



Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2024

**LA GESTIONE DELLE MEDICAZIONI AMBULATORIALI IN CHIRURGIA
GENERALE CON LA COMUNICAZIONE IPNOTICA**

RIMOZIONE DEI TAMPONI NASALI

Candidato

dott. Vincenzo Savelli

Relatore

dott. Rocco Iannini

Correlatore

dott. Enzo Venini

PREMESSA

Nel corso dell'attività ambulatoriale di Chirurgia Generale e di Otorinolaringoiatria capita sovente di eseguire procedure che per il paziente sono fonti di ansia, stress e dolore. La rimozione e sostituzione dei cerotti medicati, la disinfezione delle ferite, la rimozione dei punti di sutura, la rimozione di drenaggi, la medicazione degli ascessi e la rimozione dei tamponi nasali sono causa di vari gradi di sofferenza e dolore. Per alleviare i sintomi psicologici e fisici provocati da queste procedure non è solitamente previsto alcun trattamento farmacologico né di tipo non farmacologico.

I tamponi nasali in particolare sono oggetto di una consolidata e diffusa nozione tramandata da paziente operato a paziente operando. Il fatto che la rimozione dei tamponi nasali sia "terribilmente" dolorosa viene enfatizzato da molti pazienti sottoposti ad intervento al naso e ingenera nei candidati alla chirurgia uno stato di timore e aspettative nefaste tale che supera la preoccupazione per l'intervento stesso. Nel periodo postoperatorio, per gli interventi ORL presi in esame è prevista una medicazione volta a controllare l'epistassi detta "tamponamento nasale". questa procedura viene eseguita prima del risveglio dall'anestesia. in origine il tamponamento veniva praticato con circa 40 cm di garza iodoformica che restava in sede per 48- 72 ore dopo il risveglio e veniva rimossa a paziente sveglio con discreto dolore. Nel corso degli anni, con il miglioramento delle tecniche chirurgiche e con l'utilizzo di materiali più agevolmente rimovibili, si è migliorata di molto la procedura riducendo il periodo di naso chiuso a 24 ore e la medicazione ad una spugna di gommapiuma con superficie liscia e scivolosa. La procedura resta peraltro alquanto disagiata. Inoltre, la tradizione orale tramandata negli anni è decisamente dura a morire ed il buon amico del paziente che a suo tempo è passato per quella chirurgia descrive spesso lo stamponamento come una esperienza terribile. I pazienti al momento del colloquio preoperatorio manifestano spesso maggior preoccupazione per questa medicazione che per l'anestesia, l'intervento e le eventuali complicanze.

INTRODUZIONE

L'esperienza del dolore è un problema comune nella pratica clinica, riguardando circa il 70% dei pazienti ospedalizzati. Nel postoperatorio dei pazienti chirurgici, la prevalenza del dolore di entità moderata-intensa può raggiungere l'80% ed il dolore grave persistente riguarda dal 2% al 10% dei pazienti adulti. Ciononostante, meno della metà dei pazienti ne riferisce un adeguato controllo con la terapia [1-2]. Poiché un controllo inadeguato del dolore postoperatorio ed in particolare nel corso delle prime 48 – 72 ore può portare sia ad effetti fisiologici avversi nell'immediato periodo postoperatorio che aumentare il rischio di sviluppare dolore cronico associato alla procedura chirurgica, la terapia antalgica dopo chirurgia è stato argomento di numerosi studi e linee guida riguardanti pazienti adulti e pediatrici [3-5].

Oltre che come conseguenza dell'intervento chirurgico, il paziente può sperimentare dolore a causa di procedure diagnostiche, preventive o terapeutiche alle quali è sottoposto, ed è in questo caso definito "dolore procedurale". Quest'ultimo viene inteso come un dolore intenso che caratterizza la procedura eseguita ed è considerato un dolore acuto, per le caratteristiche di recente insorgenza, durata limitata e relazione causale e temporale con lo stimolo che l'ha scatenato. Il dolore procedurale ha importanti implicazioni cliniche: può ostacolare l'esecuzione delle procedure, ritardare la guarigione delle lesioni, compromettere la qualità di vita e scatenare pericolosi riflessi neurovegetativi.

In letteratura si trovano sin dagli anni Novanta pubblicazioni relative alla gestione farmacologica del dolore procedurale [6-7]. Tra le procedure più studiate nell'adulto, vi sono la rotazione del paziente, il posizionamento del catetere venoso centrale, la rimozione di drenaggi chirurgici, cambio delle medicazioni su ferite non da ustione, l'aspirazione endotracheale e la rimozione degli accessi arteriosi femorali [8-9]. Oltre a questi studi, soprattutto negli ultimi anni, sono state pubblicate anche ricerche riguardanti interventi non farmacologici per la gestione del dolore procedurale, tra le quali molte si riferiscono all'uso dell'ipnosi [10].

L'ipnosi è una coscienza particolare, durante la quale sono visibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monoideismo plastico auto o etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore-soggetto. Tale particolare condizione

psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica. L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto o etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale e non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motori [11].

In ipnosi è possibile indurre modificazioni della sintomatologia sensoriale somatica, organica e viscerale. In particolare, riferendosi alla sensibilità dolorifica essa può aumentare o ridursi fino all'analgesia, tale da consentire l'esecuzione di interventi operatori. In questo ambito sono disponibili numerosi studi e ricerche che dimostrano l'efficacia dell'anestesia ipnotica per l'esecuzione di interventi chirurgici quali tonsillectomie, appendicectomie, chirurgia ambulatoriale, cardiocirurgia; inoltre, sempre in ambito chirurgico, si è dimostrata in grado di ridurre il sanguinamento grazie all'intensa vasocostrizione e, come conseguenza, di velocizzare il decorso post-operatorio [12]. Le tecniche ipnotiche possono essere utilizzate anche per la rimozione del dolore nella pratica clinica e terapeutica e per garantire un sollievo completo dal dolore che origina da processi patologici o ferite senza ricorrere alla somministrazione di farmaci. L'ipnotismo può quindi rappresentare per il chirurgo o l'anestesista in valido ausilio nella pratica clinica, anche per la capacità di infondere tranquillità e sicurezza, fiducia e speranza come nessun farmaco è in grado di indurre in preparazione ad interventi e procedure [13].

La comunicazione ipnotica è una tecnica che utilizza l'applicazione consapevole del linguaggio e dei meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente, per indurre nel paziente uno stato mentale naturale e diverso dagli stati di veglia e di sonno, offrendogli l'opportunità di sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione. Lo stato mentale d'ipnosi è quindi uno stato fisiologico e dinamico, che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo con la quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche grazie al manifestarsi di fenomeni fisicamente evidenti che sono l'espressione della potenza di una immagine (monoideismo plastico), inducendo rassicurazione e tranquillità nel paziente in difficoltà, favorendo la

collaborazione e la cura, riducendo l'ansia e la percezione del dolore.

Alcuni studi hanno permesso di osservare come l'effetto antidolorifico o antinocicettivo dell'ipnosi è tale da ridurre il dolore almeno del 50% [14]. In un esperimento con dolore ischemico i ricercatori hanno dimostrato che soggetti altamente ipnotizzabili presentavano un aumento della tolleranza al dolore del 113% verso un incremento di tolleranza del 26% in soggetti scarsamente ipnotizzabili [15]. Uno studio italiano ha messo in evidenza come l'ipnosi con suggestioni di analgesia focalizzata sia in grado di aumentare notevolmente la soglia del dolore. Nello studio sperimentale è stata valutata la soglia del dolore tramite stimoli elettrici applicati ai denti premolari dell'arcata inferiore destra e sinistra prima, durante e dopo ipnosi. L'ipnosi è stata indotta e somministrata una forte suggestione di analgesia localizzata nell'arcata dentaria inferiore destra. È risultato che la soglia del dolore nell'arcata inferiore destra era significativamente aumentata durante ipnosi, con un incremento medio del 22%; era aumentata anche a sinistra, ma a un livello nettamente inferiore. Ai soggetti è stato dato inoltre un comando post-ipnotico di analgesia residua per la durata di 15-20 minuti, proprio come succede dal dentista quando l'effetto dell'anestesia è ancora presente ma comincia a ridursi. L'ipnosi ha dimostrato di aver ridotto sia la percezione del dolore che le conseguenze cardiovascolari e riflesse. Ciò indica che l'analgesia ipnotica comporta una diminuzione di sensibilità e/o di un blocco di trasmissione di stimoli dolorosi, con depressione dell'arco riflesso nervoso [14].

Saper gestire la relazione terapeutica con tecniche di comunicazione ipnotica, per migliorare l'adesione alla procedura e alla terapia, permette di intervenire su quella quota di dolore procurata dagli stessi interventi sanitari, che non può essere sottovalutata.

Lo scopo di questo studio è valutare l'efficacia della comunicazione ipnotica nel migliorare la compliance del paziente nel corso di alcune procedure chirurgiche eseguite ordinariamente in ambulatorio divisionale.

PAZIENTI E METODI

Lo studio si è svolto nei mesi di agosto e settembre 2024 nel reparto di degenza di area chirurgica dell'Ospedale San Camillo di Trento e ha coinvolto un campione di quattordici pazienti adulti sottoposti ad interventi al naso di rinosettoplastica, settoplastica e turbinodecongestione o chirurgia endoscopica dei seni paranasali.

In sala operatoria prima di iniziare la procedura chirurgica, prima dell'inizio dell'anestesia, ciascun paziente è stato sottoposto a valutazione dell'indice di ipnotizzabilità mediante Eye-Roll Test di Herbert Spiegel (ERT) [16-17]. In seguito, veniva data una descrizione della procedura di rimozione del tamponamento enfatizzando la sensazione di benessere che, con la ripresa della respirazione nasale, sarebbe seguita alla rimozione dei tamponi si suggeriva di concentrarsi sulla respirazione e di aprire progressivamente la mano e di sforzarsi di tenere la mano con le dita aperte al massimo. Il giorno dopo al momento della rimozione dei tamponi si rammentavano le indicazioni fornite e si invitava il paziente a focalizzare l'attenzione sulla mano aperta ed estesa.

Al termine della procedura, è stata rilevata la percezione del dolore procedurale mediante la somministrazione delle scale Faces Pain Scale (FPS) e Numerical Rating Scale (NRS) [18-19].

I dati sono stati raccolti attraverso la compilazione di una scheda cartacea (Figure 1 e 2) ed in seguito riportati su un database Excel.

Tutti i pazienti hanno fornito il loro consenso informato alla procedura e all'uso ai fini di ricerca dei dati raccolti.

Figura 1. Scheda utilizzata in ambulatorio per l'acquisizione dell'indice di ipnotizzabilità Eye-Roll test di Herbert Spiegel (ERT).

Cognome _____ Nome _____ D.N. _____

Data _____ Procedura _____

Ora guarda verso di me. Mentre tieni la testa in quella posizione, guarda in alto verso le sopracciglia", ora, verso la parte superiore della testa. Mentre continui a guardare in alto, chiudi gli occhi lentamente. Esatto . . . Chiudi. Chiudi. Chiudi. Chiudi."

Misura la distanza dalla parte inferiore dell'iride alla parte inferiore della palpebra; 0 = Nessuna sclera 1 = Una piccola quantità di sclera 2 = Circa un terzo 3 = Circa metà 4 = Più della metà

EYE-ROLL TEST FOR HYPNOTIZABILITY
UP-GAZE **ROLL**



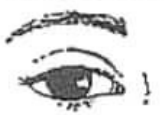

















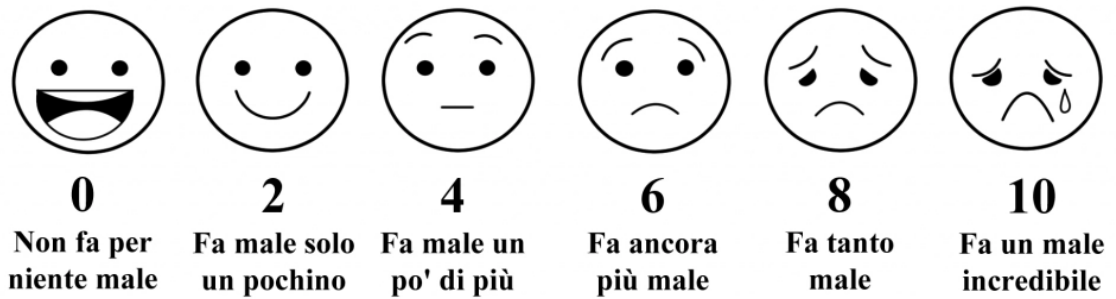
		0		
		1		
		2		
		3		
		4		

Figura 2. Scheda utilizzata in ambulatorio per la rilevazione del dolore procedurale percepito con le scale Faces Pain Scale (FPS) e Numerical Rating Scale (NRS).

Come è stata la sua esperienza?



RISULTATI

Il campione analizzato era composto da 8 maschi e 4 femmine con età media di 61 (range 41 - 86) anni. I pazienti sono stati sottoposti a rimozione di tamponi di Liofoam della misura standard di 5x10 cm in ragione di uno per narice. I risultati dello studio in e le suggestioni utilizzate nella comunicazione ipnotica sono riassunte di seguito in Tabella.

Tabella. Schematizzazione delle caratteristiche dei pazienti, delle procedure effettuate, dell'ERT rilevato e del dolore procedurale percepito con le scale FPS e VAS.

Genere	Età	Procedura	ERT	Suggestioni	FPS	VAS
F	32	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	0	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	4	5
F	23	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	1	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	8	7
F	39	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	1	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	4	4
F	35	RINOSETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	0	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	0	0
M	23	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	1	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	4	4
M	30	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	1	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	0	0
M	32	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	2	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	2	2
M	23	RINOSETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	0	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	6	7
M	40	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	1	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	2	2
M	59	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	3	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	0	0
M	60	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	1	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	5	5
F	56	SETTOPLASTICA E TURBINODECONGESTIONE	0	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	2	2
M	41	SETTOPLASTICA E ETMOIDOTOMIA	0	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	1	1
F	54	ETMOIDOTOMIA ANTROSTOMIA E DECONGESTIONE DEI TURBINATI	1	OCCHI CHIUSI, RESPIRAZIONE, MANO APERTA	2	4

DUSCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questa tesi analizza l'impiego della comunicazione ipnotica per la gestione del dolore procedurale nel corso di una procedura standardizzata il più possibile su una tipologia omogenea di interventi. L'idea si basa sull'osservazione di numerosi medici secondo cui in molti, se non nella maggior parte, dei contesti sanitari i pazienti e i loro familiari si trovano già in una condizione di coscienza particolare che li rende straordinariamente aperti a rispondere alle suggestioni, comprese quelle, più o meno utili, provenienti dalla comunicazione con operatori sanitari che si occupano di loro. Le suggestioni possono essere definite come tutti quei messaggi verbali o non verbali che vengono involontariamente accettati e seguiti dal destinatario, anche al di fuori dell'ambito di una induzione ipnotica formale.

La comunicazione ipnotica è una tecnica di comunicazione che applica consapevolmente i meccanismi neurolinguistici implicati in alcune funzioni della mente utilizzando il potere delle parole per creare immagini mentali, che riverberino nel corpo modificandolo. Con la comunicazione ipnotica si guida il paziente nella percezione di sé e dell'esperienza che sta vivendo. Nel particolare setting dell'ambulatorio chirurgico, la presenza di una disabilità dovuta alla condizione clinica postoperatoria, di sentimenti forti come paura ed ansia, la sensazione di perdita di controllo e l'uso da parte dei sanitari di procedure poco comprensibili o complesse per il soggetto che le deve subire, possono contribuire a suscitare nel paziente questo stato di coscienza particolare che lo rende aperto ad accogliere le suggestioni che attraverso la comunicazione ipnotica lo invitano a concentrarsi su sensazioni rassicuranti e benevole, indirizzando la sua attenzione verso qualcosa di positivo e piacevole [20].

I risultati di questo studio (Tabella) hanno evidenziato che, indipendentemente dall'ipnotizzabilità valutata con l'ERT di Herbert Spiegel, la maggioranza dei pazienti ha riferito un dolore procedurale pari a 4 o inferiore (tre fra questi hanno dichiarato 0) valutato sia con la scala Faces Pain Scale (FPS) che con la Numerical Rating Scale (NRS). Nei casi in cui il dolore procedurale misurato con le due scale è risultato 5 o superiore si è confrontata la risposta con il dolore che avevano provato durante il posizionamento della flebo ed è risultato comunque inferiore a quest'ultimo. Si noti che la risposta data sulle scale di rilevamento del dolore sono per definizione non sindacabili.

Inoltre, va ricordato che l'analgesia ipnotica è di tipo rappresentativo e che la sua

distribuzione non segue le vie anatomiche (periferiche, tronculari, radicolari, simpatiche, centrali), ma quelle di una rappresentazione mentale. Per questo, l'ipnosi può riuscire utile per assicurare, confortare, sedare l'ansia e l'angoscia nel paziente che deve essere sottoposto a procedure più o meno dolorose, o che rappresentano un'offesa diretta alla sua integrità somatica [13].

A conclusione di questa tesi si può affermare che l'utilizzo della comunicazione ipnotica si è dimostrata molto utile nella gestione pratica del dolore procedurale che si genera nel corso dell'attività di medicazione postoperatoria in chirurgia rinologica. Questo lavoro può rappresentare uno studio pilota in vista di un'analisi più ampia che includa l'arruolamento dei pazienti attraverso la randomizzazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Svensson I, Sjöström B, Haljamäe H. Assessment of pain experiences after elective surgery. *J Pain Symptom Manage*. 2000 Sep;20(3):193-201. doi: 10.1016/s0885-3924(00)00174-3. PMID: 11018337.
2. Rawal N. Current issues in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol*. 2016 Mar;33(3):160-71. doi: 10.1097/EJA.0000000000000366. PMID: 26509324.
3. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*. 2016 Feb;17(2):131-57. doi: 10.1016/j.jpain.2015.12.008. Erratum in: *J Pain*. 2016 Apr;17(4):508-10. doi: 10.1016/j.jpain.2016.02.002. Dosage error in article text. PMID: 26827847.
4. Lovich-Sapola J, Smith CE, Brandt CP. Postoperative pain control. *Surg Clin North Am*. 2015 Apr;95(2):301-18. doi: 10.1016/j.suc.2014.10.002. Epub 2015 Jan 24. PMID: 25814108.
5. Zieliński J, Morawska-Kochman M, Zatoński T. Pain assessment and management in children in the postoperative period: A review of the most commonly used postoperative pain assessment tools, new diagnostic methods and the latest guidelines for postoperative pain therapy in children. *Adv Clin Exp Med*. 2020 Mar;29(3):365-374. doi: 10.17219/acem/112600. PMID: 32129952.
6. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma, Part 2. Agency for Health Care Policy and Research. *Clin Pharm*. 1992 May;11(5):391-414. PMID: 1582131.
7. Follin SL, Charland SL. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. *Ann Pharmacother*. 1997 Sep;31(9):1068-76. doi: 10.1177/106002809703100917. PMID: 9296248.
8. Puntillo KA, Wild LR, Morris AB, Stanik-Hutt J, Thompson CL, White C. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Am J Crit Care*. 2002 Sep;11(5):415-29; quiz 430-1. PMID: 12233967.
9. Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CA, Wild LR. Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project

- II. Crit Care Med. 2004 Feb;32(2):421-7. doi: 10.1097/01.CCM.0000108875.35298.D2. PMID: 14758158.
10. Ma Y, Li Y, Wang C, Zhang Y, Wang L, Hu R, Yin Y, He F. Effects of non-pharmacological interventions on pain in wound patients during dressing change: A systematic review. *Nurs Open*. 2024 Feb;11(2):e2107. doi: 10.1002/nop2.2107. PMID: 38391098; PMCID: PMC10830920.
 11. Casiglia E, Croce D, Facco E, Foppiani E, Granone P, Iannini R, Lapenta A, Miroglio G, Muro M, Scaglione M, Somma M. Atti del gruppo di lavoro dei didatti dell'Istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023.
 12. Granone F. Trattato di ipnosi. Modificazioni della sensibilità e uso dell'analgesia ipnotica in chirurgia. 6° ed., Torino, UTET, 1976, 1989, Vol. 1, pp 268-306.
 13. Granone F. Trattato di ipnosi. Ipnositerapia antalgica. 6° ed., Torino, UTET, 1976, 1989, Vol.2, pp 569-576.
 14. Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V, Haxhi Nasto H, Azzi M, Rempelou P, Giacomello M, Bolzon M, Bascelli A, Scarpa R, Lapenta AM, Rossi AM. Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. *Am J Clin Hypn*. 2007 Apr;49(4):255-66. doi: 10.1080/00029157.2007.10524503. PMID: 17444363.
 15. DeBenedittis G, Panerai AA, Villamira MA. Effects of hypnotic analgesia and hypnotizability on experimental ischemic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 1989 Jan;37(1):55-69. doi: 10.1080/00207148908410533. PMID: 2925294.
 16. Spiegel H. An eye-roll test for hypnotizability. *Am J Clin Hypn*. 1972 Jul;15(1):25-8. doi: 10.1080/00029157.1972.10402206. PMID: 4679812.
 17. Frischholz EJ, Nichols LE. A historical context for understanding "An eye roll test for hypnotizability" by Herbert Spiegel, M.D. *Am J Clin Hypn*. 2010 Jul;53(1):3-13. doi: 10.1080/00029157.2010.10401742. PMID: 20718238.
 18. Thong ISK, Jensen MP, Miró J, Tan G. The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? *Scand J Pain*. 2018 Jan 26;18(1):99-107. doi: 10.1515/sjpain-2018-0012. PMID: 29794282.
 19. Jensen MP, Castarlenas E, Roy R, Tomé Pires C, Racine M, Pathak A, Miró J. The Utility and Construct Validity of Four Measures of Pain Intensity: Results from a University-Based Study in Spain. *Pain Med*. 2019 Dec 1;20(12):2411-2420. doi: 10.1093/pm/pny319. PMID: 30877801.
 20. Varga C. Tecniche di suggestione senza induzione ipnotica per interventi medici. In Jensen MP. *Arte e pratica dell'induzione ipnotica*. Milano, Franco Angeli s.r.l., 2018, pp 80-94.

21. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clin J Pain*. 2004 Jul-Aug;20(4):207-19. doi: 10.1097/00002508-200407000-00002. PMID: 15218405.