

# **TECNICHE DI RILASSAMENTO E IPNOSI NEL CONTROLLO DELLA SOFFERENZA DEL PAZIENTE TERMINALE**

**“Signore da chi andremo?  
Tu solo hai parole di Vita Eterna  
Noi abbiamo creduto  
Che Tu sei il Figlio di Dio”  
(Giovanni 6,68-69)**

**“La mente è la base della vita  
e dell’illuminazione,  
perciò è necessario conoscere la  
mente”  
(Bar-do Thos-grol, Il libro tibetano dei  
morti)**

Nel disagio profondo in cui spesso si vive la malattia, l’uomo del nostro tempo avverte in modo particolarmente drammatico l’angoscia della solitudine e il senso del suo limite di creatura.

Sembra contraddittorio affermare che l’uomo possa avere una dolorosa sensazione del proprio limite, mentre con la sua intelligenza e la sua abilità tecnica sposta sempre oltre i confini del suo spazio vitale. D’altra parte vi sono delle realtà con le quali l’uomo perennemente si scontra: il male, la malattia, il dolore e la morte.

## **IL TRATTAMENTO DEL MORENTE.**

Hinton nella sua monografia sulla morte (Dying), sostiene che alla maggior parte delle persone non interessa tanto il momento della morte, quanto il modo, e che la paura le fa soffrire più della malattia stessa.

Il trattamento del paziente morente solleva molti problemi di carattere etico, che vengono affrontati da ciascuno attraverso il filtro del personale retroterra culturale e dell’atteggiamento verso la vita.

Il trattamento del paziente morente, oltre ad implicare una notevole dose di esperienza, abilità e giudizio, richiede da parte del medico anche una notevole dose di umanità, non solo nel rapporto con il malato, ma anche nella gestione dei rapporti umani con i parenti.

Dal punto di vista clinico e farmacologico, il medico deve a volte affrontare il dilemma dell’opportunità di trattare o non trattare del tutto una particolare malattia, in quanto le terapie non sempre prolungano la vita, ma a volte determinano solamente una morte più lenta.

Si dovranno sempre e comunque attuare tutte le misure terapeutiche atte a limitare le sofferenze, sia esse fisiche che psichiche.

In un paziente cosciente e consapevole, lo staff assistenziale può fare molto per supportare ed alleviare le sofferenze fisiche e psichiche del malato terminale, non solo per mezzo di una terapia farmacologia, ma anche

attraverso altri supporti terapeutici adeguati, offrendogli una migliore qualità di vita.

Generalmente la sofferenza del paziente terminale è data dal dolore fisico se non sufficientemente controllato farmacologicamente, unito all'ansia, fonte in questo caso di sofferenza psichica e spirituale.

Il dolore della fase terminale spesso riguarda un individuo già depresso, ansioso, spossato e debilitato e, a differenza del dolore delle malattie acute, di cui si intravede la conclusione, deve essere sopportato a lungo senza prospettiva di miglioramento. Pertanto il livello di soglia di questo tipo di paziente, quando egli giunge alla nostra osservazione, è in genere molto basso.

La depressione abbassa la soglia del dolore, e se l'individuo è turbato per la malattia o per cause non a essa direttamente connesse, risolvendo questi fattori di angustia, possiamo diminuire anche il bisogno di analgesici. L'esigenza più pressante è quella di considerare il paziente nel contesto della sua situazione globale, fisica, mentale, sociale e spirituale e di individuare gli elementi di disturbo che possono essere risolti. Il sollievo psichico e spirituale spesso aumenta il grado di benessere fisico. E' dunque fondamentale lottare in modo ragionato contro il dolore e l'ansia, e il paziente si trova rassicurato proprio dal fatto che si interviene a suo favore in modo positivo in tempi possibilmente brevi.

Fatte queste premesse vorrei entrare nel vivo dell'argomento ricordando le basi fisiopsicopatologiche dell'ansia e del dolore e come si possa aiutare il paziente terminale, quando cosciente, a gestirli anche con l'aiuto di tecniche di rilassamento in ipnosi.

## **LE BASI NEUROPSICOLOGICHE DEL DOLORE.**

Neurofisiologicamente lo stimolo doloroso, attraversa tre principali livelli d'integrazione, caratterizzati da risposte di complessità crescente: 1) un livello reticolare mesencefalico, ove esso ,come qualsiasi altro stimolo, provoca vigilanza fondamentale, diffusa, e reazioni non specifiche (di soprassalto, di fuga);

2) un livello rinencefalico, ove il dolore provoca con la vigilanza affettiva, reazioni specifiche (come il grido, la rabbia);

3) un livello diencefalocorticale,ove lo stimolo doloroso, provoca infine un tipo di vigilanza strutturata nella corteccia da coordinate spaziotemporali (Benedetti G.: Neuropsicologia. Ed. Feltrinelli).

Il dolore cronico è quasi sempre accompagnato da atteggiamenti esagerati nel campo della sensibilità somatica ed autonoma, con anomalie di sensibilità affettiva, le quali possono disorganizzare la personalità del paziente (Bonica J.J.).

Spesso il dolore è accompagnato segni di iperattività simpatica manifestata da vasocostrizione, ipotermia, sudorazione e lesioni trofiche nelle regioni del corpo colpite da dolore, in altri casi possono invece coesistere sintomi di iperfunzione parasimpatica, quali sudorazione, vasodilatazione, ipertermia cutanea (Bonica J.J.).

Il dolore riveste uno speciale significato di grande importanza per il medico, in quanto è uno dei più comuni motivi di lamento per il paziente.

Nel problema dolore vanno valutate attentamente le componenti emozionali ed intellettuali, in quanto fattori capaci di modificare notevolmente l'interpretazione del dolore stesso.

Il cervello esercita una considerevole azione integrativa nella interpretazione del dolore (Melzack, Loeser, 1999).

L'interpretazione ed il significato del dolore sono influenzate, oltre che dalla percezione sensoriale da reazioni conscie ed inconscie riferentesi ad esperienze passate ed associate a stati percettivi e psicologici presenti, il tutto integrato nel SNC dalla corteccia (Melzack, Loeser, Lancet 1999).

Leriche, già nel 1939 in "The surgery of pain" scrive che il dolore fisico, non è un semplice fatto di impulsi nervosi viaggianti attraverso i nervi verso una determinata meta; esso è la risultante di un conflitto tra lo stimolo e l'individuo.

Gli effetti del dolore sulla funzione psichica, dipendono da un lato dalla sua severità, durata e qualità, e dall'altro dall'attitudine mentale e dal carattere del paziente.

In altre parole, essi dipendono dall'intima relazione esistente fra percezione e reazione al dolore. Il tempo di durata del dolore, inoltre è un'altra causa determinante di effetti mentali, in quanto l'individuo medio può sopportare per breve tempo fisiologicamente e psicologicamente anche un dolore molto intenso, ma subirne disastrosi effetti fisici e mentali qualora lo stesso dolore sia prolungato nel tempo.

Questo fatto sottolinea ancora una volta, l'importanza di un trattamento efficace e precoce del dolore, ad evitare un mutamento nella sfera psichica.

Che uno stato di psiconevrosi o di psicosi maniacale possa svilupparsi come risultato di un dolore prolungato ed intenso, è un fatto ben noto a molti medici, e particolarmente a coloro i quali si interessano di medicina psicosomatica e di terapia antalgica.

Bisogna inoltre tenere presente, che non sempre tali effetti mentali compaiono come conseguenza di un dolore intollerabile, in quanto anche una sindrome dolorosa moderatamente intensa, se prolungata nel tempo con persistente intensità, può incidere molto sulla psiche del paziente.

A capire questi concetti ci aiuta quindi la nuova teoria del dolore di Melzack e Loeser (Lancet, sett., 1999) della *neuromatrice* secondo cui ogni individuo ha una neuromatrice corticale, cioè una fitta rete di neuroni che genera nel corso del tempo autonomamente in una mappa corticale una immagine mentale del corpo; su di essa il cervello proietta i vari segnali che danno forma e consistenza al dolore.

L'esperienza clinica ci insegna che la suscettibilità al dolore è un fenomeno altamente soggettivo, individuale, e va di pari passo con la labilità emotiva del singolo.

Non solo esiste questa proporzionalità, ma anche un'interscambiabilità dei due fenomeni, per cui esperienze ansiose finiscono come per esempio nell'ipocondria, con l'essere scotomizzate dalla coscienza e trasposte in sensazioni dolorifiche. E' questa un'esperienza comune non solo a psicologi e

psicoterapeuti, ma anche a neurologi (Ritchie Russel: Brain, memory, learning. Oxford University Press,1961).

Agli psicoterapeuti è poi noto un fenomeno particolare, che sfugge all'analisi clinica anche se accuratamente ripetuta, perché osservabile solo al "microscopio" della psicoterapia e nell'ambito particolare delle sue coordinate temporali: il fatto cioè che determinati dolori psicosomatici scompaiono attraverso una fase di transizione, in cui l'esperienza del dolore come tale non è più presente, o non lo è in misura simile alla precedente,, mentre una certa quantità di ansia prende il suo posto.

Tale affinità tra i due fenomeni, è spiegabile neurofisiologicamente in maniera diversa: come parziale sovrapposizione delle aree centrali di proiezione, e come sensibilità della soglia dolorifica ad esperienze emotive, che regolano il flusso delle informazioni percepite. Solo così comprendiamo la teoria secondo la quale la sensibilità psichica al dolore è un fatto "aquisito" dall'individuo nel corso del suo sviluppo ontogenetico (Ritchie Russel: Brain,memory, learning. Oxford University Press,1961).

Come accade che un fenomeno neurochimico come il dolore, si traduca in un fatto di coscienza? Qual è il ponte tra la percezione del dolore e l'esperienza dell'ansia? Anche se le nostre conoscenze neurofisiologiche dovessero un giorno progredire a tal punto da permetterci di stabilire l'esatto correlato neurochimico di un dato fenomeno psichico, rimarrà il fatto che la relazione tra questi due ordini di fenomeni, non potrà essere espressa solo attraverso la neurochimica, che in se non può esprimere un'esperienza soggettiva.

## **APPROCCIO PSICOLOGICO AL MALATO TERMINALE.**

Il termine "approccio" esprime in se la profonda umanità che deve legare il medico all'ammalato: esso mentre permette al primo di svelare gli aspetti psicosomatici della malattia, rende il secondo più fiducioso nelle capacità diagnostiche e terapeutiche del medico che egli ha scelto (Melchionda).

Sostanzialmente, approccio significa cercare e sentire nel paziente un'entità umana e spirituale che si nasconde ma che mai scompare dietro l'aridità dei dati semeiologici e strumentali di una cartella clinica; significa inserire l'evento malattia nel contesto di un'esperienza, nell'economia di una vita, in un vissuto che ha dimensioni ben più vaste di quelle indicate dai sintomi obbiettivi o soggettivi; significa avvicinarsi al malato con un sentimento che non è solo l'umanitaria simpatia, ma che è empatia: con questo termine si intende un processo di immedesimazione o identificazione per cui un individuo si mette nello stesso angolo visuale per vivere determinate sue situazioni emotive o almeno per percepirle in maniera esatta (Antonelli F.).

E' difficilissimo stabilire la normalità e la salute mentale. Il medico deve abolire ogni concetto di colpa, accettare il malato com'è senza nessuna pregiudiziale critica, ascoltarlo: qualità estremamente difficile, perché invece di ascoltare si è indotti ad interpretare le parole; capire, non giudicare.

Secondo Ippocrate il medico ha il dovere morale, non solo di essere sempre più capace come medico, ma di migliorare come persona; se non riesce a comunicare con l'ammalato, l'insufficienza è del medico.

Il problema del rapporto tra medico e paziente, e della sua rilevanza dal punto di vista diagnostico e soprattutto terapeutico, tende di diventare di competenza non più di una sola branca specialistica, ma di tutta la medicina.

Il medico d'oggi, se da un lato è portato ad avere interessi scientifici sempre più specialistici, dall'altro è costretto nell'interesse stesso del malato, a non perderne di vista l'unità psicosomatica che, se al limite in alcune forme morbose assume la prevalenza nel quadro clinico, in ogni caso fa sentire il suo peso come modo di reagire del paziente alla situazione di malattia con tutta la sua personalità (Balint M.: Medico, paziente e malattia. Ed. Feltrinelli, 1961).

## **STRESS E ANSIA NELLA MALATTIA CRONICA.**

Il termine "ansia" ha la stessa radice latina di angere ed è espressivo del concetto "stringere con violenza". Indica un certo aspetto del disagio fisico soggettivo che troviamo particolarmente nel paziente terminale.

E' spesso secondaria ad uno stato di stress protratto.

Lo stress costituisce una delle più comuni componenti della reazione normale emozionale dell'uomo a svariate situazioni di malattia specialmente cronica.

Se adeguato alle caratteristiche oggettive delle varie situazioni- stimolo, come intensità e come durata, esso rappresenta un normale e fondamentale meccanismo di allerta dell'organismo, determinante per una migliore risposta sia sul piano biologico che comportamentale agli stimoli esterni, e quindi per la sopravvivenza.

Una situazione di stress protratto genera spesso uno stato d'allerta anche in assenza di uno stimolo presente: l'ansia.

Dell'ansia è caratteristico il timore di essere travolti da una situazione, verso la quale si è incapaci di far fronte.

Mentre la paura e lo stress acuto implicano un oggetto ben definito, l'ansia nasce dalla lotta interiore tra forze opposte ed incompatibili. L'ansia costituisce una delle più comuni componenti della normale reazione emozionale dell'uomo a svariate situazioni ambientali.

L'ansia è una condizione emozionale particolare caratterizzata da stato di apprensione, disagio, aumento della tensione fisica e o psichica, preoccupazione, stato di attesa, senso di anticipazione del pericolo, senso di paura e ridotto senso di controllo da parte del soggetto.

I sintomi fisici e o psichici sono soggettivi, e possono essere di intensità variabile da caso a caso.

E' comune anche la presenza di sintomi somatici, che rappresentano in realtà normali correlati psicofisiologici dell'ansia: possono essere presenti cefalea da tensione, palpitazioni, tachiaritmie. Spesso questi sintomi sono vissuti con intensa, profonda angoscia da parte del soggetto.

Numerosi studi sperimentali di psicobiologia e psicofisiologia dello stress nell'uomo, hanno dimostrato che nella reazione d'ansia acuta esistono effettivamente varie e intense modificazioni dell'equilibrio somatico a numerosi livelli (Lader, 1972; Weiner, 1985). Le conoscenze a questo riguardo, si sono via via sempre più estese ed allargate, permettendo di comprendere con maggiore chiarezza la globalità delle modificazioni somatiche indotte dalla reazione d'ansia acuta. Attualmente le principali modificazioni più estesamente

documentate a livello sperimentale sia negli animali che nell'uomo riguardano il sistema muscolare-scheletrico, il sistema neurovegetativo, il sistema neuroendocrino, ed il sistema immunitario (Biondi e Pancheri,1987).

### **Alterazioni psicofisiologiche nella reazione d'ansia. (Biondi M.,1988):**

- **alterazione dell'equilibrio neurovegetativo**
- **diminuzione dell'ampiezza e aumento della frequenza EEG**
- **aumento della tensione muscolare generale e/o distrettuale**
- **aumento della frequenza cardiaca**
- **possibile extrasistolia**
- **aumento della pressione arteriosa sistolica**
- **vasocostrizione periferica**
- **diminuzione della temperatura cutanea**
- **aumento della frequenza e irregolarità respiratorie**
- **modifica della secrezione e motilità gastrointestinale**
- **dilatazione pupillare**
- **aumento della sudorazione**
- **iperreflessia**
- **aumento del consumo di ossigeno**

### **Alterazioni neuroendocrine nella reazione d'ansia. (Biondi M.,1988):**

- **aumento dei livelli di adrenalina e noradrenalina**
- **aumento dei livelli di ACTH e di cortisolo**
- **aumento dell'ormone somatotropo**
- **aumento della prolattina**
- **aumento di ormoni tiroidei**

Gli studi sulla reazione allo stress di Seyle, evidenziano il ruolo dell'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofiso-corticosurrenale, con il tipico massiccio aumento della liberazione di cortisolo che contraddistingue la reazione acuta di stress, e le tre successive fasi della sindrome generale di adattamento:

- **Reazione d'allarme**
- **Stadio di resistenza**
- **Stadio di esaurimento**

Le ricerche successive hanno permesso di chiarire come nella reazione acuta da stress esistano complesse modificazioni a carico dei principali sistemi endocrini, con elevazione non solo dei livelli plasmatici di catecolamine e corticosteroidi, ma anche a carico dell'ormone somatotropo, della prolattina, degli ormoni tiroidei e di svariati neurotrasmettitori tra cui beta-endorfine ed enkefaline (Pancheri 1984).

Nel loro complesso tali ricerche hanno offerto una visione completa e stimolante della reattività somatica dell'organismo in seguito a sollecitazioni protratte (Pancheri 1984; Biondi 1984).

## **IL MODELLO COGNITIVO DELL'ANSIA.**

La "valutazione cognitiva dell'ansia" è ciò che dipende strettamente dall'insieme delle aspettative, dei pensieri e delle convinzioni che il soggetto ha in una data situazione. Pertanto la valutazione cognitiva di uno stesso stimolo può essere assai differente da soggetto a soggetto e comportare risposte assai differenti (Lazarus 1966).

Nella sua formulazione più semplificata, il modello cognitivo sottolinea innanzitutto come il tipo e l'entità delle risposte affettivo-emozionali, e il comportamento in determinate situazioni, siano influenzati dal significato che il soggetto attribuisce alla situazione o allo stimolo. La "valutazione cognitiva" dello stimolo è l'insieme delle aspettative, dei pensieri e delle convinzioni che il soggetto ha sulla situazione (Biondi M., 1988). Pertanto la valutazione cognitiva di uno stesso stimolo può essere assai differente da soggetto a soggetto e comportare risposte assai differenti.

Vari fattori, in particolare la personalità del paziente ed esperienze precedenti, giocano un ruolo molto importante sulla valutazione cognitiva dell'evento e condizionano quindi il grado di attivazione emozionale e la risposta allo stress.

Vari studi hanno rilevato come, per l'insorgenza della reazione d'ansia, sia determinante la valutazione cognitiva relativa alla percezione di controllabilità o di incontrollabilità della situazione da parte del soggetto.

In pratica pertanto una ridotta possibilità di controllo determina un elevato livello di ansia, mentre una buona possibilità di controllo determina bassi livelli di ansia.

Quindi il livello d'ansia è la risultante di vari fattori: in primo luogo esso è influenzato dalle caratteristiche oggettive della situazione o dello stimolo; in secondo luogo dalla valutazione cognitiva personale della situazione.

Vedremo di seguito come un mezzo per aumentare il senso individuale di controllabilità siano le tecniche di rilassamento in ipnosi che mirano ad accrescere le risorse del soggetto per confrontarsi con la situazione, e ad aumentare il suo senso di controllo. Tali risorse sono definite con il termine tecnico di risorse di "coping" cioè "affrontare con successo".

Di fronte ad una stessa situazione un soggetto potrà reagire con:

- a) normale ansia**
- b) ansia eccessiva**
- c) depressione**

La reazione è personale a seconda della propria organizzazione cognitiva e del significato che la situazione assume per ognuno (valutazione cognitiva).

E' probabile che il soggetto che prova un'ansia eccessiva abbia una visione di se come persona molto vulnerabile e avverta la prova come una situazione su cui non si ha controllo, imprevedibile.

Il soggetto che reagisce con depressione, potrebbe avere alla base una visione negativa di se, pensa di non farcela perché lo sforzo per lui è comunque troppo grande, che non è abbastanza preparato, e veda la prova come simbolo del proprio fallimento e scarso valore.

Infine la persona che prova una normale ansia non pensa di essere particolarmente vulnerabile, ha una visione di se particolarmente sicura, e percepisce un adeguato controllo della situazione; tuttavia considerando che ci sono anche aspetti imprevedibili, si rende conto che il successo o l'insuccesso non dipendono solo da lui, se andrà male ciò non metterà in discussione il suo valore globale come persona (Biondi,1988).

## **Processi cognitivi che possono influenzare personalità e comportamento:**

- 1) stimoli esterni ed interni**
- 2) personalità**
- 3) fattori inconsci**
- 4) esperienze vissute**
- 5) valutazione cognitiva dello stimolo**
- 6) attivazione emozionale**
- 7) grado di ansia**

L'intervento terapeutico quindi delle tecniche di rilassamento e ipnosi è soprattutto finalizzato a mettere a fuoco e a ristrutturare, attraverso processi di autostima e di rinforzo dell'io, le regole cognitive seguite dal soggetto alla base della risposta emozionale disturbata.

A seconda quindi della percezione soggettiva di controllabilità o incontrollabilità, viene innescata una attivazione emozionale caratterizzata da una reazione d'ansia più o meno marcata, più o meno patologica a seconda dei casi. Importante è anche il tipo di strutturazione cognitiva tipica di ogni individuo.

Il modello cognitivo permette di spiegare l'estrema variabilità di risposta psicologica, biologica o patologica di diversi individui esposti allo stesso tipo di stimoli e situazioni, ed ha avuto varie applicazioni in ricerche sperimentali di psicofisiologia e psicosomatica.

Tutto questo può comportare nuove prospettive per comprendere l'azione complementare di interventi terapeutici apparentemente diversi tra loro, quali gli interventi psicologici e gli interventi psicofarmacologici per il trattamento dell'ansia. Attualmente le tecniche più diffuse sono le tecniche di rilassamento e ipnosi, interventi di psicoterapia, e la terapia farmacologica. Vari studi sperimentali che tutti questi tipi di intervento sono in grado di ridurre la reazione d'ansia, sia a livello psichico, che fisico. Questi tipi di interventi operano probabilmente attraverso un comune meccanismo biologico, rappresentato dal complesso recettoriale GABA-benzodiazepine (Biondi,1988). Le terapie di rilassamento soprattutto riducono a livello periferico le modificazioni somatiche indotte dalla reazione d'ansia, e secondariamente a livello del patterning cognitivo degli stimoli. L'azione sui meccanismi biochimici cerebrali dell'ansia è quindi indiretta (Biondi,1988); tuttavia nel caso di terapie

condotte con successo è efficace sia nel ridurre il vissuto d'ansia che le sue manifestazioni somatiche.

## **L'IPNOSI NEL DOLORE E NELL'ANSIA.**

L'ipnosi può essere considerata come un processo di apprendimento a sviluppare, in conformità con determinati principi e ad opera di adeguati stimoli ,molteplici capacità che ampliando le dimensioni dell'uomo concepito come inscindibile unità psicosomatica, in condizioni di salute o di malattia, sono variamente ed ampiamente utilizzabili a fini sperimentali, profilattici diagnostici e terapeutici (Guantieri G.: L'Ipnosi. Ed. Rizzoli, 1973).

Si è definita terapia ipnotica la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico, che permette d'influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto interpersonale stabilito tra il paziente e il terapeuta. Nella terapia ipnotica si rilevano spontanee modificazioni neurovegetative diverse secondo i vari soggetti (Antonelli F.). L'ipnoterapia è un metodo di indagine che permette di esplorare la possibilità di influire sulla patologia psicosomatica di un organo o apparato, per mezzo del rapporto interpersonale stabilito tra il paziente ed il terapeuta; ha la possibilità di servirsi dei comandi postipnotici per potenziare una eventuale psicoterapia di sostegno e rieducativa (Granone F.: Trattato di Ipnosi. Ed. UTET).

L'ipnoterapia agisce psicoterapeuticamente attraverso un duplice meccanismo: produzione di materiale psicodinamico significativo, e miglioramento (o almeno mutamento) immediato della cenestesi (Guantieri G.).

## **IPNOSI, RILASSAMENTO ED ANALGESIA DEL DOLORE.**

I meccanismi che stanno alla base dell'analgesia ipnotica, non appaiono ancora chiari, come d'altronde oscuri rimangono tutt'ora molti aspetti del processo che è alla base del dolore. Secondo Kroger con l'analgesia ipnotica, gli impulsi dolorosi, verrebbero effettivamente bloccati, quindi non avvertiti, a livello di determinate strutture (tratti corticospinotalamici); a tale blocco non sarebbero estranee anche altre formazioni: sistema limbico e reticolare attivatore. Si verificherebbe così una "ablazione sinaptica" o una "lobotomia psicologica" (Rosen): il soggetto è cioè cosciente dello stimolo, che però non raggiunge i recettori corticali.

Viene a mancare così l'effetto: il dolore non è così percepito come dolore, bensì come stimolo tattile o pressorio. Secondo Wall l'ipnosi può modificare la conduzione del dolore anche a livello spinale. Per Marmar l'ipnosi eleva la soglia del dolore e riduce la risposta allo stimolo algogeno, in quanto rende il soggetto indifferente ad esso.

Per Raginsky l'analgesia ipnotica sarebbe da riferire all'amnesia che segue spontaneamente all'ipnosi, o a specifici suggerimenti; per Shor alla riduzione o eliminazione dell'ansia che si accompagna al dolore, contribuendo generalmente a sostenerlo. Pinelli, il quale riferisce immodificata nell'analgesia ipnotica la soglia della sensibilità epicritica, prospetta come ipotesi di lavoro,

che tale assenza di ansietà possa venire riferita ad una relativa esclusione della diffusione degli impulsi delle vie paleospinotalamiche.

Infine, considerando l'ipotesi di lavoro di Melzack e Loeser , detta della "neuromatrice" (Lancet,Sett.1999)

sulla percezione del dolore possiamo ulteriormente provare a dare una spiegazione all'analgesia in ipnosi: secondo gli Autori nella corteccia ha sede la neuromatrice, che dovrebbe essere composta da una fitta rete di neuroni, che genera nel corso del tempo autonomamente, in una mappa corticale, una immagine mentale del corpo. Su di essa il cervello proietta i vari segnali che danno forma e consistenza al dolore; questo modello potrebbe spiegare perché la sensazione di dolore sia strettamente e squisitamente individuale e modificabile in ipnosi.

Menzionerò ora alcune tecniche ipnotiche per il controllo dell'ansia e del dolore nel paziente terminale.

## **1) LE TECNICHE DI RILASSAMENTO E IPNOSI PER IL CONTROLLO DELL'ANSIA NEL PAZIENTE TERMINALE.**

Le tecniche di rilassamento mirano ad accrescere le risorse del soggetto, allenandolo a confrontarsi con la situazione critica ed aumentare il suo senso di controllo.

Durante la seduta di rilassamento viene modificata la realtà percettiva con il mondo esterno attraverso lo stato rilassato dell'apparato muscolo scheletrico. In queste condizioni il soggetto vive il rapporto col proprio corpo in modo diverso dall'esperienza quotidiana in funzione della limitata partecipazione dell'io.

Durante l'induzione del rilassamento l'operatore terapeuta, attraverso la tecnica usata, insegna al soggetto uno stato di coscienza modificato, che attraverso una realtà percettiva diversa lo aiuta ad elaborare situazioni di adattamento a stimoli stressogeni.

Una tecnica che propongo, di facile esecuzione e quindi adatta ad accompagnare un paziente sofferente, è una tecnica di derivazione jacobsoniana, *realizzabile attraverso tre fasi:*

### **Tecnica della distensione immaginativa.** (Parietti, Zenoni):

1) **contrazione-distensione**: il soggetto viene addestrato ad apprendere la differenza tra "tensione" (legata all'attività connessa alla contrazione muscolare e "rilassamento" (collegato all'assenza di attività muscolare- al "non fare nulla").

Questa prima fase, di derivazione Jacobsoniana, viene usata quale primo approccio all'esperienza di rilassamento e come allenamento mentale a riconoscere stati di tensione muscolare in vari distretti corporei.

2) **contrazione-distensione immaginata**: il soggetto viene istruito a rappresentare il suo corpo visivamente, senza effettuare alcuna contrazione

muscolare volontaria, degli "esercizi" di contrazione- distensione appresi nella fase precedente.

Lo scopo di questa esperienza è quella di allenare il paziente ad attivare potenzialità e capacità immaginative personali.

3) **visualizzazione**: il soggetto viene istruito ad orientare la mente, dopo il rilassamento del proprio corpo, alla visualizzazione di luoghi o situazioni rilassanti, auto ed etero indotti, sperimentando possibilità immaginative di vario tipo, atte ad aumentare il vissuto individuale di controllabilità dello stimolo stressogeno e ad aumentare la capacità di concentrazione.

## **Tecniche di rilassamento attraverso la visualizzazione in ipnosi.**

Quest'ultima metodica non tratta di immaginazione, considerata nell'uso corrente come sinonimo di fantasticheria, bensì di mondo dell'immagine che è ontologicamente reale quanto quello dei sensi e dell'intelletto. Questo mondo ha una sua propria realtà percettiva (il potere immaginativo) dotata di una funzione cognitiva. Tutto questo favorisce i vari processi di simbolizzazione-interiorizzazione.

L'immagine è espressione sia della situazione inconscia, sia di quella cosciente del momento ed è una unione irriducibile e completa di forma e contenuto. Darò qui di seguito due esempi di come potrebbe essere suggerita al paziente una visualizzazione distensiva e rilassante.

### **Primo suggerimento.**

*A volte è sufficiente per estraniarsi dall'ambiente un po' stressante del momento imparare a chiudere gli occhi anche per uno-due minuti, cercando di visualizzare, con la mente, qualche luogo a noi caro, ove abbiamo vissuto esperienze piacevoli in un clima rilassante.*

*In questo modo, dopo qualche tentativo, a seconda del momento e del grado di stress, si riesce veramente ad ottenere un certo grado di calma, tranquillità, distensione fisica e psichica, che diviene ottima per la ricarica delle energie perdute soprattutto in questo caso psichiche, pur senza allontanarsi dall'ambiente, o dalla situazione, che ci sottopone a stress.*

*Provare per credere!*

*Anche se i primi tentativi possono andare a vuoto, perseverare nell'allenamento che non richiede nessuna fatica, ma solo un certo grado di impegno mentale più che fisico.*

### **Secondo suggerimento. "Il viaggio nel sole".**

*Serve per visualizzazioni mentali, sempre di tipo distensivo e positivo, in questo caso, il sole, portatore di vita.*

*"Cerco sempre, come negli esercizi precedenti, di prendere la posizione più comoda e distensiva, ed anche se ho tempo solamente qualche minuto da dedicare al mio corpo ed al mio spirito.*

*Meglio se chiudo gli occhi e li tengo chiusi, chiudo gli occhi e li tengo chiusi per un certo periodo di tempo, fin che raggiungo una buona distensione tendinea, muscolare e nervosa.*

*Inizio a rilassarmi mentre passa il tempo, mentre passa il tempo, passa il tempo molto lentamente, e mi distendo sempre più e sempre meglio in questo momento che serve solo per me, al di fuori di tutto ciò che mi stressa, che mi stressa ogni giorno, che mi porta disturbo al fisico ed alla psiche.*

*Mi rilasso, mi rilasso, mi rilasso sempre più e sempre meglio, cercando di non pensare a nulla oppure a qualche momento felice della trascorsa stagione estiva.*

*Mi metto nella posizione mentale di andare incontro al sole, in una bella giornata limpida, serena, con temperatura gradevole.*

*Vado incontro al sole che mi riscalda, che mi da energia, che mi risolve il morale, che mi elimina la melanconia, che mi ridona la gioia di vivere, che mi fa bene al corpo ed all'anima, che mi porta pace, serenità, tranquillità e gioia di vivere.*

*Qualche nube bianca si sposta lentamente nel cielo azzurro, azzurro carico, l'azzurro del cielo del mare aperto o dell'alta montagna.*

*Una dolce brezza mi soffia sul viso e mi distende muscoli, nervi e tendini.*

*Comincio ora a sentirmi molto meglio, molto meglio di prima ed assaporo questi momenti di calma, di serenità, di distensione, di pace, di tranquillità.*

*Il sole mi è amico, mi ridona carica, energia, gioia di vivere, buonumore.*

## **2) L'IPNOSI NEL DOLORE CRONICO TERMINALE: LE TECNICHE.**

L'uso di metodi psicologici nel trattamento delle malattie, è antico quanto la storia dell'umanità. L'aspetto psicologico della medicina costituisce l'arte della medicina e trasforma il medico da un'abile tecnico, in una fonte, per l'uomo necessaria, di fiducia, di speranza, di assistenza, ciò che è più importante, di motivazione verso il benessere fisico e mentale.

Non è quindi sorprendente che l'ipnosi debba essere considerata come una misura psicologica nel trattamento delle malattie croniche dolorose (Erickson M.H.: Le nuove vie dell'ipnosi. Ed. Astrolabio).

Si deve tuttavia sottolineare che l'ipnosi può non essere una risposta definitiva e che in talune situazioni deve essere associata, o non può sostituire taluni procedimenti medici. Piuttosto è una delle misure coadiuvanti o sinergiche che possono essere associate ad altri svariati tipi di terapie per meglio far fronte ai bisogni del paziente. Si tratta perciò di un complesso problema che riguarda sia le esigenze del corpo fisico, che i bisogni della personalità.

La medicina moderna deve indagare sulle associazioni tra gli aspetti psicologici e le manifestazioni fisiche delle malattie; l'ipnosi apre le porte di un interesse più approfondito verso come si comporta e reagisce la persona attraverso il proprio corpo proprio corpo.

Oggi quindi le tendenze dell'ipnosi si impernano sulla comprensione scientifica del funzionamento del corpo umano, e delle forze che l'influenzano.

L'ipnosi può venire usata per suscitare gli apprendimenti acquisiti dal corpo umano, ma di cui la persona è ignara (Erickson H.M.). Il dolore e lo stress costituiscono due dei più grandi problemi della medicina, nei loro numerosi aspetti: è necessario analizzarli, sezionarli e studiarli con ogni mezzo a nostra disposizione.

Per il dolore cronico si possono usare molte tecniche ipnotiche a seconda del tipo di paziente e del tipo di dolore cronico, soprattutto della sua durata e della sua consistenza.

Per ottenere risultati migliori, è però anche necessaria una certa collaborazione da parte del paziente in modo da sfruttare appieno tutto ciò che può essere utile per quel determinato caso.

Citiamo quelle meno difficili da utilizzare, ma non per questo meno importanti.

### **Tecnica della interpretazione diversa del sintomo.**

*Indotta una ipnosi lieve o media si allena il paziente sul come interpretare la sensazione di dolore cronico, proveniente da un dato distretto dell'organismo, trasformandola lentamente in una sensazione di tipo diverso, per es. tensione leggera o media, pressione moderata, calore benefico, freddo relativamente anestetizzante, pesantezza, torpore più o meno profondo.*

## **Tecnica del trasferimento del sintomo.**

*Dopo aver indotto analgesia relativamente intensa in un distretto corporeo si cerca, nel corso di varie sedute, di attuare il trasferimento del sintomo, inteso come analgesia, ad un altro distretto, ottenendo così una relativa, a volte anche sensibile diminuzione delle afferenze nocicettive provenienti dal distretto interessato e pertanto una graduale e progressiva riduzione della sofferenza globale.*

## **Tecnica del trasporto del sintomo.**

*Instaurato nel paziente uno stato ipnotico medio o ancora meglio profondo, si sviluppa analgesia piuttosto intensa in una mano, preferibilmente quella più usata.*

*Si fa poi spostare la mano analgesizzata sul distretto corporeo sofferente o dove si intende realizzare l'analgesia in tal modo trasportando il "sintomo analgesia", precedentemente ottenuto.*

*Con ripetute induzioni si ottiene, anche in questo caso, una buona diminuzione della sofferenza, specie se il dolore non è di vecchia data.*

## **Tecnica delle visualizzazioni positive o negative.**

*Sempre con il paziente in stato ipnotico medio o profondo, si inducono visualizzazioni particolari che possano provocare, dopo un certo periodo di tempo, determinati tipi di allucinazioni sensoriali capaci di modificare le informazioni afferenti di tipo nocicettivo in informazioni meno o non dolorose e pertanto più accettabili dal paziente.*

## **Tecnica dell'amnesia ipnotica parziale o totale.**

*Anche per questa tecnica è necessario uno stato ipnotico da medio a profondo. È possibile attuarla in modo migliore con le seguenti due modalità: facendo regredire, con frasi "ad hoc", il paziente allo stato di benessere precedente la malattia oppure facendolo progredire verso un vissuto di benessere successivo alla auspicata guarigione.*

*In tal modo il malato, anche se a volte molto lentamente, cancella il ricordo delle esperienze spiacevoli, legate al dolore, oppure in qualche caso anche l'ansia anticipatoria che sempre si accompagna alle forme algiche di tipo cronico.*

## **Tecnica dell'autotraining.**

*Quando il paziente è bene allenato a praticare gli esercizi inferiori dell'autotraining di Schultz e possibilmente, in casi veramente particolari, è anche orientato verso gli stati meditativi, ottiene, spesso senza alcun aiuto esterno, un buon grado di sopportazione del dolore, per diminuzione progressiva della percezione del dolore a livello corticale.*

## **Tecnica dell'autoipnosi.**

*Dopo aver allenato il paziente ad entrare in ipnosi media , gli si insegna, con induzioni adatte allo scopo, come praticarla da solo, anche a casa, tutte le volte che lo ritenga necessario, intervenendo direttamente sul sintomo dolore. Metodica importante ma non certo facile da realizzare, in modo particolare se il soggetto è affetto da dolori cronici intensi, ad esempio di tipo artroreumatico, nevralgico, oncologico, muscolotensivo.*

### **Tecnica ipnotica per la progressiva diminuzione della lettura della mappa cerebrale o neuromatrice.(Brugnoli A., Istituto Bernheim):**

*Questa tecnica di rilassamento ipnotico è molto efficace nelle sindromi dolorose croniche specie se persistenti e di vecchia data, artropatie croniche degenerative, cefalee recidivanti, dolori da arto fantasma,, dolori cronici post-erpetici, sindromi sciatalgiche recidivanti, artropatie diffuse senza segni di sofferenza organica.*

*Si attua in sedute successive anche piuttosto ravvicinate, con le seguenti modalità: si informa il paziente, se sufficientemente acculturato, della presenza in qualche area corticale del suo cervello, della MAPPA DEL "SUO" DOLORE, che si attiva molto spesso inconsciamente, anche senza informazioni nocicettive provenienti dalla periferia.*

*Si realizza poi un rilassamento muscolare e mentale, con le normali tecniche di routine, cercando di ottenere una progressiva e sensibile riduzione dell'ansia anticipatoria.*

*Dopo qualche tempo si praticano sedute di induzione ipnotica mascherata, secondo modalità altamente personalizzate, insieme con altre forme terapeutiche non farmacologiche: come per esempio l'agopuntura, l'agoreflessoterapia, la manipolazione leggera, la digitopressione moderata, ecc.*

*Si allena il paziente, con tecniche di rilassamento con visualizzazioni guidate, a diminuire progressivamente la lettura della mappa cerebrale, in modo da renderla sempre più sfocata, come svanisse lentamente nella nebbia, fino a farla diventare inattiva per periodi di tempo dapprima brevi, poi sempre più lunghi (Brugnoli A.).*

### **Sviluppo della autocoscienza spirituale in ipnosi.**

*Quando il paziente sia già allenato all'esplorazione dell'inconscio ed al rafforzamento dell'io, si può allargare il campo della coscienza, estenderne la periferia per poter dominare altri contenuti, tipo ansia e dolore, attraverso il metodo del distacco, della obbiettivazione, della non-identificazione(Assagioli R. "Psicosintesi").*

### **Tecnica della distensione fisica e psichica con frasi, immagini e metafore poetiche per l'attivazione dell'inconscio superiore o spirituale**

**(Brugnoli A., Stati di coscienza modificati., II° Ed, Verona, 2002)**

Secondo l'autore è questo un tipo di induzione ipnotica, valida, come gli stati meditativi, per "aiutare l'anima ad elevarsi verso l'infinito", e nello stesso tempo per ricaricarsi di tutte le energie perdute, fisiche, mentali e spirituali.

Compaiono allora, in modo sempre più chiaro ed evidente, diversi tipi di visualizzazioni che tali stati comportano, molto variabili, come è intuibile, soprattutto dipendenti dall'orientamento mentale del soggetto, dal suo credo religioso, dalle sue inclinazioni, in parte anche genetiche, ma in modo particolare dalla sua lenta e continua preparazione all'introspezione, dal suo allenamento a "guardarsi dentro" e dalle sue aspirazioni ad uno stato di benessere spirituale sempre più completo.

Le tecniche di visualizzazioni sono spontanee o guidate attraverso le metafore, le favole, i riti, i miti e tutto quello che ha un suo addentellato con lo spirito, che vive sempre nel più profondo di ognuno di noi. L'arcaico infatti, se analizzato in modo opportuno, è ancora in grado di portarci verso la "conquista dell'anima"(Brugnoli A.).

L'uso della metafora del resto è molto frequente in tutti i mistici e viene applicato per poter descrivere meglio, nei limiti del possibile, tutte quelle esperienze, per le quali, come ben possiamo intuire, manca ancora oggi un linguaggio appropriato.

Negli stadi più avanzati dell'autoipnosi, specie quelli medio- profondi, le esperienze si presentano dunque al di fuori delle realtà di tutti i giorni, in un mondo di sapore attuale ma pur sempre arcaico, futuribile ma anche passato, senza tempo, senza spazio, ove il fluttuare senza peso diventa realtà.

Nel rapporto terapeutico, sempre utile in tutte le terapie, di qualsiasi tipo esse siano, è necessario però parlare sempre di coraggio, costanza, pazienza e perseveranza, attività della mente che vanno messe in atto non solamente da parte del terapeuta.

### **Tecnica ipnotica direttiva mascherata** (Brugnoli A.)

A nostro avviso la tecnica migliore di ipnosi direttiva mascherata si avvale soprattutto di alcune parole chiave, che del resto usiamo in parte già nella cosiddetta "ipnosi neutra", nelle prime fasi dei corsi propedeutici.

Poche parole, direttamente indirizzate al subconscio o anche all'inconscio del soggetto, mentre si pratica quel tipo di terapia fisica, scelta per il caso specifico, di norma agopuntura con agoreflessoterapia.

L'approccio inizia con suggerimenti di.... "calma, tranquillità, distensione muscolare, nervosa e tendinea.... mentre passa il tempo...." Si passa poi lentamente a frasi molto più direttive come: "mentre le pratico la terapia, inizia sicuramente il miglioramento che continuerà anche a casa fino al nostro prossimo incontro, anche il cervello si rende conto di questo e mette in pratica quanto le sto dicendo,..... molto bene....mentre pungo con gli aghi o premo con le dita, i vari gruppi muscolari si distendono progressivamente ed il dolore lentamente diminuisce....

Sente come la contrazione diminuisce lentamente ma progressivamente...molto bene....Ora la distensione muscolare, nervosa e tendinea, insieme con la

calma, la tranquillità e la distensione portano anche la serenità e la distensione della mente, che si sgombra, anche se molto lentamente...mentre passa il tempo... da pensieri inutili o dannosi... da pensieri che portano solamente ansia, irritabilità, nervosismo e contrazioni muscolari, nervose e tendinee... Molto bene... Distensione...calma...tranquillità...mentre passa il tempo...

Distensione...calma...tranquillità...Mentre passa il tempo tutto diventa più facile e più semplice...Molto bene...Mentre passa il tempo...con questo tipo particolare di terapia lei si sente già in una fase di lento miglioramento...ed il miglioramento continuerà anche a casa, giorno dopo giorno, fino a quando ci rivedremo la prossima volta, per continuare a preparare i muscoli, i nervi ed i tendini ad un lento successivo miglioramento...mentre passa il tempo...Molto bene...Per oggi va bene così...non c'è bisogno di fare altro...Il cervello sta imparando come comportarsi....."

I puntini di sospensione danno l'idea delle pause da osservare frequentemente, per dare modo al soggetto di seguire meglio.

Il tutto per un periodo massimo di dieci-quindici minuti. Abbiamo notato infatti che essi sono più che sufficienti per ottenere un certo risultato terapeutico, in modo particolare negli anziani debilitati. Essi infatti sono poco propensi a seguire i suggerimenti di tipo direttivo per un tempo superiore, dato che l'attenzione e la concentrazione si presentano spesso purtroppo piuttosto scadenti.

Come si nota sono sufficienti poche parole o poche frasi, indirizzate proprio alla mente ed al cervello del soggetto, oltre naturalmente ai suoi fasci muscolari, tendinei e nervosi, il quale, quasi sempre inconsciamente, si lascia catturare l'attenzione e mette in pratica, sia pure con l'andar del tempo, a livello fisico e mentale, quanto si dice.

Con questo particolare tipo di terapia è molto più facile distrarre l'attenzione del paziente dai suoi problemi ed attirarla invece sulle parole pronunciate, entrando meglio nel suo io profondo.

## **CONCLUSIONI**

Davanti a certe sofferenze fisiche e psichiche, che nessuna terapia riesce a lenire completamente, o alla inesorabilità di alcune malattie delle quali rimangono ancora sconosciute le cause, l'uomo riconosce la propria fragilità e la propria incapacità a capire e a trovare un rimedio efficace.

In questo caso il medico oltre che a curare il corpo e la mente, deve anche saper lenire le sofferenze dello spirito del malato. Non esiste in questo caso una terapia farmacologica adeguata di supporto.

La malattia grave e terminale fa sperimentare, non solo al malato e ai suoi familiari, ma anche al medico, con una intensità inesprimibile il dramma della rottura, dell'impotenza, e spesso della lontananza e della incomunicabilità.

Il dialogo con la persona sofferente può avere una forza effusiva, cioè spingere il malato ad espandere il proprio spirito in un desiderio di incontro con gli altri e quindi di consolazione.

Dialogare significa stabilire un rapporto con l'altra persona per conoscerla, comprenderla e poterla aiutare. La ricerca di dialogo tende a superare i limiti della solitudine e dell'individualismo nella malattia. Per fare un dialogo vero non basta parlare, occorre mettersi in ascolto dell'altro e che il medico sia convinto di poter essere interiormente arricchito dall'altro e quindi aperto ad accoglierlo spiritualmente. Questa ricerca personale nasce dalla constatazione che spesso nel rapporto medico-paziente nonostante la frequenza delle relazioni e l'abuso della parola, ci si arresta ad un livello comunicativo di estrema superficialità, che nel caso del paziente terminale non porta quest'ultimo a nessun beneficio. Dialogare insieme in questo caso è dunque un incontrarsi in profondità per aiutarsi a crescere umanamente e spiritualmente. Il medico dovrebbe quindi rinunciare a quelle forme e a quei mezzi che lo metterebbero in posizione di prestigio e di superiorità; sa quindi essere paziente di fronte alle difficoltà che via via si presentano nel rapporto con il malato, e sa incontrarsi fraternamente sullo stesso piano di colui che soffre. Basandosi sulla sincerità, sulla semplicità e sull'umiltà vera, il medico attraverso il dialogo con il paziente, non può che produrre un frutto di serenità e pace interiore per il malato e per se stesso. Il medico può arrivare a questo cammino attraverso la visione spirituale della vita, per mezzo di un percorso di sviluppo di una autocoscienza spirituale, data dalla osservazione attenta, disinteressata e rispettosa di tutta la vita in noi e negli altri.

Dott.ssa M Paola Brugnoli, Medico Chirurgo  
Specializzazione in Anestesia e Rianimazione  
Perfezionamento in Terapia del Dolore e Cure Palliative  
Perfezionamento in Anestesia Pediatrica

Email: [paola.brugnoli@libero.it](mailto:paola.brugnoli@libero.it)

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Antonelli F., Elementi di Psicomatica. Ed. Rizzoli,1970.
2. Assagioli R., Psicointesi. Ed. Mediterranee, Roma.
3. Benedetti G., Neuropsicologia. Ed.Feltrinelli,1969.
4. Biggio G.et.al., GABAergic transmission and anxiety. Raven Press,New York,1986.
5. Biondi M., I 4 canali del rapporto mente-corpo: dalla psicofisiologia dell'emozione alla psicomatica scientifica. Med. Psic. 1984,29,421-456.
6. Biondi M., Psicobiologia e terapia dell'ansia nella pratica medica. Ed. Wyeth,1988.
7. Biondi M., Pancheri P., Psicobiologia del sistema neurovegetativo. In Trattato di Medicina Psicomatica,USES, 1984.
8. Bonica J.J., Il Dolore. Ed. Vallardi
9. Brugnoli A., Stati di coscienza modificati. Istituto Italiano di Ipnosi Clinica e Psicoterapia "H. Bernheim", 2000.

10. Brugnoli A. Stati di coscienza modificati. II° Ed.. 2002. pp. 581 + Cd Rom di 400 pp. di bibliografia.
11. Brugnoli M.P., Neurofisiologia di realtà percepita e realtà rappresentata: quale relazione tra "working memory" e visualizzazione mentale in ipnosi. *Acta Hypnologica*,5,N°3,21-22, 2001.
12. Capper S.J, Peptides in body fluids in pain. In Emson P.C., Rossor N., Tohyama M., Eds., *Progress in Brain Research*, 66, 1986, 317-330.
13. Chalmers G.L., Curare il paziente anziano. Ed.Liviana.
14. De Zazzo J., Tully T., Dissection of memory formation. From behavioural pharmacology to molecular genetics. *Trends to Neuroscience*,18,212-218, 1995.
15. Erickson M.H., Le nuove vie dell'ipnosi. Ed. Astrolabi,1 978.
16. Erickson M.H., La mia voce ti accompagnerà. Ed. Astrolabio, 1978.
17. Freeman W.J., La fisiologia della percezione. *Le Scienze*,101,32-39, 2000.
18. Freud S., Opere. Vol.2, Boringhieri, Torino.
19. Fuster J.M., Reti di memoria. *Le Scienze*,101,66-75, 2000.
20. Guantieri G., L'ipnosi. Ed. Rizzoli, 1973.
21. Guantieri G., Il Linguaggio del corpo in Ipnosi. Ed. Il Segno, 1985.
22. Guidano V. et.al., Cognitive processes and emotional disorders. Guilford Press,New York, 1983.
23. Hall M.R.P. , L'assistenza medica nell'anziano. Ed.Attualità Scientifiche Formenti, 1984.
24. The Brain, ed. by Ito M., Kodansha Scientific, Tokyo (1979) Vol. II pp. 255-256.
25. Jung C.G. Opere. Vol.11, Boringhieri,Torino.
26. Koizumi K., Collin R., Kaufman A., Brooks C., Contribution of unmyelinated afferent excitation to sympathetic reflexes. *Brin Res.*, 182, 85, 1970.
27. Koizumi K., Sato A., Terui N., Role of somatic afferents in autonomic system control of the intestinal motility. *Brain Res.* (1980) 182, 85-97.
28. Kosslyn S.M., Le immagini della mente. Giunti, 1999.
29. Livingstone W.K., Pain mechanism. Macmillan, New York, 1943.
30. Long D. M., Campbell J., Freeman T., Failure of naloxone to affect chronic pain on stimulation induced pain relief in man. *Pain (suppl.)*, 1, 111, 1981.
31. Lopez J.J., Masked depression. *Br.J.Psychiat.*, 124, 1972, 35-40.
32. Melzack R., Loeser, La neuromatrice. *Lancet*, 1999.
33. Melzack R., Wall P.D. Ty T.C., Pain,14,33, 1982.

34. Pagni C.A., Central Pain and Painful Anaesthesia. Prog.Neurol.Surg., 8,132, Karger, Base 1977.
35. Pagni C.A., Advances in Pain Research and therapy. Bonica J.J., Ventafridda V., Raven Press New York, 1979.
36. Paykel E.S., Norton K.R.W., Diagnoses not be missed: masked depression., Br.J.Hosp.Med., 1982, 151-157
37. Wall P.D., Advances in Pain Research and Therapy. Bonica J.J. Raven Press, New York, 1979.