

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2021

**Possibilità di utilizzo psicoterapeutico dell'ipnosi in ambito specialistico
nell'infanzia e nell'adolescenza**

Candidato

Dott. Dario ANDREONE

Relatore

Dott. Ennio FOPPIANI

Possibilità di utilizzo psicoterapeutico dell'ipnosi in ambito specialistico nell'infanzia e nell'adolescenza.

Ogni anno in tutto il mondo almeno 8 milioni di bambini avrebbero bisogno di servizi specializzati di cure palliative pediatriche (PPC) e degli oltre 42.000 bambini e adolescenti che muoiono ogni anno negli Stati Uniti, almeno 15.000 bambini richiederebbero cure palliative. Sfortunatamente, anche nei paesi ricchi di risorse, la maggior parte dei bambini affetti da gravi malattie terminali in stato avanzato, manifestano segni e sintomi angoscianti come dolore, dispnea, nausea, vomito, ansia e molto altro. Il trattamento e la prevenzione di questi sintomi richiede un approccio multimodale che generalmente include farmacologia, riabilitazione, procedure interventistiche, psicologia e modalità integrative.

Una di queste procedure è l'ipnosi clinica, durante la quale l'ipnoterapeuta fornisce suggerimenti per portare il paziente ad uno stato di rilassamento profondo. Lo stato ipnotico, che può corrispondere ad una condizione simile all' addormentamento, si presenta con uno stato di coscienza modificato, una logica vicina al sogno e una alterazione della percezione del tempo e dello spazio. In questo stato ipnotico il paziente rimane consapevole di tutto ciò che accade, ma allo stesso tempo diventa sempre più assorto nell'utilizzo della propria immaginazione così come da suggerimento dell'ipnoterapeuta. Gli ipnoterapeuti usano l'ipnosi clinica adattandola all'aderenza del paziente: incoraggiando l'uso dell'immaginazione del paziente, dando suggerimenti diretti per il cambiamento terapeutico atto a condurre un'esplorazione subconscia, per promuovere la comprensione e gli approfondimenti legati a qualsiasi problema.

Ci si avvale pertanto di quello che il concetto di ipnosi vuole significare, cioè inteso come uno stato di coscienza modificato ma fisiologico e dinamico durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo di monoideismi plastici che permettono di portare il nostro giovane paziente ad entrare nella natura spaziale e sociale delle relazioni. I fattori relazionali, inclusi transfert e controtransfert (componenti inevitabili

dell'interazione umana dove la sensibilità e reattività, definiscono e misurano la natura delle nostre interazioni), influenzano la relazione clinica: sicurezza, incarnazione, novità, creatività, rispetto, fiducia, uguaglianza, stare con risposte amorevoli, sincronicità ed empatia. La relazione ipnotica esiste in una cornice attraverso la quale l'assorbimento nel gioco e nell'immaginazione evoca le risorse del bambino a cui vengono dati suggerimenti. Nel teatro dell'immaginazione va in scena il gioco dei ragazzi. Il loro gioco è la storia e i loro cervelli e menti in crescita possono cambiare le percezioni e le prospettive, sia come attori che come registi, nello spazio sano della relazione ipnotica.(1)

Ed è proprio il fattore relazionale di fiducia che, una volta instauratosi tra ipnotista e piccolo paziente, facilita la procedura. Col bambino tale relazione risulta più facile da instaurare, perché il piccolo è libero da vigilanza e apprensione che abitano generalmente il mondo dell'adulto essendo quest'ultimo maggiormente condizionato dai pericoli del quotidiano.

Nell'ipnosi il clinico facilita l'utilizzo da parte del bambino della propria immaginazione che si riflette come agente di cambiamento e di creazione di esperienze alternative in maniera fantasiosa, incluso di genitori, di famiglia e di altri sistemi presenti nella sua vita. In trance, il bambino affronta i sintomi dolorosi utilizzando i suggerimenti del medico per alterare le sensazioni, le percezioni e aumentare il grado di comfort.

Ma l'utilizzo delle tecniche ipnotiche deve adattarsi all'età del bambino. Infatti tali tecniche variano a seconda della fase evolutiva che sta vivendo. Un bambino dell'età di 6 anni richiederà un approccio diverso rispetto ad uno di 12 anni. Al di sotto dei 7 anni, quanto più si va indietro con l'età, tanto maggiore risulta la difficoltà di ipnotizzabilità. Nei bambini sotto i 3 anni si ritiene che l'utilizzo di stimolazioni tattili, uditive, visive e termiche, possano più favorevolmente indurre l'ipnosi. Inoltre può anche essere di ausilio, per indurre uno stato di trance, l'utilizzo della parola, ripetuta monotonamente, della quale il bambino non capisce il significato. Sopra i 3 anni invece ci si avvale di immagini e visualizzazioni adatte all'età del bambino previa individuazione dei suoi gusti, delle sue tendenze e delle sue abitudini. Conoscere il mondo interno del bambino agevolerà la rappresentazione scenica adeguata ai suoi bisogni. E' ovvio che tutto questo implicherà l'adeguamento dell'ipnoterapeuta al linguaggio del bambino.

L'uso dell'ipnosi in ambito pediatrico, applicata agli adolescenti e agli infanti, ha consentito di offrire un'ulteriore possibilità per migliorare la gestione di numerose patologie riguardanti differenti specialità. Tale pratica viene proposta, oltre che nei casi già consolidati e descritti in letteratura (gestione del dolore, coadiuvante negli interventi chirurgici, ecc.), anche in situazioni più particolari e surrogate da minor casistica. A tal proposito un'interessante studio è stato fatto sulla fattibilità dell'ipnosi clinica in ambito strumentale con l'ecocardiografia transesofagea (TEE) nei ragazzi e negli adolescenti (2). La qualità della vita correlata alla salute dei bambini con malattie congenite cardiache è significativamente compromessa dalle gravi condizioni cardiache che di solito richiedono ripetute procedure invasive. L'uso di terapie adiuvanti nei bambini con malattie cardiache, come l'ipnosi clinica, ha destato notevole interesse nel gestire gli effetti neurocognitivi negativi dovuti all'esposizione di ripetute anestesie, effetti questi che hanno contribuito a compromettere anche le prestazioni scolastiche. Lo studio ha evidenziato che i bambini con coronaropatia corrono un rischio maggiore di soffrire di disturbi del neurosviluppo, indipendentemente dall'esposizione all'anestesia e che l'ipnosi clinica potrebbe rappresentare un'interessante alternativa all'anestesia generale o alla sedazione oltre che apportare vantaggi nel dimezzare i costi ospedalieri per la procedura. Viene anche sottolineato che prima dell'esame strumentale, il bambino debba essere preparato anticipatamente con sessioni di prova sotto ipnosi.

L'ecocardiografia transesofagea, è una delle procedure invasive effettuate di routine nei bambini con malattie cardiache, procedura questa che viene eseguita in anestesia generale in quanto con la sola sedazione spesso l'esame non viene tollerato, nonostante attualmente siano disponibili sonde più piccole.

Nello studio in questione ci si è avvalsi di due tecnici di radiologia pediatrica formati in precedenza e della supervisione di un ipnoterapeuta esperto. Gli ipnoterapeuti hanno avuto un colloquio preliminare con il bambino e i suoi genitori ai quali è stata spiegata la procedura dell'ipnosi clinica, è stata verificata l'assenza di controindicazioni per l'ipnoterapia e sono state raccolte informazioni utili sulla vita del bambino al fine di preparare il tema e la programmazione della sessione. Quindi il bambino è stato accompagnato nella sala delle procedure TEE, sdraiato sul lettino nella posizione di decubito laterale sinistro con la testa in

semiflessione e monitorizzato con i parametri dell'ECG, della pressione sanguigna e della saturazione d'ossigeno (Fig. 1). I genitori e gli altri operatori sanitari hanno lasciato il bambino da solo con l'ipnoterapeuta in una stanza tranquilla con poca luce.



(Fig. 1)

La seduta di ipnosi clinica è stata condotta con i seguenti passaggi:

- valutazione della capacità ipnotica e dell'induzione ipnotica: autorizzazione a contattare l'inconscio,
- dissociazione dall'ambiente: scomposizione dell'unità della coscienza e della coesione delle percezioni,
- allestimento di un luogo sicuro: luogo immaginario che fornisca un importante sentimento di sicurezza e protezione interna e che rappresenta un luogo di rilassamento,
- interruzione dell'ipnosi, rielaborazione psicodinamica di fattori emotivi e post-ipnotici,
- discussione e raccolta delle esperienze con il bambino.

L'ipnoterapeuta ha iniziato la sessione usando una voce dal tono dolce, parole semplici, brevi frasi e ripetizioni. L'atteggiamento e il linguaggio dell'ipnoterapeuta dovevano essere calmi, rassicuranti e positivi. Il tema del discorso è stato adattato all'età e agli interessi del bambino.

Una volta che il bambino ha raggiunto lo stato ipnotico, l'ipnoterapeuta si è avvalso di altri tre membri coinvolti nello studio (due cardiologi pediatrici e un'infermiera specializzata) che sono entrati in silenzio nella stanza per eseguire l'ecocardiografia transesofagea.

Tutti e quattro i sanitari conoscevano minuziosamente la procedura della ecocardiografia transesofagea, comunicando tra loro mediante dei segni al fine di rimanere in silenzio e non disturbare ed interrompere l'eloquio dell'ipnoterapeuta dedicato al bambino. Lo scenario gestito dall'ipnoterapeuta ha accompagnato ogni fase dell'esame. Ad esempio, quando la sonda stava per essere introdotta all'interno della bocca, l'ipnoterapeuta pronunciava la frase: "hai sete, apri la bocca ampiamente e prendi questo gustoso succo di frutta fresca". Terminata la procedura dell'ecocardiografia transesofagea, gli operatori sanitari lasciavano tranquillamente la stanza e i risultati ottenuti venivano consegnati ai genitori. L'ipnoterapeuta rimaneva con il bambino nella stanza accompagnandolo e sostenendolo nel ritorno dallo stato ipnotico. Per uscire dalla trance l'ipnoterapeuta portava dolcemente il paziente fuori dal suo "luogo sicuro" rendendolo gradualmente consapevole del mondo che lo circondava, facendogli di nuovo ascoltare i rumori, portandolo all'immagine di un odore familiare e conducendolo alla sensazione di riappropriarsi del suo corpo.

Dopo la seduta e prima della dimissione del piccolo paziente, l'ipnoterapeuta controllava gli effetti avversi correlati all'ipnosi, come eventuali affaticamento, ansia, confusione, svenimento, vertigini, nausea, stupore, comparsa di ricordi di precedenti traumi e convulsioni. Inoltre effetti avversi a lungo termine sono stati monitorati anche durante le successive visite di controllo.

Nello stesso lavoro, sono stati riportati i risultati del periodo di follow up di 24 mesi su 17 bambini che hanno richiesto l'ecografia trans esofagea (esclusi quelli che hanno richiesto la TEE in sala operatoria al fine di essere poi sottoposti a cateterismo cardiaco). Tutti i bambini eleggibili e i loro genitori o tutori legali, hanno acconsentito allo studio, ad eccezione di una bambina di 11 anni portatrice di un importante difetto del setto interatriale e molto ansiosa all'idea di sperimentare l'ipnosi, in quanto suggestionata da un programma televisivo in cui compariva un ipnotizzatore teatrale, situazione che l'ha costretta a subire un'anestesia generale per poter sostenere l'intervento chirurgico di chiusura del difetto cardiaco. Gli altri 16 bambini di età compresa tra 11 e 18 anni (7 femmine, 9 maschi con età media $14,1 \pm 2,5$ anni) sono stati sottoposti a esame TEE sotto ipnosi clinica, senza richiedere alcun sedativo nè terapia farmacologica. L'indicazione all'ecografia transesofagea è stata indicata per 8 bambini affetti da shunt interatriali e per 7 bambini con diagnosi di malattia valvolare congenita.

Lo stato ipnotico è stato raggiunto da 15 su 16 dei bambini arruolati (94%). Solo un diciottenne ansioso non ha pienamente raggiunto lo stato ipnotico, ma la sua buona tolleranza al disagio ha comunque permesso l'esecuzione dell'esame senza dover utilizzare alcuna sedazione. Il bambino, presentava un difetto interatriale con un quadro di obesità grave associati alla sindrome di Prader-Willi.

In un altro caso, pur avendo raggiunto lo stato di ipnosi, una ragazza di 12 anni ha manifestato un'attacco di panico col pianto e la paura del ritorno alla coscienza. Quindi l'ipnoterapeuta ha posto il paziente in uno stato di trance più profondo in quanto la sua condizione non era compatibile con l'esecuzione dell'esame, che è stato poi comunque sospeso. Uscita dall'ipnosi la bambina non aveva memoria dell'episodio e si era ripresa completamente. In ogni caso grazie all'ipnosi clinica si è resa possibile la corretta esecuzione dell'esame, giungere ad una diagnosi completa e permettere così di trovare una terapia adeguata.

La durata complessiva della sessione di ipnosi clinica è stata di 40 minuti (range 30–60 minuti), equamente diviso in 20 minuti (intervallo di 15-30 minuti) tra l'induzione dell'ipnosi e inserimento sonda TEE e 20 minuti (intervallo 15-30) tra l'inserimento della sonda TEE e il termine dello stato ipnotico. La durata mediana della procedura TEE (es. tempo tra l'inserimento e la rimozione della sonda) è stata di 7 minuti (intervallo di 5-12 minuti), che è simile a TEE sotto anestesia generale o sedazione con Midazolam.

Dopo il monitoraggio clinico di 2 ore in ambulatorio ad esame avvenuto, tutti i bambini sono stati sottoposti a visita di controllo dal cardiologo e dall'ipnoterapeuta, che non hanno riscontrato effetti avversi e sono stati pertanto dimessi dall'ospedale. Nessun effetto avverso immediato o ritardato è stato riportato a seguito di un follow-up medio di 15 ± 8 mesi dalla procedura effettuata sotto ipnosi clinica.

In pediatria l'ipnosi è stata studiata in chirurgia minore, in procedure mediche o nella gestione del dolore con risultati incoraggianti, ma è stata raramente descritta in ambito cardiologico. In tal campo è interessante notare che l'ipnosi è stata utilizzata per evitare l'anestesia generale in un bambino con grave ipertensione arteriosa polmonare. Di solito i bambini sono più ipnotizzabili rispetto agli adulti, in quanto meno gravati da stereotipi cognitivi e i loro confini tra immaginazione e realtà risultano meno preponderanti. Inoltre i bambini

rispondono meglio degli adulti all'ipnosi clinica nella gestione del dolore sia acuto che cronico.

L'integrazione dell'ipnosi può risultare davvero efficace anche nella gestione del dolore, dei segni e dei sintomi derivati da gravi malattie avanzate con prognosi infausta, supportando l'attività delle cure palliative, nel ridurre il grave quadro di sofferenza (3). Infatti l'ipnosi per i pazienti pediatrici affetti da una malattia che limita la vita, non fornisce soltanto una parte integrante della gestione avanzata dei sintomi, ma supporta anche i bambini nel sostenere la loro condizione ed accrescere la loro speranza rendendo ogni momento della loro vita significativo fino alla morte. In un bambino affetto da grave malattia anche l'autoipnosi, dopo aver già sperimentato l'ipnosi, può diventare l'impalcatura su cui egli si appoggia per consolidare la forza interiore o per conservare l'energia mentre la sua forza vitale diminuisce (4) (5). È il coinvolgimento fantasioso che può ancora arricchire di significati, infondere la speranza, alleviare la disperazione, ridurre il dolore, aiutandolo a trasferirsi in luoghi immaginati e a vivere esperienze che riducono in lui la minaccia di morte e alleviano il suo stato di malattia.

Come parte di un approccio multimodale l'ipnosi si integra bene con la farmacologia, con le pratiche riabilitative e con le tecniche psicologiche atte a gestire aspetti del fine vita, quali il dolore, la nausea, il vomito, l'ansia e il disagio esistenziale.

Nel primo articolo pubblicato sull'uso dell'ipnosi su un bambino (David) che si avvicinava alla morte, nel 1976 Gardner (6) usò inizialmente l'ipnosi per curare la nausea e il vomito. Più tardi, quando David e la sua famiglia si resero conto che l'ipnosi poteva essere usata per promuovere esperienze positive, Gardner suggerì a David di fare un piacevole sogno ipnotico che avrebbe potuto ripetere spesso e come voleva, per provare sicurezza e gioia. David sognò di essere un'aquila a cui piaceva volare in luoghi sicuri: ogni volta che qualcosa lo disturbava, era sufficiente prendere il volo verso luoghi sicuri e felici per risolvere il suo disagio. Successivamente Gardner usò la levitazione facendo in modo che la mano del bambino fosse sospesa in aria, dando poi suggestioni ipnotiche tali da fare abbassare la mano sul letto e permettere a David di entrare in uno stato pacifico e concentrato come la mano abbassata.

David in seguito iniziò a praticare l'autoipnosi a casa spinto dai suggerimenti della madre; "David, trova il tuo posto tranquillo" e così facendo fu in grado di spostarsi rapidamente da uno stato d'animo negativo ad uno più positivo. David fu poi invitato a concentrarsi con il suo

familiare sul sogno dell'aquila in modo che potesse raggiungere la quiete ed il pieno godimento. Nel considerare l'obiettivo terapeutico Gardner scrisse: per David e la sua famiglia è diventato più possibile tollerare un graduale deterioramento fisico e scongiurare la minaccia di un deterioramento psicologico imparando a raggiungere una sensazione di serenità e dignità emotiva. Il senso di minaccia si è gradualmente dissipato verso un senso di sfida rafforzando così la sua crescente fiducia in se stesso, che ha permesso di poter rivolgere la sua attenzione alla soluzione dei problemi piuttosto che sopportarli.

Pertanto possiamo considerare il beneficio dell'autoipnosi intesa ad indirizzarsi verso l'interno, utilizzando le proprie risorse e coltivando la propria immaginazione con la precisa intenzione di raggiungere un obiettivo definitivo. Effettivamente l'ipnosi utilizzata per i pazienti pediatrici con una malattia che limita la vita, non solo fornisce una parte integrante della gestione avanzata dei sintomi, ma supporta anche i bambini e gli adolescenti ad accrescere la speranza permettendo così di vivere pienamente fino alla morte, confortando, sedando l'ansia, l'angoscia e la paura.

Questi aspetti si sono presentati anche in altri ambiti come ad esempio quello dell'odontoiatria pediatrica. La paura di solito si riferisce a una normale reazione emotiva spiacevole derivante da specifici stimoli minacciosi che si verificano in situazioni associate al trattamento odontoiatrico, mentre l'ansia è uno stato emotivo negativo eccessivo e irragionevole. La paura associata ai denti, fenomeno descritto in diverse aree geografiche, può derivare da un arcaico fattore simbolico inconscio che rivestono la bocca e i denti. Sin da quando nasciamo la bocca è legata a manifestazioni dei più radicati istinti e sentimenti umani come l'istinto di conservazione e sessuale-amoroso, il desiderio di nuocere, di uccidere, di sapere. Ad esempio l'abitudine a digrignare i denti durante la veglia, manifestazione nota come bruxismo, quando non vi siano cause organiche, è considerato lo stesso disturbo motorio che si manifesta nello stato inconscio del sonno. Tale manifestazione è indice di aggressività repressa, di risentimento verso l'ambiente. Dal punto di vista psicoanalitico il sentimento di colpa che si origina dalla conoscenza dell'aggressività, si estrinseca in una regressione autopunitiva, realizzata dalla volontà inconscia di distruggere proprio quegli elementi, i denti, che ai primordi costituivano un efficace mezzo non solo di offesa, ma anche di nutrimento. Potrebbe pertanto venir utile un combinato approccio psicoterapeutico, ove possibile, per rafforzare la personalità del soggetto ed il suo autocontrollo.

Le tecniche ipnotiche, con eccellenti risultati, sono state applicate su una serie di comuni problemi odontoiatrici come l'ansia e la fobia, la gestione del dolore, la gestione dello stress, nel miglioramento della tolleranza agli apparecchi ortodontici e per modificare le sgradite abitudini orali come il bruxismo e i conati di vomito. Le terapie a cui i bambini sono stati sottoposti riguardavano il trattamento ricostruttivo semplice con o senza anestesia locale, le estrazioni semplici e la gestione dei traumi dentali (es. riposizionamento del dente, splintaggio, rimozione del nervo dal dente). Inoltre la reattività all'ipnosi si è dimostrata notevolmente aumentata negli anni della mezza infanzia dai 7 ai 14 anni circa e particolarmente sensibile nei bambini di 4 anni quando l'induzione ipnotica viene modificata e viene utilizzata l'immaginazione attiva (Olness 1996), che tramite l'integrazione di conscio e inconscio porta a liberare immagini ed esprimere la fantasia.

Ed è proprio su un bambino di 4 anni che viene presentato un trattamento odontoiatrico abbinato all'ipnosi in un interessante case report. (8). L'ansia è una manifestazione comune sia nei bambini che negli adulti (Armfield & Heaton, 2013) e sebbene i termini paura dentale e ansia dentale siano a volte usati come sinonimi a causa della loro associazione (Armfield & Heaton, 2013), altri studi suggeriscono chiaramente che la paura e l'ansia sono emozioni distinte (Sylvers, Lilienfeld e La Prairie, 2011). Mentre la paura si riferisce a una minaccia presente e nota, l'ansia di solito deriva da un evento sconosciuto, in un futuro mal definito. La paura così come l'ansia possono influenzare il comportamento, le emozioni, la fisiologia o la cognizione del paziente portando ad una modalità di reazione soggettiva (Tovote, Fadok e Lüthi, 2015). Si reagisce evitando le visite odontoiatriche oppure vengono posticipati gli appuntamenti, spesso ripetutamente. Inoltre l'ansia porta a richiedere più tempo e più difficoltà nel trattamento e ripercuotersi come fattore stressante anche per il team sanitario (Facco & Zanette, 2017; Halsband & Wolf, 2019). Un paziente ansioso può avere una maggiore aspettativa di dolore e quindi anche percepire un aumento della sensazione di dolore. Tuttavia, il dentista deve tenere presente che il trattamento del dolore non deve essere paragonato al trattamento dell'ansia (Armfield & Heaton, 2013). Ansia e dolore possono essere parzialmente ridotti o completamente eliminati dall'uso dell'ipnosi, sia negli adulti (Wolf, Wolf, Below et al., 2016) che nei bambini (Huet, Lucas-Polomeni, Robert, Sixou e Wodey, 2011; Oberoi, Panda e Garg, 2016).

Nel caso clinico sopra citato è stata utilizzata l'ipnosi, come spesso accade in ambito odontoiatrico, dal professionista coadiuvato dal suo assistente durante il trattamento. Sebbene le estrazioni dentarie (Abdeshahi, Hashemipour, Mesgarzadeh, Shahidi Payam, & Halaj Monfared, 2013) e l'inserimento di un impianto (Gheorghiu & Orleanu, 1982) con l'uso dell'ipnosi sia stato descritto, poco si sa circa gli effetti dell'ipnosi volti a ridurre l'ansia e il dolore durante i trattamenti odontoiatrici pediatrici ad eccezione di alcuni casi descritti (Gottlieb, 2011). Vi è inoltre da considerare che il trattamento sotto ipnosi richiede più tempo e sarebbe quindi più costoso rispetto a un trattamento odontoiatrico pediatrico convenzionale (Oberoi et al., 2016).

Il caso del bambino sopra citato, documentato in video, si propone di mostrare come una semplice applicazione dell'ipnosi nella cura odontoiatrica pediatrica può risultare efficace ed efficiente per quell'età, dopo che è stato ottenuto il consenso dai genitori che sono stati invitati a presenziare alla pratica. E' stata eseguita spontaneamente dal dentista, senza preavviso o spiegazione, la levitazione del braccio ("braccio magico") con catalessi.

Dentista: *puoi entrare e arrampicarti sulla pancia della mamma.*

Bambino: si arrampica sulla poltrona del dentista dopo che il dentista ha aperto il bracciolo regolabile

Dentista: *oh (sorpreso), fantastico, allora la mamma può andare laggiù.* La mamma si siede alla destra della poltrona del dentista.

Bambino: *mamma, guarda.*

Dentista: *sì. . ti porto un po' indietro Paul.* Scivola nel campo visivo, prende uno specchio dal cassetto dietro di lui; ritorna con lo specchio.

Bambino: apre subito la bocca. Tossisce un paio di volte.

Dentista: *bella tosse. Stai andando alla grande. Stai andando alla grande. Oggi dobbiamo pulirlo.*

Madre: *uno dei denti gli fa male, questo qua . . nella mascella superiore destra* (la madre mostra con le dita nella bocca di Paul). *Gli fa male mentre si lava i denti, poi urla sempre.*

Dentista: *oh cosa. E' importante che prendiamo questo.* (e ripete le parole della madre). *Ti devo rimettere un po' più indietro, altrimenti non riuscirò ad avvicinarmi al dente superiore.*

Il dentista tiene la testa di Paul con la mano. *Per fare questo, saliamo e poi scendiamo.*

Suuuper..

Madre: *un'informazione interessante per te (dentista) è che appena si lava i denti gli prude il naso. Quindi potrebbe andare così* (dall'angolazione della telecamera non è possibile osservare i movimenti della madre). *Allora è possibile che lui resista. . . e si muova.*

Dentista: *queesto lo può fare, può fare tutto.*

Ora l'induzione dell'ipnosi: il dentista prende il braccio sinistro di Paul (levitazione spontanea del braccio, tecnica di induzione rapida-Schoderböck & Behneke, 2002) utilizzata in odontoiatria pediatrica che richiede solo un breve periodo e nessuna spiegazione precedente o ulteriore al paziente o alla madre) e gli permette di allungare il braccio in aria dicendo: *alza il braccio in aria. Questo è il tuo braccio magico. Più lo tieni in alto, meglio funziona. Suuuper.* Il dentista prende il trapano. *Ora sto facendo una oscillazione. Il dente si muove. . . Stiamo andando alla grande. Usiamo l'escavatore* (escavatore: strumento odontoiatrico per rimuovere la carie manualmente senza perforazione). *Suuuper. Molto bene.* Lo ripete più e più volte e nel mentre afferra l'escavatore dalle mani dell'assistente.

Bambino: *aaah.* Diventa un po' irrequieto e si muove. Le dita del braccio magico sono piegate.

Dentista: *questo è quello che senti sul dente, giusto? Questo deve venire fuori. Deve uscire. Lo sporco deve andare via* (Il dentista ripete le due frasi più volte). *Stai andando alla grande. È fantastico. Grande* (e si ripete).

Bambino: la testa oscilla leggermente a sinistra e a destra a causa delle manovre del dentista (L'assistente non parla al paziente durante il trattamento).

Dentista: *bene che iniziamo con . . . bene la pulizia del dente è buona. Un po' di luce* (in silenzio l'assistente). *Stai facendo bene. Il braccio magico è fantastico. Quindi ora ti abbiamo lavato e ben pulito i denti. La pulizia è venuta davvero bene. Meraviglioso.*

Bambino: a volte alza l'altro braccio durante le manovre, ma poi lo abbassa di nuovo.

Dentista: drenaggio con rotolo di cotone idrofilo. Utilizzo di bocchetta multifunzione (aria e acqua). *Ecco che arriva un pò di pressione. Deve rimanere asciutto* (per la terapia di riempimento del dente).

Dentista: riempie la cavità con un composito fotopolimerizzabile (resina – materiale di riempimento) *Eccellente. . . Stai andando alla grande . . . ti raccomando. . . Molto bene . . .* (lo dice anche sussurrando).

Dentista: controlla l'occlusione (per correggere l'altezza quando si morde). *Dai un morso, vedi se va bene. Mordi bene o è stupido?*

Bambino: *stupido.*

Dentista: *stupido. Devo pulirlo un po' (e ripete la frase). Dovremo ripulirlo un po'. Vediamo dove altro è stupido. Dai un morso. Aprilo di nuovo. Mordilo di nuovo. Aprilo ancora. Oh sì, è troppo spesso lì. È troppo spesso lì. Prende il trapano. Ora sto arrivando col trapano.*

Dentista: poi prende lo strumento per lucidare. *Adesso vediamo se va meglio. Mordi ancora, riapri.* Il braccio di Paul cade.

Assistente: entra nella sala di trattamento

Dentista: *questa è mia moglie.*

Assistente: *ciao, ciao. Ascolti il mio CD? Ti piace?*

Bambino: annuisce con la testa

Assistente: *ma è fantastico.* (ora batte il dito sul maglione del bambino. Sul maglione c'è un cocodrillo con la bocca spalancata e i denti raffigurati). *C'è anche un cocodrillo della giungla. Un cocodrillo, giusto?*

Bambino: annuendo con la testa. Il braccio magico si alza di nuovo.

Assistente: *ma fai un ottimo lavoro con il braccio magico. Stai facendo un ottimo lavoro con la magia del braccio. Wow. Stai andando alla grande.*

Dentista: *ora arrivo per lucidare il dente. Puoi sentire, ma il braccio magico ti aiuta.*

Dentista: torna a controllare l'occlusione con la carta oclusale. *Ora prova se è ancora stupido. Va bene o è ancora stupido?*

Bambino: *ancora stupido.*

Assistente: *non può essere stupido.*

Dentista: *dove altro è stupido?*

Assistente: *stupido con la lingua?*

Bambino: annuisce con la testa.

Assistente: sussurra al dentista: *c'è ancora un piccolo lembo.* Parlare ad alta voce al bambino: *la gomma lucidatrice di nuovo. Lucidare un po' il dente. . . che è più morbido.*

Bambino: tossisce un po'.

Assistente: *Oh è bagnato. Hai intenzione di fare una doccia? Ma stai andando alla grande. Se lo fai senza acqua, il dente diventa troppo caldo. Ecco perché hai sempre bisogno di una doccia per rinfrescarlo.*

Dentista: rimuove le gocce d'acqua dagli occhiali e controlla se è ancora stupido.

Bambino: *hmmmm.*

Dentista: *dovremmo fare il dente più in basso, ha anche un buco?*

Bambino: annuisce con la testa.

Assistente: *wow, tu sei un bravo ragazzo.*

Dentista: *sei fantastico, sì. Ora facciamo anche il dente inferiore. Questi sono i due buchi più spessi. Poi prende il manipolo. Ora arriva molta acqua.*

Assistente: *così che il dente è sempre bello e fresco. Devi raffreddare il dente. Tutti i batteri e lo sporco fuoriescono. Va bene. Poi arriva di nuovo con la pasta bianca. . . Benissimo . . . Asciuga di nuovo. L'otturazione deve essere completamente asciutta nel dente in modo che rimanga ben salda. Metti un po' di vernice su di esso in modo che in seguito la colla aderisca all'otturazione. Asciuga di nuovo. L'augello multifunzione è inserito. Oh . . . stai andando alla grande.*

Dentista: *super. Molto bello.*

Assistente: si rivolge alla madre; *quanti anni ha tuo figlio?*

Madre: quattro anni.

Dentista: *ottimo. Quattro anni, è un grande traguardo.*

Assistente: *sì, grande come te.*

Dentista: *allora dobbiamo ricontrollare se morde bene o se è ancora stupido. Viene fatto un controllo dell'occlusione. Dai un morso, tesoro. E apri ancora. Vedi se è ancora sciocco.*

Bambino: scuote la testa, *hmmmm.*

Dentista: scuote ancora la testa. *Non più stupido? Non più? Allora abbiamo finito. Allora il tuo braccio magico può scendere. Tocca brevemente il braccio, la sedia si sposta nella posizione iniziale. Hai fatto benissimo. Chiede all'assistente di portare la borsa magica. Ora dobbiamo prendere la nostra borsa magica. Spostiamolo completamente dall'altra parte. Sposta l'allievo*

porta strumenti. *Hai fatto un ottimo lavoro. Ora puoi scegliere.*

Bambino: raggiunge la borsa magica e tira fuori uno yo-yo.

Dentista: *lo sai? Paul dà lo yo-yo al dentista così ci gioca per un momento. Un così lungo yo-yo.*

Lo riavvolgo per te?

Bambino: annuisce.

Dentista: *hai fatto un ottimo lavoro. Ti approvo* (e lo ripete più e più volte).

Bambino: scende dalla sedia

Dentista: *è ancora un po' sciocco?*

Bambino: riceve un bacio dalla madre.

Dentista: *ora stringimi forte la mano.* Paul stringe la mano al dentista. *Fooorte. . . super. Ben fatto. Così, ben fatto.*

Madre: sei stato bravissimo.

Nel commentare questo caso durante la pratica odontoiatrica, si è potuto constatare che il bambino è rimasto per lo più calmo. All'inizio si aggrappava al bracciolo, si agitava un po' e continuava anche a guardare cosa stesse facendo il dentista o cosa stesse tirando fuori dai cassetti dietro di lui. Il suo "braccio magico", un braccio protettivo posizionato cataletticamente dal dentista per verificare che il bambino fosse in un buono stato ipnotico durante il trattamento, è sempre rimasto alzato tranne che per un breve momento. Il braccio si abbassava solo leggermente quando il dentista o l'assistente lo spostavano per la necessità di avere spazio per polimerizzare l'otturazione con la lampada. Il bimbo si accorgeva da solo quando il suo braccio magico non era più esteso. Comunque il suo braccio fluttuava costantemente su e giù durante tutto il trattamento di quasi 16 minuti. Alla fine del trattamento, il dentista toccava semplicemente il braccio del bambino più volte essendogli costantemente a contatto corporeo. E questo accadeva anche mentre il dentista regolava correttamente la poltrona all'inizio e quando tirava fuori uno strumento dal cassetto dietro di lui, la sua mano toccava la spalla del bambino per continuare a mantenere il rapporto non verbale. Inoltre non erano presenti materiali o strumenti sul tavolo da lavoro, che avrebbero potuto essere visti dal piccolo.

Il dentista parlava al bambino forte e chiaro e spesso le singole parole erano molto lunghe, come ad esempio "suuuuper", "ti approooovo" e utilizzava solo termini positivi, con un linguaggio semplice adattabile ai bambini. Le ripetizioni erano costanti e sempre enfatizzate in modo diverso e parlava con il suo assistente con calma e tranquillità. Il bambino non si esprimeva verbalmente durante il trattamento, ma principalmente con cenni del capo o "suoni" il che denotava che egli ascoltava con attenzione il dentista. Solo durante il trattamento delle carie, il bambino è diventato un po' irrequieto, ma alla fine il risultato è andato a buon fine senza ritardi.

In conclusione si afferma che l'ipnosi può essere applicata con successo nei bambini durante il trattamento odontoiatrico senza dispendio di tempo. Infatti tale trattamento è stato ritenuto più breve rispetto alla stessa situazione senza l'utilizzo dell'ipnosi. Secondo una recensione di Klingberg e Broberg (2007), circa il 9% dei bambini nella popolazione generale in Australia, Canada, Europa e Stati Uniti hanno paura dell'odontoiatria. Questo ha portato a sviluppare un approccio più consona alla psicologia dei bambini con i quali è più facile giocare e immergersi nel loro mondo fantastico (Huet et al., 2011) (9) rendendoli più facili da ipnotizzare con strumenti ipnotici applicati a livello inconscio ed intuitivo (Peretz, Bercovich e Blumer, 2013) (10).

Tornando al caso trattato un esempio di elemento ipnotico lo troviamo nella "sostituzione delle parole" (Peretz et al., 2013): il dentista rinomina quelle parole che inducono paura, con parole più sostenibili (esempio "trapano" con "scuoti denti") oppure utilizzando un linguaggio semplice e giocoso (ad esempio durante il controllo dell'occlusione chiede se "è ancora stupido?" e non se sente un pre-contatto). Tali riformulazioni e neologismi facilitano la comprensione e garantiscono che il rapporto di fiducia tra bambino e dentista venga rafforzato. Quindi di fondamentale importanza e motivazione risulta essere l'interazione tra l'ipnotizzatore e il paziente, anche se spesso viene sottovalutata.

In questo caso, il bambino poteva mantenere il controllo abbassando o alzando il suo "braccio magico" decidendo da solo se il trattamento poteva continuare, facilitando così la comunicazione e rafforzando la fiducia nel dentista che tra l'altro poteva avere un feedback sul buono stato di trance del bambino. (Armfield & Heaton, 2013) (11). Tra l'altro il rafforzamento della fiducia e il successo della terapia relativa all'otturazione del primo dente, ha creato le

condizioni per cui Paul permettesse che gli venisse curata anche la seconda carie.

Nello studio di Wolf, Belowetal, (12-13) quasi un quarto dei soggetti ha dichiarato di aver scelto l'ipnosi come metodo preferito per il controllo del dolore odontoiatrico che, quando non posto in essere, unitamente alla mancanza di altri aspetti, conduce a provare paura e ansia. Ma come detto in precedenza mentre la paura si riferisce a una minaccia presente e nota, l'ansia di solito deriva da un evento sconosciuto, in un futuro indefinito. Queste due condizioni psicologiche vengono valutate in una review della letteratura del 2017 (16) che prende in considerazione alcuni fattori quali l'età, il sesso, l'appartenenza ad aree geografiche (Europa, Regno Unito, Africa, Asia, Israele, Giappone) e il metodo utilizzato per misurare l'ansia in odontoiatria.

Quest'ultimo si avvale di tre sistemi di valutazione: (a) una "valutazione comportamentale", in cui viene chiesto al team odontoiatrico di valutare le reazioni emotive e comportamentali mostrate dai bambini durante il trattamento; (b) una "valutazione psicometrica" in cui i bambini o uno dei loro genitori completano un questionario, solitamente prima del trattamento, per indicare il livello di ansia del bambino in relazione a problematiche dentali; (c) una "analisi della risposta fisiologica" in cui vengono valutati i livelli di cortisolo salivare in risposta alla presenza o alla variazione dell'ansia [Porrit et al., 2013]. I criteri di inclusione dello studio sono stati l'età (0-19 anni), l'appartenenza alla popolazione generale, l'essere visitati da dentisti pubblici o privati e frequentare la scuola o la scuola materna. I criteri di esclusione hanno selezionato studi di gruppi con meno di 50 soggetti e studi in cui i pazienti erano stati sottoposti ad anestesia generale o sedazione. La conclusione ha dimostrato che la prevalenza dei disturbi di paura e ansia che hanno ostacolato il trattamento odontoiatrico, si sono manifestati in un bambino su dieci, dato, questo, sovrapponibile ad una precedente revisione riportata da Klingberg nel 2007. Inoltre si è evidenziato che i bambini e gli adolescenti europei hanno avuto una presenza inferiore dei livelli di paura e ansia rispetto ai loro coetanei di altre aree geografiche. Altre variabili della popolazione, come il tipo di questionario (figli o genitore/ tutori delegati) e il setting (scuola o studio dentistico) non erano significativamente correlati.

In questo settore ci sono ancora pochi studi che dimostrano un reale vantaggio sull'utilizzo dell'ipnosi in odontoiatria pediatrica e questo porta alla necessità di ulteriori studi e di formazione di dentisti, incrementando le prove sugli effetti positivi in odontoiatria in generale e in odontoiatria pediatrica in particolare (Burghardt et al., 2018; De Stefano et al., 2019; Gottlieb, 2011; Huet et al., 2011) (14-15).

CONCLUSIONI

Si può pertanto considerare da diversi studi sui bambini l'evidenza dei benefici dell'ipnosi a largo spettro, specialmente negli interventi chirurgici, nel trattamento del dolore acuto e cronico, nella gestione degli stati emotivi e nei disturbi dell'apprendimento anche se, nonostante gli evidenti vantaggi, l'uso è ancora oggi giorno troppo limitato. Tale approccio si presta ad essere applicato sia come trattamento d'elezione che come trattamento aggiuntivo in importanti patologie che vanno dalla fibrosi cistica ai casi di cefalea cronica, insonnia, dermatiti, portando ad un significativo miglioramento della qualità di vita dei piccoli pazienti. L'ipnosi si è dimostrata altrettanto utile durante l'esecuzione di specifici esami strumentali come l'ecografia trans-esofagea e ancora in particolari specialità come l'odontoiatria e l'oncologia per la gestione dell'ansia e della paura, manifestazioni, queste, che sono spesso anticipatorie relativamente all'aspetto del dolore. Infatti l'American Pain Society raccomanda l'ipnosi come trattamento per i bambini che soffrono di dolore acuto. Uno studio condotto in anestesia pediatrica dimostra che l'uso dell'ipnosi come trattamento aggiuntivo consente un maggior controllo del dolore, riduce l'ansia preoperatoria e il decorso postoperatorio risulta essere meno doloroso facilitando una ripresa più rapida con minor giorni di degenza. Nel caso invece di dolore cronico, uno studio su una coorte di 144 bambini ed adolescenti affetti da cefalea cronica, ha rilevato una riduzione statisticamente significativa nella frequenza, intensità e durata delle crisi.

I bambini sono intensamente coinvolti nella loro terapia ipnotica perché presentano una notevole facilità a gestirsi da soli, utilizzando le loro attitudini e capacità attraverso l'auto-ipnosi che apprendono molto velocemente. Anche i bambini molto piccoli possono imparare queste

tecniche, ottenendo notevoli miglioramenti della loro salute, della qualità della vita e soprattutto nel raggiungimento dell'autostima affiancato ad un lavoro psicoterapeutico. Ed ecco che all'ipnosi si può unire la terapia sistemico-familiare. Le tecniche utilizzate sono creative e ricche di immagini simbolico-metaforiche, disegni o altre immagini particolari, il più delle volte proposte dal piccolo paziente stesso. Il terapeuta esprime la fiducia nelle capacità del bambino e nelle sue risorse, aiutandolo affinché emergano. Infatti nell'ipnoterapia pediatrica l'aspetto più importante è quello di parlare al paziente in modo che egli possa sentirsi d'accordo col terapeuta e possa ritenerlo in grado di afferrare in maniera intelligente la situazione, come il piccolo la può giudicare in base alla sua comprensione: un mutamento della teoria degli stati dell'Io in una comunicazione terapeutica con la componente infantile della personalità dell'adulto. Questa tecnica risulta applicabile efficacemente nella rielaborazione di traumi del passato dove, per aiutare il bambino a raccontare, si può adottare lo stratagemma di farlo parlare con il suo giocattolo preferito, cosa che può far aumentare in lui l'autostima e l'assertività. Tenendo a mente questo concetto, l'idea di un'induzione "da adulto" come preludio per usare l'immaginazione e la suggestione, appare eccessivo. I bambini, che sono facilmente suggestionabili e affermano per vere e come viste cose di cui hanno solo sentito parlare, si ipnotizzano con facilità. I ragazzi fra i 7 e 12 anni sono ottimi soggetti ipnotizzabili con proporzione di 4 su 5 rispetto alla percentuale di 1 su 5 negli adulti. Tuttavia in questi soggetti è bene non utilizzare frequentemente l'ipnosi proprio perchè l'aspetto dissociativo non giova ad una psiche in evoluzione. Poiché l'ipnosi si fonda sulla collaborazione per uno scopo comune e poiché il bambino manca di una base derivata dall'esperienza e di un'adeguata comprensione, risulta necessario lavorare soprattutto *con* il bambino e non *sul* bambino: una ragione in più, questa, perché non vi sia praticamente mai bisogno di usare una tecnica formale o ritualistica, che anche Franco Granone invitava a usare con parsimonia e prudenza, per evitare che il bambino attribuisse i risultati a forze magiche.

Oggi ci possiamo avvalere di nuove teorie in ambito neurofisiologico, quali la teoria dei neuroni a specchio e la scoperta dell'esistenza di geni che sembrano capaci di attivarsi e disattivarsi, ma esse appaiono ancora troppo recenti per fornire spiegazioni definitive ed esaustive. Possono rappresentare basi scientifiche dalle quali partire per spiegare i cambiamenti che si verificano grazie alla suggestione ipnotica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - **Relationship Factors in the Theater of the Imagination: Hypnosis With Children and Adolescents.** American Journal of Clinical Hypnosis, 62: 60–73, 2019 Julie H. Linden
- 2 - **Feasibility of clinical hypnosis for transesophageal echocardiography in children and adolescents.** European Journal of Cardiovascular Nursing 1–8. The European Society of Cardiology 2018 P. Amedro et al.
- 3 - **Integration of hypnosis into pediatric palliative care.** *Ann Palliat Med* 2018;7(1):136-150. Stefan J. Friedrichsdorf^{1,2}, Daniel P. Kohen^{3,4}
- 4 - **Hypnosis and Palliative Care.** Kuttner L, Friedrichsdorf SJ. Therapeutic Hypnosis with Children and Adolescents. 2nd ed. Bethel: Crown House Publishing Limited, 2013:(491-509).
- 5 - **Pain –An Integrative approach.** Kuttner L. In: Goldman A, , Hains R, Liben S, editors. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Oxford: Oxford University Press, 2006
- 6 - **Childhood, death, and human dignity: hypnotherapy for David.** Gardner GG. *Int J Clin Exp Hypn* 1976; 24:122-39.
- 7 - **Hypnosis for children undergoing dental treatment.** Sharifa Al-Harasi¹, Paul F Ashley², David R Moles³, Susan Parekh², Val Walters⁴ - *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008
- 8 - **Caries treatment in a four-year-old boy using hypnosis - a case report.** Wolf TG, Kellerhoff KN, Schmierer A, Schmierer G, Halsband U. *Am J Clin Hypn.* 2021 Jan; 63(3):217-228.
- 9 - **Hypnosis and Dental Anesthesia in children: A prospective controlled study.** Huet, A., Lucas-Polomeni, M. M., Robert, J. C., Sixou, J. L., & Wodey, E. (2011). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 424–440
- 10 - **Using Elements of Hypnosis prior to or during pediatric dental treatment.** Peretz, B., Bercovich, R., & Blumer, S. (2013). *Pediatric Dentistry*, 35(1), 33–36
- 11 - **Management of fear and anxiety in the dental clinic: A review.** Armfield, J. M., & Heaton, L. J. (2013). *Australian Dental Journal*, 58, 390–407.

- 12 - Wolf, T. G., Wolf, D., Below, D., d'Hoedt, B., Willershausen, B., & Daubländer, M. (2016). **Effectiveness of self-hypnosis on the relief of experimental dental pain: a randomized trial.** *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(2), 187–199.
- 13 - Wolf, T. G., Wolf, D., Callaway, A., Below, D., d'Hoedt, B., Willershausen, B., & Daubländer, M. (2016). **Hypnosis and local anesthesia for dental pain relief: Alternative or adjunct therapy? A randomized, clinical-experimental crossover study.** *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(4), 391–403
- 14 - Burghardt, S., Koranyi, S., Magnucki, G., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2018). **Non pharmacological interventions for reducing mental distress in patients undergoing dental procedures: systematic review and meta-analysis.** *Journal of Dentistry*, 69, 22–31.
- 15 - De Stefano, R., Bruno, A., Muscatello, M. R., Cedro, C., Cervino, G., & Fiorillo, L. (2019). **Fear and anxiety managing methods during dental treatments: A systematic review of recent data.** *Minerva Stomatologica*, 68(6), 317–331.
- 16 - **Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review** S. Cianetti, G. Lombardo, E. Lupatelli, S. Pagano, I. Abraha, A. Montedori, S. Caruso, R. Gatto, S. De Giorgio, R. Salvato, L. Paglia. *European Journal of Paediatric Dentistry* vol. 18/2-2017