano a mano che i muscoli si rilassano, sento una piacevole sensazione di calore.
- È una sensazione meravigliosa rilassarsi... e mi rilasserò dalla testa alla punta dei piedi...
- Il mio mal di testa comincia ad affievolirsi sempre più e sempre meglio... posso cominciare a rilassarmi e piano piano... allontanare il dolore.

- la mia mente potrà ignorare qualsiasi altro rumore... sento solo questa piacevole musica che mi rilassa... sempre più... e sempre meglio... Mi concentrerò piacevolmente sui miei pensieri positivi... mi rilasso perché so come ci si sente bene.
- Sto visualizzando una piacevole scena di campagna. Sono in piedi su una collina e guardo verso l'orizzonte.
- C'è verde dappertutto, posso vedere il cielo, che è azzurro, siepi e campi, è una scena molto piacevole.
- La mia mente si è rilassata. Il rilassamento comincia a diffondersi in ogni parte della mia testa. Ogni nervo e muscolo della mia testa si sta rilassando.
- Sento la tensione abbandonare la testa. Ora i muscoli della mia fronte si ammorbidiscono, si distendono, si rilassano.
- Respirando lentamente, i muscoli si rilassano. Quando deglutisco, mi rilasso sempre più e sempre meglio.

Poi abbiamo dato ai pazienti un CD con musica e suggestioni ipnotiche per praticare l'autoipnosi a casa.

Esistono molti nastri e CD per la cosiddetta "autoipnosi", in cui un individuo ascolta i suggerimenti, talvolta accompagnati da musica soft, e si guida in uno stato di profondo rilassamento. Il vantaggio principale dell'autoipnosi è che può essere eseguita praticamente in qualsiasi momento, ed è particolarmente utile se l'emicrania o un altro tipo di mal di testa è appena iniziato. L'ideale sarebbe poter intervenire sul dolore prima che si aggravi (Brugnoli M.P., 2014).

Aderenza al protocollo

Alla valutazione delle 10 settimane, 20 (100%) dei partecipanti frequentavano le 10 sessioni settimanali (1 per settimana) del trattamento combinato di ipnosi ed elettroagopuntura.

Le registrazioni del diario giornaliero hanno indicato che almeno il 90% dei partecipanti è stato aderente per l'80% o più giorni nelle 10 settimane, in cui sono stati raccolti i diari relativi al dolore e alla cefalea. Anche l'aderenza al protocollo dei criteri di inclusione è stata elevata. Drop-out: nessuno.

ANALISI STATISTICA E RISULTATI

L'analisi statistica condotta sui 20 pazienti osservati è di tipo descrittivo e in questa fase non vengono eseguiti test di ipotesi a causa delle ridotte dimensioni del campione. Una seconda fase della ricerca estenderà lo studio a un numero maggiore di pazienti, considerando eventualmente anche il confronto con altre tecniche di trattamento del dolore. Con una dimensione del campione di almeno 80/100, i giudizi sul dolore espressi dai pazienti saranno utilizzati per costruire indici compositi di dolore mediante tecniche statistiche più sofisticate, come l'analisi delle componenti principali non lineari o il modello di Rasch. Nel modulo breve di McGill è stato chiesto agli intervistati di esprimere un giudizio sul dolore in relazione a 15 voci, su una scala che va da 0 a 3, con punteggi più alti che riflettono un dolore maggiore. Per analizzare la variazione del dolore da prima a dopo il trattamento, calcoliamo le differenze di punteggio e le etichettiamo come fortemente diminuito (-3), diminuito (-2), leggermente diminuito (-1), invariato (0), leggermente aumentato (+1), aumentato (+2), fortemente aumentato (+3). La distribuzione di frequenza delle differenze di punteggio (Figura 1) mostra una tendenza alla diminuzione del dolore nei 20 pazienti. La stessa conclusione si ottiene considerando i giudizi medi complessivi sul dolore espressi dai pazienti sia con la scala McGill PPI che con la scala VAS, che diminuiscono rispettivamente del 47% e del 49% circa. Va inoltre notato che tutti i 20 pazienti dichiarano una riduzione della frequenza degli attacchi e, tranne un paziente, una riduzione dell'uso di analgesici.

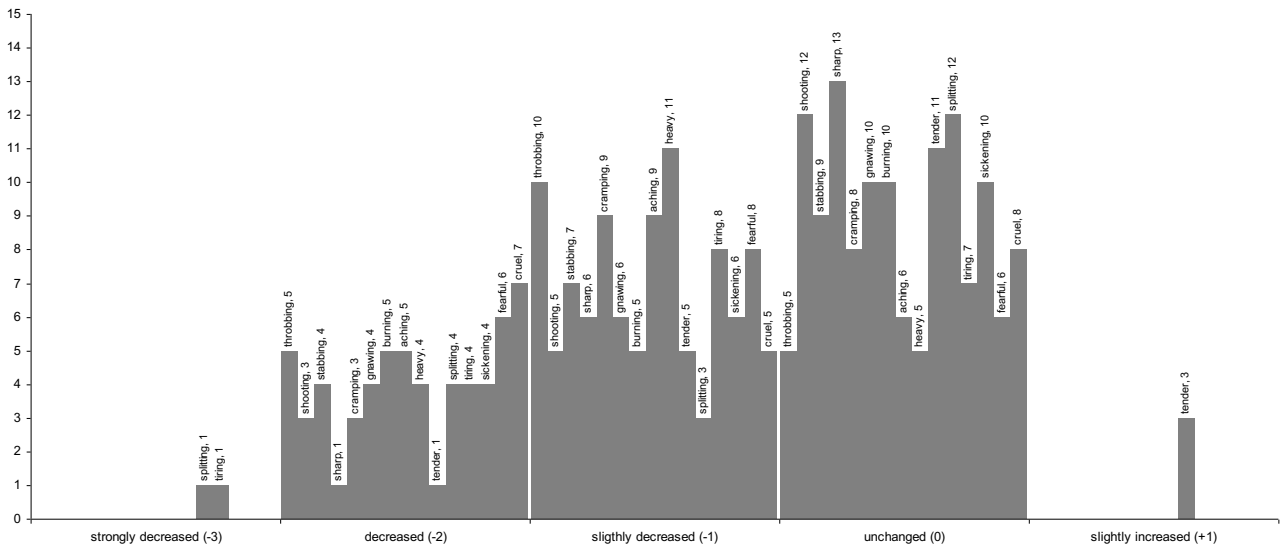


Figura 1: Distribuzione di frequenza delle differenze di punteggio (McGill)

Per ogni paziente, la somma dei punteggi espressi su tutti gli item (punteggio grezzo) è un metodo approssimativo ma in qualche modo efficace per ottenere una misura complessiva del dolore. Gli individui possono quindi essere tracciati in base al loro punteggio grezzo non elaborato prima e dopo il trattamento (Figura 3a, dove è riportata l'informazione aggiuntiva se la durata degli attacchi di cefalea è diminuita o meno). In modo analogo possiamo ottenere i punteggi grezzi degli item, che possono essere interpretati come il grado di dolore di ciascun item per i pazienti affetti da cefalea di tipo tensivo. Il grafico degli item in base ai punteggi grezzi prima e dopo il trattamento (Figura 3b) ci informa su quali aspetti del dolore sono maggiormente migliorati dal trattamento. Il posizionamento dei punti (sia dei pazienti che degli item) nei grafici risultanti può essere interpretato seguendo lo schema della Figura 2:

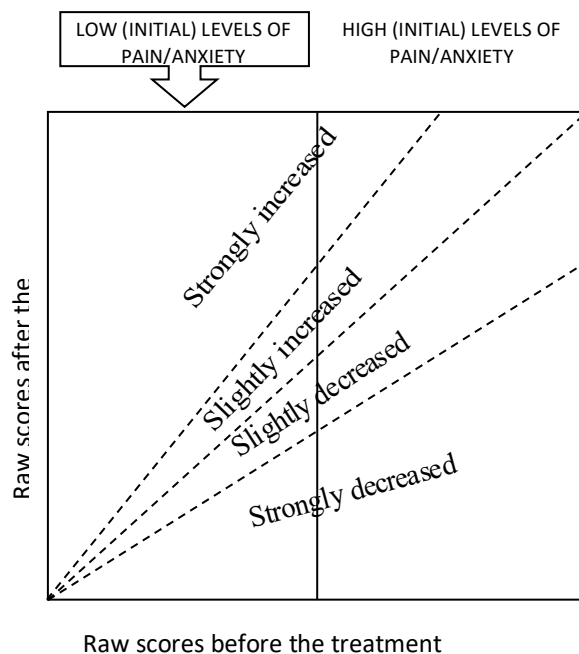


Figura 2: Schema per l'interpretazione del posizionamento dei punti nel grafico dei punteggi grezzi dei pazienti o degli item prima e dopo il trattamento

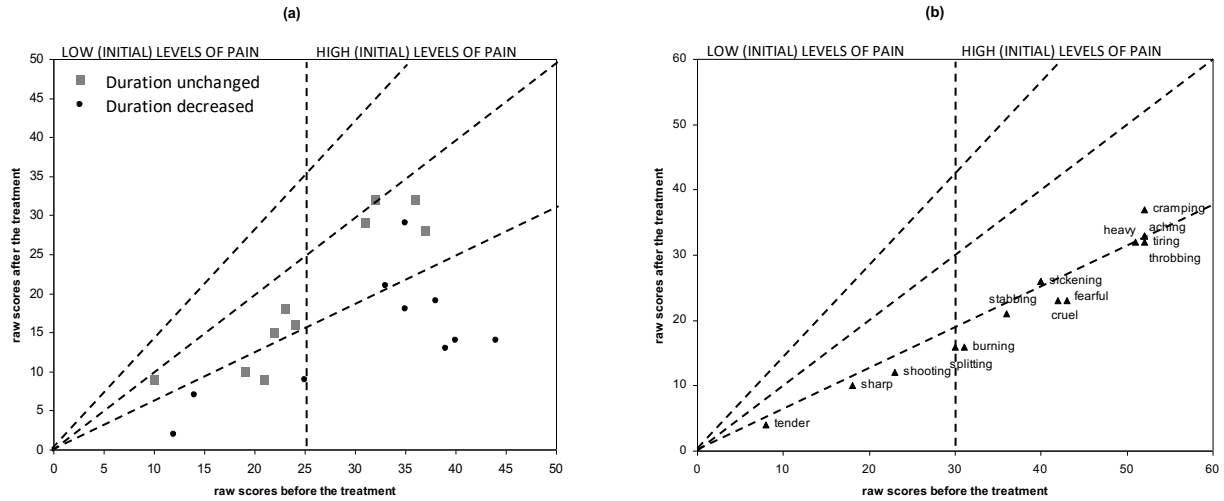


Figura 3: Punteggi grezzi dei pazienti (a) e degli item (b) prima e dopo il trattamento (McGill)

Il questionario era incentrato anche sulla valutazione dell'ansia e della tensione muscolare attraverso la scala HAMA, che richiede giudizi sull'ansia su 14 item, con una scala che va da 0 a 4. Le stesse analisi presentate per gli item della forma breve McGill possono essere effettuate utilizzando i giudizi sull'ansia espressi dai pazienti (Figure 4 e 5).

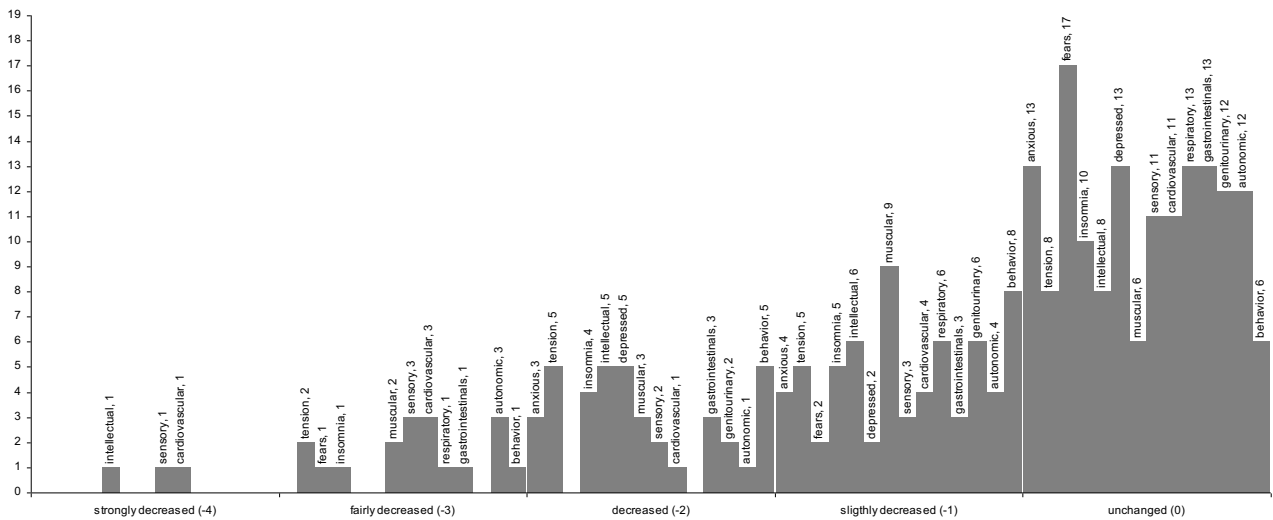


Figura 4: Distribuzione di frequenza delle differenze di punteggio (HAMA)

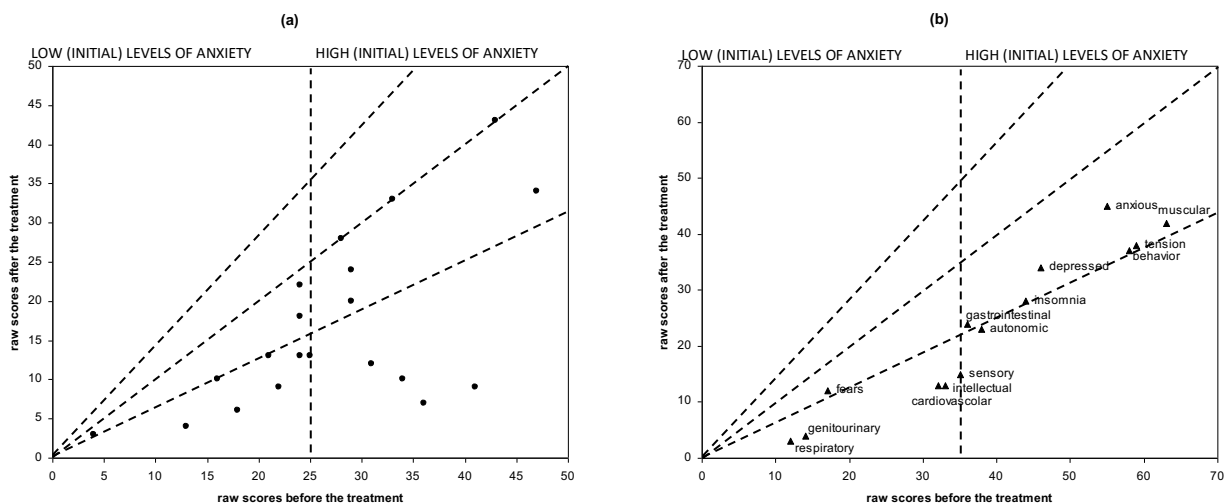


Figura 5: Punteggi non elaborati dei pazienti (a) e degli item (b) prima e dopo il trattamento (HAMA)

Per indagare la possibile presenza di un'associazione tra dolore e ansia, abbiamo tracciato i punteggi non elaborati del dolore dei pazienti rispetto a quelli dell'ansia, congiuntamente per prima e dopo il trattamento (Figura 6a).

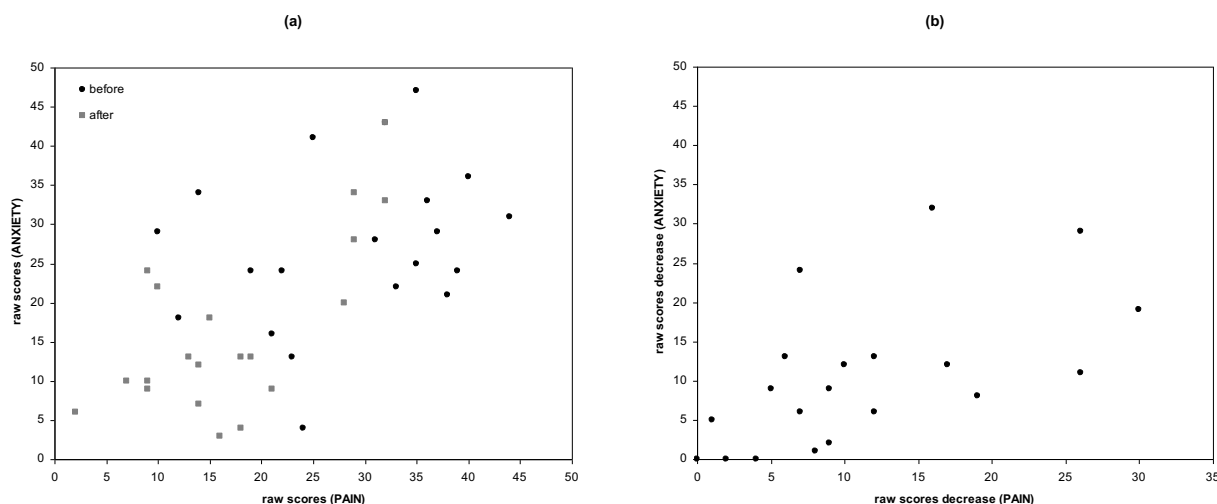


Figura 6: Punteggi raw dei pazienti relativi al dolore rispetto all'ansia, prima e dopo il trattamento (a) e differenze dei punteggi raw da prima a dopo il trattamento, dolore rispetto all'ansia (b).

Inoltre, le differenze dei punteggi non elaborati del dolore sono tracciate rispetto a quelli dell'ansia (Figura 6b). Entrambi i grafici mostrano una correlazione lineare (coefficiente di correlazione lineare $p = 0,60$ e $p = 0,58$, rispettivamente), che verrà approfondita con ricerche future. La correlazione lineare positiva, misurata attraverso il coefficiente di correlazione lineare, è rispettivamente del 60% e del 58%.

RISULTATI

Dolore: al basale il dolore cronico da cefalea tensiva era elevato. **Ansia e tensione muscolare:** Al basale, il livello di ansia e di tensione muscolare delle cefalee tensive croniche era medio-alto. Dopo la terapia con l'associazione dell'ipnosi clinica e dell'elettroagopuntura si è registrata una diminuzione direttamente proporzionale del dolore della cefalea e dell'ansia del paziente: rispettivamente del 60% e del 58%.

La distribuzione di frequenza delle differenze di punteggio (Figura 1) mostra una tendenza alla diminuzione del dolore nei 20 pazienti. La stessa conclusione si ottiene considerando i giudizi medi complessivi sul dolore espressi dai pazienti sia con la scala McGill PPI che con la scala VAS, che diminuiscono rispettivamente del 47% e del 49% circa. Va inoltre notato che tutti i 20 pazienti dichiarano una riduzione della frequenza degli attacchi e, tranne un paziente, una riduzione dell'uso di analgesici.

Con l'associazione dell'ipnosi clinica e dell'elettroagopuntura si verifica una diminuzione direttamente proporzionale del dolore della cefalea e dell'ansia del paziente: La stessa conclusione si ottiene considerando i giudizi medi complessivi sul dolore espressi dai pazienti sia con la scala McGill PPI che con la scala VAS, che diminuiscono rispettivamente del 47% e del 49% circa. Va inoltre notato che tutti i 20 pazienti dichiarano una riduzione della frequenza degli attacchi e, tranne un paziente, una riduzione dell'uso di analgesici.

La pratica regolare di questa modalità di "medicina mente/corpo" permette di sviluppare le capacità di combattere il mal di testa e di riqualificare il proprio corpo secondo schemi di funzionamento più sani che riducono la frequenza del mal di testa, il suo dolore e l'ansia correlata.

Molte persone amano fare delle scelte e sentirsi responsabilizzate e attive nella gestione del dolore; le terapie alternative, anche se spesso facilitate da un professionista, possono permettere di assumere un ruolo più diretto nel trattamento del mal di testa. Oltre ai benefici diretti dell'ipnosi, anche l'esperienza del Sé interiore può essere utile per ridurre lo stress e alleviare il mal di testa.

CONCLUSIONI

I pazienti che hanno scelto l'ipnosi clinica e l'elettroagopuntura in associazione hanno riportato un maggiore sollievo dai sintomi rispetto alla precedente terapia con farmaci. È stata riscontrata una maggiore compliance al trattamento. Non abbiamo riscontrato nessun effetto collaterale o disagio dei pazienti.

In conclusione, presentiamo una nuova ipotesi che suggerisce una sinergia tra due terapie relativamente sicure e poco costose: l'ipnosi e l'agopuntura. Ci auguriamo che altri studiosi possano testare rigorosamente questa ipotesi attraverso una nuova linea di ricerca che potrà informare le linee guida di pratica clinica e le decisioni di politica sanitaria riguardo alla potenziale integrazione di queste terapie associate.

La pratica dell'ipnosi clinica integrata all'elettroagopuntura da parte di uno o più terapisti del dolore in collaborazione è fattibile in un contesto clinico standard; la formazione all'ipnosi clinica e all'elettroagopuntura dovrebbe essere presa in considerazione per i terapisti del dolore coinvolti nel trattamento delle cefalee.

Le fonti di dolore sono spesso molteplici, con una combinazione di dolore cronico neuropatico, infiammatorio, chimico, meccanico o cronico. Queste possono derivare dalla patologia primaria, dalle modalità di trattamento o da una malattia concomitante preesistente. Il dolore deve essere sempre considerato come un contributo significativo al senso di sofferenza generale.

I processi psicosociali influenzano fortemente l'impatto e l'espressione del dolore e devono essere presi in considerazione nella valutazione e nel trattamento del dolore. Ciò richiede un approccio olistico al paziente (Kolcaba e Fisher, 1996; Brugnoli MP, 2014), nonché alcuni approcci innovativi al trattamento del dolore.

BIBLIOGRAFIA E LETTURE CONSIGLIATE

Bendtsen L. (2009). Drug and Nondrug Treatment in Tension-type Headache. *Ther Adv Neurol Disord.* 2009 May; 2(3): 155–161.

Benson H. (1975). *The relaxation response.* New York: William Morrow.

Bickle, John (2003). *Philosophy and Neuroscience: A Ruthlessly Reductive Account.* Norwell, MA: Kluwer Academic Press.

Broome M., Lillis P., McGahe T. and Bates T. (1992). The use of distraction and imagery with children during painful procedures. *Oncology Nursing Forum* 19, 499-502.

Brugnoli M.P. (2014) *Clinical hypnosis in pain therapy and palliative care: a handbook of techniques for improving the patient's physical and psychological well-being.* Publisher Springfield, Illinois, U.S.A., Charles C Thomas Publisher, Ltd. ISBN 9780398087654 (hbk.); NLM ID [101610051](#) [NLM Catalog Book]

Brugnoli M.P., Brugnoli A., Norsa A. (2006). *Nonpharmacological and noninvasive management in pain.* La Grafica Editrice, Verona, Italy.

Brugnoli, A. (1974a). [Hypnotic therapeutic methods for pain]. *Minerva Med*, Jun 20;65(47):2637-41. Italian.

Brugnoli, A. (1974b). [Hypnotherapy of pain]. *Minerva Med*, Sep12;65(63):3288-95. Italian.

Chalmers D. (1995). Facing Up to the Problem of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies* 2(3):200-19.

Chalmers D. (1996). *The Conscious Mind*. Oxford: Oxford University Press.

Cleeland C.S. (1987). Nonpharmacologic management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Control*, 2,523-8.

Cleeland C.S. and Syrjala K.L. (1992). How to asses cancer pain. In *Handbook of Pain Assessment* (Ed. D.C. Turk and R. Melzack). Pp.360-87. New York: Guilford Press.

Couch JR. (1993). Medical management of recurrent tension-type headache. In: Tollison CD, Kunkel RS, editors. *Headache Diagnosis and Treatment*. Williams & Wilkins; Baltimore, Md: 1993. pp. 151–162.

Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. (2015). Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn*. 2015;63(1):1-9. doi: 10.1080/00207144.2014.961870.

Erickson M.H. (1959). Hypnosis in painful terminal illness. *American Journal of Clinical Hypnosis*.1, 1117-21.

Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I.(1976). *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. New York: Irvingtone.

Ernst E, White AR.(2001). Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. *Am J Med*. 2001;110:481–5.

Ezra Y, Gotkine M, Goldman S, Adahan HM, Ben-Hur T. (2012) Hypnotic relaxation vs amitriptyline for tension-type headache: let the patient choose. *Headache*. 2012 May;52(5):785-91. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.02055.x. Epub 2011 Dec 21.

Göbel H, Weigle L, Kropp P, Soyka D. (1992). Pain sensitivity and pain reactivity of pericranial muscles in migraine and tension-type headache. *Cephalalgia*;12:142-151.

Green JP, Barabasz AF, Barrett D, Montgomery GH. (2012). Forging ahead: The 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *J Clin Exp Hypnosis*. 2005;53:259–64.

Hammerschlag R.(1998). Methodological and ethical issues in clinical trials of acupuncture. *J Altern Complement Med*. 1998;4:159–71.

Hammond DC, editor., (1998). *Hypnotic Induction and Suggestion*. Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis; 1998.

Hammond DC. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *Int J Clin Exp Hypn*. Apr;55(2):207-19. Review.PMID: 17365074

Hammond DC., (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *Int J Clin Exp Hypn*. Apr;55(2):207-19. Review.PMID: 17365074

Hardcastle VG. (1996). Ways of knowing. *Conscious Cogn*. Sep;5(3):359-67. Review. No abstract available.

Hardcastle VG. (1998). Assuming away the explanatory gap. *Conscious Cogn*. 1998 Jun;7(2):173-9. No abstract available.

Hardcastle VG. (1999). On being importantly necessary for consciousness. *Conscious Cogn*. Jun;8(2):152-4. No abstract available.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). (2013).

Holroyd J. (2003). The science of meditation and the state of hypnosis.*Am J Clin Hypn*. 2003;46:109–28.

Holroyd K.A., O'Donnell F.J., Stensland M., Lipchik G.L., Cordingley G.E., Carlson B.W. (2001) Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA* 285: 2208–2215

Holroyd KA, Martin PR.(2000). Psychological treatments for tension-type headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors.*The Headaches*. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia, Pa: 2000. pp. 643–649.

- Jensen MP, Patterson DR. (2005) Control conditions in hypnotic-analgesia clinical trials: challenges and recommendations. *Int J Clin Exp Hypn.* 2005 Apr;53(2):170-97.
- Jensen R, Fuglsang-Frederiksen A, Olesen J.(1994). Quantitative surface EMG of pericranial muscles in headache. A population study. *Electroenceph Clin Neurophysiol*;93:335-344.
- Jensen R. (2001). Mechanisms of tension-type headache. *Cephalalgia*;21:786-789.
- Katsarava Z., Jensen R. (2007) Medication-overuse headache: where are we now? *Curr Opin Neurol* 20: 326–330
- Kolcaba KY, Fisher EM. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Crit Care Nurs Q.*Feb;18(4):66-76.
- Kunkel RS (1991). Diagnosis and treatment of muscle contraction (tension-type) headaches. *Med Clin North Am.* 1991 May; 75(3):595-603.
- Kunkel RS. (1991). Diagnosis and treatment of muscle contraction (tension-type) headaches. *Med Clin North Am*;75:595-603.
- Langevin HM, Yandow JA. (2002). Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. *Anat Rec.* 2002 Dec 15; 269(6):257-65.
- Langevin MH, Yandow JA. (2002). Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. *Anat Rec (New Anat)* 2002;269:257–65.
- Levitan A. (1992) The use of hypnosis with cancer patients. *Psychiatry and Medicine.* 10, 119-31.
- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. (2009). Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev.* Jan 21;(1):CD007587. doi: 10.1002/14651858.CD007587.
- Loscalzo M., Jacobsen P.B., (1990). Practical behavioural approaches to the effective management of pain and distress. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8, 139-69.
- Lytle CD, Thomas BM, Gordon EA, Krauthamer V. (2002). Electrostimulators for acupuncture: safety issues. (PubMed abstract).
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=10706234&query_hl=3&itool=pubmed_docsum. Retrieved on 2006-08-06.
- Maciocca G.(1994). *The Practice of Chinese Medicine.* New York: Churchill Livingstone; 1994.
- Maciocca G. (1997). *The Foundations of Chinese Medicine.* London: Churchill Livingstone; 1997.
- Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, Lamy M. (1999). Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry.* 1999 Feb 1; 45(3):327-33.
- Melis PM, Rooimans W, Spierings EL, Hoogduin CA. Headache. (1991) Treatment of chronic tension-type headache with hypnotherapy: a single-blind time controlled study. *Nov*;31(10):686-9. doi: 10.1111/j.1526-4610.1991.hed3110686.x.PMID: 1769828 *Clinical Trial.*
- Melzack R. (1987).The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987 Aug;30(2):191-7.
- Melzack R. (1998). Pain and stress: clues toward understanding chronic pain. In: Sabourin M, Craik F, Robert M (eds) *Advances in psychological science*, vol.2, Biological and cognitive aspects, Psychology Press, Hove, pp 63-85.
- Melzack R. (1999). Pain and stress a new perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC (eds) *Psychosocial factors in pain.* Guilford Press, new York, pp89-106.
- Melzack R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ.* 2001;65:1378-1382.
- Pfaffenrath V, Diener HC, Isler H, Meyer C, Scholz E, Taneri Z, Wessely P, Zaiser-Kaschel H, Haase W, Fischer W. (1994). Efficacy and tolerability of amitriptyline in the treatment of chronic tension-type headache: a multi-centre controlled study.*Cephalalgia.* 1994 Apr; 14(2):149-55.

Russell M.B., Rasmussen B.K., Brennum J., Iversen H.K., Jensen R., Olesen J. (1992) Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. *Cephalalgia* 12: 369–374

Searle, J. (1990). Consciousness, explanatory inversion and cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences*, 13: 585-642.

Searle, J. (1992). *The Rediscovery of the Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.

Sierpina V, Astin J, Giordano J. (2007) Mind-body therapies for headache. *Am Fam Physician*. 2007 Nov 15;76(10):1518-22.PMID: 18052018 Free article. Review.

Spiegel D, Moore R. (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology (Williston Park)*. 1997 Aug; 11(8):1179-89; discussion 1189-95.

Spiegel D. (1985) The use of hypnosis in controlled cancer pain. *CA- A Cancer Journal for Clinicians*. 4, 221-31.

Spinhoven P, Linssen AC, Van Dyck R, Zitman FG.(1992). Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache. *Gen Hosp Psychiatry*. Nov;14(6):408-15.

Sterman MB, Kaiser DA, Veigel B. (1996). Spectral analysis of event-related EEG responses during short-term memory performance. *Brain Topogr*. 1996;9:21–30.

Sterman MB. (1999). Functional patterns and their physiological origins in the waking EEG: Implications for event-related EEG responses. In: Pfurtscheller G, LdS FH, editors. *Event-related Desynchronization Handbook of Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. Amsterdam: Elsevier; 1999. pp. 33–49.

ter Kuile MM, Spinhoven P, Linssen AC. Headache. (1995) Responders and nonresponders to autogenic training and cognitive self-hypnosis: prediction of short- and long-term success in tension-type headache patients. *Nov-Dec;35(10):630-6*. doi: 10.1111/j.1526-4610.1995.hed3510630.x.PMID: 8550365

The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. <https://ichd-3.org/>

The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*, 33(9) 629–808.

Woods, T. M., Dunican, K. C., Desilets, A. R. (2009). Pharmacotherapy and Lifestyle Interventions for Tension-Type Headaches. *American Journal of Lifestyle Medicine* 3: 238-248

Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, Busse JW, Couban R, McCabe RE, Bieling P, Carrasco-Labra A, Guyatt GH. (2015). Hypnosis/Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Oral Facial Pain Headache*. 2015 Spring;29(2):115-25. doi: 10.11607/ofph.1330.

Zitman FG, van Dyck R, Spinhoven P, Linssen AC. (1992). Hypnosis and autogenic training in the treatment of tension headaches: a two-phase constructive design study with follow-up. *J Psychosom Res*. Apr;36(3):219-28.PMID: 1564674