



CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

LA MASTOPLASTICA ADDITIVA IN IPNOSI

Relatore:

ROCCO IANNINI

Correlatore:

ENZO VENINI

Candidato:

MATTEO SCARDIGLI

ANNO 2024

INDICE

pag.

- Introduzione.....	3
- L'ipnosi in anestesia.....	5
- La mastoplastica additiva.....	9
- La mia esperienza personale.....	11
- Risultati.....	19
- Conclusioni.....	24
- Bibliografia.....	26

Introduzione

E' cominciato tutto per caso.

La paziente è in ritardo di oltre un'ora per un guasto al treno, in sala operatoria siamo tutti pronti per l'intervento di mastoplastica additiva. Finalmente arriva. Provenendo da fuori regione, avevamo fatto una valutazione anestesiologicala per telefono.

E' una ragazza di 23 anni, non ha allergie, non riferisce patologie importanti, è stata sottoposta ad anestesie locali odontoiatriche senza problemi, gli esami ematochimici e l'ECG sono nei limiti.

Le chiedo: *“sei digiuna, vero?”* Muta. Poi mi guarda con occhi sgranati e mormora con un filo di voce: *“direi di si...”* Replico, fermo e acido: *“la risposta è o si o no, non capisco il direi.”* Lei: *“ho preso un cappuccino e un tramezzino sul treno, ma ormai sono passate più di tre ore...”*

Lo sapevo. Non è digiuna. Vorrei strozzarla. Non posso sottoporla ad anestesia generale e nemmeno a sedazione. Non possiamo posticipare l'intervento perché abbiamo altri pazienti in lista operatoria. Non farà l'intervento e tornerà a Milano col treno. Pazienza. Se è scema non è colpa mia...

Poi, improvvisa come un fulmine a ciel sereno, l'illuminazione. Ne parlo prima con il chirurgo: *“la facciamo in ipnosi.”* Lui, mostrandomi la catenina che ha al collo: *“ti presto io il pendolino.”*

Allora gli spiego che ho iniziato da due mesi un corso a Torino e che è una gran figata. Ribatte, sarcastico: *“sicuramente sei molto bravo e anche molto esperto, due mesi sono tantissimi!”* Si mette a sghignazzare. Non demordo e, dopo averlo mandato a quel paese, gli dico: *“te fidati.”*

Si è fidato e mi ha dato carta bianca. Ho avuto una botta di culo ed è andata bene.

Questa è stata in assoluto la mia prima paziente.

L'ipnosi in anestesia

L'ipnosi è una coscienza particolare, fisiologica e dinamica, durante la quale sono possibili variazioni comportamentali e somato-viscerali dovute all'instaurarsi di un monoideismo plastico e di una relazione privilegiata tra l'operatore e il paziente. Le funzioni rappresentativo-emotive prevalgono su quelle critico-intellettive e si verifica una parziale dissociazione psichica. Il realizzarsi della ideoplasia auto o etero-indotta conduce alla trance ipnotica, in cui aumenta la concentrazione del paziente sull'esperienza interna e si modifica la percezione dell'ambiente esterno, del tempo e dello spazio.

L'ipnosi, classicamente impiegata in psicoterapia, ha trovato applicazione anche in ambito anestesiologicalo. Può essere utilizzata per indurre uno stato di rilassamento profondo e di analgesia, riducendo e talvolta eliminando la necessità di farmaci anestetici, sedativi e analgesici. Questo approccio si basa sull'idea che la mente possa essere allenata a controllare la percezione del dolore e delle sensazioni corporee.

L'uso dell'ipnosi può fornire alcuni vantaggi rispetto alle tecniche anestesiologicalhe tradizionali:

- *riduzione dei rischi e degli effetti collaterali dei farmaci.* Gli anestetici possono provocare nausea, vomito, eccessiva sedazione residua, confusione, reazioni allergiche. L'ipnosi può ridurre o eliminare la necessità di questi farmaci, diminuendo così i rischi e gli effetti collaterali associati.
- *Recupero postoperatorio più rapido.* Poiché l'ipnosi non richiede l'uso di sostanze chimiche, si possono accorciare i tempi di recupero postoperatorio e le dimissioni del paziente possono essere anticipate.
- *Migliore esperienza perioperatoria.* L'ipnosi può essere efficace nel ridurre l'ansia preoperatoria e perioperatoria e nel controllare il dolore intra e postoperatorio. Può aiutare coloro che soffrono di particolari fobie, per esempio nei confronti degli aghi. In questo modo l'esperienza globale del paziente può essere notevolmente migliorata.
- *Migliore guarigione delle ferite chirurgiche.* Alcuni studi suggeriscono una cicatrizzazione migliore e un ridotto rischio di infezioni. L'ipnosi può infatti ridurre i livelli di stress e rafforzare la risposta immunitaria.
- *Riduzione del sanguinamento.* L'ipnosi, attraverso meccanismi di vasocostrizione e modulazione della secrezione di citochine,

può aiutare a contenere il rischio di sanguinamento peri e postoperatorio.

- *Applicazione in pazienti a rischio.* Per pazienti allergici o con gravi patologie mediche che implicano un rischio anestesiologicalo molto alto, l'ipnosi può offrire una valida alternativa ai farmaci, consentendo in questo modo di ridurre il rischio perioperatorio.

- *Riduzione dei costi.* Non essendoci utilizzo di materiali di consumo, si ha un notevole risparmio e un abbattimento dei costi legati alle procedure anestesiologicalhe. Anche l'accorciamento dei tempi di degenza contribuisce alla riduzione della spesa sanitaria.

L'integrazione dell'ipnosi nella pratica medica riflette una tendenza sempre più ampia verso approcci olistici e meno invasivi nella cura del paziente. Tutto ciò è in linea con il crescente riconoscimento del ruolo centrale della connessione mente-corpo nel processo di guarigione e nel raggiungimento del benessere complessivo del paziente.

E' fondamentale un'accurata preparazione e collaborazione tra medico e paziente, poiché la riuscita dell'anestesia ipnotica

dipende dalla suscettibilità del paziente all'ipnosi e dal rapporto di fiducia che si instaura col medico.

Sebbene l'ipnosi in anestesia non sia ancora una pratica diffusa, i risultati positivi finora ottenuti stanno stimolando un crescente interesse in diversi contesti chirurgici.

La mastoplastica additiva

La mastoplastica additiva è un intervento di chirurgia plastica finalizzato all'aumento del volume del seno mediante l'inserimento di protesi mammarie. Costituisce uno degli interventi più richiesti dai pazienti.

Può essere effettuata sia per motivi estetici, come il desiderio di aumentare la dimensione del seno o correggere asimmetrie e altri inestetismi, sia per motivi ricostruttivi, ad esempio dopo una mastectomia per neoplasia.

Le protesi utilizzate sono di diversi materiali, quasi tutti a base di silicone, e hanno differenti forme e dimensioni per potersi adattare alle varie esigenze dei pazienti.

Possono essere inserite in sede sottoghiandolare (sotto il tessuto mammario), sottomuscolare (sotto il muscolo grande pettorale) o retromuscolare dual plane (in parte sotto il tessuto mammario e in parte sotto il muscolo grande pettorale).

Esistono diverse tecniche chirurgiche per accedere all'area e creare la tasca in cui verranno posizionate le protesi. Le più comuni comprendono l'incisione sottomammaria (lungo la piega naturale del solco mammario), l'incisione periareolare (intorno al bordo inferiore dell'areola) e, molto più raramente, l'incisione

transascellare. La scelta della tecnica dipende da vari fattori, tra cui l'età e la struttura anatomica del paziente, il tipo di protesi utilizzata, le preferenze del chirurgo e del paziente.

Le complicanze più comuni sono ematomi, sieromi, capsuliti, infezioni, rottura e dislocazione delle protesi, linfadenopatie, cicatrici ipertrofiche, dolore mammario cronico e alterazioni della sensibilità mammaria.

Il tipo di anestesia utilizzato varia a seconda delle esigenze chirurgiche e anestesilogiche e delle preferenze del paziente. Solitamente si fa ricorso all'anestesia generale con intubazione orotracheale o, più comunemente, posizionamento di maschera laringea. Questo consente al chirurgo di operare nella massima libertà ed elimina il rischio che il paziente possa muoversi. In molti casi, soprattutto se si tratta di primi interventi, situazioni chirurgiche non complesse o pazienti con patologie che controindicano l'anestesia generale, si effettua una anestesia locale con sedazione.

Ogni tecnica anestesilogica comporta rischi e benefici, che devono essere attentamente valutati e condivisi con il paziente. L'ipnosi può essere utilizzata come complemento all'anestesia tradizionale o talvolta come alternativa, e può rappresentare un valido supporto in molte fasi del trattamento.

La mia esperienza personale

Lavoro come anestesista in alcune cliniche private di Firenze. Ho raccolto un gruppo di 10 pazienti. La prima non l'ho scelta, mi è capitata per caso ed è stata l'ispirazione per questo lavoro. Le altre 9 ho cercato di selezionarle, privilegiando persone relativamente sane e apparentemente più suscettibili all'ipnosi. Le pazienti avevano un'età compresa tra i 22 e i 53 anni (età media 38,1) e nessuna di esse presentava malattie importanti in anamnesi.

Quattro pazienti (40%) erano già state sottoposte ad anestesia generale per interventi di chirurgia minore, le rimanenti 6 (60%) avevano ricevuto solo anestesie locali per procedure odontoiatriche. Nessuna riferiva problematiche legate all'anestesia nell'anamnesi personale e familiare.

Due pazienti (20%) erano allergiche alla penicillina, 2 (20%) erano lievemente ipertese in trattamento farmacologico, 2 (20%) soffrivano di emicrania, 1 (10%) soffriva di calcolosi della colecisti.

Nessuna riferiva uso di sostanze stupefacenti o abuso di alcol, 2 (20%) fumavano moderatamente.

Una paziente (10%) era in terapia con ACE-inibitori, 1 (10%) era in terapia con calcio antagonisti, 3 (30%) usavano la pillola anticoncezionale, 2 (20%) assumevano FANS in maniera abbastanza regolare.

Tutte le pazienti appartenevano a classi ASA basse: 3 di esse (30%) erano ASA I mentre le restanti 7 (70%) erano ASA II.

In nessun caso erano presenti controindicazioni assolute all'anestesia generale.

Ad eccezione della prima paziente, tutte le altre hanno avuto un colloquio informativo telefonico, in cui è stata brevemente spiegata la procedura e sono state date risposte alle numerose domande e ai diversi dubbi.

Quattro pazienti (40%) erano inizialmente molto scettiche a sottoporsi all'ipnosi e hanno chiesto di poterci riflettere qualche giorno. Le rimanenti 6 (60%) si sono dimostrate da subito molto entusiaste e contente di evitare l'anestesia generale e la sedazione farmacologica.

Solamente 1 paziente (10%) aveva già sperimentato l'ipnosi per trattare delle problematiche di ansia.

Tutte le pazienti hanno scelto l'intervento per motivi estetici. Tutti gli interventi sono stati effettuati per via sottomammaria con posizionamento delle protesi in sede sottoghiandolare.

Nella totalità dei casi (100%) è stata effettuata l'anestesia locale.

All'ingresso in sala operatoria in 4 pazienti (40%) sono state somministrate basse dosi di oppioidi (fentanil 25-50 microg), in 2 pazienti (20%) è stata somministrata una bassa dose di benzodiazepine (midazolam 1-2 mg), in 1 paziente (10%) sono stati somministrati sia oppioidi che benzodiazepine (fentanil 50 microg e midazolam 0,5 mg), nelle rimanenti 3 pazienti (30%) non sono stati somministrati farmaci in vena.

La durata dell'intervento è stata compresa tra 40 e 95 minuti (media 55 minuti).

In tutti i casi è stato utilizzato uno schema abbastanza simile per l'induzione e il mantenimento dell'ipnosi.

Si è cercato innanzitutto di mettere a proprio agio la paziente facendola sentire in un ambiente accogliente nel quale le sue necessità erano al centro dell'attenzione. Questo ha aiutato a costruire un rapporto di fiducia e ad abbassare la critica. A nostro vantaggio ha giocato il fatto di operare in strutture chirurgiche piccole, con poche persone e quindi poco caos.

Si è evitato di usare parole con significato negativo come dolore o puntura, sforzandosi invece di usare solo parole con significato positivo.

All'ingresso in sala operatoria ci siamo salutati dicendoci i rispettivi nomi, poi la paziente è stata posizionata sul lettino operatorio e monitorizzata come di consueto. Non sono stati utilizzati mezzi di contenzione.

É stata incannulata una vena periferica (nessuna paziente ha riferito di non gradire la procedura o di avere problemi di alcun tipo al riguardo) e, nei casi già citati, sono state somministrate dosi molto basse di oppioidi o benzodiazepine.

Abbiamo chiesto se fosse gradita della musica e che tipo di musica. Tre pazienti (30%) hanno scelto musica classica, mentre altre 3 (30%) musica pop. Le restanti 4 (40%) hanno preferito non vi fosse nessun tipo di musica in sala operatoria.

A questo punto ha avuto inizio l'induzione, secondo uno schema sempre simile, più o meno come segue:

“se sei d'accordo, insieme potremo fare qualcosa di utile per te. Stai per provare un'esperienza nuova e affascinante che ti consentirà di realizzare dei cambiamenti molto vantaggiosi.

Puoi scoprire dentro di te risorse che non sapevi di avere e che non hai mai usato...

Ti chiedo di seguirmi perché questo è importante per te e ti aiuterà.

Trova la posizione più comoda possibile, immagina di sprofondare sul lettino e inizia a rallentare il respiro...

Cerca il modo di stare ferma, puoi stare ferma.

Bene, brava...

Sei qui per fare l'intervento al seno, vero?

Sei sdraiata sul lettino, giusto?

E hai addosso un camice...

Ok, bene. Ora chiudi gli occhi e focalizza l'attenzione sul mio dito che è appoggiato sulla tua fronte. Tenendo gli occhi chiusi, porta i bulbi oculari verso il mio dito. Bene, non spostare la testa... quando sentirai le palpebre tremare sarai profondamente rilassata...

Molto bene... vedo che le tue palpebre tremano e sono sempre più pesanti... il respiro cambia...

Tu puoi già notare un cambiamento... ti accorgi che gli occhi sono sempre più stanchi e ti puoi sentire sempre più sollevata e sempre più distaccata, e più sei sollevata e distaccata più aumenta il tuo benessere...

Ok, molto bene, molto brava.

Ora immagina di indossare una maglietta fatta di ghiaccio. Questa maglietta di ghiaccio rende il tuo torace insensibile e freddo. Il tuo torace è insensibile e freddo, insensibile e freddo...

Se il tuo torace è freddo solleva la mano destra...

Ottimo, molto bene, brava...

La maglietta di ghiaccio è molto pesante, non puoi muovere il torace, tutti i tuoi muscoli diventano sempre più pesanti, sempre più pesanti... non puoi muovere i tuoi muscoli, funzionano solo i muscoli del respiro...

Ora stai per avvertire una sensazione particolare, come del liquido freddo che arriva sotto il seno e viene depositato lì... ecco che arriva... bene, molto bene..." (in questo momento il chirurgo sta effettuando l'anestesia locale).

Come si può notare, dopo aver fatto ricorso allo "yes set", si è cercato di focalizzare l'attenzione della paziente secondo quello che ci è sembrato essere il modo più semplice e più efficace (un dito appoggiato sulla fronte).

Subito dopo si è osservato e descritto ciò che stava accadendo alla paziente (movimenti delle palpebre, cambiamenti del respiro...), cercando il suo assenso.

Quindi abbiamo effettuato il ricalco, ossia la descrizione di ciò che la paziente sperimentava (*“ti accorgi che gli occhi sono sempre più stanchi e ti puoi sentire sollevata”*).

A questo punto è stata inserita la suggestione, ossia si è suggerita un'immagine (la maglietta di ghiaccio) che si è trasformata in monoideismo. La paziente si è focalizzata su una sola idea e solo di quella si è occupata.

Il monoideismo diventa plastico quando la sua rappresentazione si attua in esperienza fenomenica verificabile o ratificabile. C'è quindi un cambiamento evidente, reale. L'immaginazione diventa azione, l'idea diventa esperienza. Nel momento in cui si realizza l'ideoplasia si ha la trance ipnotica: i muscoli facciali si distendono, c'è un rallentamento globale, cambia il respiro, lo sguardo è assente...

Successivamente, è stato ratificato il cambiamento (*“se il torace è più freddo solleva la mano destra”*). Ciò significa che operatore e paziente si sono accordati sul fatto che ciò che è stato suggerito si è verificato.

Infine è stato dato un ancoraggio per consentire alla paziente di rivivere le esperienze positive provate (*“tutte le volte che vuoi e che ne senti il bisogno, tu puoi rivivere queste belle sensazioni. Ti basterà unire pollice e indice della mano destra e potrai rivivere queste sensazioni piacevoli...”*).

La deinduzione è stata effettuata con lo stesso metodo dell'induzione (un dito sulla fronte).

Risultati

La prima paziente, come già accennato, è un caso a parte. Avevo da poco iniziato il corso di ipnosi e non ero assolutamente preparato. Mi sono buttato ed è andata bene. La famosa fortuna del principiante...

L'induzione è stata molto caotica e mi sono dovuto aiutare con basse dosi di midazolam (1 mg all'inizio più 1 mg successivamente).

Sono stato avvantaggiato dal fatto che eravamo tutti molto motivati (sarebbe saltato l'intervento, altrimenti) e la paziente era un'insegnante di yoga, quindi una persona mentalmente predisposta ad accettare metodi non convenzionali.

Tutti sono stati collaboranti al massimo.

Altri elementi che hanno giocato a mio favore sono stati la magrezza della paziente e la grande esperienza e rapidità del chirurgo (l'intervento è durato appena 40 minuti).

Questa combinazione di fattori ha fatto sì che l'intervento potesse giungere al termine senza problemi e con grande stupore e soddisfazione da parte di tutti. Il primo ad essere stupito sono stato io.

La paziente ha riferito di aver vissuto un'esperienza "strana e rilassante" e di non aver provato dolore. I parametri vitali sono stati sempre stabili e nei limiti. Come in tutti gli altri casi, è stata effettuata l'anestesia locale.

L'ho ricontattata il giorno successivo. Era molto contenta di essere riuscita a fare l'intervento senza anestesia generale ed era soddisfatta dell'andamento del postoperatorio. Aveva poco dolore facilmente controllabile con paracetamolo, non aveva mai avuto né nausea né vomito.

Il successo ottenuto con questa prima paziente mi ha dato lo spunto e l'energia per proseguire ad utilizzare l'ipnosi per altri interventi di mastoplastica additiva.

La seconda paziente è stata parecchio impegnativa.

Era molto nervosa e ha fatto fatica a calmarsi e soprattutto a fidarsi di me. Anche io ero abbastanza nervoso, pur cercando di controllarmi e non farlo vedere. Di contro, avevo studiato e mi ero preparato uno schema di induzione che alla fine mi è stato d'aiuto. L'induzione è stata comunque particolarmente lunga ma, dopo le resistenze iniziali, siamo giunti al monoideismo plastico.

L'intervento è stato effettuato senza particolari problemi, grazie anche alla collaborazione del chirurgo che era molto contento di essere alla sua seconda esperienza di ipnosi.

La terza paziente si è rivelata resistente all'ipnosi. Abbiamo provato anche ad apportare delle modifiche allo schema di induzione, ma non siamo riusciti a raggiungere la trance ipnotica.

Ha giocato a nostro sfavore il fatto che la signora fosse molto scettica e avesse una forte necessità di controllo su tutti gli aspetti della propria vita. Altro punto di debolezza è stato certamente la mia inesperienza.

Dopo 10 minuti di insuccessi, abbiamo iniziato una sedazione endovenosa che ha reso possibile l'effettuazione della mastoplastica in anestesia locale.

La quarta paziente mi ha messo a dura prova.

Dopo un inizio apparentemente senza intoppi, ha iniziato a non seguire più le mie indicazioni. Ho dovuto apportare delle modifiche allo schema induttivo che avevo in mente e, solo dopo diverso tempo, siamo riusciti a raggiungere la trance

ipnotica. Ritengo che sia stato fondamentale l'utilizzo di oppioidi e benzodiazepine.

Le pazienti successive sono state mediamente collaborative e brave. Fin dall'inizio a proprio agio, erano molto contente di provare una tecnica alternativa alla sedazione e all'anestesia generale. Tra di esse, una aveva già sperimentato con successo l'ipnosi. Questa paziente, estremamente calma e preparata, si è fidata e affidata dal primo momento ed è riuscita a raggiungere rapidamente la trance ipnotica.

Tutti gli interventi sono stati condotti a termine senza complicanze. In 2 casi (20%) le pazienti hanno avuto leggeri movimenti intraoperatori, ma ciò non ha comportato nessun problema chirurgico.

Come abbiamo visto, 1 paziente (10%) si è dimostrata resistente all'ipnosi, le rimanenti 9 (90%) sono state ipnotizzate con più o meno facilità.

La paziente non ipnotizzata ha riferito di essere stata comunque contenta di aver provato la tecnica, e alla fine era dispiaciuta di non essere riuscita nell'intento prefissato.

Tutte le 9 pazienti ipnotizzate erano più o meno soddisfatte. A fine seduta hanno riferito di sentirsi rilassate, ristorate, pacificate. Di queste pazienti, 3 (30%) erano molto soddisfatte, 5 (50%) soddisfatte, 1 (10%) abbastanza soddisfatta. La paziente abbastanza soddisfatta avrebbe gradito aver ricevuto una preparazione preoperatoria attraverso sedute preparatorie di ipnosi.

Nei giorni successivi all'intervento, il dolore postoperatorio è stato molto lieve in 5 pazienti (50%), lieve in 3 pazienti (30%) e moderato nelle rimanenti 2 (20%). In ogni caso è stato facilmente gestito con i comuni analgesici (paracetamolo e FANS). Non sono stati utilizzati oppioidi.

Nessuna paziente ha avuto nausea o vomito postoperatori.

Conclusioni

L'ipnosi ha un discreto potenziale come alternativa ma soprattutto come integrazione all'anestesia per interventi di mastoplastica additiva, rappresentando un passo avanti verso un approccio più personalizzato e meno invasivo alla cura del paziente.

Non può essere considerata un semplice sostituto dell'anestesia tradizionale, in quanto non ha le stesse caratteristiche e non sempre è praticabile.

Può innanzitutto essere d'aiuto nella gestione dell'ansia pre e peri-operatoria, offrendo vantaggi in termini di comfort psicologico. Agisce sulla componente psichica del dolore aiutando a controllarne la paura, la quale fa aumentare il dolore stesso. Rafforza inoltre la fiducia del paziente nelle proprie capacità di affrontare e gestire lo stress. In questo modo l'esperienza operatoria globale può risultare migliorata e il benessere psicologico del paziente aumentato.

L'ipnosi non ha una efficacia prevedibile e universale, a differenza dell'anestesia tradizionale che offre invece un livello di sicurezza e di controllo del dolore prevedibili, standardizzati e certi, anche indipendentemente dal tipo di paziente.

Per impiegare l'ipnosi in campo chirurgico è fondamentale selezionare i pazienti adeguati, tenendo comunque in considerazione una certa probabilità di fallimento. Come già accennato, infatti, non tutti i pazienti sono ipnotizzabili e ugualmente suscettibili, esistendo dunque un'ampia variabilità individuale.

L'utilizzo dell'ipnosi come unica tecnica per ottenere una buona analgesia ed un'anestesia chirurgica adeguata rappresenta una sfida molto interessante. La mastoplastica additiva semplice sottoghiandolare può rappresentare un campo di applicazione promettente.

E' richiesta la presenza di operatori esperti e una stretta collaborazione con il team chirurgico e infermieristico. Attualmente l'impiego in ambito chirurgico è molto limitato, anche a causa di numerosi pregiudizi e preconcetti. E' necessaria dunque un'apertura mentale notevole, oltre ad una adeguata informazione e formazione degli operatori sanitari.

Anche quando non è possibile impiegare l'anestesia ipnotica, è comunque possibile far ricorso alla comunicazione ipnotica, che offre senza dubbio numerosi benefici in termini di miglioramento dell'esperienza globale del paziente.

Bibliografia

1. Moss D, Willmarth E. Hypnosis, anesthesia, pain management and preparation for medical procedures. *Ann Palliat Med*. 2019 Sep; 8(4): 498-503.
2. Milling LS, Kirsch I. Hypnotic analgesia and stress inoculation training: individual and combined effects in experimental pain. *Pain*. 2000; 87(1): 87-93.
3. Hawkins R, Elkins G. An update on hypnosis for the management of pain. *Southwest J Pulm Crit Care*. 2014; 9(4): 198-203.
4. Elkins G, Johnson A, Fisher W. Cognitive hypnotherapy for pain management. *Am J Clin Hypn*. 2012; 54(4): 294-310.
5. Hammond DC. Hypnosis in the treatment of anxiety and stress related disorders. *Expert Rev Neurother*. 2010; 10(2): 263-273.
6. Granone F. Trattato di ipnosi. Istituto Franco Granone CIICS, Torino, 1989.
7. Casiglia E, et al. Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza. CLEUP, Padova, 2015.

- 8.** Casiglia E, et al. Mechanism of hypnotic analgesia explained by functional magnetic resonance (fMRI). *Int J Clin Exp Hypn.* 2020; 68: 1-15.
- 9.** Casiglia E, et al. Hypnotic general anesthesia vs. focused analgesia in preventing pain and its cardiovascular effects. *Athens J Health.* 2015; 3: 145-158.
- 10.** Hammond DC (Ed). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors.* W. W. Norton & Company, New York, 1990.
- 11.** Lynn SJ, Rhue JW, Kirsch I (Eds). *Handbook of clinical hypnosis (2nd ed.).* American Psychological Association, New York, 2010.
- 12.** Spiegel H, Spiegel D. *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis (2nd ed.).* American Psychiatric Press, New York, 2004.
- 13.** American Society of Plastic Surgeons. Breast augmentation. www.plasticsurgery.org, 2023.
- 14.** Benson H, Klipper MZ. *The relaxation response.* Harper Collins Publishers, New York, 1976.
- 15.** Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI. *Hypnotherapy: an exploratory casebook.* Irvington Publishers, New York, 1976.
- 16.** American Psychological Association (APA). Hypnosis for pain. www.apa.org/topics/hypnosis/pain

- 17.** Casiglia E. *Le cose accadono*. CLEUP, Padova, 2022.
- 18.** Casiglia E, et al. Hypnotic focused analgesia obtained through body dysmorphism prevents both pain and its cardiovascular effects. *Sleep and Hypnosis*. 2016; 19: 89-95.
- 19.** Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*. 2000 Apr; 48(2): 138-153.
- 20.** Rogobete AF, et al. Multiparametric monitoring of hypnosis and nociception-antinociception balance during general anesthesia - a new era in patient safety standards and healthcare management. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Feb 2; 57(2): 132.
- 21.** Facco E. Hypnosis and anesthesia: back to the future. *Minerva Anesthesiol*. 2016 Dec; 82(12): 1343-1356.
- 22.** Anderson MN. Hypnosis in anesthesia. *J Med Assoc State Ala*. 1957 Dec; 27(6): 121-125.
- 23.** Zaccarini S, et al. Hypnosis in the operating room: are anesthesiology teams interested and well-informed? *BMC Anesthesiol*. 2023 Aug 24; 23(1): 287.
- 24.** Van Sickel AD. Clinical hypnosis in the practice of anesthesia. *Nurse Anesth*. 1992 Jun; 3(2): 67-74.

- 25.** Hammond DC. Hypnosis as sole anesthesia for major surgeries: historical & contemporary perspectives. *Am J Clin Hypn.* 2008 Oct; 51(2): 101-121.
- 26.** Lemoine L, et al. Conversational hypnosis versus standard of care to reduce anxiety in patients undergoing marker placement under radiographic control prior to breast cancer surgery: a randomized, multicenter trial. *Front Psychol.* 2022 Nov 22; 13: 97-123.
- 27.** Wobst AH. Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anesth Analg.* 2007 May; 104(5): 1199-1208.
- 28.** Faymonville ME, et al. L'hypnose et son application en chirurgie. *Rev Med Liege.* 1998 Jul; 53(7): 414-418.
- 29.** Cyna AM, Hewson DW, Hardman JG. Clinical hypnosis: implications in anaesthesia and perioperative care. *Br J Anaesth.* 2023 Jun; 130(6): 647-650.
- 30.** Thompson T, et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: a systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019 Apr; 99: 298-310.
- 31.** Bügers L, et al. Hypnosis support in anaesthesia is rarely used in German anaesthesia departments - a nationwide

- survey among leading physicians of anaesthesia departments. *BMC Anesthesiol.* 2024 Sep 6; 24(1): 314.
- 32.** Hansen E, Peter B, Wolf TG. Editorial: clinical hypnosis. *Front Psychol.* 2024 Aug 22; 15: 1464449.
- 33.** Chikhoun L, et al. Étude HYPNOSTRESS: intérêt de l'hypnose médicale dans l'évaluation du stress ressenti et le vécu d'une hospitalisation dans un service de médecine interne. *Rev Med Interne.* 2024 Aug; 45(8): 468-473.