



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

La comunicazione ipnotica nell'ernioplastica inguinale: confronto con le tecniche
anestesiologiche tradizionali

Candidato Alberti Simona

Relatore Marco Scaglione

INDICE

1) INTRODUZIONE

2) ERNIE INGUINALI

- A) ANATOMIA CANALE INGUINALE
- B) DIAGNOSI DELLE ERNIE INGUINALI
- C) INDICAZIONI AL TRATTAMENTO DELLE ERNIE INGUINALI
- D) TECNICHE CHIRURGICHE
- E) TECNICHE ANESTESIOLOGICHE

3) L'IPNOSI

- A) ANALGESIA NELL'IPNOSI
- B) TECNICHE IPNOTICHE
- C) IPNOSI E CHIRURGIA

4) LO STUDIO

- A) DESCRIZIONE
- B) METODI E MATERIALI
- C) VARIABILI ANALIZZATE
- D) METODOLOGIA E STATISTICA
- E) IMPOSTAZIONI E OBIETTIVO DELLO STUDIO

5) RISULTATI

6) DISCUSSIONE

ABSTRACT

Lo studio condotto, pur con un campione esiguo, riguardante la comunicazione ipnotica nell'ernioplastica inguinale e il confronto con le tecniche anestesilogiche tradizionali, ha portato alla luce le grandi possibilità dell'ipnosi.

Con l'utilizzo dell'ipnosi oltre ad ottenere una riduzione dell'analgo-sedazione, del dolore post-operatorio, si annullano del tutto i rischi legati all'anestesia spinale, in primis la ritenzione urinaria (3 gruppo A vs 0 gruppo B).

In linea con quanto descritto in letteratura, queste osservazioni preliminari suggeriscono che la comunicazione ipnotica può rappresentare un'alternativa efficace e meno invasiva alle tecniche anestesilogiche tradizionali. Nonostante i limiti del campione i risultati ottenuti dovrebbero stimolare in futuro l'utilizzo di questa tecnica anche nella pratica clinica della Chirurgia Generale.

INTRODUZIONE

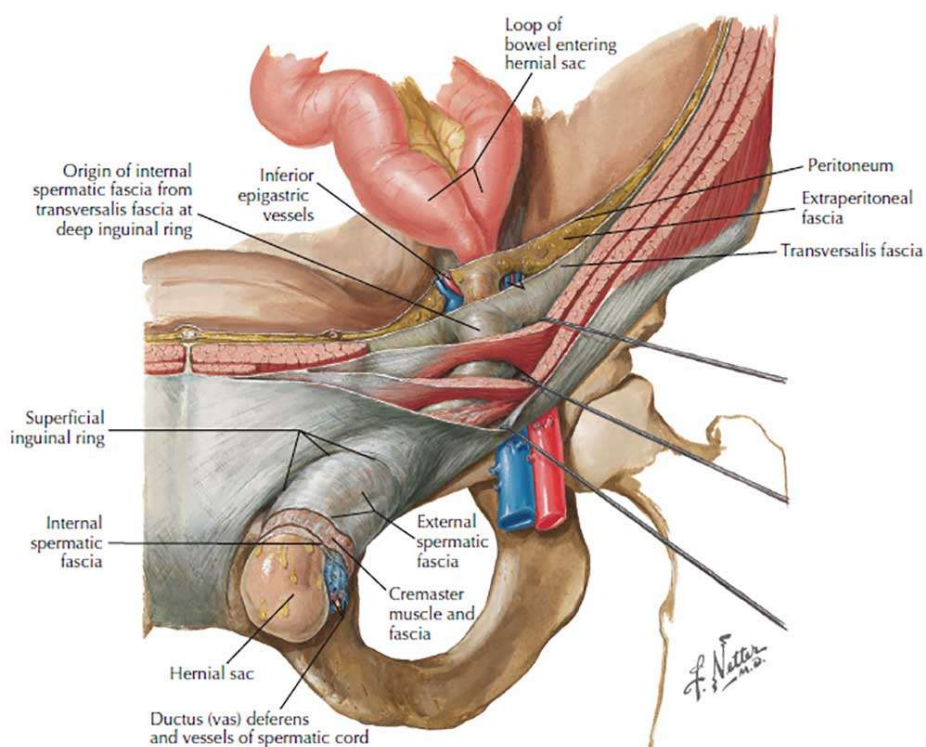
L'ernia inguinale è una patologia molto comune, soprattutto negli uomini, rappresenta circa il 75% di tutte le ernie della parete addominale. L'ernia inguinale è una protrusione del contenuto addominale attraverso una zona di debolezza o un difetto nella parete addominale appena sopra il legamento inguinale, acquisito o congenito. Molte ernie inguinali sono asintomatiche, ma alcune diventano incarcerate o strangolate causando dolore e richiedendo un intervento chirurgico. La European Hernia Society (EHS) ha definito le linee guida per la diagnosi e il trattamento delle ernie inguinali.

L'utilizzo dell'ipnosi nelle procedure chirurgiche è in continuo incremento in particolare per il controllo del dolore, il mantenimento dell'immobilità durante la procedura, la riduzione dell'utilizzo di farmaci e ridurre possibili complicanze post-operatorie.

In chirurgia generale gli studi sull'utilizzo dell'ipnosi sono assai rari per cui abbiamo deciso di analizzare l'utilizzo della comunicazione ipnotica nei pazienti sottoposto ad ernioplastica inguinale con protesi mediante tecnica di Lichenstein come gold-standard per la riparazione in open delle ernie inguinali.

ERNIE INGUINALI

ANATOMIA



La regione inguinale comprende il canale inguinale e il triangolo femorale. Esso è costituito da una parete anteriore, rappresentata dall'aponeurosi dell'obliquo esterno, e da una parete posteriore, costituita dalla fascia transversalis e dall'aponeurosi del muscolo trasverso; il tetto è delimitato dai margini inferiori dei muscoli obliquo interno e trasverso e dalle loro aponeurosi, mentre il

pavimento è rappresentato dal legamento inguinale e dal legamento lacunare. Il canale inguinale si estende tra gli orifizi dell'anello inguinale interno e dell'anello inguinale esterno, contenendo il funicolo spermatico nell'uomo e nella donna il legamento rotondo dell'utero, piccoli vasi e il ramo genitale del nervo ileo-inguinale per le grandi labbra [1,2]. I importanti punti di repere per individuare l'orifizio dell'anello inguinale interno sono rappresentati dall'arteria epigastrica inferiore e dall'arteria circonflessa iliaca profonda, rami dell'iliaca esterna. L'arteria epigastrica inferiore forma il margine supero-laterale del triangolo di Hesselbach, ed è posta medialmente all'anello inguinale interno; poco più caudalmente è semplice riconoscere il funicolo spermatico o il legamento rotondo. Infero-lateralmente è sempre riconoscibile la lacuna dei vasi femorali e il linfonodo di Cloquet [2,3].

DIAGNOSI DELLE ERNIE INGUINALI

Esiste la European Hernia Society (EHS) che ha definito le linee guida EHS per il trattamento dell'ernia inguinale nei pazienti adulti. [4]

Anamnesi: gonfiore inguinale destro/sinistro, natura dei disturbi (dolore), durata dei disturbi, gonfiore inguinale controlaterale, segni e sintomi di incarcerazione, riducibilità, precedenti interventi chirurgici per ernia.

Fattori predisponenti: fumo, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), aneurisma aortico addominale, sollevamento di carichi pesanti a lungo termine, anamnesi familiare positiva, appendicectomia, prostatectomia, dialisi peritoneale.

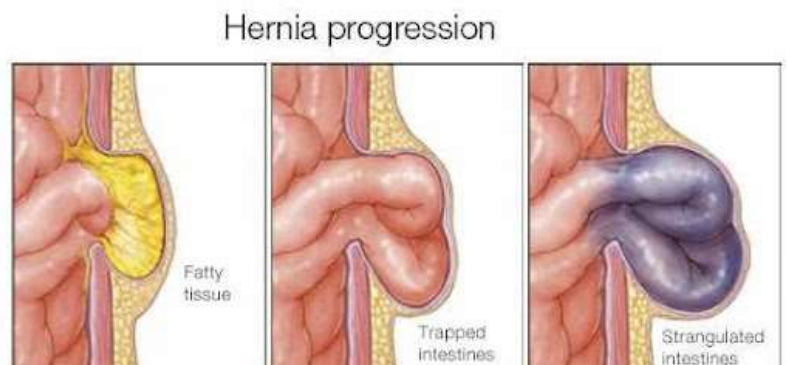
Esame obiettivo: gonfiore inguinale (riducibile) (sopra il legamento inguinale), differenziazione laterale/mediale inaffidabile, cicatrice operatoria nella regione inguinale controlaterale, sintomi di incarcerazione, riducibilità, testicoli, ascite, esplorazione rettale.

Diagnosi differenziale del gonfiore: ernia femorale, ernia incisionale, ingrossamento dei linfonodi, aneurisma, varice safena, tumore dei tessuti molli, ascesso, anomalie genitali (ectopia testicolare). Diagnosi differenziale del dolore: tendinite degli adduttori, osteite pubica, artrosi dell'anca, borsite ileopectinea, lombalgia irradiata. Diagnosi differenziale nelle donne: considerare ernia femorale, endometriosi.

Diagnosi Indagine clinica. Se necessario (raramente necessario): ecografia, risonanza magnetica (RM) (con e senza manovra di Valsalva), erniografia.

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO DELLE ERNIE INGUINALI

Trattamento negli Uomini con ernia inguinale asintomatica o minimamente sintomatica (senza o con minimi disturbi): prendere in considerazione la gestione conservativa.



Ernia incarcerata (senza sintomi di strangolamento): provare la riduzione.

Ernia strozzata: intervento chirurgico d'urgenza. Ernia inguinale sintomatica: intervento chirurgico elettivo.

Trattamento nelle Donne: prendere in considerazione l'ernia femorale, prendere in considerazione l'approccio preperitoneale (endoscopico).

TECNICHE CHIRURGICHE

Esistono diverse tecniche chirurgiche, descritte con diversi approcci con l'utilizzo di reti (mesh) e senza (non-mesh). Le linee guida internazionali più aggiornate raccomandano l'operazione secondo Lichtenstein come il gold-standard per la riparazione in open delle ernie inguinali, [5] ma un approccio più personalizzato è raccomandato. Il paziente, il tipo di ernia, e la competenza del chirurgo influenzerà la scelta della tecnica chirurgica, il che porta ad una grande variabilità a livello globale [6,7] .

- Riparazione primaria monolaterale: Riparazione con rete: si raccomandano Lichtenstein o riparazione endoscopica.
- Riparazione primaria bilaterale: Riparazione con rete: raccomandazione del comitato: Lichtenstein o endoscopica.
- Ernia inguinale recidivante: Riparazione con rete: raccomandazione del comitato: modificare la tecnica in relazione alla tecnica precedente. Se precedentemente anteriore: Valutare una rete preperitoneale aperta o un approccio endoscopico (in presenza di esperienza). Se precedentemente posteriore: Valutare una rete anteriore (Lichtenstein).

TECNICHE ANESTESIOLOGICHE

Le modalità anestesioologiche più diffuse per l'ernioplastica sono:

- Anestesia locale: particolarmente usata nelle tecniche anteriori aperte, come la Lichtenstein. Si raccomanda che, in caso di riparazione aperta, l'anestesia locale sia presa in considerazione per tutti i pazienti adulti con ernia inguinale monolaterale primaria riducibile.
- Anestesia spinale: scelta frequente per pazienti anziani o fragili. L'uso dell'anestesia spinale, in particolare con agenti anestetici ad alto dosaggio e/o a lunga durata d'azione, deve essere evitato.
- Anestesia generale: necessaria soprattutto per approcci laparoscopici (TAPP, TEP). L'anestesia generale con agenti a breve durata d'azione e combinata con l'anestesia locale per infiltrazione può essere una valida alternativa all'anestesia locale. [4,8,9,10].

L'IPNOSI

L'ipnosi è stata definita come l'induzione di uno stato soggettivo in cui alterazioni della percezione o della memoria possono essere provocate tramite suggestione. Fin dalle prime dimostrazioni pubbliche del "magnetismo animale" da parte di Mesmer nel XVIII secolo, l'uso di questo strumento psicologico ha affascinato la comunità medica e il pubblico in generale. L'applicazione dell'ipnosi per alterare la percezione del dolore e la memoria risale a secoli fa. Eppure, sono stati compiuti pochi progressi per comprenderne o apprezzarne appieno il potenziale rispetto ai progressi farmacologici in anesthesiologia. Recentemente, l'ipnosi ha suscitato interesse, poiché sembra integrare e potenzialmente potenziare la sedazione cosciente. I ricercatori clinici contemporanei affermano che la combinazione di analgesia e ipnosi è superiore all'anestesia farmacologica convenzionale per i casi di chirurgia minore, con pazienti e chirurghi che rispondono favorevolmente. Allo stesso tempo, la ricerca di base sulle vie del dolore che coinvolgono il riflesso di flessione nocicettiva e la tomografia a emissione di positroni ha prodotto dati oggettivi sui correlati fisiologici dell'ipnosi. In questo articolo ripercorro la storia, gli studi scientifici e clinici di base e le moderne considerazioni pratiche di uno degli strumenti terapeutici più antichi: il potere della suggestione. [11]

La definizione più recente creata dal gruppo di lavoro dei didatti dell'istituto Franco Granone CIICS (2-3 dicembre 2023) è: *L'ipnosi è una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monodeismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore-soggetto. Tale particolare condizione psicofisica, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica. L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto o etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengono particolari stimoli emozionali ed senso-motori*

ANALGESIA NELL'IPNOSI

La sensibilità può modificarsi per eccesso, sino alla iperalgesia; come per difetto sino all'analisi, tale da consentire interventi operatori. Inoltre tutte le diverse paresterie sono ottenibili: formicolii, pizzicori, pruriti, intorpidimenti.

L'anestesia ipnotica è quella che maggior mente ha attirato l'attenzione dei medici, essendo stata adoperata per scopi pratici quando non esistevano ancora le possibilità di quella farmacologica.

William S. Kroger e Sol T. De Lee(1957) nella clinica ostetrica della Chicago Medical School dell'Università dell'Illinois hanno adoperato l'ipnosi quale unico anestetico in un parto cesario con isterectomia e asportazione delle ovaie. La paziente poté osservare la nascita del bambino e rimanere pienamente cosciente per tutto l'intervento.

Improntandoci più sull'ambito chirurgico sono stati compiuti interventi di appendicectomia dal professor Tinozzi dell'Università di Pavia nel 1957 e dal professor Marocchi di Milano nel 1961, da Pezzoli a Crevalcore nel 1961, in ammalati resi analgesici da un ipnotizzato non medico. Interventi per ernia inguino-scotale furono compiuti da Galli e per tonsillectomia da Savini. L'esito delle operazioni fu quanto mai facile, sia per l'analgesia, sia per il favorevole decorso postoperatorio.

La trasmissione del dolore:

1)Recettori periferici: sono dei trasduttori fisici che trasformano lo stimolo periferico in una determinata sequenza di potenziali di azione, secondo l'intensità e la durata dello stimolo. Il segnale elettrobiologico generato nel recettore parte dal primo nodo di Ranvier verso il cervello, secondo la legge del tutto o nulla, attraverso fibre somatiche e vegetative a diverse velocità di conduzione. I recettori periferici sono influenzabili della loro attività da vari fattori fisici, chimici e nervosi. Esistono vari metaboliti algogeni e sostanze come la bradichinina le quali possono modulare l'attività dei recettori, in modo tale da rendere dolorosa una informazione afferente che di per sé non lo sarebbe stata. Nella modulazione dei recettori entrano la serotonina, le catecolamine, l'acetilcolina. La prostaglandine, le sostanze alfa e beta bloccanti, l'equilibrio Na-K. Esiste inoltre un controllo simpatico, diretto o indiretto, sull'attività dei recettori, rivelato dal fatto che dopo il blocco farmacologica o del sistema nervoso vegetativo la soglia del dolorepresenta marcate oscillazioni.

2)La conduzione spinale per il dolore avviene per gran parte commista con quella del calore, mediante il fascio spinto-talamico anterolaterale, spinotettale, spino-reticolare e fibre del lemnisco mediale.

3)il talamo è il sistema libico sono le prime strutture cerebrali che esercitano un controllo sulla componente affettiva e reattiva del dolore

4)La corteccia cerebrale segue ad esse è ha un ruolo importante nel processo percettivo del dolore, essendo stato osservato che stimoli dolorosi periferici suscitano un'attività elettrica non solo nelle classiche aree sensoriali, ma anche in altre zone corticale.

5)Fibre nervose centrifughe discendenti dell'elevato esercitano un controllo centrifuga su tutte le stazioni simpatiche delle vie afferenti e in alcuni casi anche sui recettori. L'informazione sensitiva in genere e quella dolorosa in particolare che giunge dalla periferia può quindi, in momento in momento, essere dinamicamente modificata da tale controllo.

Secondo la teoria del Control Gate di Melzack e Well queste fibre agiscono sulla sostanza gelatinosa di Rolado del corsno posteriore e attivandola bloccano le sollecitazioni periferiche verso i centri superiori, modulandoil grado di apertura della griglia che permette l'afflusso dello stimolo. Ciò ci pare importante nel caso dell'ipnosi in cui una suggestione può modificare la recettività dolorifica periferica

6)Atteggiamento somato-psichico del soggetto. Il dolore pu essere soffocato o esasperato da particolari emozioni e da influenze condizionamenti. Inibizione del dolore su può avere con la concentrazione intellettuale, oltre che con la suggestione ipnotica, con le pratiche degli yoga e dei fachiri. [12]

Negli ultimi anni, il Laboratorio di Ipnosi Sperimentale dell'Università di Padova e l'Istituto Franco Granone di Torino, in collaborazione con l'Ospedale Fondazione San Camillo di Venezia, hanno studiato l'efficacia ed i meccanismi dell'analgesia ipnotica nel contesto del dolore secondario a nevralgia del trigemino e non. Nell'articolo pubblicato dal Prof. E. Casiglia et al. su Psycology nel 2018 ha condotto alla dimostrazione che l'analgesia utilizzando la suggestione dell'analgesia [13] o con la suggestione del dismorfismo del corpo [14] , mediante il "rapport" ipnotista-paziente ottenuto avendo le due figure nella stessa stanza[15]. Lo studio si è basato sull'utilizzo di immagini mentali [17-20] o riflessi cardiovascolari [13-19] o utilizzando l'incremento dell'intervallo PR durante il dolore secondario a nevralgia del trigemino o la riduzione dell'intervallo PR durante il dolore non trigeminale [13-14-15], limitando l'analgesia ad analgesia ipnotica focale (HFA) o estendendola ad anestesia ipnotica generale (HGA)[13-21] .Gli studi erano a favore di un reale blocco antalgico piuttosto che a favore di una dissociazione. E' stato dimostrato che non solo sono silente le aree cerebrali sensoriali quando il dolore è inibito dalla analgesia ipnotica, ma risulta inibito allo stesso modo anche il riflesso simpatico in risposta al dolore.

Questo dimostrava che l'ipnosi esiste, ed esiste l'analgesia ipnotica. [22-23] Gli esperimenti condotti erano a favore della teoria del "gate control"[24-25] I processi cognitivi selettivi trasmessi dalle fibre discendenti potrebbero modulare le proprietà della corda spinale dando pertanto concretezza al gating. Le modificazioni dei riflessi nocicettivi spinali RIII sono già stati registrati durante l'ipnosi[26]. Secondo Casiglia, l'ipnosi può agire su più livelli, "non solo fattori sensoriali ma anche dissociativi, motivazionali, cognitivi ed emozionali"[17]. La down-regulation del dolore e dei suoi effetti conferma in modo significativo l'ipotesi di una riduzione dei riflessi spinali poli sinaptici e di una sorta di rimodellamento corticale della dimensione del dolore a livello affettivo e percettivo. I processi di controllo conscio ed inconscio risultano associati ad un sistema di supervisione vigile che coinvolge la corteccia frontotemporale ed il sistema limbico.

L' analgesia ipnotica focale (HFA) è stata indotta in un gruppo di 20 soggetti altamente ipnotizzabili che avevano ricevuto stimoli nocicettivi mentre erano sottoposti a fMRI. La fMRI ha consentito di acquisire il pattern di attivazione della corteccia cerebrale durante la somministrazione dello stimolo doloroso sia in condizioni di non ipnosi che durante HFA. In assenza di HFA, i soggetti descrivevano percezione di dolore e le aree sensoriali corticali S1, S2 ed S3 risultavano attivate; durante HFA, i soggetti descrivevano la completa assenza di percezione di dolore e le aree S1, S2 ed S3 risultavano deattivate. Queste evidenze suggerivano che la HFA è capace di prevenire che gli stimoli dolorosi raggiungano la corteccia cerebrale sensoriale, verosimilmente attraverso un meccanismo di gate-control. [27]

La comunicazione ipnotica e le tecniche farmacologiche tradizionali di analgesia hanno un effetto sinergico, consentendo la riduzione dell'utilizzo di analgesici e sedativi[28-29].

Lo studio più recente è quello condotto da Hannah G Jones pubblicato nel 2024 in cui sono stati consultati sette database (MEDLINE, Embase, PsycINFO, Emcare, SCOPUS, CENTRAL, Cochrane) fino a gennaio 2024. Sono stati inclusi studi clinici randomizzati controllati che confrontavano gli effetti analgesici dell'ipnosi aggiuntiva. Lo studio ha evidenziato come l'ipnosi aggiuntiva alle cure abituali ha avuto un piccolo effetto analgesico aggiuntivo (dolore cronico: -8,2 [-11,8, -1,9]; procedure mediche/dolore chirurgico: -6,9 [-10,4, -3,3]; cura delle ustioni: -8,8 [-13,8, -3,9]). L'ipnosi in aggiunta ai farmaci ha avuto un effetto analgesico aggiuntivo medio per il dolore cronico (-13,2, [-22,5, -3,8]).

Nonostante i bassi livelli di certezza delle prove, l'ipnosi aggiuntiva appare promettente se associata alle cure tradizionali sia per il dolore acuto (procedure mediche/chirurgiche e cura

delle ustioni) che per quello cronico. Inoltre, è stata osservata una riduzione clinicamente rilevante dell'intensità del dolore anche nel dolore cronico quando l'ipnosi è stata associata a un percorso educativo. In studi futuri, saranno necessari maggiori dettagli sul tipo (ad esempio, induzione, suggestioni) e sugli obiettivi dell'ipnosi per comprendere meglio i meccanismi alla base di eventuali effetti aggiuntivi [30]

TECNICHE IPNOTICHE

L'ipnosi determina uno stato modificato di coscienza (parapsicologico) associato a rilassamento muscolare. Il workflow ipnotico può essere diviso nei seguenti steps:

- 1- Verifica e conferma dell'indicazione: al paziente viene spiegata la procedura medica cui verrà sottoposto, cercando di ridurre e demodulare lo stato ansioso inappropriato e definendo gli obiettivi. È fondamentale creare fiducia fra medico e paziente poiché di fatto i due soggetti sono contraenti di un "contratto" terapeutico;
- 2- Focalizzazione dell'attenzione del paziente al fine di creare una dissociazione fra le sue percezioni e ciò che lo circonda: aumenta la sua percezione attraverso i sensi;
- 3- Ricalco delle sensazioni del paziente utilizzando i suoi sensi;
- 4- Suggerimento di suggestione ideoplasica: esperienze possibili, immagini metaforiche;
- 5- Validazione dello stato ipnotico: ratifica e verifica del monoideismo;
- 6- Rinforzo e consolidamento;
- 7- Ancoraggio: viene stimolata l'autostima del paziente e gli viene fornita la possibilità di autoindursi nello stato ipnotico (self hypnosis);
- 8- Riorientamento del paziente ovvero verifica della presenza "qui ed ora" del paziente;
- 9- Discussione fra medico e paziente: confronto fra le 2 esperienze. L'effetto analgesico dell'ipnosi è relato ad un blocco in entrata del midollo spinale del corno dorsale definita ipotesi del "gate control": questo "cancello" può essere aperto o chiuso attraverso stimoli fisici, emozionali, culturali e comportamentali

IPNOSI E CHIRURGIA

L'uso dell'ipnosi in ambito chirurgico è documentato in letteratura in diversi contesti: chirurgia dermatologica, neurochirurgia, oncologia senologica, odontoiatria, e cardiologia. In Italia, casi documentati includono l'uso dell'ipnosi come unica sedazione in interventi a

cuore aperto o su pazienti allergici agli anestetici. Nonostante ciò, l'applicazione sistematica in chirurgia addominale e nella riparazione dell'ernia inguinale è ancora rara e sperimentale. [31-32]

LO STUDIO

Lo studio si basa sul confronto dell'utilizzo della comunicazione ipnotica nell'ernioplastica inguinale: confronto con le tecniche anestesilogiche tradizionali.

In particolare, il focus dello studio si basa sull'analgesia intraoperatoria, la necessità di analgesia post-operatoria e i possibili effetti collaterali dell'anestesia spinale.

MATERIALI E METODI

Questo studio è stato condotto nell'Ospedale Cardinal Massaia di Asti tra maggio e luglio 2025. In questo studio sono stati arruolati un totale di 10 pazienti sottoposti ad ernioplastica inguinale con protesi, suddivisi in 2 gruppi:

- a) 5 pazienti sono stati sottoposti ad anestesia spinale
- b) 5 pazienti sono stati sottoposti ad anestesia locale con comunicazione ipnotica

I pazienti dello studio sono stati tutti sottoposti ad ernioplastica inguinale con protesi; alla fine della discussione essi hanno firmato il consenso informato per autorizzare la procedura chirurgica.

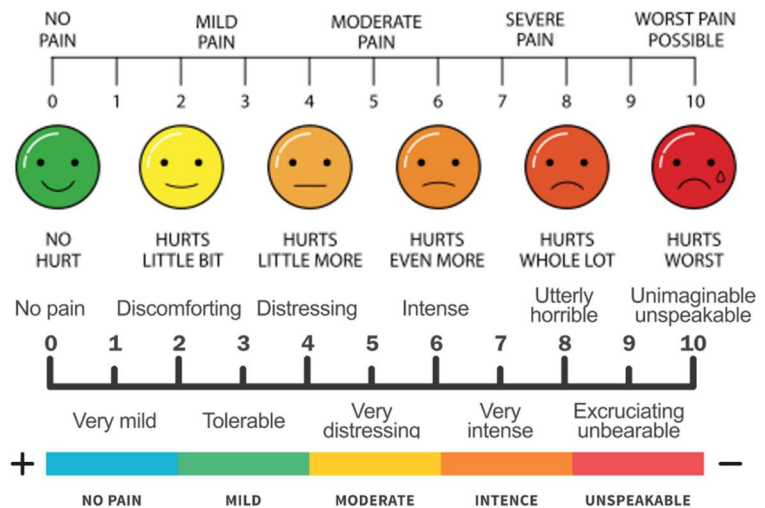
Per lo studio è stata condotta un'analisi avvalendosi dei dati presenti nelle cartelle cliniche, negli atti operatori e della scheda di valutazione.

La ricerca e l'analisi dei dati è stata fatta in modo rigoroso e scientifico, in modo che fosse significativo in termini statistici.

VARIABILI ANALIZZATE

Le variabili prese in analisi sono state:

- Analgesia intraoperatoria
- Percezione del dolore intraoperatorio
- Nel post-operatorio è stato chiesto ai pazienti di compilare la scheda di valutazione utilizzando la Universal Visual Analogue Scale (VAS) conversion
- Restrizione idrica nel post-operatorio, con la necessità di cateterismo vescicale



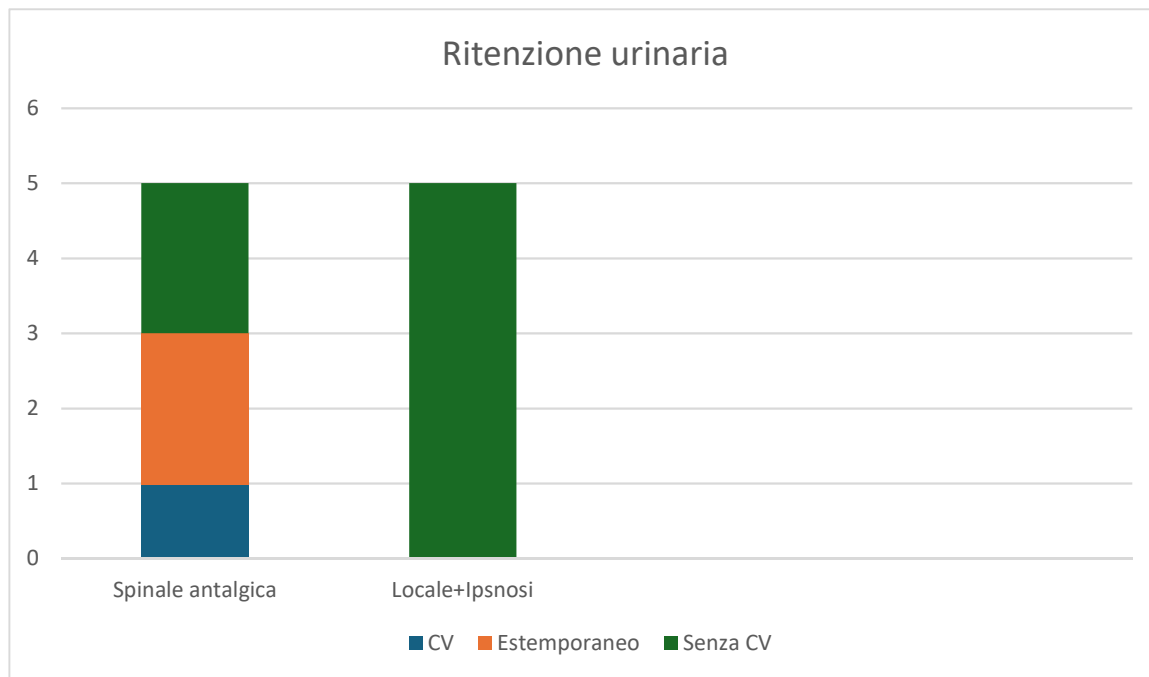
E stata utilizzata una scheda di valutazione compilata e firmata dai pazienti (Fig 1)

METODOLOGIA E STATISTICA

È stata condotta un'analisi di coorte esplorando la tecnica anestesiológica in rapporto alla comunicazione ipnotica

- In ciascun gruppo è stata somministrata (Lidocaina) all'inguine nella zona dell'incisione
- Somministrazione di Fentanil 0,05mg
- In caso di intolleranza del paziente alla procedura nonostante l'uso del farmaco è stata applicato l'utilizzo di Midazolam.

RISULTATI



Gruppo A

Dei 5 pz 3 sono stati sottoposti a cateterismo vescicale, 2 sono stati sottoposti a cateterismo estemporaneo, ed uno ha rimosso il CV il mattino successivo alla procedura con ripresa della diuresi spontanea attiva.

Nel post-operatorio 4 pazienti hanno riferito dolore per cui è stata necessaria la somministrazione sia di Paracetamolo che di Toradol

Gruppo B

5 pazienti sono stati sottoposti ad ernioplastica inguinale in anestesia locale con comunicazione ipnotica. Dei 5 pazienti solo con 3 la comunicazione ipnotica è stata efficace durante la procedura per altri due pazienti è stata necessaria la somministrazione aggiunti di Midazolam.

Per 2 pazienti la comunicazione ipnotica non è stata efficace per svariati motivi, in primis, probabilmente, l'inesperienza.

Per tempistiche, la procedura è stata svolta in sala operatoria. La prima fase dell'ipnosi (pre-talk) è stata svolta direttamente sul lettino operatorio, nella pre-sala, dove il paziente staziona per svariato tempo prima di entrare nella sala operatoria. In tale occasione ho istaurato il rapport e la condivisione degli obiettivi terapeutici, in questo modo ho potuto individuare eventuali canali comunicativi preferenziali.

Una volta entrati in sala operatoria, è iniziata l'induzione utilizzando tecniche di focalizzazione interna o esterna, favorita anche dal ricalco, ossia la tecnica comunicativa mediante la quale l'operatore riproponeva al paziente atteggiamenti, posture o modalità espressive da lui manifestate, con l'intento non di imitarle, ma di accoglierle e restituirle in forma leggermente modulata. Tale procedura permetteva al paziente di sentirsi compreso e riconosciuto, favorendo così la creazione di un clima di fiducia, l'abbassamento delle difese critiche e l'apertura a una più profonda collaborazione.

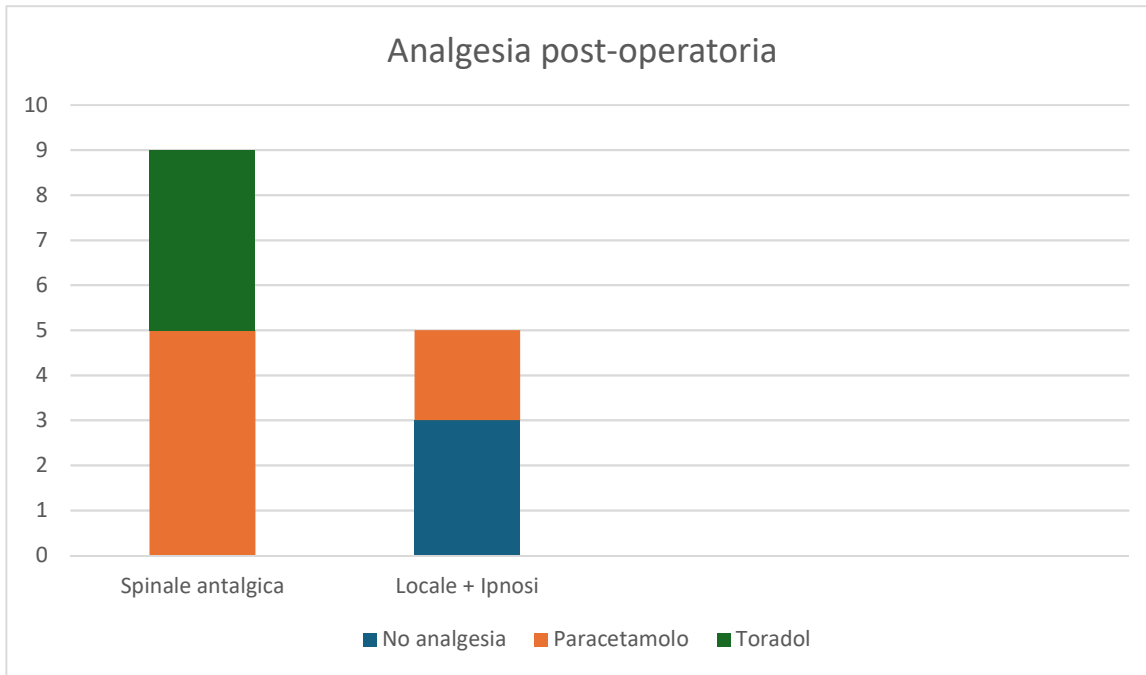
Successivamente ho eseguito delle suggestioni di rilassamento muscolare e di analgesia, sottoposti a ratifica (eseguita anestesia locale). Durante le procedure la disinfezione con clorexidina sulla sede dell'intervento, ho proposto suggestioni di analgesia (ghiaccio che rende la zona cutanea perfettamente fredda, piacevolmente insensibile). Successivamente il paziente è stato coperto con telo sterile e l'intervento ha avuto inizio.

Nel "corpo" dell'ipnosi, il paziente veniva condotto in uno stato ipnotico tramite suggestioni mirate in accordo con il contratto terapeutico concordato, finalizzate all'intensificazione del rilassamento muscolare e all'analgesia.

Prima della de-induzione, è stato instaurato un ancoraggio – un elemento verbale o ideomotorio che permetteva di ancorare lo stato ipnotico desiderato. Seguiva la de-induzione, ovvero la graduale restituzione del paziente allo stato di coscienza ordinaria, con domande legate alla procedura appena trascorsa.

Successiva reinduzione allo stato di ipnosi e de-induzione con fine della procedura.

Dei 3 pazienti nel post-operatorio il dolore è risultato controllato, l'unico farmaco somministrato è stato il Paracetamolo



DISCUSSIONE

I casi clinici presentati hanno consentito di confermare in modo significativo come nella pratica clinica nell'ernioplastica inguinale, la comunicazione ipnotica sia una strategia analgesica semplice ed estremamente efficace che può essere agevolmente integrata alla analgesia tradizionale al fine di ridurre il dolore, la dose di farmaci analgesici impiegati durante tali procedure e la riduzione della necessità di cateterismo vescicale.

Queste considerazioni confermano in parte quanto suggerito dalla letteratura: sicuramente queste evidenze possono e devono essere interpretate come spunti di riflessione per generare ipotesi di lavoro per studi scientifici di più ampia portata.

Da sottolineare quanto la pratica clinica sia fondamentale per ottenere dei risultati.

Sono necessari ulteriori studi soprattutto in ambito Chirurgico per avere la reale certezza statistica di quanto emerso nello studio condotto.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Pélissier. Anatomia chirurgica delle ernie inguinali. *Encycl Méd Chir, Tecniche chirurgiche-Addominale*, 40-105, 2000, 9 p.
- [2]. R. Bhosale, M. Patnana, C. Viswanathan, J. Szklaruk. The Inguinal Canal: Anatomy and Imaging Features of Common and Uncommon Masses. *RadioGraphics* 2008; 28:819e35
- [3]. L. Shadbolt, S. B. J. Heinze, R. B. Dietrich. Imaging of Groin Masses: Inguinal Anatomy and Pathologic Conditions Revisited. *RadioGraphics* 2001; 21:S261–S271
- [4] M P Simons -European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patient-Hernia. 2009 Jul 28;13(4):343–403. doi: 10.1007/s10029-009-0529-7
- [5] HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1-165.
- [6] Beard JH, Ohene-Yeboah M, Tabiri S, Amoako JKA, Abantanga FA, Sims CA, Nordin P, Wladis A, Harris HW, Löfgren J. Outcomes After Inguinal Hernia Repair With Mesh Performed by Medical Doctors and Surgeons in Ghana. *JAMA Surg*. 2019 Sep 1;154(9):853-859.
- [7] Schroeder AD, Tubre DJ, Voigt C, Filipi CJ. The State of Surgical Task Sharing for Inguinal Hernia Repair in Limited-Resource Countries. *World J Surg*. 2020 Jun;44(6):1719-1726.
- [8]Gultekin FA, Kurukahvecioglu O, Karamercan A, Ege B, Ersoy E, Tatlicioglu E (2007) A prospective comparison of local and spinal anesthesia for inguinal hernia repair. *Hernia* 11:153–156
- [9]O'Dwyer PJ, Serpell MG, Millar K, Paterson C, Young D, Hair A, Courtney CA, Horgan P, Kumar S, Walker A, Ford I (2003) Local or general anesthesia for open hernia repair: a randomized trial. *Ann Surg* 237:574–579

- [10] van Veen RN, Mahabier C, Dawson I, Hop WC, Kok NF, Lange JF, Jeekel J (2008) Spinal or local anesthesia in lichtenstein hernia repair: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 247:428–433
- [11] Wobst A.H.K. Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anesth Analg.* 2007;104:1199–1208. doi: 10.1213/01.ane.0000260616.49050.6d.
- [12] Granone- Trattato di Ipnosi Volume 1
- [13] E. Casiglia, L. Schiavon, V. Tikhonoff, et al. Hypnosis Prevents the Cardiovascular Response to Cold Pressor Test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2007, 49,255-266.
- [14] E. Casiglia, P.Rempelou, V. Tikhonoff, et al. Hypnotic Focused Analgesia Obtained through Body Dysmorphism Prevents Both Pain and Its Cardiovascular Effects. *Sleep and Hypnosis*, 2016. 19, 89-95.
- [15] G. R. Elkins, A. F. Barabasz, J.R. Council, et al. Advancing research and practice: the revised APA division 30 definition of hypnosis. *Int. Clon. Exp. Hypn.* 63 (2015) 1-9.
- [16] E. Casiglia, F. Albertini, V. Tikhonoff, et al. Experimental Approach to the Transmission of Information in Hypnosis. *Psychology*, 2018. 9, 1-13.
- [17] E. Casiglia, S. Schiff, V. Tikhonoff, et al. Neurophysiological Correlates of Post-Hypnotic Alexia. A Controlled Study with Stroop Test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, (2010). 52, 219-234.
- [18] E. Casiglia, F. Finatti, V. Tikhonoff, et al. Mechanisms of Hypnotic Analgesia Explained by Functional Magnetic Resonance Imaging. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, (2018). 68:1, 1-15.
- [19] E. Casiglia, V. Tikhonoff, E. Facco. The Unconscious Experimentally Demonstrated by Means of Hypnosis. *Psychology*, 2016, 7, 469-479
- [20] K. Priftis, S. Schiff, V. Tikhonoff, et al. Hypnosis Meets Neurosciences: Simulating Visuospatial Neglect in Healthy Participants. *Nuropsychologia*, 2011, 49, 3346-3350.

[21] E. Casiglia, P. Rempelou, V. Tikhonoff, et al. Hypnotic General Anesthesia vs. Focused Analgesia in Preventing Pain and Its Cardiovascular Effects. ATINER's Conference Paper Series, 2015 INM2015-1638.

[22] R. Melzack, & , P. D Wall. Pain Mechanisms: A New Theory. Science, 1965, 150, 971-979.

[23] M. H. Ossipov, G. O. Dussor, & F. Porreca. Central Modulation of Pain. Journal of Clinical Investigation, 2010, 120, 3779-3787.

[24]B. D. Kiernan, J. R Dane, L. H. Phillips, et al. Hypnotic Analgesia Re-duces R-III Nociceptive Reflex: Further Evidence Concerning the Multifactorial Nature of Hypnotic Analgesia. Pain, 1995, 60, 39-47.

[25]G. Sandrini, I. Milanov, S. Malaguti et al. Effects of Hypnosis on Diffuse Noxious Inhibitory Controls. Physiology & Behaviour, 2000, 69, 295-300.

[26] Hilgard, E. R. Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action. 1977, New York, NY: Wiley.

[27] E. Casiglia, F. Finatti, V. Tikhonoff, et al. Mechanisms of hypnotic analgesia explained by functional magnetic resonance (fMRI). Int J Exp hypn. 2020;68 (1): 1-15.

[28] T. Adachi, H. Fujino, A. Nakae, et al. A Meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological intervention, Int. J. Clin. Exp. Hypn. 62 (1) (2014) 1-28.

[29] A.H.K. Wobst, Hypnosis and surgery: past, present and future. Anesth. Analg.104 (5) (2007) 1199-1208.

[30] Hannah G Jones- Adjunctive use of hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis Pain Rep . 2024 Sep 10;9(5):e1185. doi: 10.1097/PR9.0000000000001185

[31] Rebuscini, S. (2020). "Ipnosi medica e chirurgia: dalle evidenze alla pratica". IPNOMED.

[32] Ospedale di Terni (2023). "Intervento neurochirurgico in ipnosi".