

**CIICS**

**Centro Italiano Ipnosi Clinica Sperimentale**

**Torino**

**POTENZIALITÀ DELL'IPNOSI CLINICA  
PER LA RIDUZIONE DELLA PERCEZIONE DEL  
DOLORE PROVOCATO DA PROCEDURE  
MEDICHE NELL'ADULTO**

**APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE  
IPNOTICA NEL CONSULTORIO FAMILIARE**

**CANDIDATO: Abbà Chiara**  
**RELATORE: Dott. G. Regaldo**

**TORINO, 22 OTTOBRE 2010**

## INDICE

1. POTENZIALITÀ DELL'IPNOSI NEL RIDURRE LA PERCEZIONE DEL DOLORE PROVOCATO DA PROCEDURE MEDICHE NELL'ADULTO
  
2. RECENTI TRIALS SULL'EFFICACIA DELL'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO PROVOCATO DA PROCEDURE MEDICHE NELL'ADULTO
  - 2.1 Lang et al 2006
  - 2.2 Lutgendorf et al 2007
  - 2.3 Weichman-Askay et al 2007
  - 2.4 Montgomery et al 2007
  - 2.5 Lang et al 2008
  - 2.6 Schnur et al 2008
  - 2.7 Marc et al 2008
  - 2.8 Slack et al 2009
  - 2.9 Patterson et al 2010
  
3. APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA PER L'INSERIMENTO DELLO IUD IN UN CONSULTORIO FAMILIARE
  - 3.1 PREMESSA
  - 3.2 OBIETTIVO
  - 3.3 MATERIALI E METODI

### 3.4 RISULTATI

## 4. BIBLIOGRAFIA

### 5. ALLEGATO: Scheda di valutazione

#### 5.1 PRIMA DELL'ESAME

#### 5.2 DOPO L'ESAME

## **1. POTENZIALITA' DELL'IPNOSI NEL RIDURRE LA PERCEZIONE DEL DOLORE PROVOCATO DA PROCEDURE MEDICHE NELL'ADULTO**

L'utilizzo dell'ipnosi in ambito clinico ha negli ultimi 10 anni guadagnato consenso per il trattamento del dolore sia acuto che cronico. La pratica dell'ipnosi è stata utilizzata con successo in associazione a tecniche di analgesia periferica, per l'infiltrazione di medicinali in sede peridurale e, più in generale, per il controllo del dolore procedurale.

I risultati ottenuti comprendono anche una buona riduzione dell'ansia preoperatoria, la ridotta necessità di ricorrere ad analgesici, minori complicanze post-operatorie ed un miglior recupero funzionale.

La popolarità dell'ipnosi in ambito clinico è stata certamente favorito da molti fattori; l'aumento vertiginoso della spesa sanitaria negli USA, gli effetti collaterali di molti farmaci utilizzati nel controllo del dolore hanno stimolato la ricerca e lo sviluppo di trattamenti alternativi facili da somministrare, poco costosi e con pochi effetti collaterali.

Per contro anche da parte dei pazienti si assiste ad un maggior interesse e disponibilità verso metodi per il controllo del dolore cronico "alternativi" rispetto ai trattamenti farmacologici tradizionali.

Infine, ed è forse il dato più interessante, un sostanzioso numero di trials clinici randomizzati sull'utilizzo dell'ipnosi in analgesia fornisce ai professionisti evidenze empiriche per l'utilizzo dell'ipnosi come utile strumento oltre quelli già usati nella terapia del dolore.

*Obiettivo* iniziale di questo lavoro è stato quello di rivedere i principali studi clinici randomizzati e controllati, recentemente pubblicati, relativi all'utilizzo dell'ipnosi nelle condizioni di dolore acuto procedurale nell'adulto.

Il database elettronico utilizzato è PubMed, le parole chiave usate sono: " Hypnosis and procedural pain" con le limitazioni per la ricerca di studi pubblicati in inglese, condotti su adulti, con disegno dello studio " trial randomizzato e controllato" che è oggi considerato il gold standard della ricerca medica; sono stati scartati la gran parte degli studi che reclutano piccoli gruppi di pazienti, non forniscono un gruppo di controllo e per i quali l'interpretazione dei risultati è complessa data la mancanza di tecniche procedurali standard. L'arco di tempo preso in esame è stato dal 2005 ad oggi.

I meccanismi neurofisiologici implicati nella modulazione del dolore ottenuta con tecniche ipnotiche sono complessi. Gli studi condotti negli anni '90 volti a testare gli effetti delle suggestioni ipnotiche sulla percezione dolorifica, (Moret 1991 e Meier 1993) avevano da subito distinto le due componenti del dolore: quella sensoriale-nocicettiva, legata al possibile danno tissutale, e la componente affettiva-emozionale in grado di amplificare o ridurre la percezione dolorosa.

Nel 1999 Danzinger e nel 2000 Sandrini sostengono l'ipotesi che l'ipnosi agisce sia distogliendo l'attenzione dallo stimolo doloroso sia attivando meccanismi di inibizione discendente sulla percezione dello stimolo stesso. La modulazione del dolore indotta da ipnosi non dipende da variazione nella secrezione di endorfine, non viene infatti bloccata dalla somministrazione di naloxone, né da variazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Di grande interesse sono stati alcuni studi più recenti volti ad indagare, attraverso le immagini ottenute con RMN e PET, le variazioni dell'attività cerebrale in seguito alla percezione dello stimolo doloroso in varie strutture: corteccia cingolata anteriore, insula, corteccia frontale S1, corteccia somato-sensoriale S2, amigdala.

Quando viene elaborata la componente discriminativa-sensoriale del dolore: localizzazione, durata e intensità, mostrano alta attività metabolica aree del talamo laterale, aree somatosensoriali S1 ed S2 degli emisferi. (Hofbauer 2001).

Quando viene accentuata la componente affettiva e valutativa (es. sgradevolezza) le informazioni sembrano essere elaborate principalmente nella regione mediana del talamo e proiettate sulla corteccia cingolata anteriore (Hofbauer 2001).

Le modificazioni fisiologiche correlate alla ipnosi sono state studiate in RMN da Rainville 1997, Faymonville 2000 e Schulz-Stubner 2004; questi autori hanno mostrato le medesime alterazioni dell'attività metabolica e della perfusione della corteccia cingolata anteriore, talamo, insula e regioni frontali in seguito ad uno stimolo doloroso reale o a suggestioni dolorose indotte in ipnosi.

Recentemente Horton 2004, studiando volontari in RMN ha evidenziato che i soggetti più facilmente ipnotizzabili mostravano una maggior dimensione del rostro del corpo calloso rispetto ai soggetti meno ipnotizzabili ( $p < 0.003$ ); questa regione del corpo calloso mostra connessioni con la corteccia prefrontale e questo potrebbe contribuire a spiegare il feedback inibitorio esercitato dalla corteccia frontale sull'attività del talamo nella percezione del dolore durante l'ipnosi.

## 2. RECENTI TRIALS SULL'EFFICACIA DELL'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO PROVOCATO DA PROCEDURE MEDICHE NELL'ADULTO

Sono stati identificati e brevemente riassunti nei loro risultati 9 trials condotti per esplorare l'utilità dell'ipnosi per il trattamento del dolore procedurale.

In tutti questi studi l'ipnosi ha mostrato una significativa riduzione di alcuni *outcome* quali: l'intensità del dolore, l'ansia pre-procedurale, la durata della degenza, l'uso di analgesici; l'efficacia varia ampiamente in funzione di alcuni fattori tra cui: la grandezza del campione e il disegno dello studio.

### 2.1 Lang et al 2006

Conduce un trial randomizzato prospettico per valutare la capacità di un training autoipnotico di ridurre dolore e ansia associata a "core biopsy" della mammella. 236 donne sono state randomizzate in tre gruppi:

1. *procedura standard*
2. *attenzione empatica strutturata*
3. *trattamento ipnotico*: consistente in un'induzione standard seguita da suggestioni di tipo sensoriale suggerendo di trasformare le percezioni sgradevoli in sensazioni di calore o formicolio.

Uno score per intensità del dolore e dell'ansia è rilevato ogni 10 minuti per tutta la durata dell'intervento. Durante la procedura lo score del dolore aumentava in tutti e tre i gruppi ma, rispetto al gruppo a trattamento standard, sia le donne in ipnosi che quelle in attenzione strutturata riferiscono un aumento significativamente più lento dello score del dolore ( $p < 0.018$ ). Lo score dell'ansia è significativamente aumentato nel gruppo di controllo ( $p < 0.001$ ), non è variato nel gruppo in attenzione controllata ( $p = 0.45$ ) mentre è significativamente diminuito nel gruppo in ipnosi ( $p < 0.001$ ).

Il tempo richiesto per l'esecuzione della procedura in sala operatoria è stato rispettivamente di 46, 43 e 39 minuti, differenza non significativa tra i diversi gruppi.

## **2.2 Lutgendorf et al 2007**

Randomizza 241 pazienti a ricevere trattamento ipnotico, attenzione empatica o cure standard durante l'esecuzione di interventi procedurali radiologici. Tutti i pazienti possono richiedere analgesici e sedativi nel corso dell'indagine; il dolore e l'ansietà sono registrati su scala NRS 15 minuti prima dell'intervento e, successivamente, ogni 15 minuti durante tutta la procedura. Non è stata osservata alcuna relazione tra età e ipnotizzabilità tra i pazienti. Quelli in attenzione empatica e in ipnosi mostrano una miglior riduzione del dolore ( $p < 0.02$ ) e dei livelli di ansia ( $p < 0.03$ ) rispetto al gruppo di controllo. Al confronto col gruppo di soggetti in cure standard, quelli in attenzione empatica ed in ipnosi mostravano maggior velocità nell'esecuzione delle procedure ( $p < 0.007$ ) e minor desaturazione di ossigeno ( $p < 0.001$ ).

## **2.3 Weichman-Askay et al 2007**

Indaga l'utilizzo dell'ipnosi in pazienti ustionati al fine di controllare il dolore durante la medicazione delle ferite. 44 soggetti sono randomizzati a ricevere sedute di ipnosi condotte da uno psicologo e successivamente l'utilizzo, durante le medicazioni, di una registrazione audio delle sedute. Il gruppo di controllo riceveva attenzione controllata e una registrazione di rilassamento guidata da utilizzare durante le procedure. Entrambi i gruppi sperimentavano una riduzione del dolore più significativa nel gruppo in ipnosi. L'ipotesi di lavoro è che ridurre il dolore acuto possa favorire la cicatrizzazione delle ferite, infatti, le risposte fisiologiche al dolore quali la liberazione di ormoni dello stress con soppressione della risposta immunitaria, rallentino i processi di cicatrizzazione diminuendo l'abilità propria dell'organismo di riparare le ferite.

## **2.4 Montgomery et al 2007**

Seleziona 200 donne da sottoporre a biopsia mammaria escissionale con o senza escissione del linfonodo sentinella. Le donne randomizzate nel gruppo in ipnosi effettua una seduta della durata di 15 minuti subito prima dell'intervento, mentre il gruppo di controllo ottiene un colloquio con una psicologa.



Le donne in ipnosi richiedono meno lidocaina ( $p < 0.001$ ) e propofol ( $p < 0.03$ ) del gruppo di controllo, riferiscono minor intensità di dolore, nausea, affaticamento e sconvolgimento emozionale rispetto ai controlli ( $p < 0.001$ ). Non sono state evidenziate differenze tra i due gruppi per quanto riguarda l'utilizzo di fentanyl e midazolam ma le pazienti in ipnosi trascorrono un periodo di tempo più breve in sala operatoria ( $p < 0.04$ ) e richiedono minori cure post-anestesiologiche ( $p < 0.08$ ). In termini economici, le donne in ipnosi consentono un risparmio di 773 dollari ciascuna.

## 2.5 Lang et al 2008

Sperimenta l'ipnosi durante l'ablazione con radiofrequenze o embolizzazione di tumori percutanei in 201 pazienti randomizzati a:

1. *cure standard*
2. *attenzione empatica*
3. *rilassamento autoipnotico*

Tutti sono sottoposti ad anestesia locale ed hanno accesso all'utilizzo di fentanyl e midazolam a richiesta; gli eventi avversi valutati sono: fluttuazioni pressorie, eventi vaso-vagali, alterazioni respiratorie. I pazienti in ipnosi, indipendentemente dall'età dei soggetti, sperimentano meno dolore, ansia e richiedono meno farmaci rispetto agli altri due gruppi ( $p < 0.002$ ). Il gruppo assegnato ad attenzione empatica manifesta eventi avversi nel 48% dei casi rispetto al 12% del gruppo in ipnosi ( $p < 0.001$ ) e il 26% di quelli che ricevono cure standard ( $p < 0.01$ ).

## 2.6 Schnur et al 2008

Indaga sull'utilità di una breve seduta ipnotica pre-chirurgica nel ridurre il distress post-chirurgico in 90 donne sottoposte a biopsia mammaria escissionale.

Le donne reclutate, dopo aver completato un questionario (*SV-POMS: Short Version of the Profile of Mood States*) per la valutazione del distress preoperatorio, sono randomizzate a ricevere una seduta di ipnosi di 15 minuti oppure un colloquio attento da parte di un operatore della medesima durata. Una nuova valutazione con

scala VAS viene effettuata subito prima della chirurgia ed alla fine dell'intervento: le donne in ipnosi presentano un significativo minor turbamento emozionale ( $p < 0.0001$ ), ansia ( $p < 0.001$ ) e depressione ( $p < 0.02$ ) rispetto ai controlli.

## **2.7 Marc et al 2008**

Valuta l'efficacia dell'ipnosi nel ridurre la richiesta di sedazione-analgesia con fentanyl e midazolam durante la revisione della cavità uterina per interruzione volontaria di gravidanza entro la 14° settimana di gestazione. Mezz'ora prima della procedura, 350 donne sono randomizzate al trattamento standard o all'ipnosi.; l'isterosuzione viene per tutte effettuata con blocco paracervicale con xilocaina. Indotta l'ipnosi, sono date suggestioni di rilassamento e riduzione del dolore quindi la donna entra in sala operatoria e sul lettino la trance ipnotica è approfondita dal terapeuta (la donna può in ogni caso richiedere il fentanil se lo desidera). Il 63% delle donne in ipnosi richiede l'uso di anestetico, contro 85% del gruppo di controllo ( $p < 0.0001$ ) non sono osservate differenze tra i due gruppi riguardo all'intensità del dolore.

Tuttavia le donne in ipnosi riferiscono significativamente meno ansia del gruppo di controllo ( $p < 0.001$ ) ed il 97% mostra soddisfazione per l'accompagnamento da parte dell'ipnotista durante la procedura contro il 56% del gruppo di controllo.

## **2.8 Slack et al 2009**

Conduce un trial randomizzato su 26 pazienti sottoposti ad elettromiografia, invitati all'ascolto di audiocassetta della durata di 20 minuti prima dell'esecuzione dell'esame: il primo gruppo riceve un'induzione ipnotica con suggestione di analgesia, il secondo gruppo induzione ipnotica senza suggestione di analgesia e l'ultimo gruppo l'ascolto di una lezione informativa sulla procedura. I due gruppi in ipnosi mostravano minor peggioramento del dolore durante l'esecuzione del test rispetto al gruppo di controllo ( $p < 0.049$ ), modesta e non significativa riduzione dell'ansia.

## **2.9 Patterson et al 2010**

Illustra uno studio randomizzato e controllato condotto con 21 pazienti ricoverati per ustioni severe. Un gruppo di pazienti è testato per induzione ipnotica e suggestione

di analgesia ottenute con tecnica virtuale tridimensionale generata da computer (*Virtual Reality Hypnosis*) oltre alle usuali terapie analgesiche mentre un altro gruppo riceve le cure standard. Una stima soggettiva del dolore è ottenuta alla partenza dello studio e 8 ore dopo VRH; i soggetti in VHR riferiscono meno intensità e sgradevolezza del dolore e minor uso di oppioidi rispetto ai controlli.

Il lavoro è di grande interesse perché se confermato da studi più ampi potrebbe consentire l'estensione dell'uso dell'analgesia ipnotica senza la necessità di un terapeuta che personalmente induca il soggetto. Già in passato sono stati utilizzati negli studi audio-tape per l'induzione ipnotica in pazienti sottoposti a dolore procedurale ricavandone beneficio anche se in maniera meno significativa rispetto all'induzione indotta da un terapeuta. Si tratta di un'innovazione interessante in quanto costituisce uno sforzo ulteriore dei ricercatori per fare dell'ipnosi uno strumento più standardizzato ed accessibile a tutti i pazienti.

Pur tenendo in conto la grande eterogeneità tra gli studi esaminati, la tecnica ipnotica si è rivelata consistentemente più efficace nel controllo del dolore e dell'ansia rispetto al non trattamento o all'attenzione controllata; per contro quando confrontata con il rilassamento muscolare progressivo o con il training autogeno, interventi con qualità simil-ipnotiche, l'ipnosi non era sempre associata ad una miglior efficacia.

Come già evidenziato nella metanalisi pubblicata nel 2008 da Schnur, circa l'80% dei pazienti in ipnosi mostra livelli più bassi di distress emozionale rispetto ai controlli.

Complessivamente l'ipnosi si è mostrata più efficace:

- a) quando è stata guidata personalmente da un terapeuta rispetto alle induzioni ottenute con registrazioni audio
- b) quando è stata indotta almeno in parte prima dell'inizio della procedura rispetto alle induzioni effettuate esclusivamente durante la procedura stessa.

Sono trascorsi 150 anni dal primo documentato utilizzo dell'ipnosi come unico anestetico durante un intervento chirurgico. Questa abilità è solo di un piccolo numero di soggetti, ma la maggior parte dei pazienti può beneficiare degli effetti

delle suggestioni ipnotiche per il controllo del dolore acuto procedurale. Al medico rimane la questione se esistano dati sufficienti per utilizzare l'autoipnosi e l'ipnosi guidata nella routine clinica a beneficio dei pazienti. Certamente sono auspicabili studi che reclutino un gran numero di soggetti e standardizzino le metodiche utilizzate.

Ma quale altra misura terapeutica può fornire al paziente beneficio senza effetti collaterali, senza uso di farmaci e senza incrementare i costi?

### **3. APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA PER L'INSERIMENTO DELLO IUD IN UN CONSULTORIO FAMILIARE**

#### **3.1 PREMESSA**

L'applicazione intrauterina dello IUD è effettuata frequentemente nell'ambito dell'attività di un consultorio familiare, il suo utilizzo è in genere riservato alle donne che hanno già partorito o che hanno controindicazioni assolute all'uso della pillola estroprogestinica.

Secondo le linee guida validate per la Regione Piemonte l'inserimento della spirale è effettuato negli ultimi giorni del flusso mestruale.

Durante la procedura le donne lamentano frequentemente dolore uterino, talvolta anche intenso, che per alcune di esse (10-15% circa) può persistere per qualche tempo e richiede l'utilizzo di antispastici nei giorni seguenti l'applicazione. In una percentuale modesta di donne, non più del 3-4% dei casi, si può assistere all'insorgenza di bradicardia e ipotensione provocate dalla stimolazione vagale che la pinzatura della portio e l'introduzione dell'isterometro in cavità uterina può scatenare.

Non c'è evidenza dell'efficacia della premedicazione con atropina per la prevenzione della sindrome vagale, perciò nella maggior parte dei consultori questa procedura è stata, nel tempo, abbandonata.

Le domande che più frequentemente gli operatori si sentono rivolgere delle donne in procinto di inserire la spirale sono legate all'ansia e alle preoccupazioni scatenate dai vissuti delle amiche: "farà molto male?", "posso rientrare al lavoro o devo prendermi una giornata di riposo?". Ansia, agitazione, paura, disagio sono le emozioni che prevalentemente si osservano e che emergono espresse talora a parole ma, più frequentemente, sotto forma di richieste di rassicurazione anche fisica da parte dell'operatore: "mi tenga la mano".

### **3.2 OBIETTIVO**

Verificare se l'utilizzo della comunicazione ipnotica favorisce:

- a) una riduzione del dolore percepito dalla paziente durante l'inserimento dello IUD
- b) una riduzione dell'ansia associata alla procedura

### **3.3 MATERIALI E METODI**

#### PARTECIPANTI

Nel periodo marzo-settembre 2010, 22 donne hanno richiesto l'applicazione della spirale presso due consultori familiari dell'ASL To3 nelle sedi di Alpignano ed Orbassano. A tutte è stato proposto di compilare una semplice scheda di valutazioni

allo scopo di rilevare alcune informazioni che consentono di descrivere il vissuto della donna subito prima della procedura ed una scheda analoga da completare subito dopo l'inserimento dello IUD (vedi Allegato).

Il grado di ansia e il livello di percezione dolorosa sono state valutate con scala numerica NRS: considerando una scala da 0 a 10 in cui a zero corrisponde l'assenza di dolore/ansia e a dieci il massimo dolore/ansia immaginabile.

Alle pazienti che si presentavano al servizio per inserimento di IUD nei giorni pari, è stata offerta la possibilità di utilizzare una tecnica di rilassamento "particolare" al fine di attenuare il dolore e l'ansia associata alla procedura. Due donne hanno rifiutato: la prima sostenendo di aver già più volte inserito lo IUD senza problemi di alcun tipo, la seconda sostenendo di "non credere a queste cose".

## TRATTAMENTO

L'induzione è stata ottenuta con tecniche di induzione rapida (tecnica di Elman modificata), quindi la donna è stata invitata a concentrare l'attenzione sul respiro con suggestione di invio, durante l'espirazione, di calore, rilassamento e di piacevole formicolio nella direzione del basso ventre direttamente sull'utero.

Terminato l'inserimento dello IUD, alla paziente è stato dato il comando postipnotico da utilizzare per rilassare il ventre in caso di contrazioni fastidiose nelle ore successive o in occasione del primo mestruo.

## 3.4 RISULTATI

Alla fine del mese di settembre 2010, 11 donne hanno inserito lo IUD usufruendo della tecnica di comunicazione ipnotica, 9 secondo le procedure usualmente utilizzate nei consultori familiari.

Le caratteristiche delle pazienti che hanno inserito lo IUD con procedura standard sono simili a quelle che usufruiscono della tecnica ipnotica (età media 42 anni) e tutte avevano avuto almeno un parto spontaneo. Riguardo all'uso precedente di una spirale, il 36,3% del gruppo in ipnosi ne aveva già avuto esperienza contro il 22,2% dei controlli; in entrambi i gruppi il 45% di donne aveva provato dolore durante l'inserimento precedente. Una sola donna in entrambi i gruppi lamentava dolore

uterino prima dell'applicazione della spirale di intensità modesta: score 2 della scala VNS. Le emozioni più frequenti prima dell'inserimento della spirale sono state l'ansia e l'agitazione presenti rispettivamente nel 45% e 18% nel gruppo in ipnosi contro il 55% e 22% del gruppo di controllo.

Applicata la spirale, alle donne è stata chiesta un'ulteriore valutazione sull'intensità del dolore provato al momento dell'inserimento e sull'emozione prevalente. Lo score dell'intensità media del dolore era 3 per il gruppo in ipnosi e 4 per quello di controllo. Per quanto riguarda le emozioni lo score dell'ansia scendeva da 7 a 6 nel gruppo di controllo, mentre il gruppo in ipnosi mostrava una diminuzione da 7 a 2; anche lo score dell'agitazione diminuiva maggiormente nel gruppo in ipnosi (da 5 a 1) senza variare sostanzialmente nel gruppo di controllo (da 5 a 3).

Tutte le donne hanno dichiarato una soddisfazione in media di grado 7 a riguardo della tecnica proposta e la consiglierebbero sicuramente ad una cara amica nel 100% dei casi.

#### **4. BIBLIOGRAFIA**

Hofbauer RK, Rainville P, Duncan GH et al. *"Cortical representation of the sensory dimension of pain."* J of Neurophysiol 2001; 86:402-11.

Horton JE, Crawford HJ, Harrington G et al. *"Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain."* Brain 2004;127:1741-7.

Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S et al. *"Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy."* Pain 2006;126:155-64.

Lutgendorf SK, Lang EV, Berbaum KS et al. *"Effects of age on responsiveness to adjunct hypnotic analgesia during invasive medical procedures."* Psychosomatic Medicine 2007;69:191-9.

Wiechman-Askay S, Patterson DR, Jensen MP "A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care." *Rehabilitation Psychology* 2007;52:247-53.

Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB et al. "A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients." *JNCI* 2007;99:1304-12.

Montgomery GH, Hallquist MN, Schnur JB et al. "Mediators of brief hypnosis intervention to control side effects in breast cancer surgery patients: response expectancies and emotional distress." *J Consult Clin Psychol* 2010;78:80-8.

Lang EV, Berbaum KS, Pauker SG et al. "Beneficial effects of hypnosis and adverse effects on empathic attention during percutaneous tumor treatment: when being nice does not suffice." *J Vasc Interv Radiol* 2008;19:897-905.

Schnur JB, Bovbjerg DH, David D et al. "Hypnosis decreases presurgical distress in excisional breast biopsy patients." *Anesthesia and Analgesia* 2008;106:440-4.

Marc I, Rainville P, Benoit M et al. "Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination :an open randomized trial." *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:4691-9.

Slack D, Nelson L, Patterson D et al. "The feasibility of analgesia in ameliorating pain and anxiety among adults undergoing needle electromyography." *Am J Phys Med Rehabil* 2009;88:21-29.

Patterson DR, Jensen MP, Wiechman SA et al. "Virtual reality hypnosis for pain associated with recovery from physical trauma." *Int J Clin Exp Hypn* 2010;58:288-300.

Albrecht HK Wobst. "Hypnosis and surgery: Past, Present and Future." *Int Anesthesia Research Society* 2007;104:1199-208.

Schnur JB, Kafer I, Marcus C et al. "Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis." *Contemp Hypn* 2008;25:114-28.

Stoelb BL, Molton IR Jensen MP et al. "The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature." *Contemp Hypn* 2009;26:24-39.

Carlson LE, Bultz BD "Mind-body interventions in oncology." *Current Treat Options in Oncol* 2008;9:127-34.



Renner RM, Jensen JT, Nichols Md *"Pain control in first trimester surgical abortion."*  
Cochrane Database Syst Rev 2009 Apr 15;(2):CD006712.

Flory N, Salazar GM, Lang EV *"Hypnosis for acute distress management during medical procedures."* Int J Clin Exp Hypn 2007;55:303-17.

Berger MM, Davadant M Marin C et al. *"Impact of pain protocol including hypnosis in major burns."* Burns 2010;36:639-46.

Regaldo G. *"Tecniche di induzione rapida"* in Casiglia-Rossi: Teoria e Pratica dell'Ipnosi. Libreria Padovana Editrice, Padova 2008.

Regaldo G. *"L'induzione ipnotica"* in Casiglia-Facco-Rossi : I Mondi della Coscienza. Libreria Padovana Editrice, Padova 2010.

## 5. ALLEGATO: SCHEDA DI VALUTAZIONE

Data: \_\_\_\_\_

Nome (solo le iniziali) \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

Cartella n° \_\_\_\_\_

### 5.1 PRIMA DELL'ESAME

Hai già utilizzato in passato la spirale ?

SI NO

Quando hai inserito la precedente spirale avevi sentito dolore ? SI

NO

In questo momento avverti dolore al basso ventre ?

SI NO

Se hai dolore, quanto punteggio gli daresti su una scala da 0 a 10 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8  
9 10

Nessun dolore

Massimo dolore

In attesa di inserire la spirale, quali delle emozioni sotto elencate provi? E con quale intensità in una scala da 0 d 10 ? ( elenca l'emozione principale )

5.

6. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7  
Non presente Massimamen  
8 9 10

7.

8.

ansia, agitazione, curiosità, disagio, fastidio, estraneità, fiducia, imbarazzo, irritazione, ottimismo, paura, serenità, vergogna.

## 5.2 DOPO L'ESAME

9.

10. **RIPENSANDO ALL'INSERIMENTO DELLA SPIRALE, QUANTO**

**ORE HAI PROVATO DA 0 A 10?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10

Ripensando all'inserimento della spirale, quale delle emozioni, elencate sotto, hai provato?

E con quale intensità su una scala da 0 a 10 ?

11.

12. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7  
8 9 10 Non presente Massimamen

13.

14.

15.

16.

ansia, agitazione, curiosità, disagio, fastidio, estraneità, fiducia, imbarazzo, irritazione, ottimismo, paura, serenità, vergogna.

17.

18.

Quanto sei soddisfatta della tecnica proposta in una scala da 0 a 10?

19. Non soddisfatta 0 1 2 Molto soddisfatta  
5 6 7 8 9 10

20.

21.

22. LA SUGGERIRESTI ALLA TUA MIGLIORE AMICA?

SI

NO