

rivista di neuroscienze
psicologia e scienze cognitive



<https://genistein.files.wordpress.com/2009/03/brain.jpg>

CONFRONTO TRA IPNOSI E UNA TECNICA DI MEDITAZIONE NELLA TERAPIA DEL DOLORE CRONICO OSTEOARTICOLARE: UNO STUDIO PILOTA*

Mahony A.

Presidente Società Italiana Tecniche di Meditazione (SITEM).

*Ricerca svolta con fondi del finanziamento MIUR per il “Progetto Giovani Ricercatori” dal titolo “L’utilizzo di due tecniche a mediazione corporea nella terapia di pazienti con sindromi dolorose croniche” del 05/02 presso la Cattedra di Psicologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia.

Keywords: dolore cronico, meditazione, meditazione analogica, ipnosi (chronic pain, meditation, analogical meditation, hypnosis)

Background

A fronte della sofferenza umana e del grave problema del dolore cronico, gli psicologi non possono esimersi dal partecipare alla ricerca e dal cercare di apportare nuove conoscenze e contributi. Sappiamo oggi ancora poco di come la mente umana percepisce, o meglio, costruisce, l’esperienza soggettiva del dolore (Raij et al, 2005).

Le terapie a mediazione corporea possono essere di grande aiuto nella gestione del paziente con tale patologia, con i vantaggi di un facile apprendimento ed applicabilità da una parte anche in vista di una riduzione della terapia farmacologia spesso inefficiente e costosa, con notevoli effetti collaterali e responsabile di assuefazioni.

L’ipnosi è considerato un buon metodo per il controllo e la gestione del dolore acuto e cronico, e la sua validità è ben documentata: il controllo del dolore è superiore a quello ottenuto con la distrazione, il condizionamento operante o la terapia cognitivo-comportamentale (Hilgard e Hilgard, 1983). Non si conoscerebbero ancora esattamente i meccanismi psicofisiologici che possano spiegarne il funzionamento; è però accertato che l’analgesia ipnotica non è endorfino-dipendente (Barber e Mayer, 1977), e sappiamo comunque che essa permette ai pazienti di agire su funzioni fisiologiche normalmente involontarie (Barber e Adrian, 1982), che rivestirebbero un ruolo molto importante nel dolore.

Un altro metodo eccellente è dato dalle tecniche di meditazione. Le prime notizie su di esse risalgono a 7000-8000 anni fa. Esse sono state usate per millenni come terapia olistica e medicina in moltissime patologie, recando conforto nei secoli a quelle popolazioni che null’altro avevano se non il loro stesso corpo per curarsi, non avendo spesso sviluppato tecniche mediche e chirurgiche adeguate. La loro unica possibilità era sviluppare un metodo basato sull’autoguarigione; e le nostre

tecnologie moderne – dopo avere solo da pochi anni riscoperto queste tecniche- sembrano spesso dare ragione a chi sostiene la loro validità.

Le tecniche di meditazione sono veramente decine, a dir poco, ma complessivamente tutte producono effetti psicologici e psicofisiologici che sono stati accuratamente studiati e confermati: da diverso tempo si sa che ad esempio provocano una risposta di rilassamento dovuta ad un riequilibrio del sistema parasimpatico rispetto al simpatico, una diminuzione dei livelli di adrenalina e noradrenalina, un aumento dei livelli di serotonina e di dopamina, una sincronizzazione degli emisferi cerebrali con aumento di onde alfa e theta prevalentemente nell'area frontale (Benson, Wallace, 1972).

Intenti

Abbiamo qui voluto confrontare queste due tecniche nella terapia di pazienti con dolore cronico osteoarticolare, un tipo di dolore che presto o tardi colpisce la maggioranza delle persone, molto spesso dovuto agli accidenti dell'età con malattie quali artrite e artrosi, ma anche individui giovani con una grande varietà di malattie come ad esempio ernia del disco o dolori dovuti a fibromialgia o a cause ritenute sconosciute.

L'efficacia delle mind-body therapies nel trattamento del dolore reumatologico è stata variamente documentata, con buoni risultati (Lorig et al, 1984; Lorig et al, 1993; Superio-Cabuslay et al, 1996; Astin et al, 2002; 2003; Astin, 2004).

Ho scelto di confrontare gli effetti dell'ipnosi diretta con quelli di una particolare forma di meditazione, la "Analogical Meditation" (*meditazione analogica*), codificata dal sottoscritto in seguito ad anni di studi e di ricerche, basata su una elaborazione personale di ogni soggetto dell'esperienza e del vissuto del dolore del paziente, sia su base fisiologica che cognitiva.

La scelta è caduta su tale tecnica rispetto ad altre per un motivo fondamentale. Ne avrei potuto utilizzare tantissime (tra le favorite c'era la meditazione zen, per la semplicità dell'insegnamento e la facilità nella pratica) ma mi sarei trovato davanti al problema non indifferente degli effetti generalizzati di tali tecniche. La meditazione zen ad esempio appunto è ottima (come anche altre), ma induce modificazioni stabili di alcuni tratti di personalità, quindi ci saremmo trovati davanti ad un grosso problema: se avessimo cioè agito su una modificazione su di essi ci saremmo trovati davanti allo spinoso problema del rapporto tra dolore e personalità, e non avremmo saputo se attribuire eventuali variazioni della qualità e dell'intensità dolorifica ad un diretto effetto della tecnica o al fatto che i soggetti modificassero la percezione del dolore in base ad un loro nuovo atteggiamento nei suoi confronti (Williams et al, 1976; Takahashi et al., 2005).

A conti fatti, quindi, ipnosi e “meditazione analogica” (“Analogical Meditation”) nel nostro caso sono adeguatamente confrontabili per il fatto che si voleva agire intenzionalmente ed esplicitamente sul sintomo, e non su altro (ad esempio, non si ha indotto nei pazienti una risposta di rilassamento generalizzata, che avrebbe potuto rendere confusione nel trattamento dei dati), tramite appunto l’ascolto del proprio dolore unito ad una forte componente ideoplasica.

Soggetti e procedura

I soggetti reclutati sono stati 20, tutti volontari, nel periodo primavera-estate del 2005, scelti presso cliniche ed ospedali dell’Italia del Nord, tutti in terapia farmacologica. Hanno accettato di partecipare alla ricerca 5 maschi e 15 femmine di età compresa tra i 27 e i 79 anni ($M = 60.35$, $DS = 16.57$), con dolori riferiti da un periodo di 12 mesi a 38 anni ($M = 12$ anni, $DS = 12$ anni).

Nel rispetto dei pazienti, spesso appunto anziani o con possibili difficoltà cognitive che avrebbero potuto rendere difficile o controproducente l’applicazione di una delle due tecniche, e la randomizzazione quindi dei soggetti, si è scelto di descrivere loro prima le finalità dell’esperimento, il significato delle tecniche, e l’impegno richiesto, in modo da permettere di scegliere la tecnica che ritenevano migliore per loro in termini di costi temporali o possibilità. Entrambe le tecniche richiedevano almeno 22 giorni di tempo. Per l’ipnosi bisognava avere un incontro ogni 5 - 7 giorni, sabato e domenica inclusi, per 4 sedute. Ai soggetti che avevano scelto l’opzione “ipnosi” venivano anche date suggestioni postipnotiche per prolungare il più possibile la sensazione contrastante il dolore.

Per la meditazione, ai soggetti era richiesto di meditare tutti i giorni per almeno 5-10 minuti, cosa comunque abbastanza impegnativa. Ricordiamo che il mettersi in contatto con il proprio dolore non è facile come sembra; generalmente invece si tende ad esorcizzarlo.

10 soggetti hanno scelto l’ipnosi, 10 soggetti hanno scelto di meditare. Dei primi, 3 hanno abbandonato l’esperimento perché non potevano rispettare gli appuntamenti o perché avevano modificato la loro terapia (ad esempio avevano inserito una attività fisica o cambiato farmaci, fattori che quindi andavano ad inficiare l’interpretazione dei risultati), mentre 1 soggetto ha abbandonato la meditazione perché trovava il compito troppo noioso. Sono rimasti quindi 16 soggetti, 7 pazienti che hanno seguito la strada dell’ipnosi (tutte di sesso femminile) e 9 la meditazione (6 femmine e 3 maschi). Questi ultimi, tenendo un diario per poi raccontare la loro esperienza, hanno eseguito il compito per una percentuale dell’85 %, percentuale ritenuta più che accettabile visto l’impegno e la non semplicità del compito.

Ai pazienti sono stati somministrati all'inizio e alla fine della ricerca un questionario anamnestico, il QUID (*Questionario Italiano del Dolore*) - o *IPQ (Italian Pain Questionnaire)*-, e l' A.C.L (*Adjective Check List*).

Il QUID deriva dal *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) di Melzack (1975), ed è stato ideato per pazienti ad espressione linguistica italiana nel rispetto del più stretto parallelismo strutturale con l'originale. Esso misura il dolore secondo quattro classi: una classe sensoriale (PRIr-S), una scala affettiva (PRIr-A), una scala valutativa (PRIr-E) ed una scala mista (PRIr-M), oltre ad una loro globalità (PRIr-T, la somma di tutte le classi), il numero totale degli aggettivi scelti (*Number of Words Chosen*) e l'intensità del dolore presente (PPI).

Scelte iniziali

La raccolta e l'analisi dei dati iniziali ci ha indirizzato a ricercare motivazioni che avrebbero potuto rendere conto della scelta di una tecnica piuttosto che dell'altra. Abbiamo indagato le possibili motivazioni che potrebbero avere determinato l'orientamento per una tecnica piuttosto che un'altra.

I due gruppi sembrano essere stati omogenei. L'età non è risultata significativa nel rendere conto della scelta della tecnica, così come altre ipotetiche variabili fisiche (peso, altezza). La durata della malattia non avrebbe influito sulla scelta.

Non abbiamo potuto stabilire differenze per ciò che concerne il sesso. Possiamo solo notare che si sono presentate per la ricerca un numero 3 volte maggiore di donne rispetto agli uomini (per disponibilità? per la diversità di percentuale di diffusione e di percezione del dolore o di ricerca di aiuto tra i maschi e le femmine?).

Alla somministrazione iniziale i due gruppi si sono rivelati differenti per quanto riguarda invece i seguenti parametri: intensità del dolore provato ($F_{1,18} = 7.5155$, $p = 0.0134$, PPIr-E, $F_{1,18} = 4.6498$, $p = 0.0448$) come rilevati dal QUID, e per le scale Cha (Bisogno di cambiamento – $F_{1,18} = 8.7920$, $p = 0.0083$), Def (Bisogno di mostrarsi deferente – $F_{1,18} = 5.0801$, $p = 0.0369$) e S-Cn (Autocontrollo – $F_{1,18} = 5.2571$, $p = 0.0341$) del Questionario ACL.

I risultati sono mostrati in Tab. 1 e nei Grafici 1 e 2.

SCALE	IPNOSI ($n=10$)	MEDITAZIONE ($n=10$)	
PPI	M = 2.30 DS = 0.82	M = 3.20 DS = 0.63	$p < 0.05$
PRIr-E	M = 8.60 DS = 7.10	M = 14.60 DS = 5.19	$p < 0.05$
Cha	M = 47.20 DS = 9.17	M = 36.40 DS = 6.96	$p < 0.01$
Def	M = 58.50 DS = 4.83	M = 65.80 DS = 9.02	$p < 0.05$
S-Cn	M = 52.10 DS = 7.75	M = 58.80 DS = 5.02	$p < 0.05$

Tabella 1: Differenze significative tra la scelta “gruppo ipnosi” vs. “gruppo meditazione”.

Grafico 1

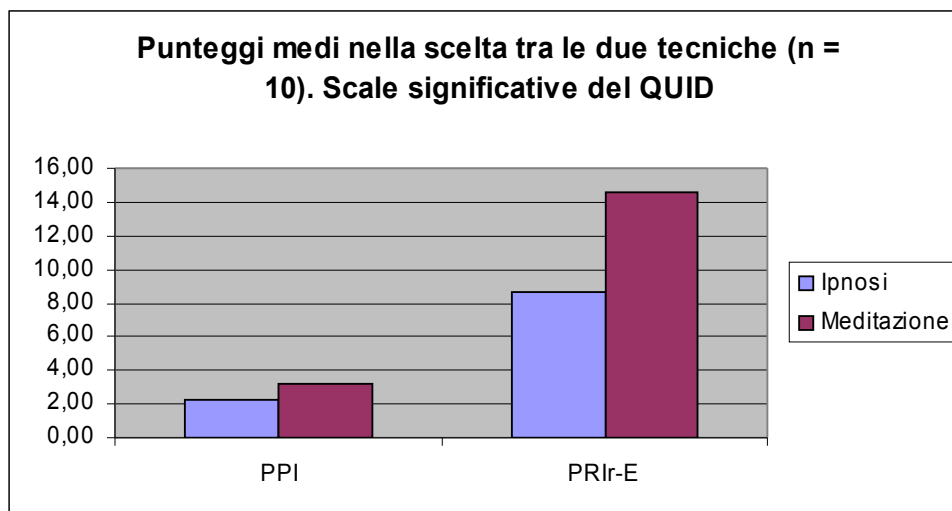
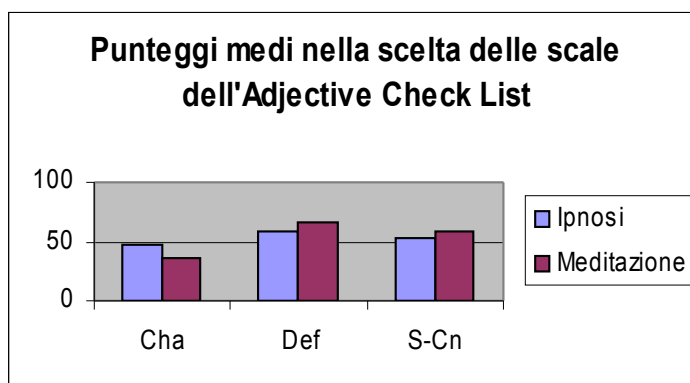


Grafico 2



Abbiamo dunque alcuni dati che ci possono suggerire alcune motivazioni per la preferenza di una tecnica piuttosto che l'altra.

La scala PPI (*Present Pain Intensity*) è indicatrice dell'intensità soggettiva del dolore in una scala da 1 a 5. Dai risultati possiamo dire che abbiamo trovato una differenza statisticamente significativa in questo item tra coloro che hanno scelto l'ipnosi e la meditazione: i primi avrebbero dato un punteggio inferiore rispetto ai secondi. Sarebbe come dire appunto che l'ipnosi sarebbe stata scelta dai soggetti con un dolore cronico di intensità minore rispetto a coloro i quali hanno scelto la meditazione.

Altro dato relativo al dolore è quello fornito dalla sottoscala PRIr-E (una sottoscala del *PRIr – Pain Rating Index rank*), che rappresenta la classe valutativa del dolore. L'ipnosi sarebbe stata quindi

preferita da coloro che esperivano una minore interferenza sull'attività quotidiana e minori fastidi e preoccupazioni dovuti al dolore esperito (quindi una minore sopportabilità rispetto ai pazienti che hanno scelto di provare la meditazione).

Le spiegazioni che possiamo al momento ipotizzare è che i soggetti con un dolore dell'intensità dichiarata (il valore medio di 2.30 ottenuto nella scala corrisponde ad un dolore "medio") abbiano giudicato inutile un lavoro personale giornaliero più impegnativo e costante per la durata richiesta, e potrebbero avere ritenuto che per loro sarebbe stato sufficiente una terapia con lo psicologo curante solo per le volte richieste. A conferma di ciò anche il fatto che questo dolore non comportasse per loro particolari fastidi e/o impedimenti.

I soggetti con un valore medio di 3.20 (corrispondente ad un dolore "forte") probabilmente hanno invece optato per una terapia più continua, maggiormente spinti dal bisogno e dal desiderio di poter controllare l'intensità di un dolore particolarmente forte e fastidioso (come appunto evinto dai risultati delle scale PPI e PRIr-E).

Altri risultati emergono dall'analisi delle scale dell'ACL, indici invece di determinate caratteristiche di personalità.

I soggetti che hanno scelto la meditazione hanno dato valori maggiori rispetto quelli che hanno preferito l'ipnosi nella scala *Cha* (*Bisogno di cambiamento*) dell'ACL. I valori più alti sono stati dati dagli individui con una percezione sensibile del mondo e dell'ambiente in cui vivono, aperti, e che cercano e trovano piacere in situazioni nuove e nei cambiamenti. L'ipnosi sembra essere un fenomeno sufficientemente conosciuto ai più, vuoi anche per le sue talvolta divertenti rappresentazioni date di mass media. Possiamo ipotizzare che forse la direzione verso questa tecnica è dovuta proprio alla caratteristica di queste persone di volere sperimentare questa novità (la definizione del manuale è proprio "*ricercare nuove esperienze ed evitare la solita routine*" - Gough et al., 1992, pag. 44) magari spesso vista e che spesso incuriosisce.

I risultati alla scala *Def* (*Bisogno di mostrarsi deferente*) danno una preferenza per la meditazione da parte di quei soggetti con maggiori punteggi, e cioè i pazienti più coscienti, con un proprio grado di autostima, che preferiscono l'"anonimità" ed un lavoro personale rispetto ad un confronto con altri. La meditazione implica appunto un lavoro in solitudine e riservatezza, con i propri ritmi e modalità, mentre invece la peculiarità dell'ipnosi è proprio quella di instaurare una relazione interpersonale, nel quale gli ipnotizzati possono anche sentirsi in una posizione *down* rispetto all'ipnotizzatore *up*.

L'ultima scala da noi esaminata, la *S-Cn* (*Autocontrollo*) ci indicherebbe che i soggetti che hanno scelto la meditazione sono individui molto diligenti e rispettosi dei doveri in misura maggiore di coloro che hanno scelto l'altra tecnica, quindi più portati all'impegno, alla costanza, e

all'ottenimento degli scopi prefissi. Una maggiore capacità e desiderio, probabilmente, di portare avanti una decisione presa o un progetto avviato.

Possiamo forse correlare questo nostro risultato con una ricerca di Rippentrop et al. (2005): possiamo notare che questi autori hanno riscontrato una maggiore tendenza ad attività quotidiane come la preghiera o la meditazione in soggetti con dolore cronico elevato rispetto a pazienti con intensità di dolore minore, sentendosi i primi spesso sfortunati, o abbandonati da Dio o arrabbiati con la medicina o i medici perché non in grado di curarli. Nel nostro studio non abbiamo parlato né intendevamo utilizzare una tecnica di meditazione con influenze mistico-religiose (tutt'altro!); possiamo però accomunare i due risultati in termini di bisogno del paziente affetto da dolore cronico elevato di avere uno o più punti di riferimento fissi; la meditazione, ad esempio, è un appuntamento quotidiano con sé stessi, un modo di prendersi cura di sé stessi che spesso provoca sollievo (e scientificamente evidenziato, a dispetto dell'idea di molti medici e psicologi che “non ci credono” e che dovrebbero invece aggiornarsi...).

Soggetti che hanno scelto l'ipnosi

La pratica dell'ipnosi ha portato alla variazione di uno solo degli aspetti da noi considerati per quanto riguarda il QUID: la classe affettiva ($F(1, 12) = 4.840, p = 0.048$) (Ved. Tab. 2 e Grafico 3).

	Prima dell'ipnosi <i>(n = 7)</i>	Dopo l'ipnosi <i>(n = 7)</i>	
Classe Affettiva (PRIr-A)	M = 7.29 DS = 4.34	M = 3.29 DS = 2.06	p < 0.05

Tabella 2: risultati dei punteggi della Classe Affettiva del QUID prima e dopo le sedute ipnotiche.

Anche la somministrazione del questionario ACL dopo le sedute ipnotiche ha evidenziato un solo cambiamento: un aumento significativo nei punteggi della scala NP (Nurturing Parent): $F_{1,12} = 6.086, p = 0.030$ (ved. Tab.3 e Grafico 4).

SCALA	Prima dell'ipnosi (n=7)	Dopo l'ipnosi (n = 7)	
NP (Nurturing Parent)	M= 54.29 DS= 4.99	M = 61.71 DS= 6.22	P <0.05

Tabella 3: risultati dei punteggi relativi alla scala NP (Genitore Protettivo) dell'Adjective Check List prima e dopo le sedute ipnotiche.

Grafico 3

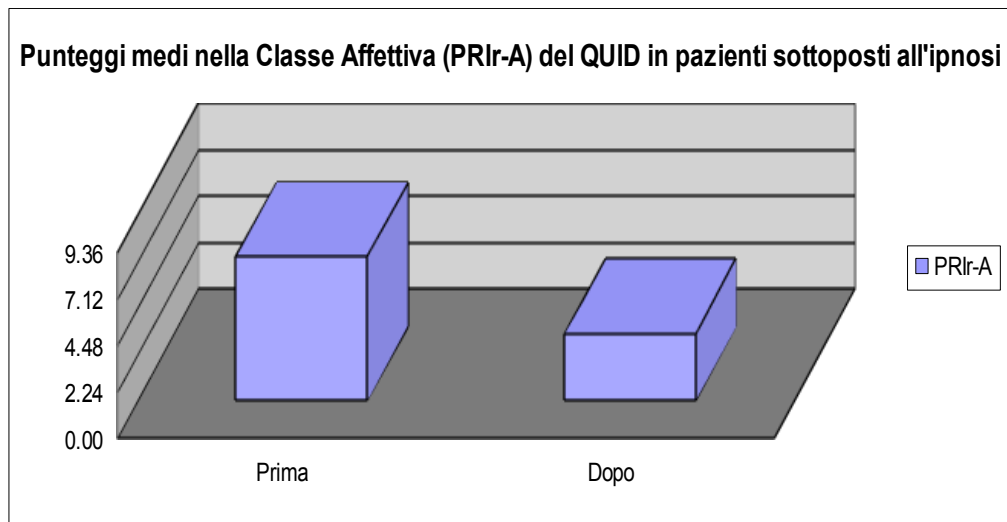
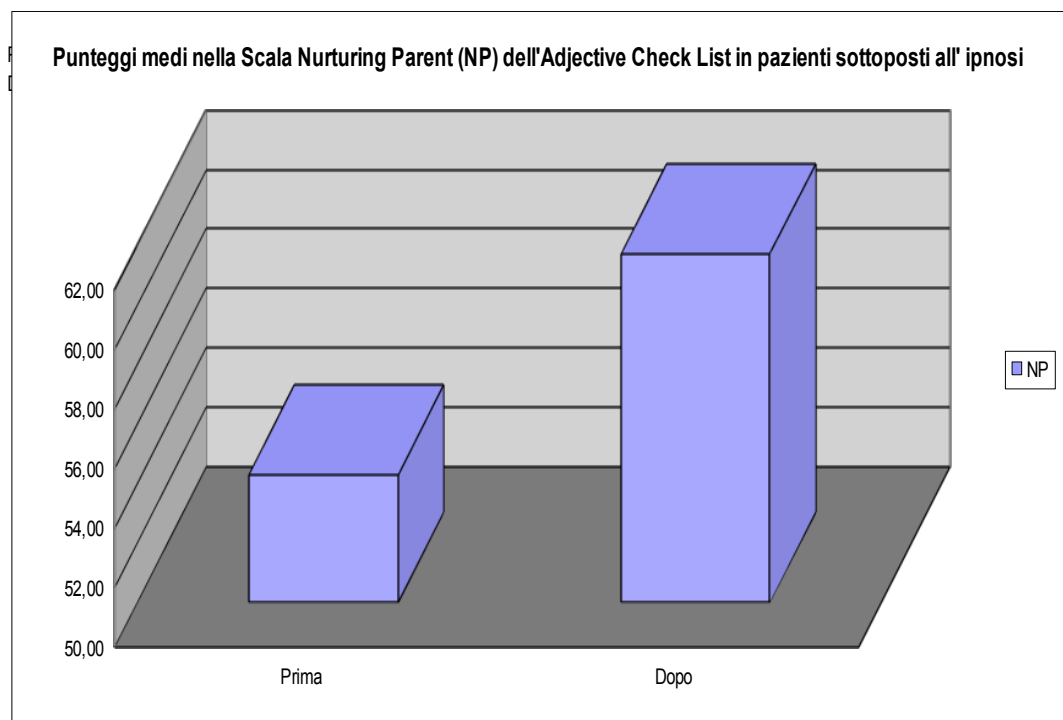


Grafico 4



Questo risultato riflette pienamente la definizione dell'ipnosi come stato di relazione passante per il corpo. Aumenta significativamente il punteggio relativo al Genitore Protettivo. In base al significato della scala, questo va letto nel rapporto che si instaura spesso tra ipnotizzatore e ipnotizzato. Aumenterebbe il sentimento di cortesia e di rispetto del paziente nei confronti dello specialista, e con esso la volontà di collaborare attivamente con lui. Per il malato, almeno nella nostra ricerca, è stato molto importante l'essere aiutato, avere avuto qualcuno che si prendeva cura di lui, al quale poter comunicare e spiegare il proprio dolore, vivendo appunto l'ipnotizzatore come qualcuno che con passione si è preso cura di lui, a dispetto spesso della categoria medica che non avrebbe saputo fornire loro un valido aiuto alla loro sofferenza durata anche anni.

Soggetti che hanno scelto la meditazione.

Le tecniche di meditazione sono numerosissime. La tecnica scelta ed applicata dai soggetti è stata codificata appositamente si diceva in base all'esperienza del primo autore di questo articolo. Essa ha permesso in anni di esperienza di trattare diverse problematiche permettendo al paziente di elaborare, di imparare ad elaborare il proprio vissuto dolorifico in maniera assolutamente soggettiva e personale, adattata alla singola persona, al di là di ogni schema interpretativo punto di forza ma spesso limite di molte teorie psico(pato)logiche. La tecnica è stata usata con successo anche in pazienti che dovevano sostenere piccoli interventi (ma quanto mai dolorosi!!!) come ad esempio interventi odontoiatrici senza anestesia) o per esami particolarmente dolorosi o invasivi permettendo di eliminare anche qui il supporto farmacologico-ansiolitico (ad esempio in gastroscopie).

“Meditazione analogica” significa ricodificare il proprio dolore, malattia o disagio in base ad un proprio codice, cioè trasformandolo in un “come se” fosse qualcos'altro. Ecco quindi che l'artrite alla mano diventa un ragno che la pizzica, un dolore alla base della colonna vertebrale diventa un “come quando mio padre mi bastonava”... Il cervello impara quindi a interpretare il dolore o la malattia in modo diverso, e a reagire in modo diverso.

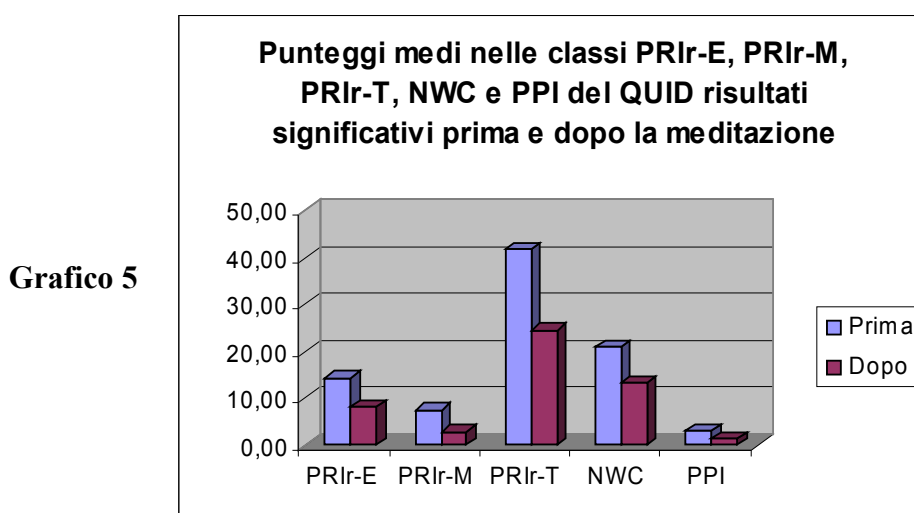
Dopo averli trasformati in stato di rilassamento, il compito è quindi quello di meditare sulle possibili soluzioni non più logiche ma analogiche sui “nuovi” vissuti prodotti. La tecnica può ricordare quella dei Simonton, che facevano rappresentare ad esempio ai propri pazienti il proprio sistema immunitario come cavalieri bianchi contro le cellule cancerogene viste come dei cavalieri neri (con interessantissimi risultati sulla sopravvivenza effettiva dei malati), ma qui è il paziente stesso che dà una immagine (o altre rappresentazioni basate sugli altri sensi, in quanto non per tutti è facile visualizzare) e cerca una propria soluzione al “problema”.

Non è assolutamente facile da applicare e si rischia di fare danni o di peggiorare il vissuto doloroso o la malattia stessa del paziente se non si hanno ottime conoscenze sia del funzionamento della mente umana che delle tecniche di meditazione e dei loro significati nello specifico.

Per quanto riguarda il QUID abbiamo quindi riscontrato differenze significative nelle classi Valutativa ($F_{1,16} = 6.750, p = 0.019$), Mista ($F_{1,16} = 5.313, p = 0.035$), globalità ($F_{1,16} = 7.928, p = 0.12$), numero totale degli aggettivi scelti ($F_{1,16} = 9.129, p = 0.008$) e intensità del dolore ($F_{1,16} = 25.600, p = 0.000$). (Ved. Tab. 4 e Grafico 5).

SCALE DEL QUID	Prima della tecnica (n = 9)	Dopo la tecnica (n = 9)	
Classe Valutativa (PRIr-E)	M = 14.33 DS = 5.43	M = 8.33 DS = 4.30	p < 0.05
Classe Mista (PRIr-M)	M = 7.56 DS = 4.47	M = 2.89 DS = 4.10	p < 0.05
Globalità (PRIr-T)	M = 41.78 DS = 12.16	M = 24.59 DS = 13.74	p < 0.05
Numero degli aggettivi scelti (NWC)	M = 20.89 DS = 4.88	M = 13.44 DS = 5.59	p < 0.01
Intensità del dolore presente (PPI)	M = 3.11 DS = 0.60	M = 1.33 DS = 0.86	p < 0.001

Tab. 4: risultati dei punteggi del QUID relativi alle classi Valutativa, Mista, Globale, Numero Aggettivi Scelti e Intensità del dolore presente prima e dopo la meditazione.

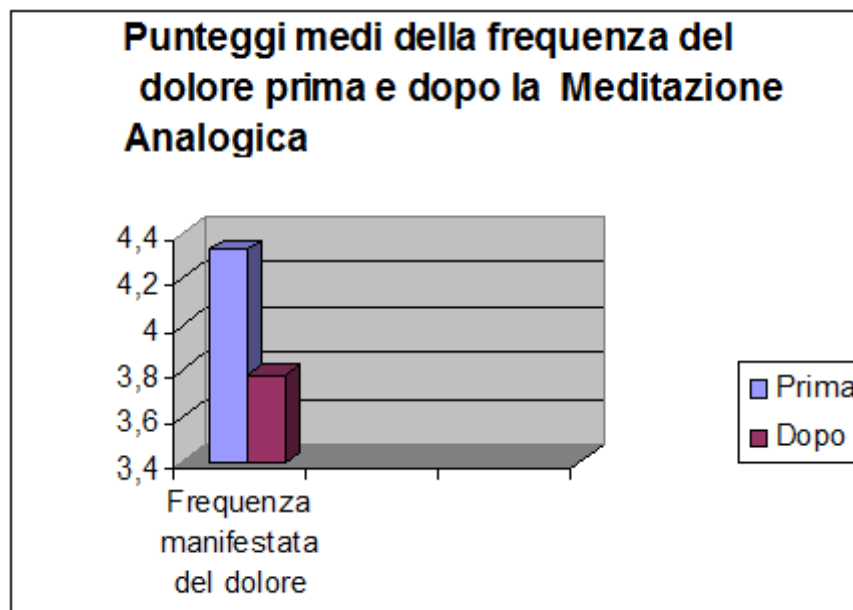


Abbiamo anche riscontrato una differenza significativa nella frequenza del dolore manifestato su una scala a 6 punti tratta dal Questionario Anamnestico del CBA versione Sport (1= quasi mai – 6 = sempre) ($F_{1,16} = 10.889$, $p = 0.15$), risultato non ottenuto con l'ipnosi. (Ved. Tab 5 e Grafico 6).

FREQUENZA DEL DOLORE	Prima della tecnica (n= 9)	Dopo la tecnica (n = 9)	
Scala del C.B.A. - Versione Sport	M = 4.33 DS = 1.00	M = 2.78 DS = 1.49	p < 0.05

Tab. 5: risultati dei punteggi relativi alla frequenza del dolore provato prima e dopo la meditazione.

Grafico 6



Per quanto riguarda i soggetti che hanno fatto la meditazione analogica, non abbiamo rilevato cambiamenti statisticamente significativi nei punteggi delle scale dell'ACL tra il prima e dopo la pratica; ciò a dimostrazione che abbiamo agito solo sul dolore e non sulla sua percezione come personalità.

Discussione dei risultati

Abbiamo scelto di utilizzare due tecniche, con scopi diversi l'una dall'altra. Nell'ipnosi, una persona chiamata ipnotizzatore cerca di influenzare, di suggestionare un'altra persona chiamata, nel nostro caso, paziente, al fine di cercare di aiutarlo dall'esterno a gestire e controllare il suo dolore. Ciò implica un setting abbastanza difficile da realizzare, per lo meno con pazienti anziani che devono essere accompagnati ad appuntamenti.

Nella meditazione, invece, il cosiddetto setting non ha alcun senso: il paziente può scegliere il luogo ed il momento della giornata – o della notte- a lui più consono per meditare, oltre che la posizione da lui preferita (non avrebbe senso al giorno d'oggi far meditare necessariamente nella posizione del loto o del mezzo loto, dato che i pazienti spesso non possono assumere queste posizioni – cfr. Carrington, 1977); basta che sia in un luogo il più possibile silenzioso e dove non venga disturbato. Ognuna delle due tecniche ha offerto vantaggi diversi. La sensazione dolorosa soggettiva non sarebbe influenzata da nessuna delle due: se provo un dolore pungente o pulsante, ad esempio, questo continuerà ad avere queste stesse qualità sia prima che dopo.

L'ipnosi avrebbe permesso di ottenere una diminuzione delle qualità affettive del dolore, quali ad esempio l'essere snervante o l'essere angosciante o deprimente (in accordo a Price e Barber, 1987), mentre avrebbe sortito diminuzioni non significative nei punteggi medi delle altre classi esaminate, così come per l'intensità del dolore; cosa invece che abbiamo ottenuto con la meditazione. Con l'ipnosi poi maturerebbe poi quella sensazione di collaborazione tra ipnotizzato e ipnotizzatore, tra qualcuno che ha bisogno di aiuto e qualcuno che glielo può offrire. La definizione dell'ipnosi, ricordiamo, è quella di “uno stato di relazione passante per il corpo”. E questa alleanza terapeutica dal paziente è molto sentita.

La meditazione invece influirebbe significativamente su tutte le componenti valutative da noi esaminate e sull'intensità percepita del dolore, senza influire sugli aspetti della personalità (almeno con la tecnica da noi appositamente adottata), permettendo di poter discriminare tra le due cose, e consentendoci di escludere gli influssi dei tratti di personalità sulla percezione dolorosa (ved. Tab. 5).

In conclusione, potremmo definire le due tecniche complementari. Per il nostro intento, non sarebbe giusto definirne un “migliore” dell’altra. Data l’esiguità del numero di soggetti non abbiamo potuto eseguire un’analisi statistica per verificare ad esempio eventuali differenze di sesso nella scelta della tecnica, o ottenere altri dati relativamente alle differenze tra i sessi. Ci auspichiamo anche ulteriori simili studi che possano monitorare le risposte a diversi follow up, pur tenendo conto di tutte le difficoltà del caso. Molti soggetti, infatti, tendono a proseguire la pratica grazie al loro ritrovato stato di benessere (Kabat-Zinn et al, 1985).

Allo stato attuale, dati questi risultati, ci sentiremmo obiettivamente di consigliare ad ognuno quella che preferisce, tenendo conto dei propri bisogni che sono sicuramente variabili per ognuno, e degli aspetti relazionali o prevalentemente sintomatici, potendo così scegliere in termini di costi e benefici.

BIBLIOGRAFIA (References)

Astin Ja, Beckner M, Wright K et al, (2002). Psychological interventions in rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res*, 47: 291-301.

Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forys KL (2003). *Mind-Body Medicine: State of the Science, Implications for Practice*, J Am Board Fam Pract, 16: 131-147.

Astin JA, (2004). *Mind-Body Therapies for the Management of Pain*, Clin J Pain, 20: 27-32.

Barber J., Adrian C. (1982). *Psychological Approaches to the Management of Pain*. Brunnel-Mazel, New York.

Barber J., Mayer D. (1977). *An investigation of the efficacy and neural mechanism of a hypnotic analgesia procedure in experimental and clinical dental pain*, Pain, 4, 41.

Benson H., Wallace R. (1972), Fisiologia della meditazione, *Le Scienze*, vol.45, pagg.70-76.

Carrington P. (1977). Freedom in meditation. New York: Doubleday.

De Benedittis G., Corli O., Massei R., Nobili R., Pieri A. (1993). *Questionario Italiano del Dolore*, Organizzazioni Speciali , Firenze.

Hilgard E.R., Hilgard J.R. (1983). *Hypnosis in the Relief of Pain*, William Kauffmann, Los Altos, CA.

Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. (1985). *The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain*, J Behav Med., 8 ("): 163-190.

Lorig K, Laurin J, Gines GE. (1984). *Arthritis for self management: a five year history of a patient education program*. Nurs Clin North Am. 19: 637-645.

Lorig K, Mazonson P, Holman H. (1993). *Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs*. Arthritis Rheum, 36: 1429-1446.

Melzack R. (1975). *The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods*, Pain, 1, 271-299.

Price D.D., Barber J. (1987). *A quantitative analysis of the efficacy of hypnotic analgesia*. J. Abnorm. Psychol.. 96, 46.

Raij T.T., Numminen J., Narvanen S., Hiltunen S., Hari R. (2005). *Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain*, PNAS, 102, 6, 2147-2151.

Rippentrop A.E., Altmaier E.M., Chen J.J., Found E.M., Keffala V.J. (2005). *The relationship between religion/spirituality and physical health, and pain in a chronic pain population*, Pain, 116: 311-321.

Simonton O.C., Matthews-Simonton S. (1981). *Cancer and stress: counselling the cancer patient*, Med. J. Aust. Jun 27;1(13):679, 682-3.

Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. (1996). *Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment.* Arthritis Care Res. 9: 292-301.

Takahashi T., Murata T., Hamada T., Omori M, Kosaka H., Kikuchi M., Yoshida H., Wada Y. (2005). *Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits,* International Journal of Psychophysiology, 55: 199-207.

Williams P, Francis A, Durham R. (1976). *Personality and meditation.* Percept Mot Skills, 3: 787-792.

Come pubblicare su Neuroscienze.net

Neuroscienze è una rivista on-line di informazione scientifica che tratta tematiche di Neuroscienze, Psicologia e Scienze Cognitive.

Chi può collaborare?

Se sei un medico, un neurologo, uno psichiatra, uno psicologo, o se hai conoscenze specifiche di neuroscienze, psicologia o scienze cognitive in genere, **Neuroscienze** ti offre la possibilità di collaborare inviando i tuoi lavori.

Che percorso farà il tuo articolo?

Gli articoli ricevuti verranno considerati per la pubblicazione dall'[Editorial Board](#) e successivamente inviati ai referee per la valutazione.

Come devono essere gli articoli?

Per poter essere pubblicato su **Neuroscienze**, il tuo lavoro deve rispettare le prescrizioni contenute nella pagina "[LINEE GUIDA PER GLI AUTORI](#)".

Come inviare il tuo articolo?

Per inviare il tuo articolo a **Neuroscienze** devi essere registrato al portale ed aver effettuato l'accesso con username e password forniti al momento dell'iscrizione. A quel punto potrai accedere direttamente alla zona riservata ed inserire autonomamente il tuo articolo.

Linee Guida per gli Autori

Tutti i manoscritti sono soggetti a revisione redazionale. La presentazione di un articolo per la pubblicazione NON implica il trasferimento del diritto d'autore da parte dell'autore all'editore. Tutti i documenti sono pubblicati sotto [Licenza Creative Commons](#). E' responsabilità dell'autore ottenere il permesso di riprodurre immagini, tabelle, ecc da altre pubblicazioni.

Requisiti

Titolo, Autore e sottotitolo: titolo, nome dell'autore e un sottotitolo sono necessari.

Parole chiave (keywords): per motivi di indicizzazione, un elenco di 3-10 parole chiave è essenziale.

Abstract: Ogni articolo deve essere accompagnato da un Abstract di un massimo di 10 righe.

Note: Evitare le note a piè di pagina. Quando necessario, numerarle consecutivamente e riportare le diciture appropriate a piè di pagina.

Bibliografia: nel testo segnalare i riferimenti degli autori (cognomi ed anno di pubblicazione) tra parentesi. L'elenco dei riferimenti deve essere in ordine alfabetico secondo il cognome del primo autore di ogni riferimento. Il cognome di ogni autore è seguito dalle iniziali del nome. Si prega di citare tutti gli autori: 'et al.' non è sufficiente. A questi devono seguire: l'anno tra parentesi, titolo, rivista, volume e numero delle pagine.

Esempi:

Articoli pubblicati su Giornale: Gillberg, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 99–119.

Libri: Atkinson, J. (2000). *The developing visual brain*. Oxford: Oxford University Press Oxford Psychology Series.

Contributi a Libri: Rojahn, J, e Sisson, L. A. (1990). Stereotyped behavior. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of behavior modification with the mentally retarded* (2nd ed.). New York: PlenumPress.

Pubblica un Articolo

Dopo esserti registrato al portale, invia il tuo articolo dalla pagina:

http://www.neuroscienze.net/?page_id=1054