



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2025

**STUDIO SULL'IPNOSI NEL DOLORE PELVICO CRONICO: DAI
SINGOLI TASSELLI AL MOSAICO**

Candidato Matteo Spalluto

Relatore Professor Facco Enrico

Correlatore Dott. Venini Enzo

Indice

- **DOLORE PELVICO CRONICO**
 - Introduzione
 - Definizione
 - Classificazione
 - Fisiopatologia
 - Diagnosi
 - Trattamento
 - Il Modello Biopsicosociale nella Pratica Clinica.

- **DOLORE PELVICO CRONICO E IPNOSI**

- **METODI**

- **RISULTATI**

- **DISCUSSIONE**

- **BIBLIOGRAFIA**

ABSTRAC

Introduzione: il dolore pelvico cronico (*Chronic Pelvic Pain*, CPP) rappresenta una delle sindromi dolorose più complesse e debilitanti nel panorama della medicina. Esso coinvolge fino al 24% delle donne in età fertile ed è caratterizzato da dolore persistente nell'area pelvica, di durata superiore ai sei mesi. Il CPP è caratterizzato da diversi sottotipi clinici: ginecologico (es endometriosi, adenomiosi, fibromi uterini, etc); urologico (cistite interstiziale, uretriti/prostatiti croniche non batteriche); gastrointestinale (sindrome dell'intestino irritabile, malattie infiammatorie croniche intestinali); muscoloscheletrico (disfunzioni del pavimento pelvico, ipertono, trigger point miofasciali); neuropatico (intrappolamento nervoso, nevralgie post-operatorie, radicolopatie sacrali); psicogeno o funzionale (assenza di alterazioni organiche evidenti, con componenti psico-emotive). Le diverse terapie esistenti hanno, apparentemente, una bassa efficacia. Una delle possibili strategie è la terapia con ipnosi: le poche meta-analisi su studi controllati randomizzati non hanno rilevato differenze significative nel dolore o nella qualità della vita; questi risultati sono, però, limitati a causa della mancanza di un intervento standardizzato e dell'eterogeneità degli studi inclusi. Esistono, inoltre, diversi studi che prendono in considerazione solo una delle sottocategorie cliniche del CPP.

Metodi: questo è uno studio clinico in cui sono stati reclutati 6 pazienti affetti da CPP, uno in rappresentanza di ogni sottocategoria relativa al dolore pelvico cronico: ginecologico, urologico, gastrointestinale, muscoloscheletrico, neuropatico e psicogeno. Per ogni paziente è stata raccolta l'anamnesi, le terapie, il tipo di dolore e la sua durata. Ogni paziente è stato sottoposto a due sedute di ipnosi della durata di 20 minuti al tempo 0 (T0) e dopo 14 giorni (T1); prima di ogni seduta ipnotica è stato richiesto al paziente di compilare la VAS, la scala visiva per l'ansia e il questionario sulla qualità della vita 15D. Dopo la seduta al paziente veniva richiesto nuovamente di compilare la VAS e la scala visiva per l'ansia.

Risultati: dopo la prima seduta di ipnosi la VAS è stata ridotta in media del 57,9%, mentre il valore di ansia è stato ridotto in media del 70,6%. Dopo la seconda seduta la VAS si è ridotta in media del 59,9% se confrontata con il valore pre-ipnosi di T0, l'ansia si è ridotta in media del 55,8% se confrontata con il valore pre-ipnosi di T0. Inoltre, dopo due sedute di terapia con ipnosi, vi è stato un miglioramento della qualità di vita, attraverso il questionario 15 D, espresso come "molto meglio" pari al 66,6%; il miglioramento è rientrato nella categoria "leggermente meglio" nel 16,6%; in un singolo caso non è stato possibile calcolare la differenza perché il paziente è uscito dallo studio.

Discussione: i risultati di questo studio pilota suggeriscono che l'uso dell'ipnosi, attraverso l'applicazione di sole due sedute, possa rappresentare un valido aiuto nella riduzione del dolore, dell'ansia e nel miglioramento della qualità di vita del paziente affetto da dolore pelvico cronico. L'obiettivo futuro sarà quello di arruolare 50 pazienti per ogni sottocategoria di dolore pelvico cronico al fine di indagare l'efficacia della terapia con ipnosi non solo nel complesso di questa difficile sindrome dolorosa, ma anche nelle sue diverse declinazioni, nel tentativo di verificare il tasso di efficacia della terapia con ipnosi in ognuna di esse.

Dolore Pelvico Cronico

Introduzione

Il dolore pelvico cronico (*Chronic Pelvic Pain*, CPP) rappresenta una delle sindromi dolorose croniche più complesse e sfuggenti nel panorama della medicina clinica, coinvolgendo trasversalmente ambiti quali ginecologia, urologia, gastroenterologia, neurologia e psicologia¹. Si tratta di una condizione caratterizzata da dolore persistente o ricorrente localizzato nell'area pelvica di durata superiore ai sei mesi in grado di compromettere significativamente la qualità della vita del paziente; spesso non è associato ad alcuna patologia organica evidente oppure, quando presente, essa ha un ruolo coincidentiale o, al massimo, è una concausa. Ne consegue che i trattamenti rivolti alla eventuale patologia coesistente (ad es. un fibroma uterino) raramente danno risultati soddisfacenti.

L'interesse scientifico verso il CPP è aumentato negli ultimi anni, non solo per la sua elevata prevalenza (fino al 16-24% nelle donne in età fertile²), ma anche per il notevole impatto clinico, sociale ed economico. La sindrome del dolore pelvico cronico si distingue da altre condizioni dolorose per la sua natura multifattoriale, nella quale convergono componenti organiche, funzionali, e psicosomatiche. Le evidenze suggeriscono una complessa interazione tra disfunzioni viscerali (es. endometriosi, sindrome della vescica dolorosa, malattie infiammatorie pelviche), componenti miofasciali, alterazioni neuroendocrine, processi infiammatori cronici, disfunzioni del pavimento pelvico, fenomeni di sensibilizzazione centrale.

Un punto critico nella gestione del CPP è la diagnosi differenziale. Spesso i pazienti affetti da dolore pelvico cronico si sottopongono a lunghi iter diagnostici, consultando diversi specialisti e ricevendo trattamenti inefficaci o discordanti. Questo deriva non solo dalla complessità clinica del disturbo, ma anche dalla mancanza di una formazione integrata tra i diversi protagonisti del sistema sanitario. Il dolore pelvico cronico, come spesso accade per alcune sindromi dolorose complesse, necessita di un approccio multidisciplinare e personalizzato, includendo strategie farmacologiche, interventi psicologici, terapie fisiche e, in alcuni casi, procedure invasive o chirurgiche. Le recenti linee guida suggeriscono un trattamento basato sul *modello biopsicosociale*, in cui il dolore viene affrontato non solo come sintomo, ma come esperienza soggettiva multidimensionale.

Definizione e classificazione

Il dolore pelvico cronico è definito come un dolore localizzato nella pelvi o in strutture anatomiche correlate, con durata superiore ai sei mesi e gravità tale da compromettere le attività quotidiane e la qualità della vita³. Tale dolore non deve essere esclusivamente correlato al ciclo mestruale, alla gravidanza o a patologie acute identificabili, e può essere ciclico o non ciclico, continuo o intermittente. L'Associazione Europea di Urologia (EAU)⁴ distingue il CPP in due categorie principali: **dolore pelvico cronico primario**, in assenza di una causa organica identificabile, e **dolore pelvico cronico secondario**, associato a patologie sottostanti (endometriosi, sindrome della vescica dolorosa, patologie intestinali o urologiche, etc).

La classificazione proposta dalla EAU si basa su un sistema multidimensionale che valuta:

- la **localizzazione** del dolore (vescicale, urologico, ginecologico, gastrointestinale, muscoloscheletrico, neuropatico);
- le **caratteristiche temporali** (costante, intermittente, legato al ciclo mestruale);

- **l'impatto psicologico;**
- la presenza di **sintomi associati** (disuria, dispareunia, alterazioni intestinali, disturbi del sonno o dell'umore).

Un ulteriore sistema classificativo è rappresentato dall'approccio **UPOINT(S)** (Urinary, Psychosocial, Organ-specific, Infection, Neurologic/systemic, Tenderness, Sexual dysfunction), particolarmente utile nella valutazione del dolore pelvico cronico negli uomini, soprattutto nei casi di prostatite cronica non batterica.

Sottotipi clinici di CPP¹

1. **Ginecologico**
Include condizioni come endometriosi, adenomiosi, fibromi uterini, sindrome da congestione pelvica e sequele di malattia infiammatoria pelvica (PID).
2. **Urologico**
Comprende sindrome della vescica dolorosa (o cistite interstiziale), uretriti croniche non batteriche, prostatite cronica abatterica e sindrome del dolore perineale.
3. **Gastrointestinale**
Spesso legato a sindrome dell'intestino irritabile (IBS), malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD) e alterazioni viscerali funzionali.
4. **Muscoloscheletrico**
Include disfunzioni del pavimento pelvico (ipertono, trigger point miofasciali), coccigodinia, sindrome del muscolo elevatore dell'ano, sindrome del piriforme.
5. **Neuropatico**
Dolore conseguente a lesioni o disfunzioni dei nervi pelvici (es. intrappolamento nervoso, nevralgie post-operatorie, radicolopatie sacrali). Tra le cause più frequenti vi è la neuropatia del nervo pudendo, che si manifesta con dolore urente, parestesie e allodinia nella regione perineale, tipicamente aggravato dalla posizione seduta. Il meccanismo patologico prevede la compressione del nervo all'interno del canale di Alcock o in corrispondenza dei legamenti sacrospinosi e sacrotuberosi. La diagnosi è clinica, supportata da test evocativi e da un'eventuale risposta positiva a infiltrazioni diagnostiche. La terapia include fisioterapia neurodinamica, neuromodulazione e, nei casi refrattari, decompressione chirurgica⁵.
6. **Psicogeno o funzionale**
In assenza di alterazioni organiche evidenti, con forti componenti psico-emotive e associazione con disturbi d'ansia, depressione, disturbo da somatizzazione.

Fisiopatologia del Dolore Pelvico Cronico

La fisiopatologia del CPP coinvolge molteplici meccanismi interconnessi, tra cui:

- **Alterazioni Neurologiche e Neuroinfiammatorie:** numerosi studi indicano che il CPP è associato a una sensibilizzazione centrale e periferica. La sensibilizzazione centrale si manifesta con un aumento della risposta neuronale nel midollo spinale e nelle vie ascendenti del dolore, anche in assenza di stimoli nocivi. Questo fenomeno è sostenuto da un rilascio prolungato di neurotrasmettitori eccitatori (come glutammato e sostanza P) e da una disregolazione degli interneuroni inibitori. La neuroinfiammazione locale, caratterizzata dalla produzione di citochine pro-infiammatorie (es. IL-1 β , TNF- α), contribuisce all'iperalgisia e all'allodinia riferita.

- **Sistema Nervoso Autonomo:** disfunzioni del sistema nervoso autonomo, in particolare dell'innervazione pelvica, possono alterare la motilità viscerale e la percezione del dolore. Il sistema simpatico, spesso iperattivo nel CPP, contribuisce a mantenere lo stato di dolore cronico attraverso meccanismi di dolore neuropatico.
- **Fattori Psicologici:** Nel dolore pelvico cronico è essenziale considerare la componente psicoemotiva. Fattori come depressione, disturbi d'ansia, traumi pregressi (psicologici o fisici, inclusi abusi²), e strategie cognitive disfunzionali (es. ipervigilanza somatica) possono contribuire alla persistenza del dolore anche in assenza di lesioni organiche rilevabili⁶. Tali condizioni possono amplificare la percezione del dolore mediante vie centrali e modulazioni neuroendocrine. Tipico è, ad esempio, la vestibolodinia provocata, una forma di vulvodinia localizzata, che si manifesta con dolore intenso al vestibolo vulvare, tipicamente innescato dal contatto o dalla penetrazione. È frequentemente associata a dispareunia superficiale e può essere aggravata da fattori psicologici come ansia, ipervigilanza e catastrofizzazione del dolore [9]. La diagnosi di dolore da disturbo somatoforme deve essere formulata con cautela, evitando approcci stigmatizzanti. Inoltre, il dolore cronico può generare un circolo vizioso in cui l'isolamento sociale e la riduzione della qualità della vita accentuano la componente dolorosa. La valutazione psicologica è parte integrante dell'inquadramento clinico, e l'approccio biopsicosociale risulta più efficace rispetto alla sola terapia farmacologica o chirurgica. Le pazienti con pattern psicosomatico rispondono meglio a percorsi integrati con psicoterapia cognitivo-comportamentale, tecniche di rilassamento, e trattamenti corporei orientati alla consapevolezza.

Diagnosi del Dolore Pelvico Cronico

La diagnosi del dolore pelvico cronico rappresenta una sfida clinica multidisciplinare a causa della complessità delle possibili cause e della natura soggettiva del sintomo dolore. Essa include un'anamnesi dettagliata che deve comprendere la descrizione del dolore (localizzazione, intensità, durata, carattere); i fattori scatenanti e allevianti; i sintomi associati (alterazioni urinarie, intestinali, sessuali); eventuale storia di infezioni, traumi o interventi chirurgici; contesto psicologico e sociale. Di fondamentale importanza è l'esame obiettivo che deve essere mirato e sistematico, e deve includere: la palpazione addominale e pelvica per identificare punti di dolore specifici; eventuale esame ginecologico o urologico con valutazione delle strutture pelviche; valutazione muscolo-scheletrica e neurologica per individuare disfunzioni muscolari, neuropatie o sindromi miofasciali. Spesso sono necessari degli esami strumentali: ecografia pelvica e transvaginale per valutare organi pelvici e strutture adiacenti; risonanza magnetica per approfondire eventuali lesioni tissutali o anomalie anatomiche; talvolta sono utili, in casi selezionati, esami endoscopici (cistoscopia, laparoscopia); può essere inoltre opportuno richiedere una valutazione urodinamica in presenza di disturbi urinari. Infine, come evidenziato in precedenza, spesso è imprescindibile una valutazione psicologica: la presenza di disturbi emotivi o di adattamento può essere indagata con questionari specifici e colloqui psicologici, essenziali per una corretta gestione integrata.

Trattamento

Come già sottolineato il trattamento del dolore pelvico cronico richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato⁷, in quanto le cause e i meccanismi coinvolti sono spesso multifattoriali. Elenchiamo i diversi trattamenti (Fig.1).

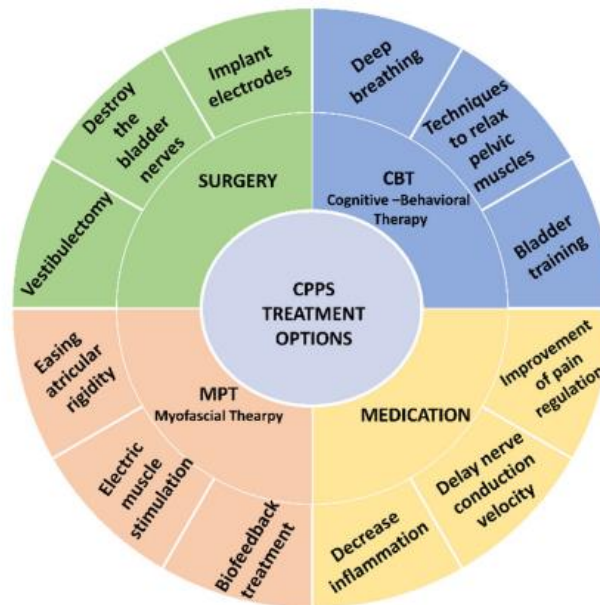


Figura 1. Principali trattamenti per il CPP. Fonte: New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). Keren Grinberg, Yael Sela, Rachel Nissanholtz-Gannot. 2020 Apr 26;17(9):3005.

Terapie Farmacologiche

- Analgesici: FANS e paracetamolo sono spesso utilizzati come prima linea, ma possono risultare insufficienti nei casi di dolore neuropatico o centrale.
- Antidepressivi triciclici e inibitori della ricaptazione della serotonina/noradrenalina (SSNRI): utili per modulare la sensibilizzazione centrale e migliorare il tono dell'umore.
- Anticonvulsivanti: Gabapentin e pregabalin sono parzialmente efficaci nel dolore neuropatico.
- Miorilassanti: per ridurre la tensione muscolare e alleviare il dolore miofasciale.

Terapie Fisiche e Riabilitative

- Fisioterapia pelvica: include esercizi di rilassamento muscolare, biofeedback e tecniche manuali per migliorare la funzionalità muscolo-scheletrica.
- Terapie fisiche: onde d'urto, laserterapia e TENS possono contribuire alla riduzione del dolore.

Interventi Psicologici

- La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) aiuta a gestire la componente emotiva e il coping del dolore.

- Tecniche di rilassamento, mindfulness e gestione dello stress sono utili per migliorare la qualità di vita.

Approcci Invasivi

- Blocchi nervosi o infiltrazioni locali possono essere impiegati per ridurre il dolore in casi selezionati.
- In rari casi, può essere considerata la chirurgia, soprattutto se sono identificate cause organiche specifiche.
- Tecniche come la stimolazione del midollo spinale (SCS) e la neuromodulazione periferica stanno emergendo come opzioni per i casi refrattari.

Il Modello Biopsicosociale nella Pratica Clinica

Il CPP non può essere considerato esclusivamente come una manifestazione organica. Il modello biopsicosociale propone una visione globale che considera:

- Componenti **biologiche**: patologie viscerali, muscolari, nervose.
- Componenti **psicologiche**: depressione, ansia, catastrofismo, stress cronico.
- Componenti **sociali**: isolamento, difficoltà relazionali, impatto lavorativo.

Questo modello orienta la presa in carico globale del paziente, mirando non solo alla riduzione del dolore, ma anche al miglioramento della qualità di vita. Questo implica la necessità di un approccio multidisciplinare - o meglio, olistico - che preveda il coinvolgimento sinergico di vari specialisti: ginecologo/urologo/andrologo per escludere o trattare condizioni organiche pelviche (endometriosi, prostatite cronica, sindrome della vescica dolorosa); fisiatra/fisioterapista per la riabilitazione del pavimento pelvico, il rilassamento muscolare e il recupero della funzionalità biomeccanica; neurologo o algologo per la gestione farmacologica avanzata e i trattamenti di neuromodulazione; psicologo o psicoterapeuta per affrontare l'impatto emotivo, i disturbi dell'adattamento e favorire strategie di coping; dietologo/nutrizionista nei casi in cui sintomi gastrointestinali o intolleranze aggravino il dolore.

Dolore pelvico Cronico e Ipnosi

Nonostante l'abbondanza di prove che dimostrano l'efficacia dell'ipnosi per diversi tipi di dolore cronico, sono ancora scarsi gli studi sul suo impiego nel trattamento del dolore cronico pelvico. Questo è importante perché, l'ipnosi ha un elevato potenziale psicosomatico, come già definito saggiamente da Franco Granone⁸ e può modulare efficacemente sia la componente psicologica sia quella neurovegetativa, come dimostrato da alcuni recenti studi⁹⁻¹², fatto che rende l'ipnosi potenzialmente superiore alle altre forme di psicoterapia.

Nel 2023 un meta-analisi che comprendeva quattro studi controllati randomizzati¹³ non ha rilevato differenze significative nel dolore o nella qualità della vita per il gruppo di pazienti sottoposti a terapia ipnotica rispetto al controllo; solo uno studio ha riportato una riduzione del dolore dopo la terapia con ipnosi, ma non ha raggiunto la validità statistica. È stato evidenziato, però, che questi risultati sono limitati a causa della mancanza di un intervento standardizzato e dell'eterogeneità degli studi inclusi.

Diversi studi presenti in lettura esaminano una delle sottocategorie del dolore pelvico cronico, ma non sono RCT e la loro numerosità campionaria è bassa.

In un articolo del 2018¹⁴ si sottolinea come la terapia con ipnosi, che può essere personalizzata in base ai sintomi del paziente, sia un trattamento efficace per i disturbi intestinali refrattari. In un recente studio di coorte¹⁵ su 1000 pazienti adulti con sindrome dell'intestino irritabile refrattaria, il 76% dei pazienti ha ottenuto una risposta a seguito di ipnoterapia focalizzata sull'intestino, con tassi di risposta più elevati nelle donne, pari all'80% rispetto al 62% negli uomini. Tra gli elementi delle procedure ipnotiche utilizzate, sono da riportare i seguenti suggerimenti: a) per il dolore addominale può essere utile il suggerimento al paziente di appoggiare la mano sull'addome per percepirne il calore e tramite esso alleviare il dolore; b) l'enfasi sulla capacità del paziente ad avere il controllo del proprio intestino, piuttosto che l'intestino ad avere il controllo su di lui, una sorta di mantra che viene ripetuto più volte dal terapeuta; c) l'incoraggiamento a praticare l'auto-ipnosi a casa, tra una seduta e l'altra, utilizzando anche registrazioni audio.

Il primo studio randomizzato sull'ipnosi nella sindrome dell'intestino irritabile¹⁶, condotto nel 1984, ha dimostrato un miglioramento significativo del dolore addominale, del gonfiore addominale e della funzionalità intestinale a seguito alle sedute di ipnosi, rispetto alla terapia di supporto con un farmaco placebo. Studi più recenti hanno mostrato differenze apprezzabili nella funzione sensoriale e motoria del colon prima e immediatamente dopo l'ipnosi, dimostrando come la terapia ipnotica possa modificare la modulazione dell'attività riflessa gastrocolica postprandiale¹⁷, la motilità del colon¹⁸, e dell'ipersensibilità viscerale^{19,20}. Inoltre, un recente RCT²¹ ha dimostrato che i soggetti con sindrome dell'intestino irritabile moderata-grave che rispondevano alla terapia ipnotica avevano un'attenuazione dell'attivazione dell'insula posteriore, mentre il miglioramento dei sintomi era associato alla normalizzazione di alcune risposte cerebrali evocate dagli stimoli viscerali dolorosi. Questi dati suggeriscono che l'uso di metafore focalizzate sull'intestino, tramite utilizzo di ipnosi, possa selezionare specifici percorsi neurali intestino-cervello, portando a cambiamenti neuroplastici favorevoli.

In un RCT del 2022²² è stato chiesto a venti donne con dolore pelvico persistente di compilare questionari di valutazione relativi ad ansia, dolore, depressione, catastrofizzazione e disabilità legata al dolore. L'ipnosi è stata condotta con sedute settimanali online di 7 settimane. L'ipnosi è stata in

grado di ridurre significativamente l'ansia e la depressione; mentre non sono stati mostrati effetti significativi sul dolore, la disabilità, la catastrofizzazione e il comportamento evitante.

Una meta-analisi del 2020²³ ha esaminato l'utilizzo dell'ipnosi nella dispareunia, da cui risulta che l'ipnosi può ridurre l'intensità del dolore durante l'attività sessuale di 3,55 volte rispetto ai controlli.

In uno RCT pilota del 2021²⁴ 30 pazienti affetti da sindrome dolorosa vescicale/cistite interstiziale sono stati divisi in due gruppi: uno sottoposto alla sola terapia standard e l'altro sottoposto a anche ad ipnosi. Questa consisteva in tre sessioni individuali di ipnosi standardizzate della durata di 18 minuti con un ipno-terapeuta qualificato più la pratica quotidiana dell'autoipnosi a casa tramite una registrazione web. Lo script dell'ipnosi includeva immagini rilassanti seguite da suggerimenti per ridurre i sintomi vescicali, il dolore e il disagio. Ogni sessione si concludeva con un promemoria per l'utilizzo di una registrazione online di ipnosi autosomministrata da seguire almeno due volte a settimana. Gli autori concludevano che l'ipnosi era in grado di ridurre significativamente lo stress emotivo, gravità del dolore e migliorare il rilassamento, la qualità di vita e i sintomi vescicali durante le prime due delle tre sessioni di ipnosi pianificate.

Nel 2020²⁵ è stato valutato un campione di 20 studentesse indonesiane affette da dismenorrea primaria, prima e dopo una singola seduta di ipnosi, valutando il dolore mediante la Numeric Rating Scale (NRS): prima dell'intervento l'NRS era di 6,50 e il valore medio dopo l'intervento era di 1,35 ($p = 0,001$).

In uno studio preliminare del 2007²⁶ sono state valutate otto donne affette da sindrome vulvo-vestibolare: è stata effettuata una valutazione prima della terapia ipnotica con questionari sul dolore e sulla sfera psicosessuale, e una visita ginecologica, comprendente una misurazione della soglia del dolore vestibolare. In particolare, i questionari includevano la valutazione del dolore durante la visita ginecologica, le soglie del dolore vestibolare, i punteggi del *McGill Pain Questionnaire* e della *Pain Catastrophizing Scale* e le risposte a domande sul dolore correlato e non correlato ai rapporti sessuali. Le misure della funzione psicosessuale includevano il *Female Sexual Function Index*, la *State-Trait Anxiety Scale*, il *Beck Depression Inventory-II* e il *Brief Symptom Inventory*. Il trattamento comprendeva sei sedute di ipnosi. Gli esami fisici, il colloquio e i questionari sono stati ripetuti ad 1 ed a 6 mesi dal trattamento. I risultati di questo lavoro hanno indicato riduzioni significative del dolore durante la visita ginecologica e durante i rapporti sessuali, con aumenti non significativi della soglia del dolore. Alcuni indici del dolore vulvare non coitale sono diminuiti. La funzione sessuale complessiva, in particolare la soddisfazione sessuale, è aumentata dopo il trattamento, mentre non sono state rilevate differenze in nessuna misura psicologica. Le partecipanti hanno dichiarato di essere soddisfatte dal trattamento.

Nel 2021, in uno studio clinico pilota randomizzato in doppio cieco²⁷, sono state arruolate 22 pazienti iraniane affette da endometriosi e trattate con Dienogest, farmaco progestinico. Tramite randomizzazione le pazienti sono state divise in un gruppo di controllo e un gruppo di intervento, ognuno formato da 11 soggetti. Il gruppo di intervento è stato sottoposto a terapia ipnotica, strutturata in otto sessioni settimanali, la prima della durata di 40 minuti effettuata in presenza, mentre le altre sono state eseguite online, con una durata di 30-45 minuti. All'inizio dell'intervento, immediatamente dopo l'intervento e a 4 settimane entrambi i gruppi sono stati valutati utilizzando la scala analogica visiva (VAS) relativamente alla dismenorrea, alla dispareunia e al dolore pelvico cronico generale. Il punteggio VAS della dismenorrea nel gruppo di intervento era $6,30 \pm 1,25$ prima dell'intervento, $5,50 \pm 1,08$ dopo l'intervento e $4,60 \pm 0,97$ durante il follow-up ($p < 0,001$, effect size = 0,93). Le analisi dei VAS sulla dispareunia e sul dolore pelvico cronico non sono state invece significative. In conclusione questo studio suggerisce che la terapia ipnotica, associata al trattamento farmacologico, è stata più efficace nell'alleviare il dolore endometrioso rispetto al solo trattamento farmacologico.

In un studio del 2022²² è stata valutata la fattibilità di un intervento ipnotico online per donne con dolore pelvico persistente. L'obiettivo secondario era esplorare l'effetto dell'intervento di ipnosi su ansia, depressione, coping, catastrofizzazione del dolore e disabilità legata al dolore rispetto a un gruppo di controllo senza intervento. Venti donne con dolore pelvico persistente hanno compilato alcuni questionari di valutazione e sono state randomizzate in gruppo di controllo e di intervento ipnotico tramite registrazioni audio (una registrazione nuova a settimana riascoltabile più volte, 15-20 minuti). Il gruppo di intervento ipnotico ha completato un ciclo online di 7 settimane. I risultati hanno rilevato un tasso di abbandono del 30% e una modesta compliance (40%-90%). Sono state riscontrate riduzioni significative nelle misurazioni di ansia e depressione; tuttavia, non sono stati osservati effetti significativi per gravità del dolore, coping, catastrofizzazione del dolore e disabilità legata al dolore.

Infine bisogna ricordare come la durata della terapia ipnotica, spesso non univoca tra gli studi, possa giocare un ruolo fondamentale: i risultati in uno studio del 2022²⁸ suggeriscono che un trattamento di ipnosi della durata minima di 8 sedute potrebbe offrire un approccio complementare efficace per la gestione del dolore muscoloscheletrico cronico e neuropatico.

La problematica riguardo l'utilizzo dell'ipnosi nel dolore pelvico cronico è che quest'ultimo sottende una serie diverse di patologie con altrettanti diversi meccanismi eziopatogenetici, accomunati da uno stesso sintomo nella medesima zona topografica, la pelvi. Tuttavia, gli studi presenti in letteratura, nella maggioranza dei casi, comprendono l'arruolamento di una singola tipologia di dolore cronico pelvico.

Metodi

Sono qui riportati i dati relativi a sei casi affetti da dolore pelvico cronico (5 donne, 1 maschio; età media 37 anni, range 26-61 anni) a, ognuno appartenente a una delle sottocategorie descritte sopra; cinque pazienti su sei assumevano terapia in cronico. Per ogni paziente, nel contesto ambulatoriale privato, è stata raccolta l'anamnesi clinica patologica prossima e remota, i precedenti trattamenti, il tipo di dolore e la sua durata. Prima di essere sottoposto al trattamento medico, è stato ottenuto il consenso informato. Ogni paziente è stato sottoposto a due sedute di ipnosi della durata di 20 minuti al tempo 0 (T0) e dopo 14 giorni (T1); le sedute venivano svolte nel contesto ambulatoriale. Prima di ogni seduta ipnotica è stato richiesto al paziente di compilare la VAS (in questo lavoro verrà definita VAS-D), la scala visiva per l'ansia (definita come VAS-A, in cui il soggetto doveva scegliere un valore su una scala visiva da 0 a 10), e il questionario sulla qualità della vita 15D. Dopo la seduta al paziente veniva richiesto nuovamente di compilare la VAS e la scala visiva per l'ansia.

Il Questionario sulla qualità della vita 15D (esempio sottostante): è uno strumento standardizzato e autosomministrato a 15 dimensioni per misurare la qualità della vita correlata alla salute negli adulti. Il punteggio è misurato su una scala da 0 a 1, che rappresenta la qualità di vita complessiva; viene calcolato a partire dai punteggi attribuiti a quindici dimensioni, ossia respirazione, linguaggio, espressione, vista, mobilità, attività abituali, funzione mentale, affaticamento, vitalità, udito, alimentazione, sonno, disagio e sintomi, attività sessuale e depressione. Ogni dimensione è suddivisa in 5 livelli; punteggio massimo è 1 (nessun problema in nessuna dimensione) e il punteggio minimo è 0 (corrispondente all'essere morto). Le variazioni dei punteggi 15D nelle seguenti cinque categorie (Tabella 1): $>0,035$ per "molto meglio", $0,015 - 0,035$ per "leggermente meglio", $>-0,015$ e $<0,015$ per "molto invariato (nessuna variazione)", $-0,035 - -0,015$ per "leggermente peggio" e $<-0,035$ per "molto peggio" (vedere Alanne S et al. 2015).] La variazione minima pari a $0,02-0,03$ è considerata clinicamente significativa. I punteggi 15D si dimostrano altamente affidabili, sensibili e reattivi al cambiamento, utili nelle società di tipo occidentale.

Le variazioni dei punteggi 15D
$>0,035$ per "molto meglio"
$0,015 - 0,035$ per "leggermente meglio"
$>-0,015$ e $<0,015$ per "nessuna variazione"
$-0,035 - -0,015$ per "leggermente peggio"
$<-0,035$ per "molto peggio"

Tabella 1: variazioni dei punteggi del questionario 15D in cinque categorie

QUESTIONARIO SULLA QUALITÀ DELLA VITA (15D©)

DOMANDA 1. MOBILITÀ

- 1 () Riesco a camminare normalmente (senza difficoltà) in casa, all'aperto e sulle scale.
- 2 () Riesco a camminare senza difficoltà in casa, ma all'aperto e/o sulle scale ho lievi difficoltà.
- 3 () Riesco a camminare senza aiuto in casa (con o senza apparecchio), ma all'aperto e/o sulle scale solo con notevole difficoltà o con l'aiuto di altri.
- 4 () Riesco a camminare in casa solo con l'aiuto di altri.
- 5 () Sono completamente costretto a letto e non riesco a muovermi.

DOMANDA 2. VISTA

- 1 () Vedo normalmente, ovvero posso leggere giornali e telegiornali senza difficoltà (con o senza occhiali).
- 2 () Riesco a leggere giornali e/o telegiornali con lieve difficoltà (con o senza occhiali).
- 3 () Riesco a leggere giornali e/o telegiornali con notevole difficoltà (con o senza occhiali).
- 4 () Non riesco a leggere giornali o telegiornali né con gli occhiali né senza, ma ci vedo abbastanza da poter camminare senza guida.
- 5 () Non ci vedo abbastanza da poter camminare senza una guida, ovvero sono quasi o completamente cieco.

DOMANDA 3. UDITO

- 1 () Riesco a sentire normalmente, ovvero riesco a parlare normalmente (con o senza apparecchio acustico).
- 2 () Sento un parlato normale con qualche difficoltà.
- 3 () Sento un parlato normale con notevole difficoltà; nelle conversazioni ho bisogno che la voce sia più forte del normale.
- 4 () Sento male anche le voci forti; sono quasi sordo.
- 5 () Sono completamente sordo.

DOMANDA 4. RESPIRAZIONE

- 1 () Riesco a respirare normalmente, ovvero senza respiro corto o altre difficoltà respiratorie.
- 2 () Ho il respiro corto durante lavori pesanti o sport, o quando cammino a passo svelto in piano o in leggera salita.
- 3 () Ho il respiro corto quando cammino in piano alla stessa velocità dei miei coetanei.
- 4 () Ho il respiro corto anche dopo un'attività leggera, ad esempio lavarmi o vestirmi.
- 5 () Ho difficoltà respiratorie quasi sempre, anche a riposo.

DOMANDA 5. SONNO

- 1 () Riesco a dormire normalmente, ovvero non ho problemi a dormire.

2 () Ho lievi problemi a dormire, ad esempio difficoltà ad addormentarmi o a volte mi sveglio di notte.

3 () Ho moderati problemi a dormire, ad esempio sonno disturbato o sensazione di non aver dormito abbastanza.

4 () Ho gravi problemi a dormire, ad esempio devo usare sonniferi spesso o regolarmente, o mi sveglio di solito di notte e/o troppo presto al mattino.

5 () Soffro di grave insonnia, ad esempio è quasi impossibile dormire anche con l'uso completo di sonniferi o rimango sveglio per la maggior parte della notte.

DOMANDA 6. ALIMENTAZIONE

1 () Riesco a mangiare normalmente, ovvero senza l'aiuto di altri.

2 () Riesco a mangiare da solo con lievi difficoltà (ad esempio, lentamente, goffamente, tremando o con apparecchi speciali).

3 () Ho bisogno dell'aiuto di un'altra persona per mangiare.

4 () Non riesco a mangiare da solo, quindi devo essere nutrito da un'altra persona.

5 () Non riesco a mangiare, quindi vengo nutrito tramite sondino o via endovenosa.

DOMANDA 7. LINGUAGGIO

1 () Riesco a parlare normalmente, ovvero in modo chiaro, udibile e fluente.

2 () Ho lievi difficoltà nel parlare, ad esempio, occasionalmente cerco a tentoni le parole, borbotto o cambi di tono.

3 () Riesco a farmi capire, ma il mio linguaggio è, ad esempio, sconnesso, esitante, balbettante o balbettante.

4 () La maggior parte delle persone ha grandi difficoltà a capire il mio linguaggio.

5 () Posso farmi capire solo attraverso i gesti.

DOMANDA 8. ESPRESSIONE

1 () La mia vescica e il mio intestino funzionano normalmente e senza problemi.

2 () Ho lievi problemi con la funzione vescicale e/o intestinale, ad esempio difficoltà a urinare o feci molli o dure.

3 () Ho evidenti problemi con la funzione vescicale e/o intestinale, ad esempio "incidenti" occasionali, o stitichezza o diarrea grave.

4 () Ho gravi problemi con la funzione vescicale e/o intestinale, ad esempio "incidenti" di routine, o necessità di cateterizzazione o clisteri.

5 () Non ho alcun controllo sulla funzione vescicale e/o intestinale.

DOMANDA 9. ATTIVITÀ ABITUALI

1 () Sono in grado di svolgere le mie attività abituali (ad esempio lavoro, studio, lavori domestici, attività del tempo libero) senza difficoltà.

2 () Riesco a svolgere le mie attività abituali in modo leggermente meno efficace o con minore difficoltà.

3 () Riesco a svolgere le mie attività abituali in modo molto meno efficace, con notevole difficoltà o non completamente.

4 () Riesco a gestire solo una piccola parte delle mie attività abituali.

5 () Non sono in grado di gestire nessuna delle mie attività abituali.

DOMANDA 10. FUNZIONE MENTALE

1 () Sono in grado di pensare in modo chiaro e logico e la mia memoria funziona bene.

2 () Ho lievi difficoltà a pensare in modo chiaro e logico, oppure a volte la mia memoria mi tradisce.

3 () Ho notevoli difficoltà a pensare in modo chiaro e logico, oppure la mia memoria è in qualche modo compromessa.

4 () Ho notevoli difficoltà a pensare in modo chiaro e logico, oppure la mia memoria è gravemente compromessa.

5 () Sono permanentemente confuso e disorientato nello spazio e nel tempo.

DOMANDA 11. DISAGIO E SINTOMI

1 () Non ho alcun disagio o sintomo fisico, ad esempio dolore, indolenzimento, nausea, prurito ecc.

2 () Ho un lieve disagio o sintomo fisico, ad esempio dolore, indolenzimento, nausea, prurito ecc.

3 () Ho un marcato disagio o sintomo fisico, ad esempio Dolore, indolenzimento, nausea, prurito.

4 () Ho un forte disagio o sintomi fisici, ad esempio dolore, indolenzimento, nausea, prurito ecc.

5 () Ho un disagio o sintomi fisici insopportabili, ad esempio dolore, indolenzimento, nausea, prurito ecc.

DOMANDA 12. DEPRESSIONE

1 () Non mi sento affatto triste, malinconico o depresso.

2 () Mi sento leggermente triste, malinconico o depresso.

3 () Mi sento moderatamente triste, malinconico o depresso.

4 () Mi sento molto triste, malinconico o depresso.

5 () Mi sento estremamente triste, malinconico o depresso.

DOMANDA 13. AFFATICAMENTO

1 () Non mi sento affatto ansioso, stressato o nervoso.

2 () Mi sento leggermente ansioso, stressato o nervoso.

3 () Mi sento moderatamente ansioso, stressato o nervoso.

4 () Mi sento molto ansioso, stressato o nervoso.

5 () Mi sento estremamente ansioso, stressato o nervoso.

DOMANDA 14. VITALITÀ

1 () Mi sento sano ed energico.

2 () Mi sento leggermente stanco, affaticato o debole.

3 () Mi sento moderatamente stanco, affaticato o debole.

4 () Mi sento molto stanco, stanco o debole, quasi esausto.

5 () Mi sento estremamente stanco, stanco o debole, completamente esausto.

DOMANDA 15. ATTIVITÀ SESSUALE

1 () Il mio stato di salute non ha effetti negativi sulla mia attività sessuale.

2 () Il mio stato di salute ha un lieve effetto sulla mia attività sessuale.

3 () Il mio stato di salute ha un effetto considerevole sulla mia attività sessuale.

4 () Il mio stato di salute rende l'attività sessuale quasi impossibile.

5 () Il mio stato di salute rende l'attività sessuale impossibile.

La VAS (Visual Analogue Scale), che verrà in questo lavoro definita VAS-D, è uno strumento di misurazione delle caratteristiche soggettive del dolore provato, permettendone la sua quantificazione: si utilizza una linea di 10 cm su cui il paziente deve indicare il livello di dolore percepito in quel preciso momento; un estremo del segmento con il numero 0 indica l'assenza di dolore mentre l'altro estremo, con il numero 10, indica il massimo dolore immaginabile (Fig 2).

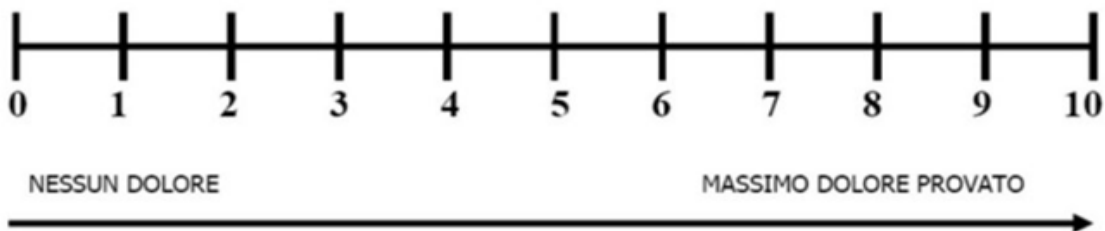


Fig 2. Esempio di VAS-A

La Scala visiva per ansia (VAS-A) indica il livello di e ansia del paziente in modo analogo alla VAS per il dolore cui il paziente deve indicare il livello di ansia percepito in quel preciso momento; l'estremo del segmento con il numero 0 indica l'assenza di ansia e mentre l'altro estremo, con il numero 10, indica la massima ansia immaginabile (Fig 3).

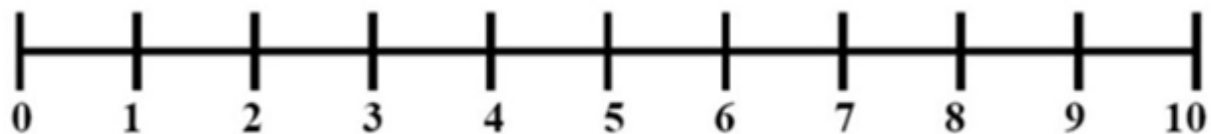


Fig. 3. Esempio di scala visiva dell'ansia, VAS-D

Risultati

Descriviamo di seguito i sei casi clinici raccolti. Nella Tabella 2 sono riassunte le principali caratteristiche dei pazienti analizzati; nella Tabella 3 evidenziamo i principali dati raccolti dopo le due sedute di ipnosi.

	Sottocategoria di Dolore Pelvico Cronico	Età	Tipo di dolore	Farmaci assunti
Caso 1	Ginecologico	53	Dolore da endometriosi + cistiti ricorrenti	Cistalgan, Gabapentin 100 mg, Duloxetina 60 mg, Bediol 45 gocce
Caso 2	Neuropatico	50	Post sacrectomia S3 in sarcoma osseo	Fentanyl TD 150mcg/h, Targin 20 mg, Lyrica 175 mg die, Rivotril 10 gtt, Topiramato 200 mg
Caso 3	Psicogeno	31	Vulvodinia	Flexiban 10 mg, Pregabalin 50 mg, Duloxetina 60 mg, Bediol 36 gocce
Caso 4	Urologico	61	Prostatite cronica	Pregabalin 300 mg
Caso 5	Muscolo-scheletrico	26	Dispareunia in ipertono del pavimento pelvico	Nessuna terapia
Caso 6	Gastrointestinale	53	Addominalgia in rettocolite ulcerosa	Mesalazina 400 mg 2 CP 3 volte die, Salazopirina 500 mg 4 volte die.

Tabella 2: riassunto delle principali caratteristiche dei sei casi analizzati.

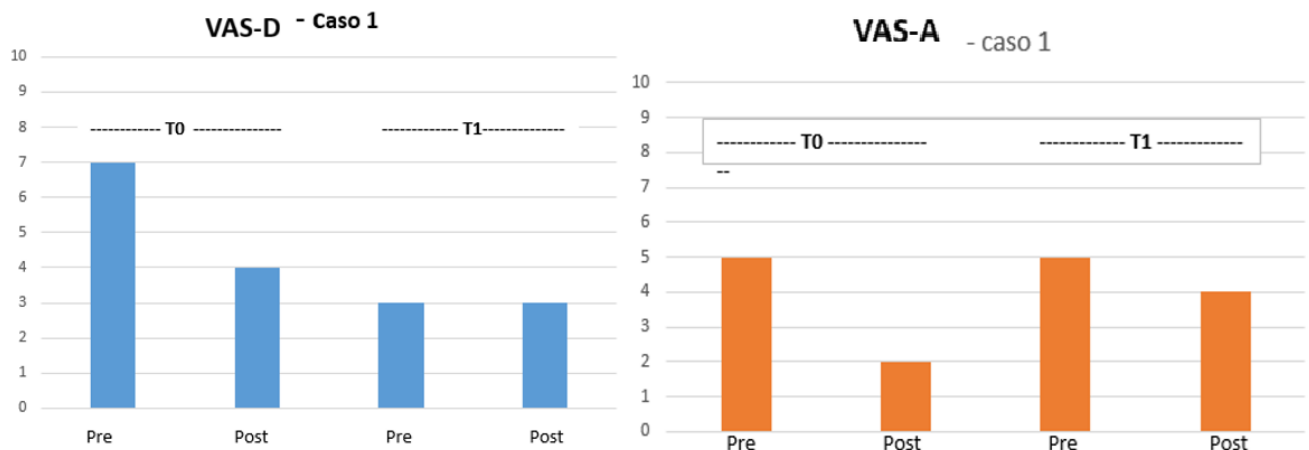
	Sottocategori a CCP	T0 VA S-D Pre	T0 VA S-D post	T1 VA S-D Pre	T1 VA S-D Post	T0 VAS -A pre	T0 VAS -A post	T1 VAS -A pre	T1 VAS -A post	T0 15D	T1 15D
Caso 1	Ginecologico	7	4	3	3	5	2	5	4	0.64	0.79
Caso 2	Neuropatico	8	1	7	2	7	1	7	2	0.7	0.75
Caso 3	Psicogeno	10	7	8	7	8	7	6	4	0.56	0.59
Caso 4	Urologico	7	0			10	0			0.64	
Caso 5	Muscolo-scheletrico	8	4	4	2	6	0	3	1	0.8	0.85
Caso 6	Gastro-intestinale	8	5	6	3	9	3	7	4	0.72	0.82

Tabella 3. Riassunto dei principali risultati raccolti.

Caso 1 (dolore ginecologico/urologico): donna di 53 anni con storia di endometriosi molto dolorosa da circa 30 anni; dopo isteroannessiectomia bilaterale nel 2018 ha iniziato a presentare storia di cistiti interstiziali ricorrenti trattate con diversi cicli di antibiotici e instillazioni intravesicali due volte al mese. Le ultime cistoscopie erano normali. Lamenta dolore a livello perineale, dispareunia e dolore sovrapubico di tipo urente non sempre controllato dalla terapia farmacologica con Cistalgan al bisogno, Gabapentin 100 1 cp, Duloxetina 60 mg, Bediol (cannabis terapeutica 6% THC - 7,5% CBD) 15 gtt die.

Durante il *pretalk* la paziente ha riferito di aver trascorso in Islanda l'ultimo viaggio rilassante all'estero. Per questo, in corso di trance ipnotica, è stata proposta come metafora quella di essere seduta su un ghiacciaio islandese, in modo tale da ridurre, fino a far scomparire il dolore pelvico riferito come urente. Successivamente è stato dato un ancoraggio consistente nell'unione delle prime due dita della mano destra per poter ritornare autonomamente allo stato di auto-ipnosi. È stato poi consigliato alla paziente di effettuare almeno un'auto-ipnosi al giorno attraverso l'ancoraggio proposto.

Durante il primo incontro, prima della sessione ipnotica, il VAS-D era 7, il VAS-A 5, e il punteggio 15 D 0,64. Dopo la seduta d'ipnosi il VRS era 4, il valore visivo dell'ansia 2. A distanza di due settimane il VRS era 3, il valore visivo dell'ansia 5, con un valore del questionario 15 D di 0,79; dopo la seconda seduta d'ipnosi il VRS si era stabilizzato a 3, il valore visivo dell'ansia 4. Durante questa seconda seduta la paziente aveva manifestato un'ansia superiore rispetto alla precedente, che il paziente riferiva essere dipendente dal periodo molto stressante che stava vivendo, e che ha comportato un minore assorbimento nel compito ipnotico. Quindi nella prima seduta, attraverso l'ipnosi, è stato ridotto il dolore con riduzione del VRS del 43%, che si è ulteriormente ridotto del 57% a distanza di due settimane. L'ansia è stata ridotta nella prima seduta del 60%, nella seconda seduta si è ridotta del 20%. Le variazioni dei punteggi del 15D tra la prima e la seconda seduta era di 0,15, quindi $>0,035$, equivalente a "molto meglio".

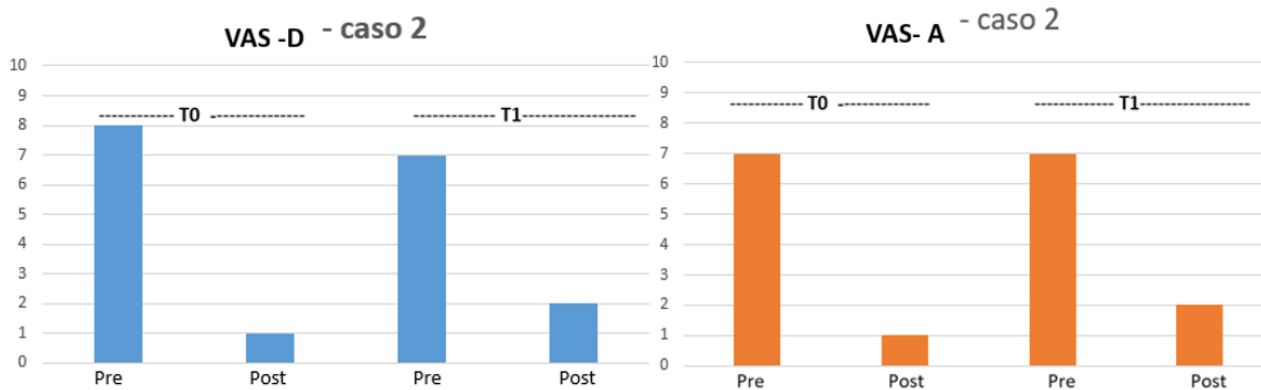


Grafici 1 e 2. Caso 1, variazioni della VAS-D e VAS-A prima e dopo ipnosi ai tempi T0 e T1.

Caso 2 (dolore neuropatico): donna di 50 anni affetta da carcinoma uterino trattato nel 2021 con isteroannessiectomia totale. In seguito comparsa di sintomatologia dolorosa con difficoltà alla minzione e all'evacuazione. Nel 2022 riscontro alla risonanza magnetica di cordoma sacrale ad origine da S4 con estrinsecazione anteriore senza infiltrazione del retto. Nel 2022 intervento di rimozione della lesione del coccige; nel 2023 intervento di sacrectomia S3 (per sarcoma osseo) e ricostruzione mediante interposizione di rete di poliestere. Paziente attualmente libera da malattia oncologica. Alla risonanza magnetica permangono esiti di sacrectomia, ampio ispessimento S3 in esiti fibrotici, raccolte fluide interne, ulteriore raccolta lungo il decorso della ferita chirurgica con segni di retrazione del piano cutaneo. La paziente riferisce di non avvertire alcuno stimolo evacuativo e, necessità di autocateterismi a domicilio. Lamenta dolore pelvico diffuso, principalmente a livello sacrale, irradiato all'arto inferiore di sinistra. È in terapia farmacologica mediante cerotto di Fentanyl TD 150mcg/h + Targin 20 mg la sera + Lyrica 175 mg die, Rivotril 10 gtt ore 22, Topiramato 100 mg 1 cp die 2 vv die.

Durante il *pretalk* la paziente ha descritto di rigenerarsi nei weekend passati in montagna. Per questo, in corso di trance ipnotica, è stata proposta come metafora proprio una bella giornata di montagna in cui il sole doveva essere immaginato come un'onda purificatrice che andava dal viso, al torace, fino a raggiungere la pelvi. Successivamente è stato dato un ancoraggio consistente nell'unione delle prime due dita della mano destra per poter ritornare autonomamente allo stato di auto-ipnosi. E' stato poi consigliato alla paziente di effettuare almeno un'auto-ipnosi al giorno attraverso l'ancoraggio proposto. La paziente ha riferito di aver avuto una sensazione di calore e sudore a livello della fronte mentre l'onda del sole le solcava la pelle.

Prima della seduta ipnotica è stato registrato un VAS-D = 8, VAS-A = 7 e punteggio 15 D = 0,7. Dopo la seduta d'ipnosi sia il VAS-D che il VAS-A erano scese a 1. A distanza di due settimane il VAS-D era 7, il VAS-A 7, mentre il punteggio 15 D era rimasto a 0,75; la seconda seduta consentiva di nuovo la riduzione del VAS-D e del VAS-A a 2. Quindi nella prima e nella seconda seduta si è verificata una riduzione del VAS-D dell'87% e del 71% rispettivamente; un risultato analogo è stato ottenuto per l'ansia, mentre il 15D ha mantenuto uno stabile incremento per tutto il periodo.



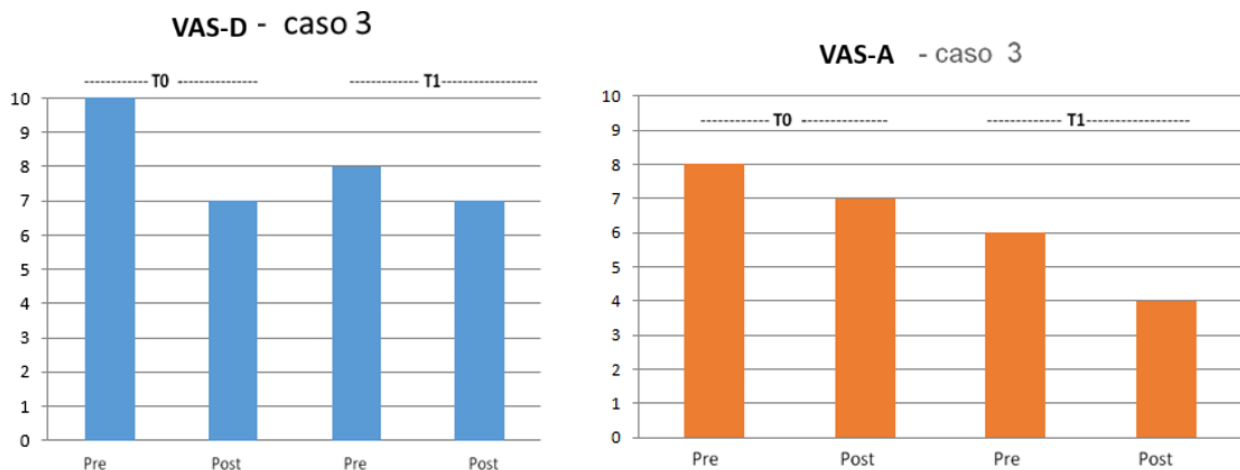
Gráficos 3 e 4. Caso 2, variazioni del VAS-D e VAS-A prima e dopo ipnosi ai tempi T0 e T1.

Caso 3 (dolore psicogeno): donna di 31 anni affetta da vulvodinia, emicrania, fibromi algia e urgenza minzionale. In terapia con Flexiban 10 mg, Pregabalin 50 mg die, Duloxetina 60 mg, Bediol (cannabis terapeutica 6% THC - 7,5% CBD) 36 gocce al giorno.

Durante il *pretalk* la paziente ha descritto di rigenerarsi nei weekend passati in montagna. Per questo, in corso di trance ipnotica, è stata proposta come metafora proprio una bella giornata di montagna in cui il sole doveva essere immaginato come un'onda purificatrice che andava dal viso, al torace, fino a raggiungere la pelvi. Successivamente è stato dato un ancoraggio consistente nell'unione delle prime due dita della mano destra per poter ritornare autonomamente allo stato di auto-ipnosi. E' stato poi consigliato alla paziente di effettuare almeno un'auto-ipnosi al giorno attraverso l'ancoraggio

proposto. La paziente ha riferito di aver avuto una sensazione di calore e sudore a livello della fronte mentre l'onda del sole le solcava la pelle.

Durante il primo incontro, prima della sessione ipnotica, il VAS-D = 10, il VAS-A = 8, con il 15 D = 0,56; al termine della seduta d'ipnosi sia il VAS-D che il VAS-A erano 7. A distanza di due settimane il VAS-D era 8, il VAS-A 6, con 15D = 0,59; dopo la seconda seduta d'ipnosi il VAS-D si era stabilizzato a 7, il VAS-A a 4, e il valore del questionario dopo due settimane si era stabilizzato a 15 D = 0,59, con una differenza di 0,03. Quindi nella prima seduta si è verificata una riduzione del VAS-D del 30%, nella seconda solo del 12%. Risultati analoghi sono stati ottenuti con l'ansia

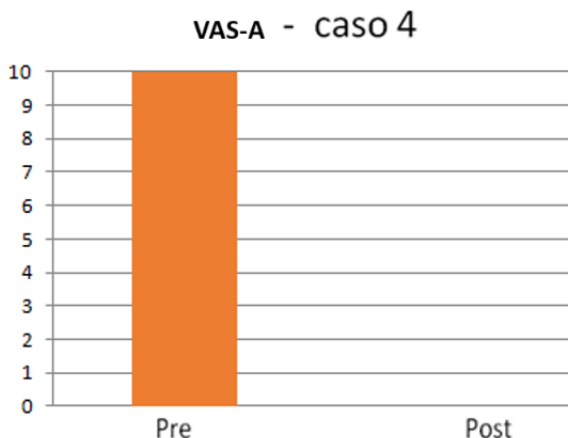
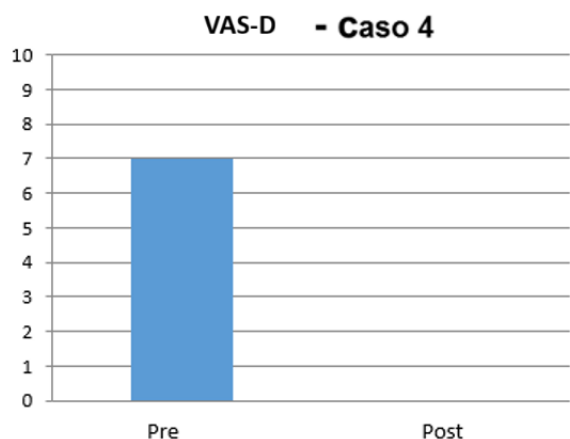


Grafici 5 e 6. Caso 3, variazioni del VAS-D e VAS-A prima e dopo ipnosi ai tempi T0 e T1.

Caso 4 (dolore urologico) - Uomo 61 anni affetto da prostatite cronica. Lamenta da tempo sintomatologia disurica caratterizzata da bruciore uretrale e a livello del glande, anche molto intenso, durante la minzione, al termine dell' eiaculazione, esacerbato dal cammino e dagli sforzi. In terapia con Pregabalin 150 mgX2/die.

Durante il *pretalk*, momento di relazione in cui l'operatore e il soggetto si conoscono e stipulano il patto terapeutico, il paziente ha riferito come uno dei suoi più cari ricordi un ritiro di calcio in uno chalet di montagna, quando aveva vent'anni. Per questo, in corso di trance ipnotica, è stata proposta proprio uno scenario di montagna da dove si poteva scorgere lo chalet dove c'erano tutti i vecchi amici, dando come metafora la suggestione di un vento fresco e rigenerante che saliva dai piedi fino all'addome, in modo tale che il suo dolore, descritto di tipo urente, fosse gradualmente ridotto. Successivamente è stato dato un ancoraggio consistente nell'unione delle prime due dita della mano destra per poter ritornare autonomamente allo stato di auto-ipnosi. È stato poi consigliato alla paziente di effettuare almeno un'auto-ipnosi al giorno attraverso l'ancoraggio proposto. Durante la seduta, mentre si dava la suggestione del vento freddo che attraversava l'addome si è registrato una comparsa di peristalsi addominale così forte da risuonare in tutta la stanza dell'ambulatorio.

Prima della seduta ipnotica è stato registrato un VAS-D = 7, VAS-A = 10 e punteggio 15 D = 0,64. Dopo la seduta d'ipnosi sia il VAS-D che il VAS-A si erano azzerate. Il paziente, nonostante il successo della terapia eseguita, ha sospeso il ciclo di ipnosi lamentando, il giorno successivo alla prima seduta, nausea e ottundimento del sensorio. Non si è potuto, perciò, proseguire il percorso terapeutico con la seconda seduta. Quindi nella prima e unica seduta, attraverso l'ipnosi, è stato ridotto il dolore con riduzione del VRS del 100%, così come anche l'ansia è stata ridotta 100%.

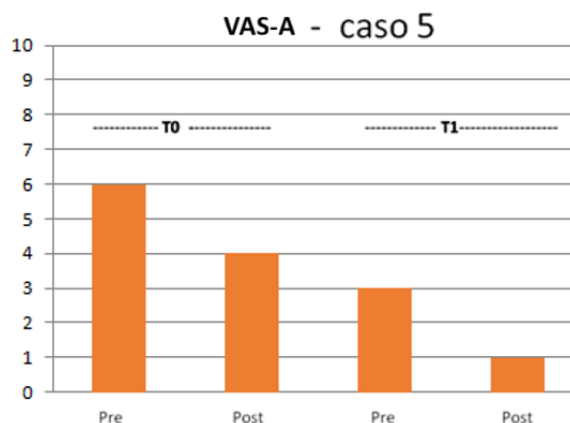
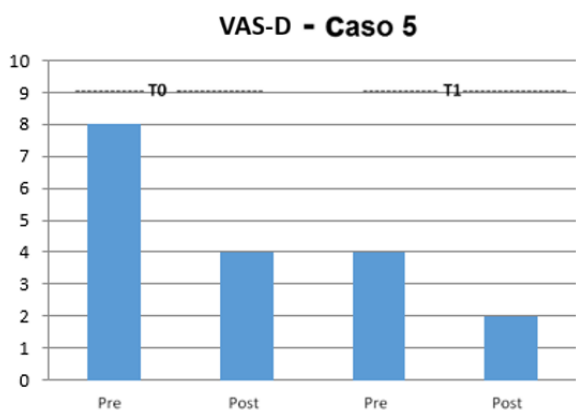


Grafici 7 e 8. Caso 4, variazioni VAS-D e VAS-A prima e dopo ipnosi al tempo T0.

Caso 5 (dolore muscoloscheletrico): donna di 26 anni lamenta dispareunia da circa 1 anno; paziente sempre in buona salute, in anamnesi storia pregressa di attacchi di panico. Alla visita ginecologica presenza di ipertono del pavimento pelvico. Nessuna terapia attualmente efficace.

In corso di trance ipnotica è stata suggerita come metafora alla paziente un'onda di rilassamento muscolare che dai muscoli del capo scendeva verso il basso e, passando attraverso il rachide, avvolgeva completamente tutti i muscoli della pelvi e del bacino. Successivamente è stato dato un ancoraggio consistente nell'unione delle prime due dita della mano destra per poter ritornare autonomamente allo stato di auto-ipnosi. E' stato poi consigliato alla paziente di effettuare almeno un'auto-ipnosi al giorno attraverso l'ancoraggio proposto.

Prima della seduta ipnotica è stato registrato un VAS-D = 8, VAS-A = 6 e punteggio 15 D = 0,8; dopo la seduta d'ipnosi il VAS-D=4, il VAS-A=0. A distanza di due settimane il VAS-D era 4, il VAS-A 3, mentre il punteggio 15 D era= 0,85; la seconda seduta consentiva di nuovo la riduzione del VAS-D a 2 e del VAS-A a 1. Quindi nella prima e nella seconda seduta si è verificata una riduzione del VAS-D dell'50%; un risultato analogo è stato ottenuto per l'ansia (riduzione del 100% e poi del 33%), mentre il 15D ha mantenuto uno stabile incremento per tutto il periodo.

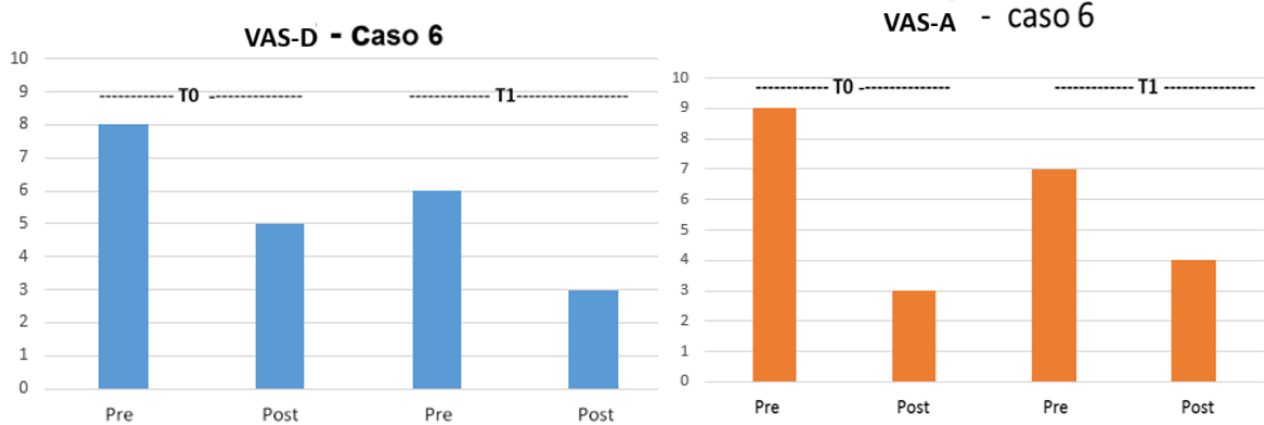


Grafici 9 e 10. Caso 5, variazioni del VAS-D e VAS-A prima e dopo ipnosi ai tempi T0 e T1.

Caso 6 (dolore gastrointestinale) – Donna di 53 anni affetta da rettocolite ulcerosa. Lamenta dolori articolari diffusi e addominalgia crampiforme, definito come “una tenaglia”, localizzata ai quadranti addominali di sinistra, accentuata dall'evacuazione e riferisce tenesmo. Durante il periodo del trattamento assumeva mesalazina 400 mg 2 compresse tre volte al giorno e salazopirina 500 mg quattro volte al giorno. In corso di trance ipnotica, è stata proposta come metafora proprio il tipo di dolore

descritto dalla paziente durante il pretalk: è stata suggerita l'immagine del garage del papà (la paziente aveva descritto un buon rapporto con il padre che aiutava nel bricolage domenicale), suggerendo di immaginare una tenaglia e, gradualmente, di allontanare i manici per aprire le ganasce. Successivamente è stato dato un ancoraggio consistente nell'unione delle prime due dita della mano destra per poter ritornare autonomamente allo stato di auto-ipnosi. E' stato poi consigliato alla paziente di effettuare almeno un'auto-ipnosi al giorno attraverso l'ancoraggio proposto.

Prima della seduta ipnotica è stato registrato un VAS-D =8, VAS-A = 9 e punteggio 15 D = 0,72; dopo la seduta d'ipnosi il VAS-D=5, il VAS-A=3. A distanza di due settimane il VAS-D era di nuovo 6, il VAS-A 7, mentre il punteggio 15 D si era stabilizzato a 0,82; la seconda seduta consentiva di nuovo la riduzione del VAS-D a 3 e del VAS-A a 4. Quindi nella prima e nella seconda seduta si è verificata una riduzione del dolore e dell'ansia intorno al 50% (VAS-D 37,5% e 50%- VAS-A 66,6% e 43%); il 15D ha mantenuto uno stabile incremento per tutto il periodo



Grafici 11 e 12. Caso 6, variazioni del VAS-D e VAS-A prima e dopo ipnosi ai tempi T0 e T1.

I grafici 13 e 14 evidenziano l'andamento della VAS-D e VAS-A nel tempo.

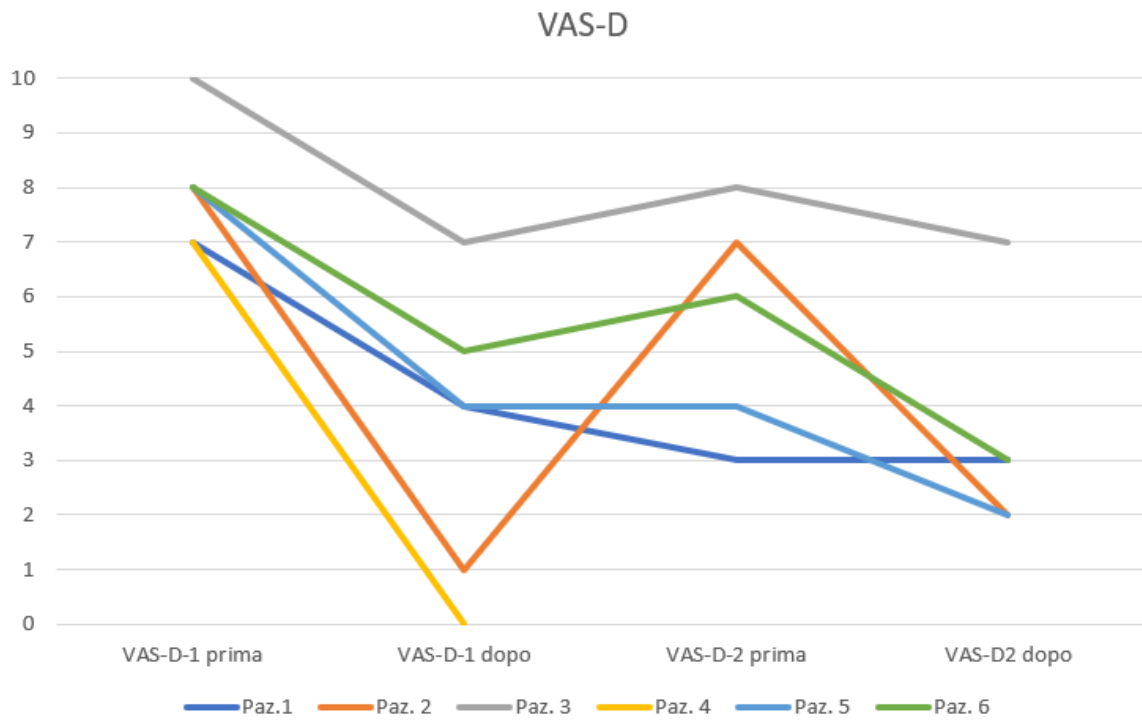


Grafico 13: andamento nel tempo del VAS-D.

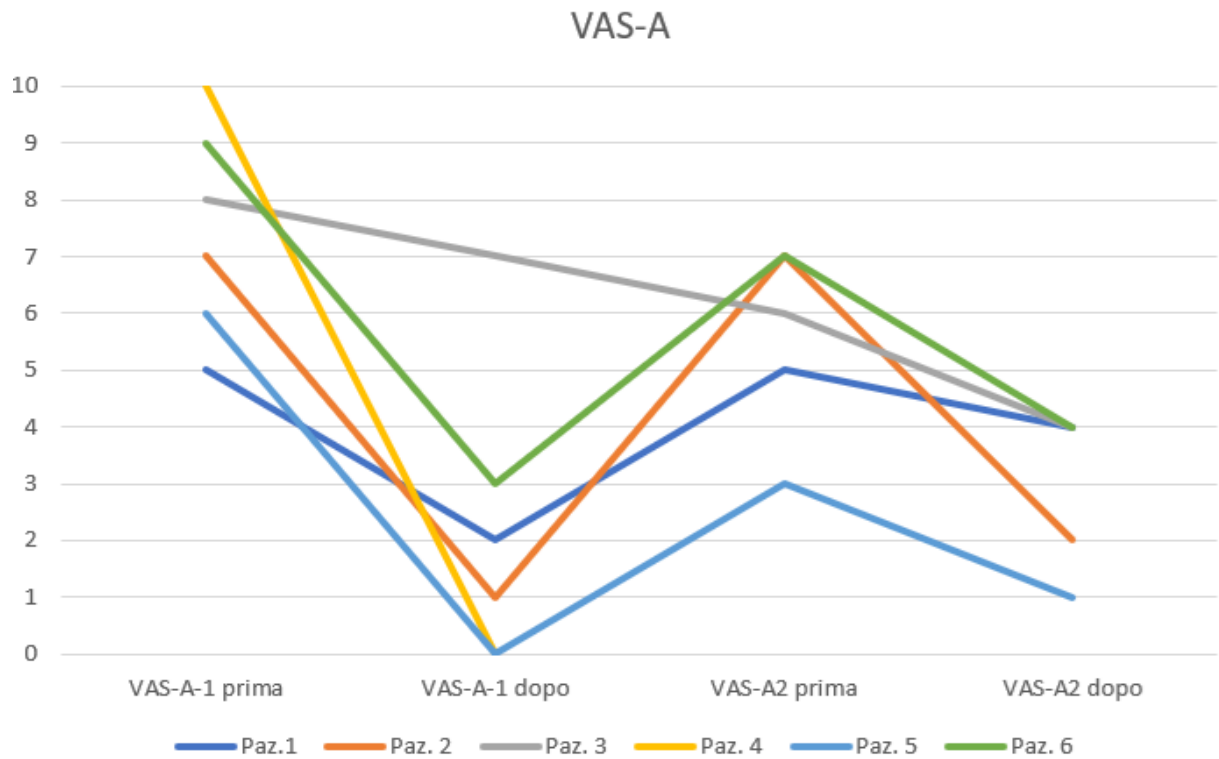


Grafico 13: andamento nel tempo del VAS-A.

La Tabella 4 riassume i risultati della sperimentazione.

	Sottocategoria CCP	Modifica VAS-D Dopo I seduta di ipnosi	Modifica VAS-D Dopo II seduta di ipnosi	Modifica VAS-D Dopo I+II ipnosi (rispetto a T0)	Modifica VAS-A Dopo I seduta di ipnosi	Modifica VAS-A Dopo II seduta di ipnosi	Modifica VAS-A Dopo I+II ipnosi (rispetto a T0)
Caso 1	Ginecologico	- 43%	invariata	- 57%	-60%	-20%	-20%
Caso 2	Neuropatico	- 87%	- 71%	-75%	-85%	- 71%	-71%
Caso 3	Psicogeno	-30%	-12%	-30%	- 12%	-33%	-50%
Caso 4	Urologico	-100%	-----	-----	-100%	-----	-----
Caso 5	Muscolo-scheletrico	-50%	-50%	-75%	-100%	-33%	-83%
Caso 6	Gastrointestinale	-37,5%	-50%	-62,5%	-66,6%	-43%	-55%

Tabella 4. Percentuali di variazioni di Ansia e Dolore dopo la I e la II seduta di ipnosi.

Per i sei casi analizzati è stata analizzato il valore di VAS-D e VAS-A dopo

Nel primo caso, dolore prevalentemente di tipo ginecologico, dopo la prima seduta d'ipnosi, si è registrata una riduzione della VAS del 43%. Dopo la seconda seduta di ipnosi il dolore è rimasto invariato rispetto alla registrazione della VAS effettuata a T1; tuttavia, considerando il valore iniziale della VAS a T0, dopo la seconda seduta d'ipnosi, il dolore si è ridotto ulteriormente attestandosi ad una diminuzione della VAS del 57%. L'ansia è stata ridotta dopo la prima seduta del 60%; nella seconda seduta si è ridotta del 20%; questo valore è rimasto invariato anche considerando il valore iniziale (T0) dell'ansia.

Nel secondo caso, dolore di tipo neuropatico, dopo la prima seduta d'ipnosi, si è registrata una riduzione della VAS dell'87%. Dopo la seconda seduta d'ipnosi si è evidenziata una riduzione della VAS del 71%; considerando il valore iniziale della VAS a T0, dopo la seconda seduta d'ipnosi, è stata rilevata una riduzione della VAS pari al 75%. L'ansia è stata ridotta, dopo la prima seduta, del 85%, nella seconda seduta si è ridotta del 71%; quest'ultimo dato è sovrapponibile anche considerando il valore dell'ansia a T0.

Nel terzo caso, dolore psicogeno, dopo la prima seduta di ipnosi, si è registrata una riduzione della VAS del 30%. Dopo la seconda seduta la VAS si è ridotta solo del 12% se confrontata con quella pre-ipnosi di T1, ma è rimasta stabile, ovvero -30%, se anche confrontata con quella pre-ipnosi di T0. L'ansia è stata ridotta dopo la prima seduta del 12%, nella seconda seduta si è ridotta del 33% se confrontata con quella pre-ipnosi di T1, ma si è ridotta ulteriormente a -50% se anche confrontata con quella pre-ipnosi di T0.

Nel quarto caso, dolore di tipo urologico, dopo la prima e unica seduta di ipnosi, è stata registrata una riduzione sia della VAS che dell'ansia del 100%. Il paziente ha sospeso il ciclo di ipnosi lamentando effetti collaterali dopo la prima seduta.

Nel quinto caso, dolore muscoloscheletrico, dopo la prima seduta di ipnosi, si è registrata una riduzione della VAS del 50%. Anche dopo la seconda seduta la VAS si è ridotta del 50% se confrontata con quella pre-ipnosi di T1, ma si è ulteriormente ridotta, ovvero -75%, se confrontata

con quella pre-ipnosi di T0. L'ansia è stata ridotta dopo la prima seduta del 100%; nella seconda seduta si è ridotta del 33% se confrontata con quella pre-ipnosi di T1, ma si è ridotta ulteriormente a -83% se confrontata con quella pre-ipnosi di T0.

Nel sesto caso, dolore gastrointestinale, dopo la prima seduta di ipnosi, si è registrata una riduzione della VAS del 37,5%. Dopo la seconda seduta la VAS si è ridotta del 50% se confrontata con quella pre-ipnosi di T1, ma si è ulteriormente ridotta, ovvero -62,5%, se confrontata con quella pre-ipnosi di T0. L'ansia è stata ridotta dopo la prima seduta del 66,6%; nella seconda seduta si è ridotta del 43% se confrontata con quella pre-ipnosi di T1, ma si è ridotta ulteriormente a -55% se confrontata con quella pre-ipnosi di T0.

Possiamo, perciò, dire che in media dopo la prima seduta di ipnosi la VAS è stata ridotta del 57,9%; dopo la seconda seduta la VAS si è ridotta in media del 45,5% se confrontata con il valore pre-ipnosi di T1, si è ridotta in media del 59,9% se confrontata con il valore pre-ipnosi di T0 (Grafico 13).

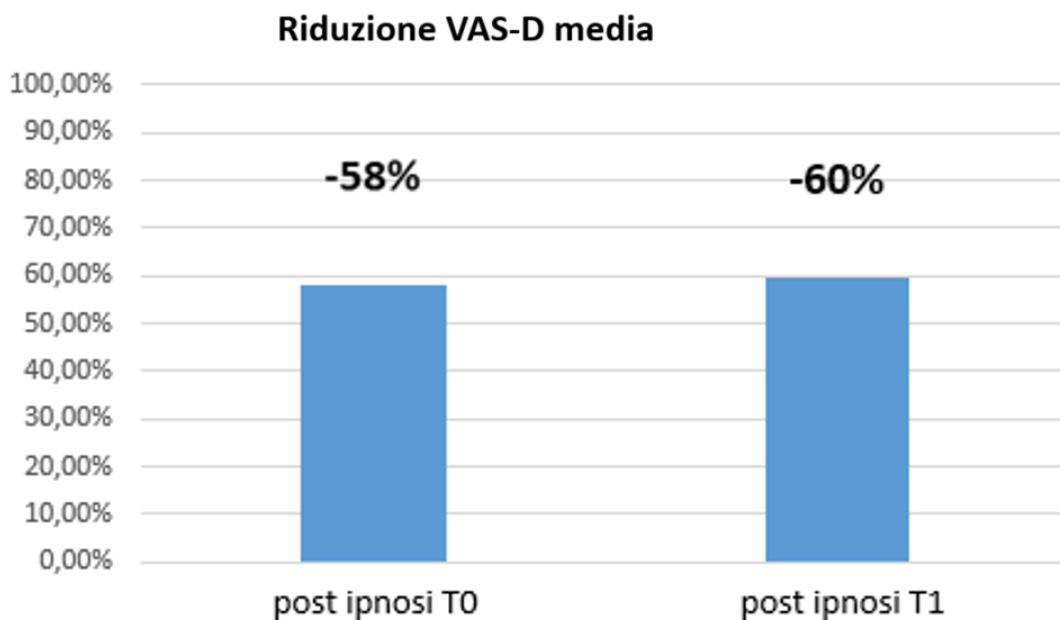


Grafico 13. Riduzione media della VAS post ipnosi a T0 e T1.

Inoltre è emerso che in media dopo la prima seduta di ipnosi il valore di ansia è stato ridotto del 70,6%; dopo la seconda seduta il valore di ansia si è ridotto in media del 40% se confrontata con il valore pre-ipnosi di T1, si è ridotta in media del 55,8% se confrontata con il valore pre-ipnosi di T0 (Grafico 14).

Riduzione VAS-A media

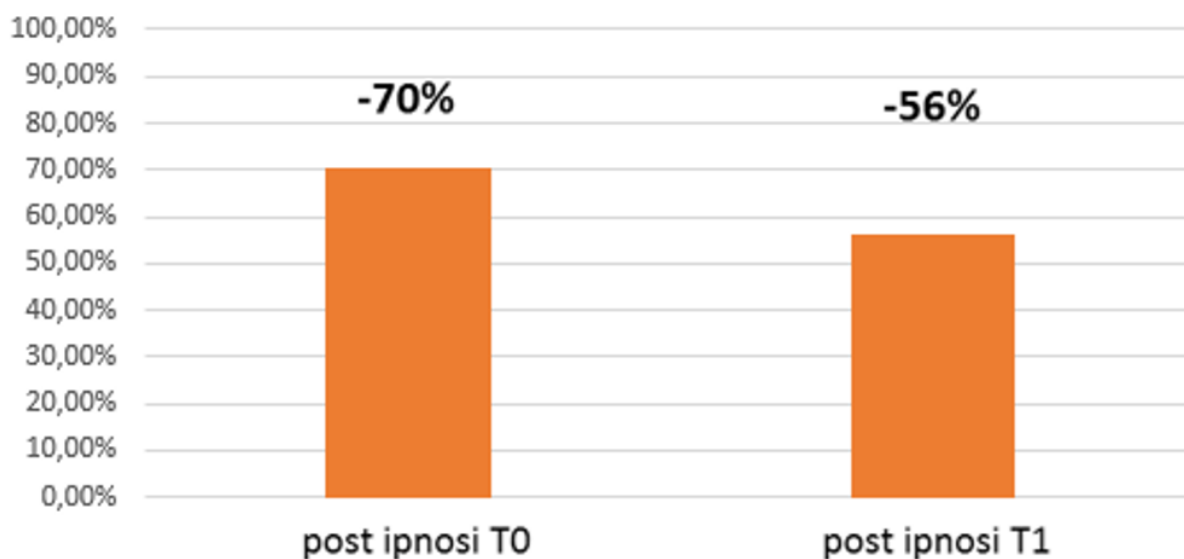


Grafico 14. Riduzione media dell'ansia post ipnosi a T0 e T1.

Come evidenzia la Tabella 5, in quattro casi su sei, quindi nel 66,6%, dopo le due sedute di terapia con ipnosi vi è stato un miglioramento nella qualità di vita espresso come "molto meglio", massimo cambiamento registrabile nel questionario 15D; in un caso, quindi nel 16,6%, dopo le due sedute di ipnosi vi è stato un miglioramento nella qualità di vita espresso come "leggermente meglio"; in un singolo caso non è stato possibile calcolare la differenza perché il paziente è uscito dallo studio.

	Sottocategoria CCP	Differenza tra 15D (T0-T1)	Categoria
Caso 1	Ginecologico	+ 0.15	"molto meglio"
Caso 2	Neuropatico	+ 0.05	"molto meglio"
Caso 3	Psicogeno	+ 0.03	"leggermente meglio"
Caso 4	Urologico	Non calcolabile	
Caso 5	Muscolo-scheletrico	+ 0.05	"molto meglio"
Caso 6	Gastrointestinale	+0.1	"molto meglio"

Tabella 5. Riassunto dei principali risultati raccolti.

Discussione

Il dolore pelvico cronico rappresenta, ancora oggi, una sfida sia diagnostica che terapeutica, poiché costringe a ripensare l'approccio alla cura in termini di complessità, umanizzazione e interdisciplinarietà. L'obiettivo finale non è solo la riduzione del dolore, ma il recupero globale del benessere del paziente: fisico, psicologico, relazionale e sociale. Solo un approccio sistemico, centrato sulla persona, potrà garantire risultati duraturi e significativi, superando la logica riduzionista della "cura del sintomo" e abbracciando quella, più ampia e lungimirante, della cura dell'individuo.

La problematica riguardo l'utilizzo dell'ipnosi nel dolore pelvico cronico è che quest'ultimo sottende una serie diverse di patologie con altrettanti diversi meccanismi eziopatogenetici, accomunati da uno stesso sintomo nella medesima zona topografica, la pelvi. Tuttavia, gli studi presenti in letteratura, nella maggioranza dei casi, prevedono l'arruolamento di una singola tipologia di dolore cronico pelvico. Una meta-analisi che comprendeva quattro RCT non ha rilevato differenze significative nel dolore o nella qualità della vita per il gruppo di pazienti sottoposti a terapia ipnotica rispetto al controllo; solo uno studio ha riportato una riduzione del dolore dopo la terapia con ipnosi, ma non ha raggiunto la validità statistica. Diversi studi presenti in lettura esaminano una delle sottocategorie del dolore pelvico cronico, ma non sono RCT e la loro numerosità campionaria è bassa. In uno studio per valutare la fattibilità di un intervento ipnotico online per donne con dolore pelvico persistente sono state riscontrate riduzioni significative nelle misurazioni di ansia e depressione; tuttavia, non sono stati osservati effetti significativi per gravità del dolore, coping, catastrofizzazione del dolore e disabilità legata al dolore. In un articolo del 2018 si sottolinea come la terapia con ipnosi, sia un trattamento efficace per i disturbi intestinali refrattari. Una meta-analisi del 2020 ha esaminato l'utilizzo dell'ipnosi nella dispareunia, da cui risulta che l'ipnosi può ridurre l'intensità del dolore durante l'attività sessuale. Un altro piccolo studio del 2020 ha evidenziato l'efficacia della terapia ipnotica nella dismenorrea. In uno studio pilota del 2021, effettuato su 30 pazienti affetti da cistite interstiziale, gli autori concludevano che l'ipnosi era in grado di ridurre significativamente lo stress emotivo, gravità del dolore e migliorare il rilassamento, la qualità di vita e i sintomi vescicali.

Questo è uno studio pilota clinico in cui sono stati reclutati 6 pazienti affetti da dolore pelvico cronico, uno in rappresentanza di ogni sottocategoria relativa al dolore pelvico cronico: ginecologico, urologico, gastrointestinale, muscoloscheletrico, neuropatico e psicogeno o funzionale. In questo lavoro è emerso come il dolore pelvico cronico di tipo psicogeno sia quello che peggio risponde alla terapia con ipnosi. Il dolore che ha risposto meglio alla terapia con ipnosi si è evidenziato essere quello di tipo urologico, con un azzeramento delle algie e dell'ansia; questo paziente, tuttavia, è stato l'unico a non proseguire lo studio a causa di riferiti effetti indesiderati nella giornata successiva l'unica seduta (nausea, ottundimento del sensorio).

Si è visto che in media il dolore è stato ridotto di circa il 58% con una seduta di ipnosi, valore che si è stabilizzato dopo la seconda seduta di ipnosi con una riduzione media di circa il 60%. Inoltre è emerso che in media il valore di ansia è stato ridotto del 70% dopo la prima seduta di ipnosi, valore che si è leggermente ridotto a circa il 56% dopo la seconda seduta di ipnosi. In quattro dei sei casi analizzati la qualità di vita ha mostrato un miglioramento che rientrava nella categoria del questionario 15D definita come "molto meglio"; in un caso la qualità di vita è migliorata nella categoria definita come "leggermente meglio"; in un caso il paziente è uscito dallo studio dopo la prima seduta di ipnosi per riferite complicanze. I risultati di questo studio pilota suggeriscono che l'uso dell'ipnosi, attraverso l'applicazione di sole due sedute, possa rappresentare un valido aiuto nella riduzione del dolore, dell'ansia e nel miglioramento della qualità di vita del paziente con dolore pelvico cronico.

L'obiettivo futuro sarà quello di arruolare 50 pazienti per ogni sottocategoria del dolore pelvico cronico al fine di indagare l'efficacia della terapia con ipnosi non solo nel complesso di questa difficile sindrome dolorosa, ma anche nelle sue diverse declinazioni, nel tentativo di verificare il tasso di efficacia dell'ipnosi nelle diverse tipologie. Sarà necessario, inoltre, un follow up più lungo per registrare l'efficacia dell'ipnosi a lungo termine.

Bibliografia

1. Juganavar A, Joshi KS. Chronic Pelvic Pain: A Comprehensive Review. *Cureus*. Published online October 26, 2022. doi:10.7759/cureus.30691
2. Dydyk AM, Singh C, Gupta N. Chronic Pelvic Pain. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 24, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554585/>
3. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update*. 2011;17(3):327-346. doi:10.1093/humupd/dmq050
4. EAU Guidelines. <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>.
5. Kaur J, Leslie SW, Singh P. Pudendal Nerve Entrapment Syndrome. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 24, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544272/>
6. Gallach Solano E, Izquierdo Aguirre RM, Robledo Algarra R, Bermejo Martin A, Castel Gonzalez B, Canós Verdecho A. La naturaleza biopsicosocial del dolor crónico de suelo pélvico: una revisión narrativa. *Rev Soc Esp Dolor*. Published online 2022. doi:10.20986/resed.2022.3981/2022
7. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3005. doi:10.3390/ijerph17093005
8. Granone F. *Trattato Di Ipnosi*. UTET; 1994.
9. Queirolo L, Facco E, Roccon A, et al. De-stress your physiological activation by compressing your imagination: a brief session of hypnosis decreases sympathetic stress response in moderately stressed dentists. *Front Psychol*. 2025;16:1577325. doi:10.3389/fpsyg.2025.1577325
10. Queirolo L, Facco E, Bacci C, Mucignat C, Zanette G. Impairment of Hypnosis by Nocebo Response and Related Neurovegetative Changes: A Case Report in Oral Surgery. *Int J Clin Exp Hypn*. 2024;72(2):189-201. doi:10.1080/00207144.2024.2311908
11. Elkins G. Can Hypnotherapy Increase Well-Being? *Int J Clin Exp Hypn*. 2022;70(4):325-327. doi:10.1080/00207144.2022.2131135
12. Fernandez A, Urwicz L, Vuilleumier P, Berna C. Impact of hypnosis on psychophysiological measures: A scoping literature review. *Am J Clin Hypn*. 2021;64(1):36-52. doi:10.1080/00029157.2021.1873099
13. Coitinho Biurra Y, Chesterman S, Skvarc D, Mikoocka-Walus A, Evans S. Hypnotherapy for chronic pelvic pain: A scoping systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2023;52:101771. doi:10.1016/j.ctcp.2023.101771
14. Vasant DH, Whorwell PJ. Gut-focused hypnotherapy for Functional Gastrointestinal Disorders: Evidence-base, practical aspects, and the Manchester Protocol. *Neurogastroenterol Motil*. 2019;31(8):e13573. doi:10.1111/nmo.13573
15. Miller V, Carruthers HR, Morris J, Hasan SS, Archbold S, Whorwell PJ. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: an audit of one thousand adult patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(9):844-855. doi:10.1111/apt.13145

16. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *The Lancet*. 1984;324(8414):1232-1234. doi:10.1016/S0140-6736(84)92793-4
17. Simrén M, Ringström G, Björnsson ES, Abrahamsson H. Treatment With Hypnotherapy Reduces the Sensory and Motor Component of the Gastrocolonic Response in Irritable Bowel Syndrome. *Psychosom Med*. 2004;66(2):233-238. doi:10.1097/01.psy.0000116964.76529.6e
18. Whorwell PJ, Houghton LA, Taylor EE, Maxton DG. Physiological effects of emotion: assessment via hypnosis. *The Lancet*. 1992;340(8811):69-72. doi:10.1016/0140-6736(92)90394-I
19. Lea R, Houghton LA, Calvert EL, et al. Gut-focused hypnotherapy normalizes disordered rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17(5):635-642. doi:10.1046/j.1365-2036.2003.01486.x
20. Prior A, Colgan SM, Whorwell PJ. Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*. 1990;31(8):896-898. doi:10.1136/gut.31.8.896
21. Lowén MBO, Mayer EA, Sjöberg M, et al. Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;37(12):1184-1197. doi:10.1111/apt.12319
22. Brooks T, Sharp R, Evans S, Scharfbillig S, Baranoff J, Esterman A. Potential Feasibility of an Online Hypnosis Intervention for Women with Persistent Pelvic Pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 2022;70(2):196-207. doi:10.1080/00207144.2022.2052297
23. Kumalasari RD, Gunawan Tamtomo D, Prasetya H. Hypnosis and Dyspareunia: A Meta Analysis. *Indonesian Journal of Medicine*. 2020;05(04):291-298.
24. Soriano AJ, Schnur JB, Harvie HS, Newman DK, Montgomery GH, Arya LA. Pilot randomized controlled trial of a hypnosis intervention for women with bladder pain syndrome. *Neurol Urodyn*. 2021;40(8):1945-1954. doi:10.1002/nau.24771
25. Sherly A, Ratna D, Wiwit F. The Effect Of Hypnotherapy To Reduce Dysmenorrhea Pain. *Padjadjaran Acute Care Nursing Journal*. <https://jurnal.unpad.ac.id/pacnj/article/view/31995/0>. 2020.
26. Pukall C, Kandyba K, Amsel R, Khalifé S, Binik Y. Effectiveness of Hypnosis for the Treatment of Vulvar Vestibulitis Syndrome: A Preliminary Investigation. *J Sex Med*. 2007;4(2):417-425. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00425.x
27. Shahriyaripoor R, Shahhosseini Z, Poursaghar M, Hoseinnezhad Z, Shahriyaripoor R, Ganji J. The Effect of Hypnotherapy on the Pain Intensity of Endometriosis Patients Treated with Dienogest: A Pilot Double-Blind Randomized Clinical Trial. *J Nurs Midwifery Sci*. 2023;10(4). doi:10.5812/jnms-137116
28. Langlois P, Perrochon A, David R, et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;135:104591. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104591