



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

**IPNOSI NELL'ATTIVITA' DI UN ALGOLOGO
DALL'AMBULATORIO ALLA SALA OPERATORIA DI TERAPIA DEL DOLORE**

Dottor Giuseppe Sala

**Relatore: Prof. Enrico Facco
Correlatore: Dott. Enzo Venini**

INDICE

INDICE.....	2
1. ABSTRACT.....	3
2. INTRODUZIONE.....	4
3. MATERIALI E METODI	7
3.1 Ambulatorio e Studio Medico	7
3.2 Sala Operatoria di Terapia del Dolore	12
4. RISULTATI	14
4.1 Ambulatorio e Studio Medico	14
4.2 Sala operatoria di Terapia del Dolore	20
5. DISCUSSIONE.....	23
6. CONCLUSIONI.....	25
7. APPENDICE.....	26
Appendice 1	26
Appendice 2	27
Appendice 3	29
8. BIBLIOGRAFIA.....	31

1. ABSTRACT

È stata introdotta l'ipnosi clinica nel quotidiano lavoro all'interno di un ambulatorio di Medicina del Dolore e di una sala operatoria di Terapia del Dolore.

Lo scopo era quello di valutare come l'ipnosi, in un setting ambulatoriale, potesse modificare i parametri del dolore cronico, dell'ansia, depressione e stress correlato al dolore stesso. Utilizzando il questionario *Depression Anxiety Stress Score* (DASS-21) e il *Numeric Range Score* (NRS) prima, dopo 1 mese e dopo 3 mesi dall'ipnosi, si sono osservate notevoli diminuzioni dei rispettivi valori. Tale procedura è stata applicata su un campione di 12 pazienti, scelti tra quelli a noi noti per essere particolarmente ansiosi e con un dolore cronico particolarmente difficile da trattare. Su 2 pazienti particolarmente impegnativi l'ipnosi è stata applicata 2 volte.

I risultati sono stati molto interessanti, con parametri relativi ad ansia, depressione e stress in costante diminuzione e proporzionati al diminuire del dolore stesso. Si è rilevata una riduzione del dolore del 57% e del 72,42% nel sottogruppo dei pazienti trattati per EDL (ernia del disco); con una riduzione dello stress del 26,83%, fino al 36,95% nel sottogruppo EDL. È probabile che tali risultati siano da ricondurre al positivo effetto delle terapie farmacologiche e infiltrative effettuate in quei tre mesi, ma il notevole decremento del dolore, depressione, stress e dell'ansia associata suggeriscono un positivo effetto dell'ipnosi, la cui dimostrazione richiede ulteriori studi controllati. Inoltre la gestione di questi pazienti nelle sedute ambulatoriali successive è stata nettamente più semplice e priva di inconvenienti. Per quanto riguarda la sala operatoria di Terapia del Dolore si è utilizzata l'ipnosi su un gruppo di 4 pazienti sottoposti a periduroscolopia e lisi di aderenze. Si è poi fatto il confronto con un omogeneo gruppo di 5 pazienti sottoposti a tale intervento nei tre mesi precedenti. In particolare, i pazienti che avevano utilizzato l'ipnosi prima dell'intervento mostravano una importante diminuzione della necessità di farmaci sedativi e analgesici rispetto agli altri. Tale diminuzione era relativa al consumo di Fentanyl, ridotto del 37,5%; del Midazolam, ridotto del 42,31% e del Propofol, ridotto dell'87,14%. Questo dato richiede ulteriori studi, ma è in linea con quanto già riportato in letteratura in diversi trial randomizzati controllati e meta-analisi. È verosimile che l'ipnosi consenta di aumentare la sicurezza, specialmente nei pazienti con rischi più elevati, come obesi, anziani, o portatori di comorbidità importanti e negli interventi in posizione prona; in questi casi la sedazione farmacologica profonda rende più precario il controllo delle vie aeree, mentre una sedazione più leggera può essere insufficiente a controllare i movimenti dei pazienti sul letto operatorio, rendendo più difficile la procedura chirurgica.

2. INTRODUZIONE

Questo studio è stato condotto nel centro di Medicina del Dolore dell'Istituto Clinico Città Studi di Milano e presso un ambulatorio privato. Le patologie dolorose trattate in questo studio, sono prevalentemente neurochirurgiche e ortopediche, in particolare quelle legate alle patologie del rachide e delle grandi articolazioni. Esse sono essenzialmente legate a **problemi del rachide lombare o cervicale**. Si tratta di ernie discali a vari livelli del tratto lombare o cervicale che sottendono il quadro clinico di lombosciatalgia o cervicalgia. In particolare, il quadro clinico della **lombalgia** è sostenuto dalle seguenti **cause** (*pain generator*) prese singolarmente o in associazione tra di loro:

Spondilolistesi di primo grado Esiti di interventi per ernia discale Fibrosi peridurale in esiti di intervento chirurgico Canale stretto e radicolopatia con <i>claudicatio</i> neurogena Artrosi delle faccette articolari lombari Sacroileite Sindrome del Piriforme
--

Lo studio comprende anche un caso di Nevralgia del pudendo. Dal punto di vista pratico, dopo la prima visita algologica, i trattamenti antalgici eseguiti sui pazienti possono essere così articolati:

Infiltrazione di miscela anestetico+ cortisone paravertebrale lombare o cervicale Infiltrazione di trigger points dolorosi Infiltrazione ecoguidata paravertebrale lombare o cervicale con miscela di O2/O3 Infiltrazione ecoguidata articolazioni: anca, ginocchio, spalla, gomito, etc. Infiltrazione di sacroiliaca Infiltrazione ecoguidata Peridurale Seduta di Agopuntura Seduta di Agopuntura Auricolare
--

Nella ricerca di soluzioni e terapie supplementari alle abituali terapie farmacologiche, infiltrative e di neuromodulazione, è stata introdotta l'ipnosi con 12 pazienti ambulatoriali e con 4 pazienti sottoposti a chirurgia mininvasiva del dolore.

Dall'analisi della letteratura emergono evidenze della validità dell'ipnosi nell'affiancare le procedure e le terapie abitualmente utilizzate nell'ambito dell'attività di un centro di Medicina del dolore sia in ambito ambulatoriale che in sala operatoria.^{1 2}

Il primo obiettivo di questo studio pilota, condotto nel periodo marzo-luglio 2025, parte dall'assunto che l'ipnosi possa essere molto utile, soprattutto nell'affrontare l'ansia, lo stress, il dolore acuto e cronico, la depressione ed in particolare quella forma di depressione reattiva alla condizione di dolore cronico persistente.^{3 4} Moltissimi pazienti affetti da dolore cronico, oltre al sintomo dolore portano con sé un vissuto di ansia, stress e depressione spesso reattiva alla cronicità del dolore stesso e alla mancata risoluzione del loro problema. Si è valutata la possibilità di aiutare questi pazienti, a meglio controllare tali situazioni e sintomi sfavorevoli, se non addirittura risolverli, con l'ipnosi. Inoltre si è voluto verificare, con l'ipnosi, la possibilità di meglio controllare il dolore cronico mediante una modulazione non farmacologica né elettrica delle afferenze nocicettive.^{5 6 7 8} Occorre pertanto valutare, prima del trattamento in ipnosi, e successivamente ad esso, se e come varia il dolore cronico percepito e la condizione vissuta da parte del paziente di ansia, depressione e stress. Si è proceduto quindi ad utilizzare l'ipnosi in 12 pazienti con livelli elevati di ansia, stress, dolore e depressione reattiva.

Il secondo obiettivo dello studio è quello di verificare se l'ipnosi può essere vantaggiosa per i pazienti con dolore cronico candidati a interventi miniminvasivi sul dolore.^{9 10} La scelta è stata fatta su 4 pazienti candidati a periduroscopia e lisi aderenziale (vedi appendice n°1), per la difficoltà di ottenere un piano anestesiológico adeguato in questi pazienti.

¹ Ayazbekova, A. L. (2025). The Use of Medical Hypnosis to Prevent and Treat Acute and Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, Volume 14, Issue 13

² Caron-Trahan, R. J. (2024). Practicing self-hypnosis to reduce chronic pain: A qualitative exploratory study of HYLADO. *British Journal of Pain*.

³ Yerzhan, A. A. (2025). The use of Medical Hypnosis to prevent and treat acute and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine* vol. 14.

⁴ Gardner, T. O. (n.d.). Sing hypnosis in clinical practice for management of chronic pain: a qualitative study. *Patient Education and Counseling* Volume 119.

⁵ Jones AG, Rodrigo R., Pulling B., Braithwaite F., Grant A., McAuley J., Jensen M., Moseley GL, Rees A., Stanton T. (2024) Adjunctive use of Hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis. *Painreports*

⁶ Caron-Trahan R., Jusseaux A., Aubin M., Cardinal E., Aramideh J., Idrissi M., Godin N., Landry M., Urbanowicz R., Rainville P., Richebé P., Ogez D. (2024) Practicing self-hypnosis to reduce chronic pain: A qualitative exploratory study of HYLADO. *British Journal of Pain*

⁷ Trevor Thompson, Devin Terhune, Charlotte Oram, Joseph Sharangparni, Rommana Rouf, Marco Solmi, Nicola Veronese, Brendon Stubbs (2019) The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* Volume 99 Pages 298-310

⁸ Langlois P., Perrochon A., David R. et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* Volume 135, April 2022, 104591

⁹ Nike, W. T.-D. (2025). Hypnosis as a non-pharmacological intervention for invasive medical procedures – A systematic review and meta-analytic update. *Journal of Psychosomatic research*,
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112117>.

¹⁰ Watendorff Noergaard, M. H. (2019). The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 4207-4224.

Si tratta infatti di pazienti posti in posizione prona, spesso molto anziani, obesi e con molte comorbidità, tutti fattori che possono condurre a complicanze anche gravi.

Per verificare e confermare l'efficacia dell'ipnosi in questo intervento si è monitorato il consumo dei farmaci sedativi e analgesici durante l'intervento stesso, confrontandolo con il consumo di farmaci nei 5 casi analoghi condotti nel trimestre precedente senza l'utilizzo dell'ipnosi.

Lo studio si articola quindi in 2 parti, corrispondenti a 2 setting operativi ben distinti.

Un setting ambulatoriale, in cui viene utilizzata l'ipnosi con un gruppo di 12 pazienti monitorati per ansia, depressione, stress e dolore in un arco temporale di 3 mesi.

Un setting chirurgico, in sala operatoria, in cui l'ipnosi viene utilizzata con 4 pazienti candidati a procedure di peridurosopia e lisi di aderenze. Pazienti per i quali viene registrato il consumo intraoperatorio dei farmaci analgesici e sedativi utilizzati, confrontato con il consumo per un gruppo analogo di 5 pazienti operati nel trimestre precedente senza il supporto dell'ipnosi.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Ambulatorio e Studio Medico

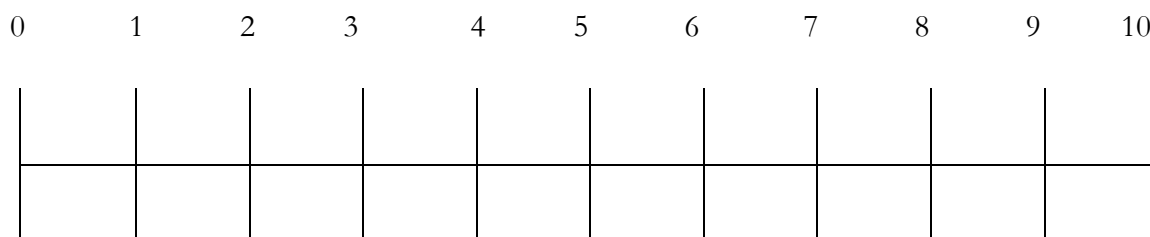
Lo studio ha avuto una durata complessiva di 4 mesi (fine marzo- luglio) e ha coinvolto un gruppo di 12 pazienti affetti da dolore cronico con livelli elevati di ansia associata a depressione e stress.

Il Setting di questa prima parte dello studio clinico è stato l'ambulatorio dell'Istituto Clinico Città Studi e uno studio privato.

Dopo aver selezionato i pazienti, ad essi sono stati consegnati per la compilazione, due moduli cartacei distinti, uno per la determinazione del dolore e uno per la valutazione della depressione, ansia e stress.

Sono stati utilizzati strumenti di misura noti. Per il dolore **NRS** (*Numeric Rating Scale*).

NRS è una scala numerica in 11 punti da 0 a 10 in cui 0 rappresenta la totale assenza di dolore, 10 il massimo del dolore mai percepito.



0 = Nessun Dolore

1 – 3 = Dolore lieve

4 – 6 = Dolore moderato

7 – 10 = Dolore grave

Il secondo questionario è il **DASS-21** che valuta la depressione, ansia e stress correlati al dolore cronico.

È un questionario, uno strumento di autovalutazione, progettato da Lovibond per misurare gli stati emotivi di depressione, ansia e stress. La versione semplificata (quella utilizzata), comprende 21 domande suddivise in tre sottoscale: depressione, ansia e stress, ciascuna con 7 domande. Ogni domanda viene valutata su scala Likert a 4 punti, da 0 (non si applica per nulla) a 3 (si applica perfettamente). A termine i risultati delle singole sottoscale vengono moltiplicati per le domande che indagano gli stati d'animo e i sintomi provati dal paziente durante l'ultima settimana (vedi Appendice 2).

Il primo caso con ipnosi è iniziato a fine marzo 2025 presso l'ambulatorio di Milano. Sono stati selezionati 12 pazienti, 6 di sesso maschile e 6 di sesso femminile, con varie patologie, sulle base delle seguenti caratteristiche:

- 1- Ansia e stress elevati all'accesso in ambulatorio;
- 2- Difficoltà a sottoporsi ad infiltrazioni per scarsa tollerabilità o per paura degli aghi;
- 3- Minori risposte a precedenti terapie infiltrative ambulatoriali con valori di NRS elevati;

Le patologie trattate (tab 1) sono:

Emicrania associata a cervicalgia (2 casi);

Nevralgia del pudendo (1 caso);

Lombalgia senza radicolopatia in artrosi grave (3 casi);

Lombosciatalgia monolaterale in EDL (Ernia Discale Lombare) (6 casi).

Tabella 1: Patologie trattate

Pazienti	Patologia	Sesso	Età
Paziente 1	Nevralgia del pudendo	M	77
Paziente 2	Emicrania + cervicaglia	M	59
Paziente 3	Emicrania + cervicaglia	F	48
Paziente 4	Lombalgia in artrosi grave	F	80
Paziente 5	Lombalgia in artrosi grave	F	79
Paziente 6	Lombalgia in artrosi grave	F	84
Paziente 7	Lombosciatalgia in EDL*	M	45
Paziente 8	Lombosciatalgia in EDL	M	52
Paziente 9	Lombosciatalgia in EDL	M	54
Paziente 10	Lombosciatalgia in EDL	F	38
Paziente 11	Lombosciatalgia in EDL	F	64
Paziente 12	Lombosciatalgia in EDL	M	70

*EDL=Ernia Discale Lombare

L'introduzione dell'ipnosi ha richiesto un adattamento iniziale dell'agenda degli appuntamenti, richiedendo un incremento del tempo necessario.

Per questi motivi si è concentrata l'attenzione sui pazienti particolarmente "difficili" da trattare, molto ansiosi, depressi e debilitati per il dolore cronico o per le importanti limitazioni nella vita quotidiana che il dolore cronico comporta (in particolar modo la diminuita capacità di deambulazione), tutti pazienti che necessitavano di frequenti infiltrazioni in cicli terapeutici programmati, affetti da diverse patologie e accomunati da dolore cronico. Ognuno dei pazienti selezionati con elevati livelli di ansia, depressione e stress è stato quindi indotto in ipnosi. Nella visita si è introdotto un pre-talk con una comunicazione meno tecnica e più colloquiale per valutare le componenti soggettive del quadro clinico. Durante questa

fase sono stati individuati i canali comunicativi preferenziali del paziente (visivo, uditivo, cinestetico). Tali pazienti sono stati posti in posizione prona per la procedura infiltrativa.

A tutti i pazienti è stato somministrato precedentemente all'ipnosi, dopo 1 mese e dopo 3 mesi, il DASS-21 e il test NRS.

Una seduta ipnotica supplementare è stata effettuata a 2 pazienti.

Si trattava nel primo caso (PZ1), di un paziente di 77 anni affetto da nevralgia del pudendo da circa 25 anni, storia clinica di numerose infiltrazioni e in terapia farmacologica. Già effettuato trattamento di radiofrequenza pulsata su gangli sacrali senza beneficio. Al momento dell'ipnosi era in corso un ciclo infiltrativo con anestetico e ozono paravertebrale L5-S1 e in prossimità dei forami di S2 e S3 bilateralmente. Il paziente aveva elevati livelli di ansia con associato M. di Parkinson, caratterizzato da accessi di tremore incrementali durante le fasi di stress. Il paziente chiedeva di essere aiutato anche da questo punto di vista, per cui sono state eseguite 2 sedute ipnotiche distanziate 3 settimane l'una dall'altra. Successivamente si è reso necessario un nuovo intervento di radiofrequenza pulsata gangliare a metà giugno in quanto persisteva un valore elevato di NRS.

Il secondo paziente (PZ2), 59 anni, affetto da emicrania cronica associata a cervicalgia e dorsalgia cronica, mostrava elevatissimi livelli di stress e ansia che peggioravano in determinati momenti della giornata. Vi era la presenza di dolori muscolari paracervicali e dorsali con numerosi *trigger points* muscolari dislocati per i quali era stata fatta agopuntura associata a mesoterapia e, con scarso beneficio, un trattamento di radiofrequenza pulsata. Il paziente chiedeva di essere aiutato soprattutto per ricondurre lo stato di ansia ad un livello accettabile e così poter ridurre sia le crisi di emicrania che le cervico - dorsalgie.

La prima seduta si è svolta a inizio maggio e la seconda è stata ripetuta a inizio luglio. In entrambi i casi è stata utilizzata per le 2 sedute la tecnica di induzione esterna con la fissazione del punto e la creazione di metafore.¹¹ Entrambi i pazienti erano sdraiati sul lettino in un ambulatorio libero adiacente a quello abituale dove si eseguono le infiltrazioni.

Nelle **metafore** essi si visualizzavano immersi a poco a poco in una vasca di acqua calda con blando idrogetto su tutta la schiena, nel primo caso prevalentemente sulla parte pelvica e genitale, nel secondo sulla parte cervico – toracica. La vasca giaceva in un luogo segreto a loro soli noto, immersa in un giardino. Naturalmente si è fornito ad entrambi un opportuno ancoraggio con la semplice unione dell'indice e del pollice della mano sinistra, in quanto fondamentale e quotidiana era la necessità di “ricondursi” rapidamente a quello stato di rilassamento psichico e muscolare.

¹¹ Granone, F. (1972). Trattato di Ipnosi - Ristampato in proprio da Istituto Franco Granone CIICS.

Per quanto riguarda gli altri 10 pazienti, tutti sono stati ipnotizzati direttamente sul lettino, in posizione semiseduta, utilizzando la tecnica di Induzione rapida di Dave Elman¹², mod.R.Iannini, (Appendice 3).

Al termine è stata inserita la **metafora** della pomata fresca refrigerante sulla parte inferiore della schiena, in sede lombare. Una pomata spalmata dal medico che diventava sempre più fredda, ghiacciata e tale da rendere la pelle insensibile. Successivamente dopo aver invitato il paziente a mettersi in posizione prona si disinfettava la parte lombare della schiena come fosse una pomata fresca e si procedeva alla terapia infiltrativa vera e propria. Terminato ciò si suggeriva l'ancoraggio, utile per le successive sedute di infiltrazioni, e si esduceva il paziente, invitandolo a mettersi supino e a rimanere sdraiato per altri 5 minuti.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti al test autovalutativo DASS-2 prima dell'ipnosi.^{13 14}Tutti i 12 pazienti hanno documentato valori medi di ansia, depressione e stress e valori totali superiori a quelli standard della popolazione generale. Tale test è stato ripetuto dopo 1 mese e dopo 3 mesi dalla data della prima ipnosi. Anche la scala valutativa del dolore NRS¹⁵ è stata sempre applicata prima dell'ipnosi, a 1 mese, a tre mesi contestualmente al DASS-21.

¹² Elman D. (1984) Hypnoterapy Westwood Pub Co

¹³ Lovibond,SH e Lovibond,PF (1995) Manuale per le scale di ansia e stress da depressione (2° ed.) Sydney:Psychology Foundation

¹⁴ Gioia Bottesi, Marta Ghisi, Gianmarco Altoè, Erica Conforti, Gabriele Melli, Claudio Sica (2015) Italian Version of the Depression Anxiety Stress Scales-21:Factor Structure and psicometric properties on community and clinical samples. Comprehensive Psychiatry, 60, 170-18 DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.04.005

¹⁵ Ivan S K Thong, Mark P Jensen, Jordi Miró, Gabriel Tan (2018) The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? Scandinavian Journal of Pain. doi: 10.1515/sjpain-2018-0012.

3.2 Sala Operatoria di Terapia del Dolore

È stata utilizzata l'ipnosi nella gestione di alcuni interventi mini invasivi di terapia del dolore,^{16 17 18} in particolare per 4 pazienti candidati a periduroscopia e lisi di aderenze. È stato preso in considerazione il periodo maggio- luglio 2025 e successivamente fatto un confronto con gli interventi di periduroscopia e lisi aderenze effettuati nel trimestre precedente (febbraio-aprile 2025), analizzando in particolare il consumo di farmaci analgesici e sedativi utilizzati nei 2 gruppi (A versus B).

Gli interventi complessivamente eseguiti nel trimestre maggio-luglio 2025 (Gruppo A) sono:

Gruppo A:

Periduroscopia e lisi aderenze: 4 pazienti con ipnosi

Si tratta di interventi mini invasivi, cioè condotti in anestesia locale associata ad ansiolisi o in anestesia locale associata a sedazione profonda. È stato fatto un controllo relativo al consumo di farmaci ansiolitici e sedativi nei pazienti trattati con ipnosi prima dell'intervento di periduroscopia (4 pazienti) nel primo Gruppo (Gruppo A), confrontandolo con il consumo di farmaci nei 5 pazienti sottoposti a periduroscopia e lisi aderenze senza ipnosi (Gruppo B).

Setting

Il Setting delle sedute di ipnosi nei 4 pazienti candidati a periduroscopia e lisi di aderenze è stata la sala preparazione - risveglio (*Recovery Room*) del blocco operatorio dell'Istituto Clinico Città Studi di Milano.

Informativa e consenso

In tutti i casi, è stata proposta in sede di colloquio di prericovero (circa 1 settimana precedente il Day Hospital per l'intervento), la possibilità di eseguire l'ipnosi al fine di diminuire l'ansia preoperatoria e di tollerare meglio la procedura, anche se sarebbe stata comunque garantita una copertura anestesiológica con farmaci antidolorifici e sedativi. Si è inoltre spiegato che con questa metodica avrebbero avuto scarsa o nulla necessità di farmaci analgesici anche dopo la procedura. Il giorno dell'Intervento previsto, in sala operatoria, e precisamente nella *Recovery Room*, è stato richiesto nuovamente al paziente, in

¹⁶ Nike W., Torres Leyva M., Hinterberger T., Rupp M., Loew T., Lambert-Delgado A., Erconvaldo A. (2025) Hypnosis as a non-pharmacological intervention for invasive medical procedures – A systematic review and meta-analytic update. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112117>

¹⁷ Marianne Wetendorff Noergaard RN, MVO, PhD, Sasja Jul Håkonsen RN, MSc, PhD, Merete Bjerrum PhD, Preben U. Pedersen RN, PhD (2019) The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* dicembre 2019 Vol. 28, issue 23-24 pages 4207-4224

¹⁸ Marie José Lahoud, Samuel Tell Gurary, Nadia Elia, Hypnosis for anaesthetists: a systematic review and meta-analyses (2025), *Anaesthesia Peri-operative medicine, critical care and pain*. <https://doi.org/10.1111/anae.70013>

presenza dell'Anestesista titolare della sala operatoria, di rinnovare il consenso alla procedura. Si è trattato quindi di Informativa e di Consenso Verbale.

Tecnica di ipnosi

I pazienti sono stati indotti utilizzando la tecnica modificata di Dave Elman¹⁹ ed è stata utilizzata la metafora della immersione nella neve fredda del bacino, delle natiche e di tutto il sacro e della parte lombare. Si è infine suggerito l'ancoraggio lasciando il paziente sul lettino, protetto visivamente da una barriera amovibile. Dopo circa 15 minuti, avvenuto l'ingresso in sala operatoria e posto il paziente in posizione prona sul lettino operatorio, si è proseguito con il mantenimento dello stato ipnotico evocando sensazioni di freddo in tutto il tratto lombare, mentre si passava con il tampone sterile a partenza dal cocchige, sede della puntura iniziale. Successivamente, dopo infiltrazione con anestesia locale, si è introdotta la cannula a due lumi, sede di fibra ottica e iniziata la procedura di periduroscopia e lisi aderenziale. A termine il paziente veniva esdotto e invitato a girarsi supino sul letto, aiutato dagli infermieri di sala operatoria. Rimaneva poi per altri 30 minuti in *Recovery Room* per completare il monitoraggio e successivamente veniva accompagnato in reparto.

¹⁹ Elman D. (1984) Hypnoterapy Westwood Pub Co

4. RISULTATI

I risultati relativi all'Attività Ambulatoriale, (Ambulatorio di Milano con 11 pazienti trattati con ipnosi e dello Studio di Varese con 1 caso) valutano i parametri del dolore (NRS) e di depressione ansia e stress (DASS 21) prima e dopo l'ipnosi (a 1 mese e 3 mesi di distanza) sui 12 pazienti selezionati.

Per quanto concerne la Sala Operatoria sono stati eseguiti 4 interventi mini invasivi di terapia del dolore (periduroscopia e lisi aderenze) utilizzando l'ipnosi associata ad anestesia locale e blanda sedazione. I risultati sono stati raccolti nel gruppo A, confrontandoli con il gruppo di 5 pazienti analogo (Gruppo B) dove non vi era stato utilizzo di ipnosi.

I dati presi in considerazione-desunti dai cartellini di anestesia- in questo campione di pazienti sono esclusivamente l'analisi del consumo dei farmaci analgesici e sedativi utilizzati durante la procedura chirurgica.

4.1 Ambulatorio e Studio Medico

I pazienti trattati complessivamente sono 12, dei quali 2 pazienti hanno eseguito 2 sedute di ipnosi. Per quanto concerne il Dolore Basale, che chiameremo NRS basale, e i successivi rilievi a 1 mese e a 3 mesi i valori sono distribuiti come da Tabella 2.

È stato creato il sottogruppo delle Lombosciatalgie da EDL costituito da 6 pazienti, in quanto le terapie dedicate a questa patologia acuta erano infiltrazioni epidurali con steroidi e anestetico, quindi diverse dai casi precedenti.²⁰

In questi casi il dolore iniziale è molto alto essendo in genere pazienti inviati da neurochirurghi con quadro radiologico di EDL conclamata e con approccio terapeutico per *os* o intramuscolo con cortisone, Fans e miorilassanti che non hanno dato beneficio.

²⁰ Langlois, P. Perrochon A. et al. (2022, aprile). Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: a systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews volume 135.

Tabella 2

Pazienti	Patologia	Sesso	Età	NRS Basale	NRS 1 mese	NRS 3 mesi
Paziente 1	Nevralgia del pudendo	M	77	7	6	6
Paziente 2	Emicrania + cervicalgia	M	59	6	4	5
Paziente 3	Emicrania + cervicalgia	F	48	6	3	4
Paziente 4	Lombalgia in artrosi grave	F	80	6	3	2
Paziente 5	Lombalgia in artrosi grave	F	79	7	4	3
Paziente 6	Lombalgia in artrosi grave	F	84	6	4	3
Paziente 7	Lombosciatalgia in EDL	M	45	7	4	2
Paziente 8	Lombosciatalgia in EDL	M	52	8	5	1
Paziente 9	Lombosciatalgia in EDL	M	54	6	2	2
Paziente 10	Lombosciatalgia in EDL	F	38	7	4	3
Paziente 11	Lombosciatalgia in EDL	F	64	8	4	2
Paziente 12	Lombosciatalgia in EDL	M	70	9	4	3
Valore Medio				6,91	4	3
Valore Medio Sottogruppo EDL				7,83	3,83	2,16

Per quanto riguarda i valori raccolti con il questionario DASS-21 i valori erano distribuiti come da Tabella 3 e rappresentati graficamente nel Grafico 1. Anche in questo caso è stato mantenuto il sottogruppo Lombosciatalgia in EDL

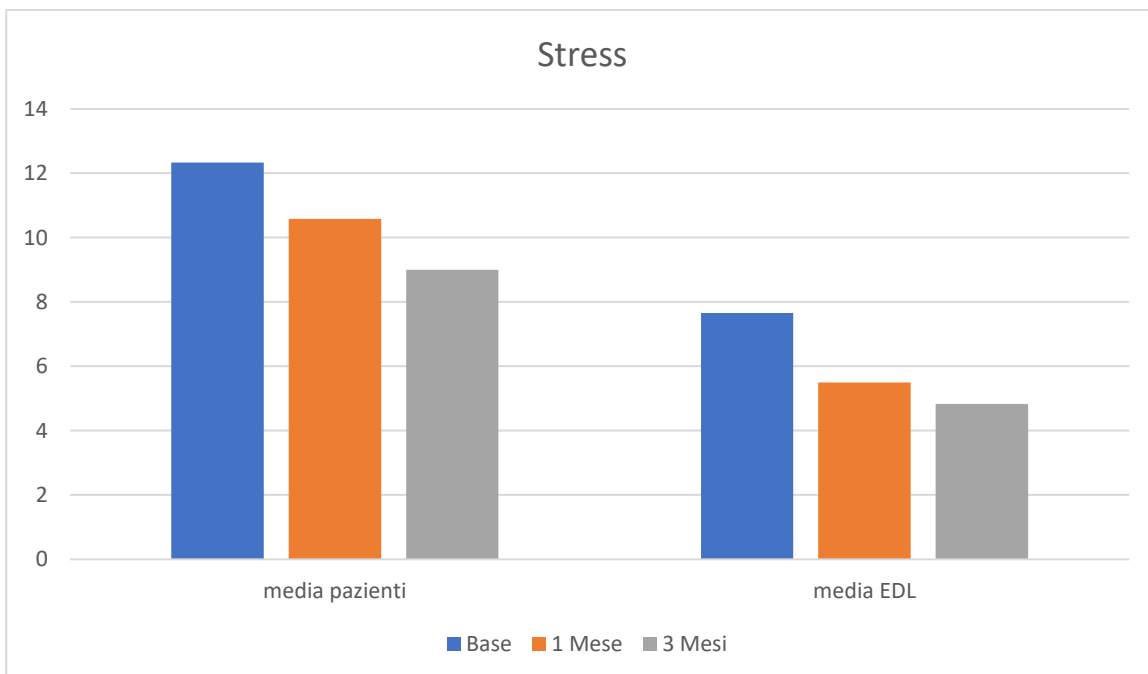
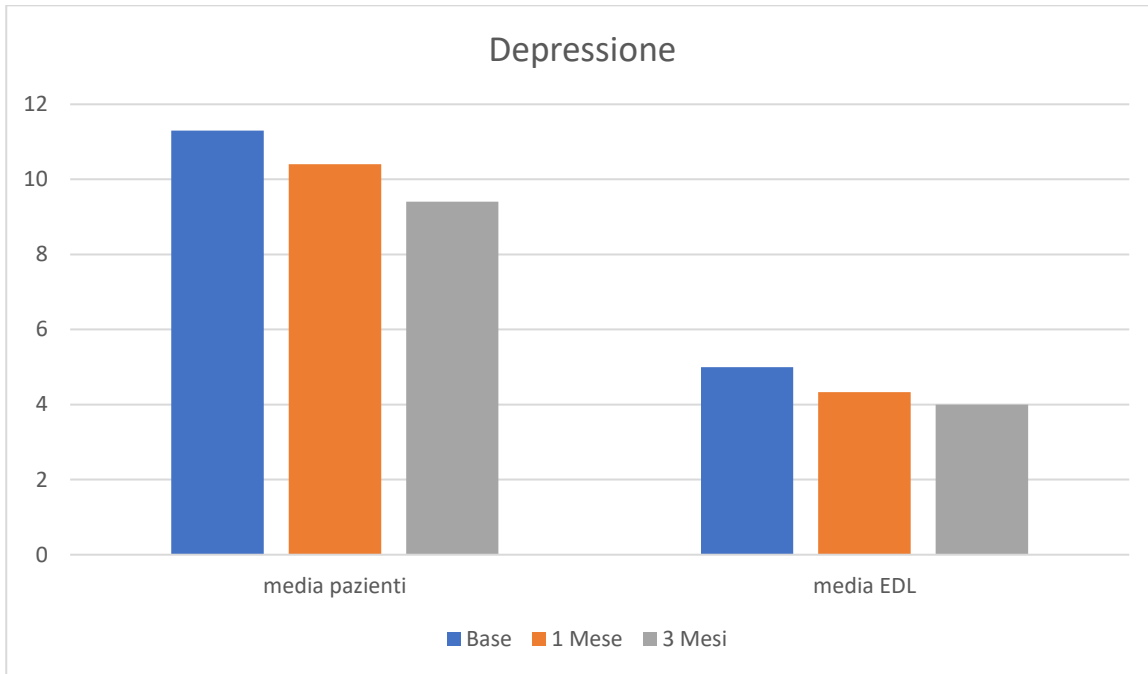
Tabella 3

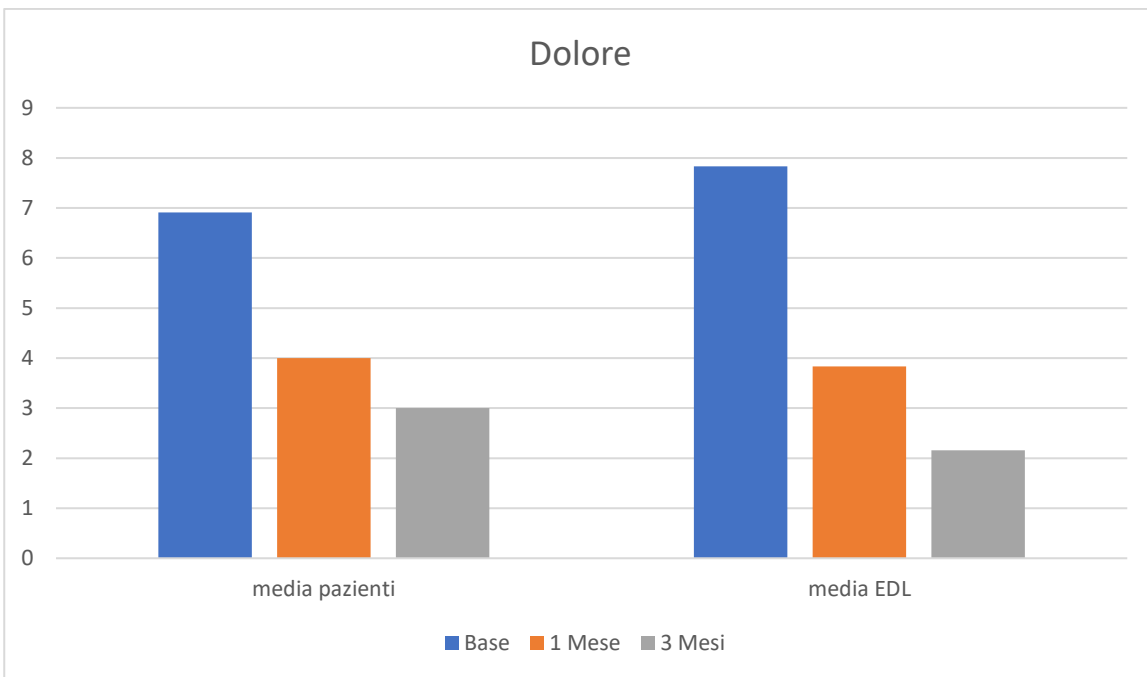
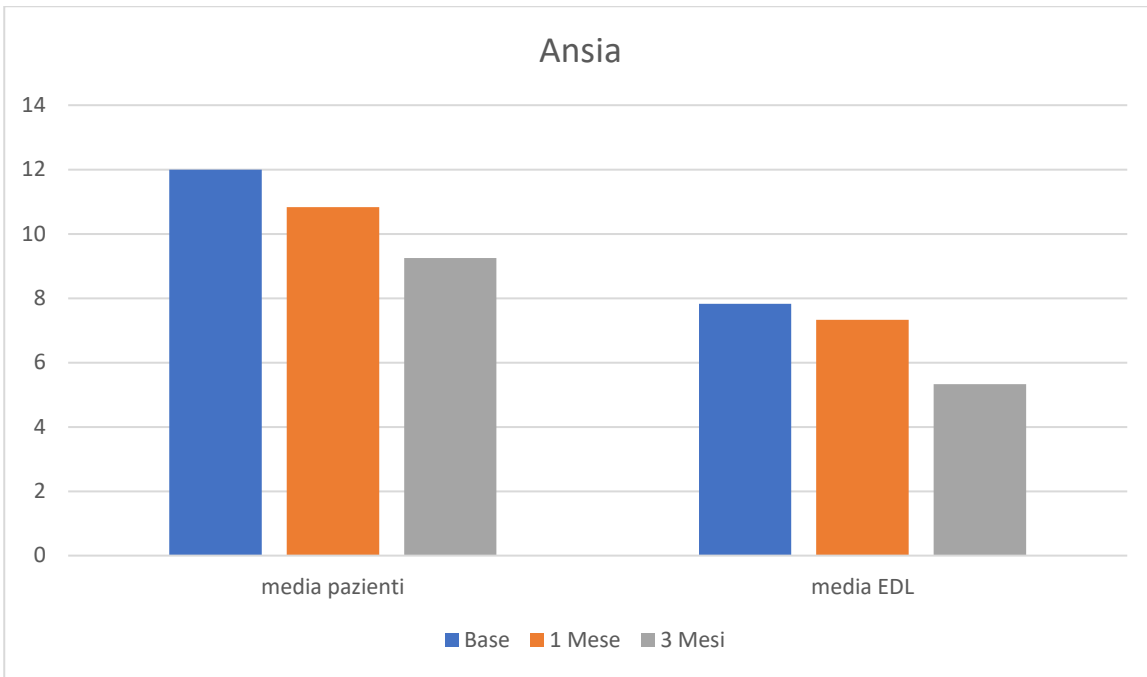
Pazienti	Patologia	Sesso	Età	DASS-21 Basale			DASS-21 1 mese			DASS-21 3 mesi		
				D	A	S	D	A	S	D	A	S
Paziente 1	Nevralgia del pudendo	M	77	21	19	18	21	16	18	21	16	16
Paziente 2	Emicrania + cervicalgia	M	59	16	22	26	15	20	26	14	18	20
Paziente 3	Emicrania + cervicalgia	F	48	15	20	20	14	18	18	14	18	16
Paziente 4	Lombalgia in artrosi grave	F	80	16	18	16	16	15	14	12	12	10
Paziente 5	Lombalgia in artrosi grave	F	79	18	8	10	15	7	8	12	7	7
Paziente 6	Lombalgia in artrosi grave	F	84	20	10	12	18	8	10	16	7	10
Paziente 7	Lombosciatalgia in EDL	M	45	9	8	10	10	6	7	9	4	5
Paziente 8	Lombosciatalgia in EDL	M	52	7	12	9	5	10	6	5	8	6
Paziente 9	Lombosciatalgia in EDL	M	54	5	11	10	4	14	7	3	8	6
Paziente 10	Lombosciatalgia in EDL	F	38	6	12	11	4	12	6	4	10	6
Paziente 11	Lombosciatalgia in EDL	F	64	2	1	3	2	1	3	2	1	3
Paziente 12	Lombosciatalgia in EDL	M	70	1	3	3	1	1	4	1	1	3
Valore Medio				11,3	12	12,3	10,4	10,8	10,5	9,4	9,2	9
Valore Medio Sottogruppo EDL				5	7,83	7,66	4,33	7,33	5,5	4	5,33	4,83

Grafico 1

Grafico1- rappresentazione in colonne dei dati medi per i singoli parametri di Depressione, Stress

Ansia e Dolore





Calcolando il differenziale dei singoli parametri misurati tra valore Basale e valore a 3 mesi si evidenzia questo andamento:

Parametro Dolore

Dolore Basale Medio--6,91	<u>Differenziale $\Delta=3,91$ (-57%)</u>
Dolore Medio a 3 mesi—3	Differenziale sottogruppo EDL= 5,67 (-72,42%)

Parametro Depressione

Depressione Basale Media---11,3	<u>Differenziale $\Delta =1,89$ (-16,82%)</u>
Depressione Media a 3 mesi—9,41	Differenziale sottogruppo EDL=1 (-20%)

Parametro Ansia

Ansia Basale Media—7,83	<u>Differenziale $\Delta =2,75$ (-23,34%)</u>
Ansia Media a 3 mesi---5,33	Differenziale sottogruppo EDL=2,5 (-31,93%)

Parametro Stress

Stress Basale Medio---12,3	<u>Differenziale $\Delta =1,41$ (-26,83%)</u>
Stress Medio a 3 mesi—9	Differenziale sottogruppo EDL=2,33 (-36,95%)

Da questi numeri si evince un complessivo miglioramento dei pazienti con una globale diminuzione dei valori di tutti i parametri; si evidenzia inoltre che i migliori risultati sono quelli relativi alla diminuzione del dolore e dello stress, seguito dal decremento dell'ansia e della depressione. Per il parametro dolore si è registrata la riduzione del 57% del dolore iniziale dopo tre mesi, e del 72,42% nel sottogruppo dei pazienti trattati per dolore in EDL. Per la depressione una riduzione del 16,82% e del 20% nel sottogruppo EDL. Per l'ansia vi è stata una riduzione del 23,34% del valore iniziale e del 31,93% nel sottogruppo EDL. Per lo stress è stata valutata una riduzione del 26,83% e del 36,95% nel sottogruppo EDL.

Quanto siano correlati al solo effetto dell'ipnosi non siamo in grado di affermarlo, ma sicuramente la diminuzione di tutti i parametri è netta. In letteratura è riconosciuto il ruolo determinante dell'ipnosi sul controllo dell'ansia e del dolore.^{21 22}

²¹ Casiglia, E. (2015). Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza. CLEUP.

²² Granone, F. (1972). Trattato di Ipnosi. Ristampato in proprio da Istituto Franco Granone CIICS.

4.2 Sala operatoria di Terapia del Dolore

È stata indotta ipnosi su 4 pazienti candidati a periduroscopia e lisi di aderenze.

I dati raccolti sono relativi al Gruppo A (4 pazienti) che è stato confrontato con il gruppo di controllo Gruppo B (5 pazienti) del trimestre precedente.

Gruppo A (Ipnosi)

1A-Maschio-82 anni-canale stretto -durata intervento 26 minuti

2A-Maschio-85 anni-canale stretto- durata intervento 21 minuti

3A-Femmina-69 anni-canale stretto- durata intervento 30 minuti

4A-Femmina-78 anni-canale stretto-durata intervento 36 minuti

Gruppo B (Controllo)

1B-Femmina 59 anni-canale stretto-durata intervento 33minuti

2B-Maschio 58 anni-canale stretto-durata intervento 30 minuti

3B-Femmina 73 anni-canale stretto-durata intervento 33 minuti

4B-Maschio 53 anni-canale stretto-durata intervento 20 minuti

5B-Maschio 82 anni-canale stretto -durata intervento 18 minuti

Non si notano sostanziali dati che differenzino i 2 gruppi di pazienti. Omogenea la diagnosi di ingresso, identico l'operatore e l'anestesista, con la durata media degli interventi nei 2 gruppi sostanzialmente sovrapponibile:

28,25 minuti nel Gruppo A

26,5 Minuti nel Gruppo B

Le osservazioni che hanno maggiormente determinato la differenza nei due gruppi di pazienti analizzati sono state:

- a- Il Consumo di farmaci analgesici e sedativi intraoperatori
- b- La qualità del piano di anestesia durante gli interventi

a-Il consumo di farmaci analgesici e sedativi intraoperatori

I farmaci analgesici e sedativi normalmente utilizzati durante le procedure²³ di periduroscopia e lisi aderenze sono:

Midazolam-- ansiolitico endovenoso, normalmente diluito 1ml = 1 mgr in siringhe da 5 ml.

Fentanyl fiale da 100 mcgr (2 ml)

Propofol fiale da 200 mgr in siringhe da 20 ml (1 ml =10 mgr)

Terminata la procedura si infonde **Paracetamolo** 1 grammo in un flaconcino da 100 ml in 20-30 minuti per un controllo postoperatorio del dolore.

I consumi rilevati da analisi del cartellino anestesilogico sono stati evidenziati nella Tabella 4.

Tabella 4

	Gruppo A				Gruppo B				
Midazolam	2	1	1	2	2	3	3	3	2
Fentanyl	50	/	50	/	50	100	50	/	/
Propofol	30	20	/	20	100	160	200	100	120
Paracetamolo	1	1	1	/	1	1	1	1	1

Calcolando il consumo medio a paziente nei 2 gruppi si evidenzia che:

Gruppo B Versus Gruppo A

Midazolam= 2,6 mgr/pz → 1,5 mgr/pz (-42,31%)

Fentanyl = 40 gamma/pz → 25 gamma/pz (- 37,5%)

Propofol= 136 mgr/pz → 17,5 mgr/pz (- 87,14%)

²³ Marie José Lahoud, Samuel Tell Gurary, Nadia Elia, Hypnosis for anaesthetists: a systematic review and meta-analyses (2025), Anaesthesia Peri-operative medicine, critical care and pain. <https://doi.org/10.1111/anae.70013>

Da ciò si evidenzia il valore dell'ipnosi nel ridurre il consumo di farmaci, pur considerando l'esiguo campione a disposizione. In particolare si nota la netta riduzione del consumo di Propofol nel gruppo con ipnosi.

b- La qualità del piano di anestesia durante gli interventi

Si tratta di un dato qualitativo, difficilmente quantizzabile. Gli interventi eseguiti in ipnosi sono stati più facilmente gestibili, in quanto tranquilli e fermi sul tavolo operatorio. Il livello di profondità anestesiológico/sedativo è risultato più stabile e regolare, evitando i frequenti involontari movimenti del paziente durante le manovre e gli stimoli operatori più intensi. Tali movimenti del paziente, costringono l'operatore a fermarsi nell'attesa che venga raggiunto un nuovo piano di sedazione più profondo.

5. DISCUSSIONE

I risultati di questo studio pilota clinico applicato al lavoro quotidiano del medico algologo sono positivi e i dati sopra riportati lo confermano. Pur consapevoli del numero limitato delle procedure eseguite, i pazienti con l'ipnosi hanno avuto un interessante e a volte notevole beneficio oggettivo e soggettivo.^{24 25}
^{26 27}Nel settore della attività ambulatoriale i dati raccolti relativi alla diminuzione di ansia, depressione e stress sono sostanzialmente andati di pari passo, decrescendo nel tempo assieme al decremento del dolore. Se da un lato si può considerare che la "Triade", monitorata con il DASS-21, avrebbe comunque avuto un decremento al diminuire del dolore, a seguito della terapia infiltrativa, senza dubbio i decrementi dei parametri sono stati significativi.^{28 29 30}I parametri stress e ansia hanno avuto una rapida diminuzione seguendo quella del dolore grazie all'ipnosi.

Sarà opportuno in futuro applicare il DASS-21 e il test NRS ad un numero di pazienti maggiore, suddividendoli in 2 gruppi omogenei con ipnosi *versus* non ipnosi. Avere a disposizione uno strumento come l'ipnosi per controllare il dolore cronico permette di affrontare meglio determinate situazioni in cui il dolore cronico è fortemente ancorato a depressione, stress e ansia per il futuro.

Per quanto concerne la parte legata agli interventi in Sala Operatoria i risultati sono molto promettenti.^{31 32 33} La migliorata gestione di interventi in pazienti quasi sempre anziani, spesso obesi, posti sempre in posizione prona e la possibilità di ridurre il rischio anestesiológico dovuto alla

²⁴ Jones AG, Rodrigo R., Pulling B., Braithwaite F., Grant A., McAuley J., Jensen M., Moseley GL, Rees A., Stantton T. (2024) Adjunctive use of Hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis. Painreports

²⁵ Caron-Trahan R., Jusseaux A., Aubin M., Cardinal E., Aramideh J., Idrissi M., Godin N., Landry M., Urbanowicz R., Rainville P., Richebé P., Ogez D. (2024) Practicing self-hypnosis to reduce chronic pain: A qualitative exploratory study of HYlaDO. British Journal of Pain

²⁶ Yerzhan A., Ayazbekova A., Lavage D., (2025). The Use of Medical Hypnosis to Prevent and Treat Acute and Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Medicine, vol. 14

²⁷Trevor Thompson, Devin Terhune, Charlotte Oram, Joseph Sharangparni, Rommana Rouf, Marco Solmi, Nicola Veronesi, Brendon Stubbs (2019) The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. Neuroscience & Biobehavioral Reviews Volume 99 Pages 298-310

²⁸ Lovibond,SH e Lovibond,PF (1995) Manuale per le scale di ansia e stress da depressione (2° ed.) Sydney:Psychology Foundation

²⁹ Gioia Bottesi, Marta Ghisi, Gianmarco Altoè, Erica Conforti, Gabriele Melli, Claudio Sica (2015) Italian Version of the Depression Anxiety Stress Scales-21:Factor Structure and psicometric properties on community and clinical samples. Comprehensive Psychiatry, 60, 170-181 DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.04.005

³⁰ Ivan S K Thong, Mark P Jensen, Jordi Miró, Gabriel Tan (2018) The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? Scandinavian Journal of Pain. doi: 10.1515/sjpain-2018-0012.

³¹ Nike W., Torres Leyva M., Hinterberger T., Rupp M., Loew T., Lambert-Delgado A., Erconvaldo A. (2025) Hypnosis as a non-pharmacological intervention for invasive medical procedures – A systematic review and meta-analytic update. Journal of Psychosomatic

³² Marianne Wetendorff Noergaard RN, MVO, PhD, Sasja Jul Håkonsen RN, MSc, PhD, Merete Bjerrum PhD, Preben U. Pedersen RN, PhD (2019) The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing dicembre 2019 Vol. 28, issue 23-24 pages 4207-4224

³³ Marie José Lahoud, Samuel Tell Gurary, Nadia Elia, Hypnosis for anaesthetists: a systematic review and meta-analyses (2025), Anaesthesia Peri-operative medicine, critical care and pain. <https://doi.org/10.1111/anae.70013>

depressione respiratoria (legata ai farmaci sedativi e analgesici) sono gli aspetti più interessanti dell'ipnosi. Anche per i pazienti considerati non idonei ad un intervento neurochirurgico (per età avanzata, obesità o comorbidità importanti), ovvero pazienti per i quali l'intervento mini invasivo o percutaneo diventa l'unica possibilità, lo spazio operativo per l'ipnosi di integrare l'anestesia locale con sedazione diventa rilevante.

In un tipo di intervento, la periduroscopia e lisi di aderenze, in cui il paziente deve stare prono, fermo, senza dolore, con un piano di sedazione farmacologica leggera per non avere gli effetti indesiderati da eccessiva profondità sedativa e quindi depressione respiratoria, l'ipnosi può giocare un ruolo determinante. I pochi casi (4) seguiti sono di sicuro interesse e di stimolo a proseguire in questa attività.

6. CONCLUSIONI

Nel setting ambulatoriale come in sala operatoria i pazienti sono stati tranquilli, sereni e collaborativi.

I Pazienti, senza più essere stimolati, assumono correttamente e spontaneamente la posizione prona, eseguono l'ancoraggio e con la tecnica del respiro rimangono immobili durante l'infissione degli aghi per l'ozonoterapia o dell'ago per la infiltrazione epidurale.

L'ipnosi può giocare un ruolo determinante anche nel setting chirurgico, durante l'intervento di peridurosopia e lisi di aderenze, in cui il paziente prono deve rimanere fermo senza dolore con un piano di anestesia farmacologica leggera per non avere gli effetti indesiderati da eccessiva profondità sedativa, e quindi depressione respiratoria.

I risultati dei pochi casi (4) seguiti sono di sicuro interesse e stimolo a proseguire in questa attività. Altro aspetto interessante riscontrato è lo scarso utilizzo di farmaci sedativi e analgesici.

Tre professionisti (un algologo, un anestesista e una infermiera professionale) hanno potuto constatare che il tempo impiegato nell'eseguire le procedure di ipnosi è stato ampiamente recuperato, sia durante le sedute ambulatoriali successive, sia nell'attività chirurgica.

L'aver introdotto un nuovo approccio al paziente, ha evitato i *nocebo*, insegnato a tutti un corretto ritmo respiratorio, senza parlare di aghi e di punture, così rivoluzionando il nostro modo di operare.

Considerando il numero elevato di pazienti agofobici o comunque ansiosi e timorosi di essere sottoposti ad infiltrazione, l'ipnosi appare una grande opportunità per il paziente, ma anche un valore aggiunto al lavoro dell'algologo attraverso la gestione del paziente più semplice e lineare.

L'ipnosi permette di affrontare meglio anche le situazioni in cui il dolore cronico è fortemente ancorato a depressione, stress e ansia per il futuro.

7. APPENDICE

Appendice 1

Periduroscopia e lisi aderenze-Breve descrizione

L'intervento di periduroscopia e lisi di aderenze, pur essendo un intervento cosiddetto "percutaneo" è abbastanza doloroso e normalmente necessita di sedazione profonda.

La periduroscopia è eseguita in posizione prona in campo sterile sotto controllo radiologico; dopo esecuzione di anestesia locale con Lidocaina 2% (3-4 ml), si posiziona un ago da peridurale da 18 G attraverso lo *hiatus sacralis* sotto guida radiologica in proiezione latero-laterale.

Dopo aver verificato il corretto ingresso dell'ago peridurale, si introduce con metodica di Seldinger una cannula da 14 G di circa 12 cm di lunghezza e attraverso di essa si inserisce, dopo averlo opportunamente allestito, un catetere direzionabile a doppio canale.

Un canale è occupato da fibra ottica 2 French e l'altro è lasciato libero ed è collegato a raccordo con grossa siringa da 50 ml riempita con soluzione fisiologica.

Un operatore inietta lentamente la soluzione fisiologica mentre l'operatore procede in senso caudo-craniale dallo spazio epidurale sacrale al livello lombare, fino idealmente a superare il livello stenotico individuato.

Mentre si procede, sotto il diretto controllo visivo e sotto controllo radiologico (in visione antero-posteriore), si visualizza lo spazio epidurale e la dura madre.

Se vi sono stenosi, aderenze e fibre cicatriziali legate a Ernie discali, ad esiti di Discectomie o altro, si cerca di lisarle mediante il mezzo meccanico stesso (Periduroscopio) che è direzionabile, mediante l'iniezione di volumi crescenti di soluzione fisiologica (fino ad un max di 120-130 ml) o mediante l'inserimento di un palloncino di Fogarty da 2,5 Fr.

A termine normalmente si inietta del cortisone e si sutura l'ingresso allo hiatus con un punto riassorbibile.

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21)
 Bottesi, Ghisi, Altoè, Conforti, Melli, & Sica, 2015

Per favore, legga ogni frase e poi indichi con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni. Esprima la sua valutazione facendo un segno sul numero 0, 1, 2 o 3 secondo la scala di valutazione seguente. Tenga presente che non esistono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere a ciascuna affermazione, spesso la prima risposta è la più accurata. Grazie per la sua preziosa disponibilità e collaborazione.

La scala di valutazione è la seguente:

0	1	2	3
Non mi è mai accaduto	Mi è capitato qualche volta	Mi è capitato con una certa frequenza	Mi è capitato quasi sempre

1.	Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma.	0	1	2	3
2.	Mi sono accorto di avere la bocca secca.	0	1	2	3
3.	Non riesco proprio a provare delle emozioni positive.	0	1	2	3
4.	Mi sono sentito molto in affanno con difficoltà a respirare (per es. respiro molto accelerato, sensazione di forte affanno in assenza di sforzo fisico).	0	1	2	3
5.	Ho avuto un'estrema difficoltà nel cominciare quello che dovevo fare.	0	1	2	3
6.	Ho avuto la tendenza a reagire in maniera eccessiva alle situazioni.	0	1	2	3
7.	Ho avuto tremori (per es. alle mani).	0	1	2	3
8.	Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa.	0	1	2	3
9.	Ho temuto di trovarmi in situazioni in cui sarei potuto andare nel panico e rendermi ridicolo.	0	1	2	3
10.	Non vedevo nulla di buono nel mio futuro.	0	1	2	3
11.	Mi sono sentito stressato.	0	1	2	3
12.	Ho avuto difficoltà a rilassarmi.	0	1	2	3
13.	Mi sono sentito scoraggiato e depresso.	0	1	2	3
14.	Non riesco a tollerare per nulla eventi o situazioni che mi impedivano di portare avanti ciò che stavo facendo.	0	1	2	3
15.	Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico.	0	1	2	3
16.	Non c'era nulla che mi dava entusiasmo.	0	1	2	3
17.	Sentivo di valere poco come persona.	0	1	2	3
18.	Mi sono sentito piuttosto irritabile.	0	1	2	3
19.	Ho percepito distintamente il battito del mio cuore senza aver fatto uno sforzo fisico (per es. battito cardiaco accelerato o perdita di un battito).	0	1	2	3
20.	Mi sono sentito spaventato senza ragione.	0	1	2	3
21.	Sentivo la vita priva di significato.	0	1	2	3

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) - Sgrigliatura

Norme popolazione generale

DASS-21	MEDIA \pm DS
Depressione	3,5 \pm 3,2
Ansia	2,4 \pm 2,6
Stress	6,4 \pm 3,8
Totale	12,3 \pm 8,3

Norme popolazione clinica

DASS-21	MEDIA \pm DS
Depressione	7,7 \pm 5,6
Ansia	5,5 \pm 4,6
Stress	8,9 \pm 4,2
Totale	22,1 \pm 12,1

SCORING

Attribuire a ogni item un punteggio compreso tra 0-3.

DASS-21-Depressione – Somma punteggi item 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.

DASS-21-Ansia – Somma punteggi item 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.

DASS-21-Stress – Somma punteggi item 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18.

DASS-21-Totale – Somma punteggi item 1-21.

Articolo di validazione:

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170-181.

Appendice 3

Tecnica di induzione rapida di Dave Elman (modificata da R.Iannini)

“Trova la posizione per te più comoda sul lettino.

Mentre sei comodamente seduto, immagina di riuscire a sprofondare lentamente nel lettino e, iniziando a rilassare il corpo, puoi semplicemente portare la tua attenzione al tuo respiro. Inspira profondamente e trattieni il respiro e poi, mentre lasci andare quel respiro, consenti alle tue palpebre di chiudersi delicatamente. Rallenta il tuo ritmo respiratorio e mentre ti accorgi che il tuo respiro rallenta...trovando un ritmo più rilassante, puoi semplicemente rilassare il resto del corpo, poiché tutti i tuoi muscoli diventano piacevolmente molto rilassati, proprio come una bambola di pezza.

Mentre ti godi la sensazione piacevole di questo rilassamento che diffonde attraverso il corpo, porta nuovamente la tua attenzione agli occhi.

Ora puoi rilassare i tuoi occhi così meravigliosamente e profondamente e fintanto che rimangono rilassati non vorrai aprirli. Puoi sentire che le palpebre sono piacevolmente pesanti e che vorrai continuare a tenere gli occhi chiusi.

Quando riesci a immaginarlo... più provi ad aprire gli occhi, più le palpebre oppongono resistenza e i tuoi occhi rimangono chiusi.

Ecco, prova, se riesci, anche solo un poco, a sollevare le tue palpebre pesanti piacevolmente adagate sugli occhi...(pausa) Va bene...rilassati ora non hai più bisogno di sforzarti per aprire i tuoi occhi...tienili tranquillamente chiusi.

Mentre ti lasci andare...ti accorgi che questo meraviglioso senso di rilassamento diffonde dai tuoi occhi scivolando verso il basso attraverso il resto del tuo corpo. E mentre provi questo senso di profondo rilassamento fisico...profondo e profondo...allo stesso modo la tua mente si rilassa...si rilassa...questo significa che stai godendo di una piacevolissima trance ipnotica.

E ora, per iniziare davvero ad approfondire quella trance, potrai aprire e chiudere lentamente e delicatamente i tuoi occhi...ricorda, mentre io conto da uno a tre aprirai gli occhi per un momento e mentre io conto da tre a uno richiuderai gli occhi e ogni volta che gli occhi si chiudono sentirai un'onda di profondo rilassamento che avvolge il tuo corpo e la tua mente, rilassandoti due volte più profondamente, dieci volte più profondamente...

A partire da ora: uno, due tre, solleva lentamente le tue palpebre pesanti...e tre, due, uno...lasciali di nuovo richiudere, rilassandoti due volte più profondamente...dieci volte più profondamente...

(Ripetere più volte con questi suggerimenti intervallati di approfondimento e rilassamento della trance, terminando con gli occhi chiusi)

Ora che il tuo corpo è così profondamente, così profondamente rilassato, puoi permetterti di tenere i tuoi occhi comodamente chiusi e puoi permettere alla mente di godere di un livello di trance ancora più profondo....

Tra un attimo ti chiederò di iniziare un conto alla rovescia partendo da 100, contando ad alta voce e ripetendo le parole “sempre più in profondità” dopo ogni numero.

Ogni volta che dici il numero, ogni volta che dici le parole” sempre più in profondità” la tua mente diventa due volte più profondamente rilassata, sprofondando in una trance meravigliosamente profonda....

E mentre conti, prima o poi, la tua voce diventerà sempre più flebile e i numeri che ti rilassano così profondamente, tenderanno a dissolversi nella tua mente...prima o poi perderai il desiderio e la capacità di continuare a contare e potrai sentire te stesso rimanere in un piacevole silenzio...

A partire da ora, inizia il tuo conto alla rovescia, “cento...sempre più in profondità...” ecco, rilassando quella voce, due volte più profondamente, dieci volte più profondamente, perderai quei numeri...dimenticandoli... lasciandoli indietro...la voce si sta indebolendo... più debole...e più la tua voce diventa flebile e più la tua voce diventa flebile e più la trance diventa profonda.

Lascia che i numeri svaniscano...lasciandoli indietro...la tua mente è silenziosa, calma, tranquilla...godendo del livello più profondo e piacevole di trance che tu abbia mai provato...Perdi quei numeri...da questo momento non devi far altro che rimanere seduto in silenzio, rilassarti e goderti questa affascinante sensazione di trance profonda... trance profonda...”

8. BIBLIOGRAFIA

- Ayazbekova, A. L. (2025). The Use of Medical Hypnosis to Prevent and Treat Acute and Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, Volume 14, Issue 13.
- Berliere, M. R. (2024). Hypnosis Sedation Used in Breast Oncologic Surgery Significantly Decreases Perioperative Inflammation. *Cancer*, <https://doi:10.3390/cancers17010049>.
- Bottesi, G. G. (2015). Italian Version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor Structure and Psychometric Properties on Community and Clinical Samples. *Comprehensive Psychiatry*.
- Caron-Trahan, R. J. (2024). Practicing self-hypnosis to reduce chronic pain: A qualitative exploratory study of HYLADO. *British Journal of Pain*.
- Casiglia, E. (2015). *Trattato di ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. CLEUP.
- Elman, D. (1984). *Hypnotherapy*. Westwood Pub Co.
- Gardner, T. O. (s.d.). Sing hypnosis in clinical practice for management of chronic pain: a qualitative study. *Patient Education and Counseling Volume 119*.
- Granone, F. (1972). *Trattato di Ipnosi*. Ristampato in proprio da Istituto Franco Granone CIICS.
- Jones, A. R. (2024). Adjunctive use of Hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis. *Painreports*.
- Lahoud, M. G. (2025, settembre 24). Hypnosis for anaesthetists: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia Peri-operative medicine, critical care and pain*, p. <https://doi.org/10.1111/anae.70013>.
- Langlois, P. P.-M. (2022, aprile). Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews volume 135*.
- Lovibond, S. L. (1995). *Manuale per le scale di ansia e stress da depressione 2° Edizione*. Sidney: Psychology Foundation.
- Nike, W. T.-D. (2025). Hypnosis as a non-pharmacological intervention for invasive medical procedures – A systematic review and meta-analytic update. *Journal of Psychosomatic Research*, <https://doi:10.1016/j.jpsychores.2025.112117>.
- Thomson, T. T. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief. A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Review vol 99*, 298-310.
- Thong, I. J. (2018). The validity of Pain Intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS and FPS-R measure? . *Scandinavian Journal of Pain*.
- Watendorff Noergaard, M. H. (2019). The effectiveness of hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 4207-4224.
- Yerzhan, A. A. (2025). The use of Medical Hypnosis to prevent and treat acute and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine vol. 14*.