



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA
Anno 2025**

**Utilizzo dell'ipnosi nell'isteroscopia ambulatoriale *office*
per la gestione del dolore e dell'ansia**

Candidato
Simona Martone

Relatore
Rocco Iannini

Correlatore
Daniela Nicolosi

Introduzione

L'isteroscopia è l'esame *gold standard* per la valutazione delle patologie uterine intracavitarie. L'esame endoscopico consiste nell'introduzione in cavità uterina di un isteroscopio, generalmente rigido, a flusso continuo, talvolta dotato di canale operativo attraverso il quale può essere introdotta la strumentazione dedicata per il trattamento di specifiche patologie.

La possibilità di effettuare l'isteroscopia in un *setting* ambulatoriale (approccio *office*), la rende oggi un esame veloce, economico e sicuro per le pazienti (Cicinelli *et al.* 2003; De Angelis *et al.* 2003). Il *setting* ambulatoriale prevede l'esecuzione dell'esame in un ambiente adeguato, con attrezzatura idonea e spazi dedicati all'accoglienza e alla vestizione delle pazienti. È necessario disporre inoltre di un carrello per la rianimazione e una zona dedicata alla permanenza delle pazienti dopo il termine dell'esame dove sia possibile fornire assistenza e/o conforto. Non è necessario svolgere l'esame in sala operatoria perché questo, oltre a contribuire alla generazione di ansia, annulla i vantaggi economici associati alla procedura ambulatoriale. L'approccio isteroscopico ambulatoriale *office* aggiunge il vantaggio di poter diagnosticare e trattare (approccio *see and treat*) in un unico tempo determinate patologie, eliminando i rischi connessi all'anestesia e abbattendo i costi del trattamento (H. O'Flynn *et al.* 2011; M. Connor *et al.* 2015). Grazie alle tecnologie sempre più avanzate, l'isteroscopia è considerata oggi una tecnica miniminvasiva con un'elevata sensibilità e specificità con un basso tasso di complicanze (Bettocchi *et al.* 1996; Keyhan *et al.* 2014). Le evidenze supportano sempre maggiormente l'approccio ambulatoriale rispetto alla sedazione in sala operatoria e negli ultimi 20 anni, l'implementazione della tecnologia e della strumentazione miniaturizzata, hanno consentito di aumentare il numero di patologie che possono essere approcciate ambulatorialmente riducendo contestualmente al minimo il *discomfort* causato dall'esame. Tuttavia, per molte donne, l'isteroscopia rappresenta ancora un'esperienza dolorosa, che si accompagna ad apprensione e paura derivante dall'esecuzione in regime ambulatoriale in stato di veglia, senza l'utilizzo di anestetici (A. M. Propst *et al.* 2000). Il dolore, infatti, è la causa più comune del fallimento della procedura e rimane il principale fattore limitante l'applicazione dell'isteroscopia ambulatoriale (De Angelis *et al.* 2003; Sharma *et al.* 2005). Diversi fattori possono contribuire alla comparsa e all'esacerbazione del dolore. Alcuni, non correggibili, sono legati all'esperienza dell'operatore e alla strumentazione stessa. L'utilizzo di una pinza da collo, sebbene sconsigliato in favore di un approccio vaginoscopico senza l'utilizzo dello speculum vaginale, viene ancora praticato da operatori meno esperti o in casi particolarmente difficili, causando dolore alla paziente. Talvolta, la sola distensione della cavità ad opera del mezzo acquoso (in genere soluzione fisiologica) o l'azione degli strumenti miniaturizzati (pinze, forbici, elettrodo *ecc.*) sulle pareti

uterine, possono determinare la stimolazione del miometrio causando contrazioni uterine e, in definitiva, dolore (M.K. Kokanali *et al.* 2014). Anche le caratteristiche cliniche delle pazienti possono influire sulla percezione del dolore, ad esempio la nulliparità, il dolore pelvico cronico, l'endometriosi, la menopausa possono essere fattori predittivi positivi. Esistono tuttavia anche fattori in parte o del tutto modificabili, *in primis*, l'esperienza dell'operatore. Lo stato di apprensione e ansia rispetto all'esecuzione dell'esame possono esacerbare molto la percezione del dolore. L'ansia rispetto alla procedura può ridurre la tolleranza delle pazienti, contribuire al vissuto di un'esperienza negativa ed influenzare le decisioni future di sottoporsi nuovamente all'esame (T. Freeman-Wang *et al.* 2001). Per tale ragione, molti clinici preferiscono condurre l'isteroscopia in sala operatoria in anestesia generale, aumentando certamente i costi, il tempo di attesa e occupando le sale operatorie che potrebbero essere riservate ai casi particolarmente complessi o a patologie maggiori.

Ad oggi non esiste un *consensus* sulla gestione del dolore per l'approccio ambulatoriale dell'isteroscopia e i diversi specialisti, secondo la propria esperienza clinica, utilizzano diversi approcci farmacologici e non farmacologici, insieme ad espedienti tecnici per rendere l'esame il meno doloroso possibile. Le linee guida SIGO 2015 (SIGO 2015) scoraggiano l'istillazione routinaria di anestetico locale intracavitario o sull'esocervice, in quanto non se ne riconosce l'utilità in termini analgesici. L'applicazione di anestetico a livello intra- o pericervicale, d'altra parte, può associarsi ad una riduzione del dolore, tuttavia, non è consigliato routinariamente e riservato a casi selezionati (ad esempio strumentazione con diametro superiore a 5 mm). Diversi studi hanno valutato l'ausilio di approcci farmacologici e non farmacologici per la gestione del dolore durante l'isteroscopia ambulatoriale (G. Carta *et al.* 2012; M. Al-Sunaidi *et al.* 2007; R. Angioli *et al.* 2014; M. J. Teran-Alonso *et al.* 2014), ma i dati sono ancora limitati. Un corretto ed adeguato *counseling* preprocedurale rappresenta un elemento chiave per la buona riuscita della procedura. È infatti dimostrato come un'adeguata spiegazione della procedura, con informazioni chiare e semplici ed il chiarimento di eventuali dubbi, riduca l'ansia delle pazienti e migliori la tollerabilità all'esame (Yang 2002). L'elevata componente psicologica che caratterizza questa procedura, infatti, ha spinto la ricerca a indagare metodi alternativi per la gestione dell'ansia e del dolore, tra cui tecniche non farmacologiche come il rilassamento guidato, la musicoterapia e, più recentemente, l'ipnosi clinica. Quest'ultima, in particolare, si è dimostrata promettente nella modulazione della percezione del dolore (K Kushee-Nidhi *et al.* 2021) e nella riduzione dello stato ansioso in numerosi ambiti medici, (Lang *et al.* 2000; Faymonville *et al.* 2006). Tuttavia, la letteratura sull'argomento rimane ancora limitata e controversa.

Da qui l'idea di questo studio di utilizzare l'ipnosi per la gestione del dolore durante l'esecuzione dell'isteroscopia ambulatoriale *office*. Lo scopo del seguente studio è quello di verificare se l'ipnosi clinica, eseguita durante l'esecuzione dell'isteroscopia ambulatoriale *office*, possa migliorare la compliance delle pazienti all'esame, riducendo la necessità di farmaci per la gestione del dolore o la necessità di effettuare l'esame in sedazione. Come obiettivo secondario, quello di valutare il sanguinamento post procedurale e l'utilizzo di antidolorifici a domicilio.

Materiali e Metodi

Lo studio si configura come prospettico, caso-controllo. Da Maggio ad Settembre 2025, sono state incluse nello studio tutte le pazienti che dovevano sottoporsi ad isteroscopia in regime ambulatoriale (*outpatient*). Tutte le pazienti sono state sottoposte allo stesso protocollo operativo: valutazione clinica ed anamnestica, ecografia transvaginale, isteroscopia con strumentazione dedicata (e/o eventuale isteroscopia operativa con utilizzo di strumenti miniaturizzati).

Tutte le pazienti incluse nello studio giungevano per esecuzione di isteroscopia in regime ambulatoriale con indicazione clinica supportata da esame ecografico transvaginale preliminare. Per l'approccio *outpatient office* non era prevista la somministrazione di anestesia locale o sedazione.

Le pazienti sono state suddivise in due gruppi. Il Gruppo A comprende le pazienti che sono state sottoposte ad isteroscopia ambulatoriale con ausilio di ipnosi clinica; il Gruppo B le pazienti sottoposte ad isteroscopia ambulatoriale con tecnica *standard*. Le pazienti sono state assegnate casualmente ai due gruppi, che presentavano comunque caratteristiche demografiche simili.

Tutte le pazienti incluse nello studio sono state trattate chirurgicamente dallo stesso chirurgo specializzato nell'approccio ambulatoriale dell'isteroscopia diagnostica e operativa.

Le pazienti sono state randomizzate casualmente per ricevere l'ipnosi clinica. Tuttavia, tutte le pazienti hanno ricevuto lo stesso *counseling* informativo durante la visita preprocedurale. Tutte le pazienti sono state informate della tecnica isteroscopica con approccio *office* ambulatoriale e della possibilità di convertire l'isteroscopia da diagnostica in operativa in caso di patologia trattabile con strumentazione miniaturizzata. Tutte le pazienti hanno firmato un consenso informato alla procedura.

Criteri di inclusione: Pazienti tra 18 e 70 anni con indicazione clinica all'esecuzione di isteroscopia in regime ambulatoriale; esecuzione preliminare di ecografia ginecologica specialistica transvaginale; capacità di comprensione e acquisizione del consenso informato alla procedura.

Criteri di esclusione: Pazienti in fase mestruale non idonea (6°-12° giorno del ciclo mestruale); pazienti con controindicazioni all'esecuzione di isteroscopia (patologia cervicale maligna, gravidanza, infezioni o infiammazioni pelviche note). Sono state inoltre escluse dallo studio pazienti con patologia psichiatrica nota che per la condizione di partenza non erano candidate ad approccio *office* ambulatoriale e/o con controindicazioni all'ipnosi. Infine, sono state escluse le pazienti che, su iniziativa propria o del curante, avevano assunto antidolorifici prima di sottoporsi alla procedura o in terapia antalgica cronica, in quanto la terapia di fondo avrebbe potuto influenzare la risposta al dolore.

Riassumiamo di seguito le fasi dello studio.

1. Preparazione e valutazione iniziale

In sala operatoria *outpatient*, le pazienti sono state accolte ed è stata raccolta l'anamnesi. Il *counseling* fornito è stato lo stesso per le pazienti appartenenti ai due gruppi. Entrambi i gruppi hanno ricevuto informazioni sulla procedura e sull'approccio *office*, così come della possibilità di convertire l'esame da diagnostico in operativo in caso di patologia compatibile con il trattamento ambulatoriale. Per tutte le pazienti è stato raccolto un consenso informato scritto, con chiarimento di eventuali dubbi.

Le pazienti del Gruppo A sono state altresì informate dell'utilizzo dell'ipnosi. L'ipnosi è stata descritta come una coscienza modificata, grazie alla quale è possibile aumentare le capacità di controllo emotivo e ridurre la percezione del dolore attraverso le parole guida dell'operatore. Alle pazienti è stato reso noto che durante l'ipnosi non è possibile manipolare né la mente né il corpo e che tutto può verificarsi solo attraverso la propria capacità di evocare immagini mentali suggerite dalla voce dell'operatore. Infine, che non è possibile in alcun modo, attraverso l'ipnosi costringere il soggetto a realizzare atti contrari all'istinto di conservazione, lesivi per la propria integrità fisica, psicologica, o contrari alle proprie convinzioni, ai propri principi etici e morali.

Successivamente, tutte le pazienti sono state sottoposte al GAD-7 (Tabella 1) per la valutazione dell'ansia con uno strumento standardizzato. Il questionario è stato compilato chiedendo alla paziente di rispondere alle domande tenendo conto di quanto la programmazione dell'isteroscopia abbia influenzato la percezione dell'ansia delle ultime due settimane. Inoltre l'ansia (Tabella 2), insieme al dolore (Tabella 3) e alla percezione della fiducia/gradimento del percorso (Tabella 4)

sono stati valutati soggettivamente utilizzando scale analogiche visive (VAS) con punteggi da 0 (minimo) a 10 (massimo).

Tabella 1. GAD-7 SCORE

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?	Mai	Alcuni giorni	Per oltre la metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Sentirsi nervosa, ansiosa, tesa	0	1	2	3
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o tenere sotto controllo le preoccupazioni	0	1	2	3
3. Preoccuparsi troppo per varie cose	0	1	2	3
4. Avere difficoltà a rilassarsi	0	1	2	3
5. Essere talmente irrequieta da far fatica a stare seduta / ferma	0	1	2	3
6. Infastidirsi o irritarsi facilmente	0	1	2	3
7. Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile	0	1	2	3
TOT				

Tabella 2.

VAS ANSIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRE-OPERATORIO											
INTRA-OPERATORIO											
POST-OPERATORIO											
NOTE:											

Tabella 3.

VAS DOLORE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRE-OPERATORIO											
INTRA-OPERATORIO											
POST-OPERATORIO											
NOTE:											

Tabella 4.

VAS FIDUCIA/GRADIMENTO PERCORSO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PRE-OPERATORIO											
INTRA-OPERATORIO											
POST-OPERATORIO											
NOTE:											

2. Ipnosi: L'ipnotismo è la tecnica attraverso la quale si induce l'ipnosi. L'ipnosi è definita come una coscienza particolare nella quale sono potenziate le funzioni ideativo-creative rispetto a quelle critico-razionali. La coscienza ipnotica, che è dinamica, permette, attraverso la realizzazione di un monoideismo plastico e della speciale relazione tra operatore e paziente, modificazioni psichiche, somatiche e viscerali (Granone, Trattato di ipnosi). Durante l'ipnosi la consapevolezza dell'ambiente esterno si riduce, mentre aumenta la focalizzazione interna. Le fasi dell'ipnosi sono descritte, per motivi didattici, come sequenziali anche se in realtà il processo è continuo.

Pre-talk: costituisce il primo contatto con il paziente ed è indispensabile per la buona riuscita dell'ipnosi. È il momento in cui si crea la relazione tra operatore e paziente. Rappresenta l'accoglienza del paziente e il dialogo che si svolge è volto all'instaurazione del rapporto di fiducia. È descritto come la definizione di uno "Yes set" o campo affermativo, contribuisce alla creazione dell'alleanza terapeutica. L'obiettivo è quello di porre domande al paziente poste in modo che egli possa rispondere solo in modo affermativo. L'obiettivo è quello di stabilire empatia, aumentare il livello di fiducia, ridurre i livelli di critica, comprendere i bisogni del paziente, creare nel paziente l'aspettativa di raggiungere il suo obiettivo stipulando un contratto terapeutico. Può essere utile in questa fase provare a comprendere il canale comunicativo dal paziente (visivo, acustico, cinestetico), in modo da poter utilizzare un codice verbale quanto più comprensibile e "vicino" a lui. **Induzione ipnotica:** stabilito il rapporto con il paziente, definito il contratto terapeutico e ottenuto il consenso informato, il paziente viene condotto nella sala apposita (nel nostro caso la sala isteroscopica), posizionato (*ndr* in posizione ginecologica) e viene effettuata l'induzione ipnotica. L'induzione può essere effettuata con molteplici tecniche, tutte accomunate dalla focalizzazione dell'attenzione del paziente al fine di potenziare le funzioni ideativo-creative rispetto a quelle critico-razionali. La focalizzazione dell'attenzione può essere esterna (su elementi dell'ambiente circostante) o interna (su parti del proprio corpo, visibili o meno o funzioni, es. la respirazione) ed è definita *monoideismo*. Il monoideismo diventa *plastico* quando l'immagine mentale è in grado di determinare un cambiamento fisico verificabile (modifiche degli atti

respiratori, della frequenza cardiaca, della pressione). Infatti, durante l'induzione ipnotica, si creano esperienze ad elevato impatto emotivo in grado di modificare il sistema neurovegetativo, di influire sulla percezione del proprio corpo, arrivando a inibire o modificare la dinamica dei movimenti volontari e, in alcuni casi, la soglia del dolore. Si verifica inoltre spesso alterazione della percezione temporale. L'operatore inizia dando ordini motivati e osservando e descrivendo i cambiamenti, anche minimi, che si verificano nel paziente. Viene enfatizzata l'evidenza di questi cambiamenti in modo che il paziente possa notarli, con il fine di aumentarne la suggestionabilità. La realizzazione del monoideismo plastico deve essere ratificata dall'ipnologo e dal paziente stesso, facendogli verificare il cambiamento avvenuto e gratificandolo. **Trance ipnotica:** il raggiungimento della trance ipnotica può essere verificato grazie ad alcuni indicatori quali l'inerzia psicomotoria, l'atonia del volto, il *flutter* palpebrale, i movimenti oculari, se gli occhi sono chiusi, tipo fase REM, la lacrimazione, il movimento di deglutizione, la tachicardia iniziale e poi la normalizzazione del battito, i muscoli rilassati, il respiro lento e regolare, ecc. **Corpo dell'ipnosi:** rappresenta il momento più importante dell'ipnosi. È il momento in cui la capacità ideativa e creativa del soggetto è massima ed egli è quindi in grado di essere permeabile a suggestioni e cambiamenti. Durante questa fase è possibile suggerire fenomeni di analgesia, anestesia e aumentata tolleranza e sopportazione al dolore. È inoltre possibile condurre il paziente ad immagini benefiche e rilassanti, suggerendogli di allontanare la mente verso una situazione piacevole (es. si può suggerirgli di essere in riva al mare, in un piacevole sentiero di montagna, alle terme ecc). Durante il momento di introduzione dello strumento isteroscopico, alle nostre pazienti viene suggerita una metafora di apertura (es. concentrando l'attenzione su un bocciolo, attraverso il passaggio di luce e calore, la paziente può verificare il suo progressivo sbocciamento). **Ancoraggio:** Al termine della procedura, è possibile fornire al paziente un gesto o una parola alla quale collegare l'esperienza vissuta in quel momento, suggerendo la possibilità di evocare lo stesso stato di benessere e rilassamento anche a domicilio, tutte le volte che se ne sente il bisogno. Tale gesto, che viene appunto definito *ancoraggio*, consente di aumentare *l'empowerment* curativo ed emotivo del paziente. **De-induzione:** dopo aver dato l'ancoraggio possiamo concludere l'esperienza ri-orientando gradualmente il paziente nel tempo e nello spazio, nel presente del qui ed ora. **Coda:** è una condizione in cui, anche se l'esperienza dell'ipnosi è terminata persino dopo una de-induzione graduale e ben eseguita, le sensazioni provate durante la *trance* ipnotica, incluso il grande rilassamento, possono persistere.

3. Monitoraggio durante il trattamento chirurgico

Tutte le pazienti sono state sottoposte ad isteroscopia ambulatoriale con approccio *office* che non prevedeva l'utilizzo di anestesia locale o sedazione.

La tecnica prevede:

- Accesso della paziente in pre-sala isteroscopica, vestizione con assistenza infermieristica;
- Accesso della paziente in sala isteroscopica;
- Posizionamento della paziente in posizione ginecologica;
- Approccio vaginoscopico senza posizionamento dello *speculum* vaginale, con riduzione al minimo il *discomfort* percepito;
- Tempo cervicoscopico: tramite l'utilizzo di soluzione fisiologica, si procede alla visualizzazione del canale cervicale, la valutazione ed eventuale lisi di aderenze, il superamento di eventuali stenosi;
- Tempo isteroscopico: valutazione della morfologia della cavità uterina, valutazione dell'endometrio e dell'eventuale patologia intracavitaria;
- Tempo operativo: previa scelta della strumentazione più idonea alla patologia specifica, trattamento mediante tecniche standardizzate.

Il tempo della procedura non ha mai superato la durata dei 20 minuti consigliata per l'approccio *office*.

Durante l'isteroscopia sono state monitorate la pressione sanguigna e la frequenza cardiaca come indicatori di stress e dolore.

Subito dopo l'intervento sono state somministrate nuovamente le scale analogiche (VAS) per l'ansia (Tabella 2), il dolore (Tabella 3) e percezione della fiducia/gradimento del percorso (Tabella 4) in riferimento alla percezione durante la procedura. È stata inoltre valutata la percezione della durata della procedura rispetto alla durata reale (registrata come percezione di durata superiore, uguale o inferiore), la necessità di terapia antidolorifica, l'impossibilità di completare la procedura in regime ambulatoriale e quindi la necessità di programmarla in sedazione.

4. Indicazioni e valutazioni post-operatorie

Nessuna terapia antalgica è stata somministrata alle pazienti durante o subito dopo il trattamento e nessuna terapia ad orario è stata impostata a domicilio; tuttavia le pazienti sono state adeguatamente informate della possibilità di assumere terapia al bisogno con paracetamolo o altri FANS. Le pazienti sono state dimesse poco dopo il termine della procedura.

Le pazienti sono state inoltre informate della possibilità di assistere a perdite vaginali acquose miste a sangue per le ore successive alla procedura. Le pazienti sono state invitate a contattare lo

specialista in caso di sintomi o segni degni di nota (sanguinamento eccessivo, dolore addominale e/o pelvico con VAS > 6/10, febbre, perdite maleodoranti).

Infine, sono state somministrate nuovamente le scale analogiche (VAS) per l'ansia (Tabella 2), il dolore (Tabella 3) e percezione della fiducia/gradimento del percorso (Tabella 4) in riferimento alla percezione soggettiva dopo la procedura.

5. *Follow up* a distanza di una settimana

Dopo una settimana, le pazienti sono state contattate dal chirurgo che ha effettuato la procedura. Per le pazienti di entrambi i gruppi è stato indagato l'utilizzo di antidolorifici a domicilio e la durata del sanguinamento (Tabella 5 e Tabella 6). Alle pazienti del Gruppo A è stata chiesta una valutazione circa l'utilità dell'ipnosi domiciliare (Tabella 7) e la frequenza dell'utilizzo dell'ancoraggio (Tabella 8).

Tabella 5.

	No sanguin.	< 1 giorno	1 giorno	> 1 giorno	> 1 settimana
DURATA DEL SANGUINAMENTO					
NOTE:					

Tabella 6.

	Sì	No
UTILIZZO DI TERAPIE A DOMICILIO		
NOTE:		

Tabella 7.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
UTILITA' DELL'IPNOSI AL DOMICILIO											
NOTE:											

Tabella 8.

	Mai	< 3 volte / settimana	> 3 volte / settimana	1 volta al giorno	< 1 volta al giorno
UTILIZZO DELL'ANCORAGGIO					
NOTE:					

I risultati sono stati elaborati applicando il test *t di Student* per verificare la differenza statistica tra le medie dei due gruppi. I risultati ottenuti sono stati classificati come non significativo (*n.s.*) se valore $p > 0.05$, significativo se valore $p < 0.05$.

Risultati

Da Maggio a Ottobre 2025 sono state incluse nello studio 30 pazienti, di cui 15 assegnate al Gruppo A e 15 assegnate al Gruppo B (Tabella 9). Le pazienti presentavano le seguenti caratteristiche:

Tabella 9. Caratteristiche delle popolazioni

	Gruppo A	Gruppo B	<i>p</i>
n°	15	15	
Età (media ± ds)	46,7 ± 12,6	47,3 ± 9,7	0,885
Parità (media ± ds)	1,07 ± 0,7	0,93 ± 0,95	0,65

Nella Tabella 10 sono riassunte le indicazioni all'isteroscopia e il tipo di strumentazione utilizzata.

Tabella 10.

	Gruppo A	Gruppo B
Indicazione (n,%)	- polipo endometriale (9, 60%); - residuo deciduo coriale (3, 20%); - biopsia endometriale (2, 13.33%); - mioma (1, 16.67%)	- polipo endometriale (8, 53.33%), - residuo deciduo coriale (1, 6.67%); - biopsia endometriale (3, 20%); - mioma (1, 16.67%); - malformazione (1, 16.67%); - lost IUD (1, 16.67%)
Strumento (%)	- Bettocchi (11, 73.33%); - miniresettore (4, 26.67%)	- Bettocchi (12, 80%); - miniresettore (3, 20%)

I risultati sono riassunti nella Tabella 11.

Tabella 11. Risultati

	Gruppo A	Gruppo B	p
GAD-7 SCORE (media ± ds)	9,53 ± 5,69	10,6 ± 5,0	0,6
VAS ANSIA PRE (media ± ds)	8,2 ± 1,7	8,1 ± 1,7	0,87
VAS ANSIA DURANTE (media ± ds)	2,3 ± 1,8	5,4 ± 1,8	0,003
VAS ANSIA DOPO (media ± ds)	0,3 ± 0,47	0,26 ± 0,57	0,84
VAS DOLORE PRE (media ± ds)	0,86 ± 1,54	1,06 ± 1,73	0,77
VAS DOLORE DURANTE (media ± ds)	4,2 ± 2,4	5,33 ± 2,59	0,2
VAS DOLORE DOPO (media ± ds)	1,4 ± 1,78	2,8 ± 2,16	0,05
VAS GRADIMENTO PRE (media ± ds)	9,4 ± 0,95	9,4 ± 0,87	1
VAS GRADIMENTO DURANTE (media ± ds)	9,7 ± 0,44	9,6 ± 0,6	0,62
VAS GRADIMENTO DOPO (media ± ds)	9,86 ± 0,34	9,6 ± 0,61	0,04
ΔPA sistolica t0 - dopo procedura (media ± ds)	9,87 ± 8,92	4,3 ± 5,6	0,007
ΔPA diastolica t0 - dopo procedura (media ± ds)	9,87 ± 5,87	0,67 ± 3,06	0,0002
ΔFC t0 - dopo procedura (media ± ds)	10,67 ± 5,36	6,2 ± 9,4	0,15
Necessità terapia antalgica (n, %)	0, 0%	1, 6.67%	0,07
Necessità intervento in sedazione (n, %)	0, 0%	1, 6.67%	0,07
Necessità altra terapia a domicilio (n, %)	0, 0%	0, 0%	1
Durata sanguinamento a domicilio (media ± ds)	0, 0%	0, 0%	1

* ΔPA sistolica t0 - dopo procedura: differenza tra valore di pressione arteriosa misurata a tempo 0 e al termine della procedura

* ΔPA diastolica t0 - dopo procedura: differenza tra valore di pressione arteriosa misurata a tempo 0 e al termine della procedura

* ΔFC t0 - dopo procedura: differenza tra valore di frequenza cardiaca misurata a tempo 0 e al termine della procedura

Alle pazienti del Gruppo A, sottoposte ad ipnosi, è stata chiesta una valutazione circa l'utilità dell'ipnosi domiciliare e la frequenza dell'utilizzo dell'ancoraggio. I dati sono riportati in Tabella 12.

Tabella 12.

Utilità dell'ipnosi a domicilio (media ± ds)	7,06 ± 1,5
Utilizzo dell'ancoraggio (n, %)	- 4, 26.67% (1 volta al giorno); - 6, 40% (> 3 volte a settimana); - 5, 33.33% (< 3 volte a settimana)

Discussione

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia dell'ipnosi in pazienti sottoposte ad isteroscopia ambulatoriale, mettendo a confronto due gruppi omogenei di pazienti: Gruppo A, in cui l'esame è stato condotto con l'ausilio dell'ipnosi e Gruppo B, in cui l'esame è stato condotto con tecnica standard che non prevede l'utilizzo di sedazione o analgesia. I risultati ottenuti forniscono indicazioni interessanti circa l'impatto dell'ipnosi su parametri psicologici, fisiologici e gradimento del percorso.

La valutazione preliminare con la scala GAD-7 non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi ($p = 0,6$), suggerendo che la risposta alla procedura non sia stata influenzata da un grado di ansia preesistente differente per i due Gruppi. L'isteroscopia ambulatoriale, infatti, pur rappresentando una tecnica minimamente invasiva e molto diffusa, continua ad essere percepita dalle pazienti come una procedura stressante e potenzialmente dolorosa. Numerosi studi hanno evidenziato come l'ansia pre-procedurale rappresenti un fattore importante, in grado di influenzare negativamente sia la percezione del dolore durante e dopo l'esame, sia l'esperienza complessiva della paziente. (De Silva *et al.* 2020) L'ansia anticipatoria infatti, definita come uno stato di apprensione generato dall'attesa di una minaccia percepita, agisce attivando il sistema nervoso centrale, riducendo la soglia del dolore, aumentando il tono muscolare e impattando in definitiva in modo negativo su tutta la procedura (Gómez-Seguí *et al.* 2022). E' stato dimostrato come esiste una correlazione diretta tra elevati livelli di ansia preprocedurale e maggior dolore percepito durante l'isteroscopia (Petruzzelli *et al.* 2021). Inoltre l'ansia agisce negativamente sulla collaborazione del paziente, può aumentare la durata di esecuzione dell'esame, ridurre la soddisfazione post-procedurale (sia per l'operatore che per la paziente) e, in alcuni casi, rende necessaria l'esecuzione dell'isteroscopia in sedazione (Cooper *et al.* 2015). Dai risultati dello studio emerge come l'ansia percepita durante la procedura, misurata con una scala VAS soggettiva, risulti significativamente più bassa nel Gruppo A, trattato previa induzione ipnotica, e il Gruppo B ($2,3 \pm 1,8$ vs $5,4 \pm 1,8$; $p = 0,003$), indicando un'efficace riduzione dell'ansia grazie al contributo dell'ipnosi. Non si sono tuttavia rilevate differenze significative di ansia pre- e post- procedura, suggerendo che l'effetto ansiolitico dell'ipnosi si manifesti principalmente durante l'esecuzione dell'isteroscopia.

Per quanto concerne la percezione del dolore, sebbene la differenza non sia statisticamente significativa, si è comunque osservata una tendenza alla riduzione del dolore percepito *durante* la procedura nel gruppo sottoposto ad ipnosi ($4,2 \pm 2,4$ vs $5,33 \pm 2,59$; $p = 0,2$). Inoltre, nel Gruppo A il dolore percepito *dopo* la procedura tendeva ad essere più basso, con valori al limite della

significatività statistica ($1,4 \pm 1,78$ vs $2,8 \pm 2,16$; $p = 0,05$). L'effetto della riduzione del dolore post procedurale nel Gruppo sottoposto ad ipnosi potrebbe essere influenzato dal ricordo del dolore, mitigato dal benessere raggiunto durante la trance ipnotica.

I livelli di gradimento, misurati mediante scala soggettiva VAS, risultano elevati entrambi i gruppi, ma il gradimento *post-procedurale* è significativamente più alto nel Gruppo A ($9,86 \pm 0,34$ vs $9,6 \pm 0,61$; $p = 0,04$). Questo suggerisce che l'ipnosi possa migliorare l'esperienza complessiva della procedura, anche in assenza di grandi differenze nei livelli di dolore percepito o nella durata dell'esame. A tal proposito, preme ricordare, come alle pazienti di entrambi i gruppi sia stato riservato lo stesso *counseling* circa l'esecuzione dell'esame e la stessa cura nella presa in carico prima e dopo l'isteroscopia.

Oltre ai parametri soggettivi appena analizzati, anche i parametri fisiologici confermano quanto rilevato sul piano soggettivo. La variazione della pressione arteriosa sistolica (Δ PA sistolica) e diastolica (Δ PA diastolica) dopo la procedura è significativamente maggiore nel Gruppo A rispetto al Gruppo B ($p = 0,007$ e $p = 0,0002$, rispettivamente), confermando l'ipotesi che l'ipnosi sia in grado di influenzare la risposta autonoma allo stress. Anche la frequenza cardiaca risulta ridursi, sebbene in maniera non statisticamente significativa, maggiormente nel Gruppo A rispetto al Gruppo B ($p = 0,15$).

La necessità di terapia antalgica e di intervento in sedazione si è verificata solo nel Gruppo B (1 paziente su 15, 6,67%), mentre nessun caso si è verificato nel Gruppo A. Sebbene la differenza non sia statisticamente significativa ($p = 0,07$), il dato è clinicamente rilevante, suggerendo un possibile effetto protettivo dell'ipnosi. Non sono state osservate differenze nella necessità di altra terapia né nella durata del sanguinamento, assenti in entrambi i gruppi.

Infine, per quanto concerne la valutazione dell'ipnosi a domicilio nel Gruppo A, valutata come scala soggettiva VAS, i risultati hanno mostrato una media di $7,06 \pm 1,5$, indicando una valutazione complessivamente positiva da parte delle pazienti. Questo dato suggerisce come la pratica dell'autoipnosi, svolta anche al di fuori del contesto clinico, sia percepita come utile nella gestione dello stress e dell'ansia. Sul grado di utilizzo dell'ancoraggio la frequenza di utilizzo è stata variabile: 4 pazienti (26,67%) hanno riferito di utilizzare l'ancoraggio una volta al giorno, 6 pazienti (40%) lo hanno utilizzato più di tre volte a settimana, mentre 5 pazienti (33,33%) lo hanno impiegato meno di tre volte a settimana. Il livello di adesione alla tecnica risulta buono. Un dato interessante, emerso dal colloquio a distanza con le pazienti è stato quello della condivisione delle informazioni circa la tecnica ipnotica con familiari e coscienti, accompagnata da entusiasmo circa l'efficacia della

stessa. Il dato non è stato quantificato numericamente, ma rappresenta sicuramente un'ulteriore conferma del gradimento del percorso.

Limitazioni dello studio

Sebbene i dati siano incoraggianti sull'utilizzo dell'ipnosi nell'ambito dell'isteroscopia ambulatoriale, lo studio presenta alcuni limiti da considerare. In primo luogo, sicuramente, la dimensione del campione risulta contenuta, questo potrebbe aver ridotto la potenza statistica per alcune variabili che, pur mostrando differenze rilevanti, non hanno raggiunto la significatività statistica. In secondo luogo l'assenza di *cecità* potrebbe aver introdotto *bias* di selezione e di aspettativa, sia nei partecipanti che nell'operatore. Va inoltre osservato che non sono emerse significative differenze nella necessità di ricorrere a sedazione ($p = 0,07$) o a terapia antalgica ($p = 1$), probabilmente a causa della bassa incidenza complessiva di tali eventi e dell'esperienza dell'operatore. La durata del sanguinamento, essendo sempre di durata inferiore ad un giorno in tutte le pazienti, indipendentemente dal gruppo di appartenenza, ha reso questa variabile non discriminante.

Conclusioni

I risultati suggeriscono che l'applicazione dell'ipnosi durante l'isteroscopia ambulatoriale può ridurre in modo significativo l'ansia intra-procedurale e migliorare il gradimento dell'esperienza, con un impatto favorevole anche su alcuni parametri fisiologici e potenzialmente sul dolore. Le evidenze raccolte supportano l'integrazione dell'ipnosi come tecnica complementare nelle procedure ginecologiche ambulatoriali, in un'ottica di medicina centrata sulla persona. La sua integrazione potrebbe migliorare la qualità della cura, ridurre costi e farmaci, aumentando al contempo la soddisfazione delle pazienti.

L'ipnosi si pone come uno strumento efficace, sicuro e ben accettato nella gestione del disagio associato all'isteroscopia ambulatoriale. Tuttavia, sono necessari studi prospettici randomizzati, con campioni più ampi, per confermare questi risultati e per chiarire l'impatto dell'ipnosi anche nella fase pre-procedurale e sul dolore intra-operatorio.

Bibliografia

- Al-Sunaidi, M., Tulandi, T. (2007). A randomized trial comparing local intracervical and combined local and paracervical anesthesia in outpatient hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol*, 14(4), 535–538.
- Angioli, R., De Cicco Nardone, C., Plotti, F., et al. (2014). Use of music to reduce anxiety during office hysteroscopy: prospective randomized trial. *J Minim Invasive Gynecol*, 21(3), 454–459.
- Bettocchi, S. (1996). New era of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 3(4), S26.
- Carta, G., Palermo, G., Marinangeli, F., et al. (2012). Waiting time and pain during office hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol*, 19(4), 458–463.
- Cicinelli, E., Parisi, C., Galatino, P., et al. (2003). Reliability, feasibility and safety of minihysteroscopy with vaginoscopic approach: experience with 6,000 cases. *Fertil Steril*, 80(1), 199–202.
- Cooper, N. A. M., Clark, T. J., Middleton, L. J., et al. (2015). Outpatient versus inpatient uterine polyp treatment for abnormal uterine bleeding: randomized controlled non-inferiority study. *BMJ*, 350, h1398.
- Connor, M. (2015). New technologies and innovations in hysteroscopy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 29(7), 965–975.
- De Angelis, C., Santoro, G., Re, M. E., Nofroni, I. (2003). Office hysteroscopy and compliance: mini-hysteroscopy versus traditional hysteroscopy in a randomized trial. *Hum Reprod*, 18(12), 2441–2445.
- De Silva, P. M., Costa, M. L., & Barbosa, R. (2020). Pain perception and anxiety during hysteroscopy: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 252, 192–198.
- Faymonville, M. E., Meurisse, M., & Laureys, S. (2006). Hypnosis and anesthesia: Back to the future? *Acta Anaesthesiol Belg*, 57(4), 333–338.
- Freeman-Wang, T., Walker, P., Linehan, J., et al. (2001). Anxiety levels in women attending colposcopy clinics for treatment for cervical intraepithelial neoplasia: a randomized trial of written and video information. *BJOG*, 108(5), 482–484.

Gambadauro, P., Navaratnarajah, R., Carli, V. (2015). Anxiety at outpatient hysteroscopy. *Gynecol Surg*, 12, 189–196.

Gómez-Seguí, I., Roig, M. P., Campillo, C., & Martínez-Zamora, M. Á. (2022). Predictive factors for pain and tolerance in office hysteroscopy: Role of anxiety and procedural factors. *J Minim Invasive Gynecol*, 29(2), 183–190.

Granone, F. *Trattato di Ipnosi*. Volume I. UTET.

Keyhan, S. M., Munro, M. G. (2014). Office diagnostic and operative hysteroscopy using local anesthesia only: an analysis of patient reported pain and other procedural outcomes. *J Minim Invasive Gynecol*, 21(5), 791–798.

Kokanali, M. K., Cavkaytar, S., Topcu, H. O., et al. (2014). Impact of preprocedural anxiety levels on pain perception in patients undergoing office hysteroscopy. *J Chin Med Assoc*, 77(11), 587–591.

Kumar, K. N., Alam, A., Pellegrino, A. N., Yellapu, V. (2021). Aromatherapies can reduce incidence of anxiety in ambulatory surgery patients: A pilot study. *J Clin Anesthesiol*, 5(6).

Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., et al. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomized trial. *The Lancet*, 355(9214), 1486–1490.

Lang, E. V., Berbaum, K. S., Faintuch, S., et al. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial in women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(1–3), 155–164.

O'Flynn, H., Cooper, N. A. M., Prentice, A., et al. (2011). Pain relief in outpatient hysteroscopy: a survey of current UK clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 155(1), 66–70.

Petruzzelli, F., Iannuzzi, M. C., Cicinelli, E., & Bettocchi, S. (2021). Office hysteroscopy: How to minimize pain. *Gynecol Surg*, 18(1), 1–8.

Propst, A. M., Liberman, R. F., Harlow, B. L., et al. (2000). Complications of hysteroscopic surgery: predicting patients at risk. *Obstet Gynecol*, 96(4), 517–520.

Schnur, J. B., Kafer, I., Marcus, C., Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemp Hypn*, 25(3–4), 114–128. PMID: PMC2739386.

Sharma, M., Taylor, A., di Spiezio Sardo, A., et al. (2005). Outpatient hysteroscopy: traditional versus the “no-touch” technique. *BJOG*, 112(7), 963–967.

SIGO – Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. (2015). *Linee guida per l'isteroscopia ambulatoriale*. Disponibile su: <https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2024/05/linee-guida-isteroscopia1.pdf>

Teran-Alonso, M. J., Varea, S., Hernandez, J. A., et al. (2014). Evaluation of pain in office hysteroscopy with prior analgesic medication: a prospective randomized study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 175, 113–117.

Turan, I., Demirbas, A., Ates, M. A., et al. (2020). A randomized clinical trial on the effect of hypnosis on anxiety and pain in rigid cystoscopy patients. *J Endourol*, 34(8), 712–720.

Yang, J., Vollenhoven, B. (2002). Pain control in outpatient hysteroscopy. *Obstet Gynecol Surv*, 57(11), 693–702.