



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

**Anno 2025**

**Ipnosi nel dolore pelvico cronico, studio osservazionale ed analisi della  
letteratura**

**Candidato**

Dott. Marsengo Riccardo

**Relatore** Dott. Rocco Iannini

**Correlatore** Dott. Claudio Elbetti

## **INDICE**

### **ABSTRACT**

#### **1. INTRODUZIONE**

##### 1.1 Dolore pelvico cronico (CPP)

###### 1.1.1 Impatto, incidenza e difficoltà del CPP

###### 1.1.2 Limiti degli interventi convenzionali e necessità di approcci complementari

##### 1.2 L'ipnosi come terapia mente-corpo

###### 1.2.1 Meccanismo d'azione

###### 1.2.2 Efficacia nel dolore cronico

##### 1.3 Ipnosi terapia e dolore pelvico cronico: una lacuna da colmare

##### 1.4 Studio osservazionale: ipnosi e dolore pelvico cronico

#### **2. METODOLOGIA**

##### 2.1 Campione

##### 2.2 Intervento

##### 2.3 Follow-up

#### **3. RISULTATI**

#### **4. DISCUSSIONE e CONCLUSIONE**

#### **5. BIBLIOGRAFIA**

## **ABSTRACT**

**Introduzione:** Il Dolore Pelvico Cronico (CPP) è una sindrome debilitante e multifattoriale, definita dalla persistenza del dolore per oltre sei mesi, con un impatto significativo sulla qualità della vita e una incidenza stimata tra il 5,7% e il 26,6%. I limiti degli interventi convenzionali (farmacologici e chirurgici) e la natura complessa della condizione rendono essenziali gli approcci multidisciplinari e le terapie mente-corpo, come raccomandato dalle attuali linee guida. L'ipnosi ha dimostrato una significativa efficacia nel trattamento del dolore cronico non cefalico e nelle sindromi dolorose funzionali correlate all'area pelvica, come la Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS), ma il suo ruolo specifico nel CPP è attualmente sottovalutato e poco studiato.

**Obiettivo:** Il presente studio osservazionale pilota mira ad esplorare l'efficacia iniziale di un breve intervento di ipnosi terapia sulla percezione del dolore in un piccolo campione di pazienti affetti da CPP, evidenziando le lacune nella letteratura e la necessità di future ricerche.

**Metodologia:** Sono stati arruolati 9 pazienti (età media 68 anni) con CPP di durata superiore a sei mesi. Ciascun paziente ha ricevuto due sessioni individuali di ipnosi (T0 e T1) con suggerimenti focalizzati su rilassamento profondo e regolazione somatica. L'intensità del dolore è stata misurata tramite la Scala Analogica Visiva (VAS), con follow-up (T2) a un mese dall'ultima sessione. Il successo è stato definito come una riduzione clinicamente significativa del punteggio basale.

**Risultati:** Al follow-up, 3 pazienti su 9 (33,3%) hanno manifestato una riduzione clinicamente significativa del dolore (VAS). 4 pazienti su 9 (44,4%) non hanno avuto cambiamenti nel punteggio VAS, ma hanno riportato un beneficio nella gestione dei loro trigger stressogeni, esprimendo la volontà di proseguire la terapia. Un tasso di drop-out del 22,2% (2 pazienti) ha limitato l'analisi.

**Discussione e Conclusioni:** I risultati preliminari indicano che un sottogruppo di pazienti con CPP può beneficiare di un breve ciclo di ipnosi terapia. Data la numerosità campionaria estremamente ridotta e l'alto tasso di drop-out, non è possibile trarre conclusioni generalizzabili. Tuttavia, i dati rafforzano la visione di un approccio multidisciplinare corpo-mente e sottolineano l'urgente necessità di condurre studi randomizzati controllati (RCT) di alta qualità per standardizzare protocolli e valutare l'ipnosi come componente essenziale nella gestione del CPP.

## INTRODUZIONE

### 1.1 DOLORE PELVICO CRONICO (CPP)

Il **Dolore Pelvico Cronico (CPP)** rappresenta una condizione debilitante e complessa, definita dalla presenza di dolore continuo o ricorrente, ciclico o non ciclico, che **persiste per oltre sei mesi** e che limita significativamente le attività quotidiane o causa disabilità funzionale<sup>1</sup>. Non è una singola malattia, ma una sindrome multifattoriale che coinvolge una serie di variabili dell'individuo, da quella muscolo-scheletrica, miofasciale, proctologica, urologica e psicologica<sup>2</sup>.

#### 1.1.1 Impatto, incidenza e difficoltà del CPP

Il CPP è un problema di salute pubblica diffuso, che colpisce tra il **5,7% e il 26,6%** delle persone, in prevalenza di sesso femminile<sup>3</sup>. Nonostante l'alta incidenza, la condizione è spesso sottodiagnosticata o non trattata. Si stima che solo un terzo delle persone colpite cerchi assistenza medica e solo circa la metà di coloro che lo fanno riceva una diagnosi conclusiva<sup>4</sup>.

L'impatto del CPP sulla vita del singolo individuo va ben oltre la percezione fisica del dolore, la condizione infatti altera drasticamente la qualità di vita. Un esempio è il fatto che oltre la metà delle donne che ricevono una diagnosi di CPP dicono di avere una ridotta mobilità, di avere la necessità di assumere analgesici o di aver bisogno di riposo durante le attività quotidiane e di aver sperimentato un impatto negativo di questo stato sulle interazioni sociali<sup>5</sup>.

I disturbi comunemente associati includono letargia, affaticamento, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali e preoccupazioni riguardo alla causa sottostante. Inoltre, è stata osservata una maggiore incidenza di comorbidità psicologiche come ansia e depressione nei pazienti con CPP<sup>6</sup>.

#### 1.1.2 Limiti degli Interventi Convenzionali e Necessità di Approcci Complementari

Tradizionalmente, la gestione farmacologica del dolore inizia con analgesici da banco, progredendo a combinazioni di farmaci antinfiammatori non steroidei (**FANS**) e, in alcuni casi, **oppioidi**<sup>6</sup>. Tuttavia, questi approcci presentano notevoli inconvenienti:

- **FANS** possono causare complicazioni cardiovascolari e gastrointestinali a lungo termine<sup>7</sup>.

- **Opioidi** sono particolarmente problematici a causa del rischio di dipendenza fisica e dell'aumento della mortalità generale riscontrata nella popolazione anziana<sup>8</sup>.

Alla luce dell'insoddisfazione generale per gli interventi farmacologici che portano con sé diversi effetti collaterali e la complessità multifattoriale della sindrome, il CPP viene gestito in modo più efficace da un team multidisciplinare<sup>9</sup>.

Le attuali linee guida raccomandano dunque delle terapie che tengano in considerazione e si prendano carico dell'individuo nella sua totalità di corpo e mente (terapie mente-corpo) preferibili rispetto alla sola farmacoterapia e alla chirurgia<sup>6</sup>.

## 1.2 L'IPNOSI COME TERAPIA MENTE-CORPO

L'**ipnosi terapia** è un'interazione terapeutica mente-corpo che ha dimostrato una significativa efficacia clinica nel trattamento del dolore, del dolore cronico e dei disturbi dell'umore<sup>10</sup>. Nonostante i suoi meccanismi di base siano ancora oggetto di studio, l'ipnosi opera in modo distinto dal solo effetto placebo<sup>11</sup>.

### 1.2.1 Meccanismo d'Azione

L'ipnosi clinica induce uno stato caratterizzato da **rilassamento profondo**, **attenzione focalizzata** e una **maggiore capacità di rispondere ai suggerimenti**<sup>12</sup>.

Le tecniche di *imaging* cerebrale hanno rivelato che questo stato è associato a cambiamenti neurali distinti<sup>13</sup>:

- Una **riduzione dell'attività** nella corteccia cingolata anteriore dorsale (dACC).
- Un **aumento della connettività funzionale** tra la corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) e l'insula.
- Una **riduzione della connettività** tra la DLPFC e la rete di *default*/cingolata posteriore (PCC).

Questi cambiamenti nelle interconnessioni neurali facilitano una migliore regolazione somatica ed emotiva, permettendo al terapeuta di impiantare nuovi modi di pensare e rispondere al dolore attraverso dei suggerimenti. A differenza della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che guida i pazienti a riformulare consciamente i pensieri, l'ipnosi mira a rendere le nuove risposte **automatiche e meno faticose**<sup>14</sup>.

### 1.2.2 Efficacia nel Dolore Cronico

L'efficacia dell'ipnosi terapia è ben supportata in diverse condizioni di dolore cronico:

- **Dolore Cronico Non Cefalico:** Meta-analisi indicano che l'ipnosi terapia è efficace del trattamento abituale del paziente affetto da dolore cronico non cefalico<sup>15</sup>.
- **Dolore Funzionale Intestinale:** L'ipnosi terapia diretta all'intestino (G-DH) è un intervento standardizzato e ha dimostrato un successo notevole nel trattamento della Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS) e del Dolore Addominale Funzionale (FAP), con un'efficacia paragonabile a quella della dieta. Si ipotizza che la sua efficacia sia dovuta alla modulazione della nocicezione viscerale e all'aumento dell'attività parasimpatica<sup>16</sup>.
- **Altre Condizioni:** Include anche cefalee, dolore correlato al cancro<sup>17</sup>, fibromialgia<sup>18</sup> e altre forme di dolore persistente<sup>19</sup>.

### 1.3 IPNOSI TERAPIA E DOLORE PELVICO CRONICO: Una Lacuna da Colmare

Nonostante l'efficacia ampiamente documentata dell'ipnosi terapia come trattamento per condizioni correlate a dolore (comprese malattie che causano CPP come la cistite interstiziale<sup>20</sup>), è sorprendente che il suo ruolo nel trattamento del CPP non sia stato preso maggiormente in considerazione come focus per la ricerca<sup>21</sup>.

La presente tesi mira a indagare l'uso dell'ipnosi nel trattamento del dolore pelvico cronico (CPP) – in particolare prendendo in considerazione come punti di riferimento e di analisi il dolore percepito– eseguendo una sintesi critica dei pochi studi clinici randomizzati esistenti.

L'obiettivo è evidenziare le lacune nella letteratura attuale per mettere alla luce e dare priorità alle future direzioni della ricerca, specialmente considerando il successo che gli approcci standardizzati come la G-DH hanno avuto in condizioni di dolore correlate all'area pelvica<sup>16</sup>.

### 1.4 STUDIO OSSERVAZIONALE: Ipnosi e Dolore Pelvico Cronico (CPP)

Questo studio osservazionale pilota è stato progettato per esplorare l'efficacia iniziale di un breve intervento di ipnosi sul **Dolore Pelvico Cronico (CPP)** in un piccolo campione di pazienti. Il CPP è una condizione multifattoriale e debilitante che richiede spesso approcci complementari, come l'ipnosi terapia<sup>1</sup>. L'ipnosi, una terapia mente-corpo che modula la risposta individuale al dolore tramite monoideismi plastici<sup>13</sup>, è stata efficace in altre

sindromi dolorose funzionali, come la Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS)<sup>16</sup>. Data la limitata ricerca specifica sull'ipnosi per il CPP<sup>22</sup>, un'indagine preliminare è giustificata.

## **METODOLOGIA**

### **2.1 Campione**

Sono stati arruolati **9 pazienti** (4 di sesso maschile e 5 di sesso femminile, età media 68 anni) affetti da **Dolore Pelvico Cronico** con durata superiore a sei mesi (criterio di inclusione per CPP <sup>6</sup>).

I pazienti sono stati estrapolati da un elenco di casi seguiti presso il nostro centro di riabilitazione del pavimento pelvico da più di sei mesi senza apparente beneficio.

I soggetti hanno dichiarato di aver chiesto supporto a diversi specialisti senza mai ottenere un risultato a loro soddisfacente sia in termini di terapia farmacologica e men che meno di supporto psicologico.

### **2.2 Intervento**

Ciascun paziente ha ricevuto **due sessioni individuali di ipnosi** in due mesi consecutivi (T0 e T1).

Le sessioni sono state svolte di pomeriggio in un ambulatorio dedicato presso la nostra struttura ospedaliera contenente un lettino per far accomodare il paziente ed una scrivania. Al paziente è stato fatto firmare un consenso informato e le sessioni di ipnosi hanno avuto una durata massima di 45 minuti.

Durante la sessione ci siamo concentrati su suggerimenti per il rilassamento profondo, la regolazione somatica e la riduzione della percezione del dolore, mediante l'uso di monoideismi plastici e metafore, le quali sono state create in base al vissuto del soggetto, sempre prendendo in considerazione le informazioni avute nel pre-talk.

I pazienti sono andati in trance attraverso l'uso della tecnica del *eye roll*.

Ho spiegato ai pazienti il pavimento pelvico utilizzando l'immagine mentale di un gazebo sorretto dai pilastri dove questi pilastri sono legati al pube, alla cresta iliaca ed al coccige (informando il paziente di queste zone con pressione delicata della mano).

Le metafore sono state elaborate per far percepire al paziente la tensione della propria tenda che doveva essere graduale e omogenea ponendo l'attenzione sul fatto che il dolore che sentono è dovuto ad un disequilibrio di tensione di questa tenda portandoli quindi a sciogliere la tensione rilassando il pilastro coinvolto in modo da far tornare la tenda tesa e omogenea come dovrebbe essere.

### **2.3 Follow-up**

La scala analogica visiva (VAS) è stata utilizzata come misura principale dell'intensità del dolore. Il miglioramento è stato definito come una riduzione clinicamente significativa ( $\geq$  30% del punteggio basale) o come un miglioramento percepito e riportato come "beneficio" dal paziente. Il miglioramento è stato valutato un mese dopo l'ultima sessione di ipnosi (T2).

I pazienti coinvolti sono tornati a visita un mese dopo l'ultima seduta e sono stati accolti chiedendo di valutare il dolore cronico ed il suo miglioramento o peggioramento mediante una scala VAS. Ho chiesto di descrivere il loro vissuto post-trattamento e se il cambiamento e la modulazione nocicettiva avesse cambiato le loro abitudini quotidiane in meglio o in peggio. La visita si è poi conclusa con una presa in carico dei soggetti tenendo conto di un drop out di due persone, i restanti 7 pazienti hanno espresso la volontà di poter continuare delle sedute di terapia per provare ad avere un maggior beneficio.

## RISULTATI

Su un totale di 9 pazienti arruolati, i risultati osservati al follow-up (T2) sono stati:

Risultato al Follow-up (T2)	Numero di Pazienti ( <i>n</i> )	Percentuale (%)
<b>Miglioramento del Dolore</b>	3	33.3%
<b>Nessun Beneficio Riportato</b>	4	44.4%
<b>Perduti al Follow-up (Drop-out)</b>	2	22.2%
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

I pazienti che, interrogati dopo un mese dall'ultima seduta di ipnoterapia, hanno avuto una riduzione clinicamente significativa del dolore calcolato con la scala VAS sono stati 3 (2 femmine e 1 maschio) su 9 pazienti (33,3%). Mentre 4 pazienti su 9 (44,4%) non hanno manifestato cambiamento nella percezione del dolore (VAS) e nessun beneficio soggettivo, sebbene ritengano di voler continuare le sedute di terapia in quanto hanno avuto un beneficio a livello dei loro trigger stressogeni.

Purtroppo, 2 pazienti, entrambi di sesso maschile, su 9 (22,2%) non si sono più ripresentati alle visite ed è stato per me impossibile reperirli per cui non hanno più risposto al follow-up post-intervento, limitando così ulteriormente l'analisi e la numerosità campionaria.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questi risultati preliminari indicano che un piccolo sottogruppo di pazienti con CPP può trarre beneficio da un breve (due sessioni) ciclo di ipnosi. La variabilità nella risposta è attesa, poiché l'efficacia dell'ipnosi può essere influenzata dalla suscettibilità individuale e dalla natura multifattoriale del CPP. Anche il *drop-out* di 2 pazienti può essere spiegato dalla mia iniziale esperienza nella metodica. Il buon risultato sugli altri pazienti è per me un incentivo a continuare con un follow up mensile e migliorare la mia tecnica ipnotica.

È fondamentale notare che la **numerosità campionaria estremamente ridotta (9 individui) e l'alto tasso di *drop-out* (22.2%)** impediscono di trarre conclusioni definitive o generalizzabili sul ruolo dell'ipnosi nel trattamento del CPP.

Questi risultati però rafforzano la necessità di studi randomizzati controllati di alta qualità, come raccomandato dalla letteratura, che utilizzino protocolli standardizzati e misurino una varietà di esiti (inclusi ansia, depressione e qualità della vita)<sup>6</sup>.

In conclusione, direi che è fondamentale prendersi cura del paziente nella sua totalità di corpo e mente ed approcciarsi al dolore cronico che sia esso di origine pelvica o meno in modo multidisciplinare. Questi risultati mi hanno portato a proporre ai pazienti questa mia visione della pratica medica che pone l'interesse non solo sulla componente fisica ma anche sul piano mentale e di dare a loro la possibilità di sperimentare anche questa possibile via terapeutica per il trattamento del loro disagio cronico.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] H. Arksey, L. O'Malley (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *Int. J. Soc. Res. Methodol.* 8 (1) 19–32.
- [2] Daniels JP, Khan KS (2010). Chronic pelvic pain in women. *BMJ.* Oct 5;341:c4834. doi: 10.1136/bmj.c4834. PMID: 20923840.
- [3] A. Yosef, C. Allaire, C. Williams, A.G. Ahmed, T. Al-Hussaini, M.S. Abdellah, F. Wong, S. Lisonkova, P.J. Yong (2016). Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 215 (6) 760.e761-760.e714.
- [4] A. Ahangari (2014). Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review, *Pain Physician* 17 (2) e141–147.
- [5] A.M. Dydyk, N. Gupta (2021). Chronic pelvic pain, in: *StatPearls [Internet]*, StatPearls Publishing, 2021.
- [6] D.S. Engeler, A.P. Baranowski, P. Dinis-Oliveira, S. Elneil, J. Hughes, E. J. Messelink, A. van Ophoven, A.C. Williams (2013). The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 Years of development, *Eur. Urol.* 64 (3) 431–439.
- [7] C. Sostres, C.J. Gargallo, M.T. Arroyo, A. Lanás (2010). Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract, *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 24 (2) 121–132.
- [8] J. Lyden, I.A. Binswanger (2019). The United States opioid epidemic, *Semin. Perinatol.* 43 (3) 123–131.
- [9] J.F. Jarrell, G.A. Vilos, C. Allaire, S. Burgess, C. Fortin, R. Gerwin, L. Lapensee, R. H. Lea, N.A. Leyland, P. Martyn (2018). No. 164-consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain, *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 40 (11) e747–787.
- [10] A. Alladin (2012). Cognitive hypnotherapy for major depressive disorder, *Am. J. Clin. Hypn.* 54 (4) 275–293.
- [11] G. Elkins, M.P. Jensen, D.R. Patterson (2007). Hypnotherapy for the management of

chronic pain, *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 55 (3) 275–287.

[12] E.J. Frischholz, Hypnosis, hypnotizability, and placebo (2014), *Am. J. Clin. Hypn.* 57 (2) 165–174.

[13] H. Jiang, M.P. White, M.D. Greicius, L.C. Waelde, D. Spiegel (2016). Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis, *Cerebr. Cortex* 27 (8) 4083–4093.

[14] G.R. Elkins, A.F. Barabasz, J.R. Council, D. Spiegel (2015). Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis, *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 63 (1) 1–9.

[15] N. Flynn (2018). Systematic review of the effectiveness of hypnosis for the management of headache, *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 66 (4) 343–352.

[16] C.J. Black, E.R. Thakur, L.A. Houghton, E.M.M. Quigley, P. Moayyedi, A.C. Ford (2020). Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis, *Gut* 69 (8) 1441–1451.

[17] P. Singh, A. Chaturvedi (2015). Complementary and alternative medicine in cancer pain management: a systematic review, *Indian J. Palliat. Care* 21 (1) 105–115.

[18] N. Zech, E. Hansen, K. Bernardy, W. Hauser (2017). Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Eur. J. Pain* 21 (2) 217–227.

[19] D.A. Taylor, K.A. Genkov (2020). Hypnotherapy for the treatment of persistent pain: a literature review, *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* 26 (2) 157–161.

[20] D.J. Carrico, K.M. Peters, A.C. Diokno (2008). Guided imagery for women with interstitial cystitis: results of a prospective, randomized controlled pilot study, *J. Alternative Compl. Med.* 14 (1) 53–60.

[21] R.M. Dorcus, F.J. Kirkner (1948). The use of hypnosis in the suppression of intractable pain, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 43 (2) 237–239.

[22] T. Thompson, D.B. Terhune, C. Oram, J. Sharangparni, R. Rouf, M. Solmi, N. Veronese, B. Stubbs (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: a systematic

review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials, *Neurosci. Biobehav. Rev.* 99 (1) 298–310.