

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI
CLINICA E SPERIMENTALE

IPNOSI IN PEDIATRIA

Approcci metodologici all'ipnosi in
gastroenterologia pediatrica

Anno 2011

CANDIDATO

Dr. Maurizio Baldi

RELATORE

Dr. Giuseppe Regaldo

a mia figlia Giulia

Introduzione	pag	4
Scopo del lavoro		6
Definizione e fenomenologia		8
Ipnosi in pediatria		14
Ipnosi in gastroenterologia pediatrica		19
Materiali e metodi		24
Risultati e discussione		30
Conclusioni		32
Bibliografia		37
Ringraziamenti		40

INTRODUZIONE

La comunicazione ipnotica è intorno a noi e dentro di noi, solo che non ne siamo consapevoli.

Sin dall'antichità sono state utilizzate tecniche basate sulla suggestione, per esempio sulle masse, o di rilassamento, si pensi alla medicina orientale (Granone, 1968), ma solo negli ultimi mille anni l'uomo ha cominciato a porsi domande su questo fenomeno "naturale".

Ipnosi non è sonno, non è magia né un gioco di prestigio e neppure una forzatura della volontà e né suggestione, come usualmente si tende a credere.

Negli ultimi 100 anni l'ipnosi ha assunto progressivamente lo status di dignità nella medicina grazie ad Erickson (Erickson, 1949), padre dell'ipnosi contemporanea, e Granone (Granone F. , 1989), padre dell'ipnosi contemporanea in Italia e fondatore del Centro italiano di ipnosi clinica e sperimentale (CIICS) di Torino.

Usata nella psichiatria e nella psicoterapia, vi sono notizie dell'utilizzo dell'ipnosi nella pratica medica già nel 1800. Le applicazioni pratiche spaziano dalla medicina alla chirurgia e attualmente l'ipnosi viene considerata un'integrazione all'anestesia generale ed un'alternativa alla sedazione farmacologica fino a sostituirsi alla narcosi(per il 20% della popolazione indagata). Nella pediatria è riconosciuta una sua utilità in vari aspetti medici e psicoterapeutici

SCOPO DEL LAVORO

Nell'ambito gastroenterologico su paziente adulto vi sono evidenze della sua utilità nell'esecuzione di esami invasivi, così come avviene nell'ambito delle patologie chirurgiche aggredebili mediante sedazione ipnotica (Schultz-Stubner, 1996), (Lang EV, 2000), (Montgomer GH, 2007) .

Vi sono dimostrazioni del vantaggio dell'ipnosi rispetto alla sedazione endovenosa durante esami endoscopici in persone adulte (Adranel, et al., 1994). Altresì è stato dimostrato come può essere utile nelle alterazioni della motilità gastrointestinale (Miller, 2009 Jul), (Calvert EL, 2002), (Chiaroni G, 2008) e nel dolore addominale (Wilson S, 2006), .

Vi sono scarsi lavori scientifici nell'utilizzo della sola ipnosi in pediatria per l'esecuzione di esami invasivi. Più evidenze del suo utilizzo in associazione alla sedazione anestesiológica o per ridurre dolore e ansietà (Kohen DP, 2007).

Scopo del lavoro è stato valutare le possibilità di utilizzare in ambito pediatrico la sola ipnosi per eseguire esami invasivi in gastroenterologia.

IPNOSI

Definizione e fenomenologia del meccanismo ipnotico

L'ipnotismo è conosciuto dall'uomo da millenni in tutto il mondo. Per non parlare della fenomenologia ipnotica del mondo animale.

Dei fenomeni ipnotici si interessò già Paracelso (1530) descrivendo l'ipnosi come una *pratica magica* per influenzare l'uomo: opinione ancora diffusa nella popolazione. Circa 200 anni dopo Mesmer (1766) ritenne invece che alla base dei fenomeni ipnotici ci fosse un particolare *fluido magnetico* e parlò così di *magnetismo*. In quel periodo l'abate Faria, considerato il fondatore delle prime tecniche ipnotiche, proclamò la natura soggettiva di tutti i fenomeni legati all'ipnosi e introdusse il concetto di "sonno lucido" per il sonnambulismo. Concetto ripreso a metà dell'ottocento da Braid che definì l'ipnosi come una forma particolare di sonno (Braid, 1843). A questo si oppose Bernheim che parlò del fenomeno ipnotico come di mera e pura suggestione verbale (Bernheim, 1884). Sempre negli stessi anni Charcot giunse alla conclusione che l'ipnosi era un fenomeno comparabile all'isterismo, solo indotto dall'esterno (Charcot, 1878).

Si deve giungere verso la metà degli anni '90 ad Erickson, padre dell'ipnosi contemporanea (Erickson, 1949), e a Granone, padre dell'ipnosi italiana (Granone F., 1989) e fondatore del Centro italiano di ipnosi clinica e sperimentale (CIICS) di Torino, per una formulazione "moderna" di ipnosi. Nel frattempo negli ultimi decenni lo

studio dei meccanismi alla base dell'ipnosi si è arricchito di esperimenti di neurofisiologia e neuroradiologia (Casiglia-Facco-Rossi, 2010).

Ipnosi non è sonno, non è magia né un gioco di prestigio e neppure una forzatura della volontà e né suggestione, intesa come accettazione acritica di un'idea di un altro. La suggestione ipnotica è in realtà un meccanismo "attivo", intendendo così la compartecipazione "critica" ipnologo - paziente ad una idea.

Infatti più che suggestione nell'età adulta si può parlare di persuasione. La curva di ipnotizzabilità osserva un incremento progressivo per raggiungere il massimo verso i 20 anni di età, per mantenersi stabile sino ai 50-60, quando poi la curva tende a decrescere. La suggestione è invece più tipica dell'età infantile.

Alla base del meccanismo ipnotico vi è innanzitutto un raggiungimento di una stato di coscienza, fisiologico, ma modificato rispetto allo stato di veglia. Tale meccanismo è fisiologico e dinamico e può normalmente avvenire in vari momenti della giornata spontaneamente. Si ricordano come esempi lo stato di concentrazione che può avvenire nella lettura, che può essere così "profondo" da estraniare il soggetto dal mondo che lo circonda. Oppure in caso di sovrappensiero la percezione della realtà intorno alla persona è alterata spontaneamente.

Questo stato modificato di coscienza si instaura ogni qual

volta intervengono stimoli dissociativi prevalentemente emozionali.

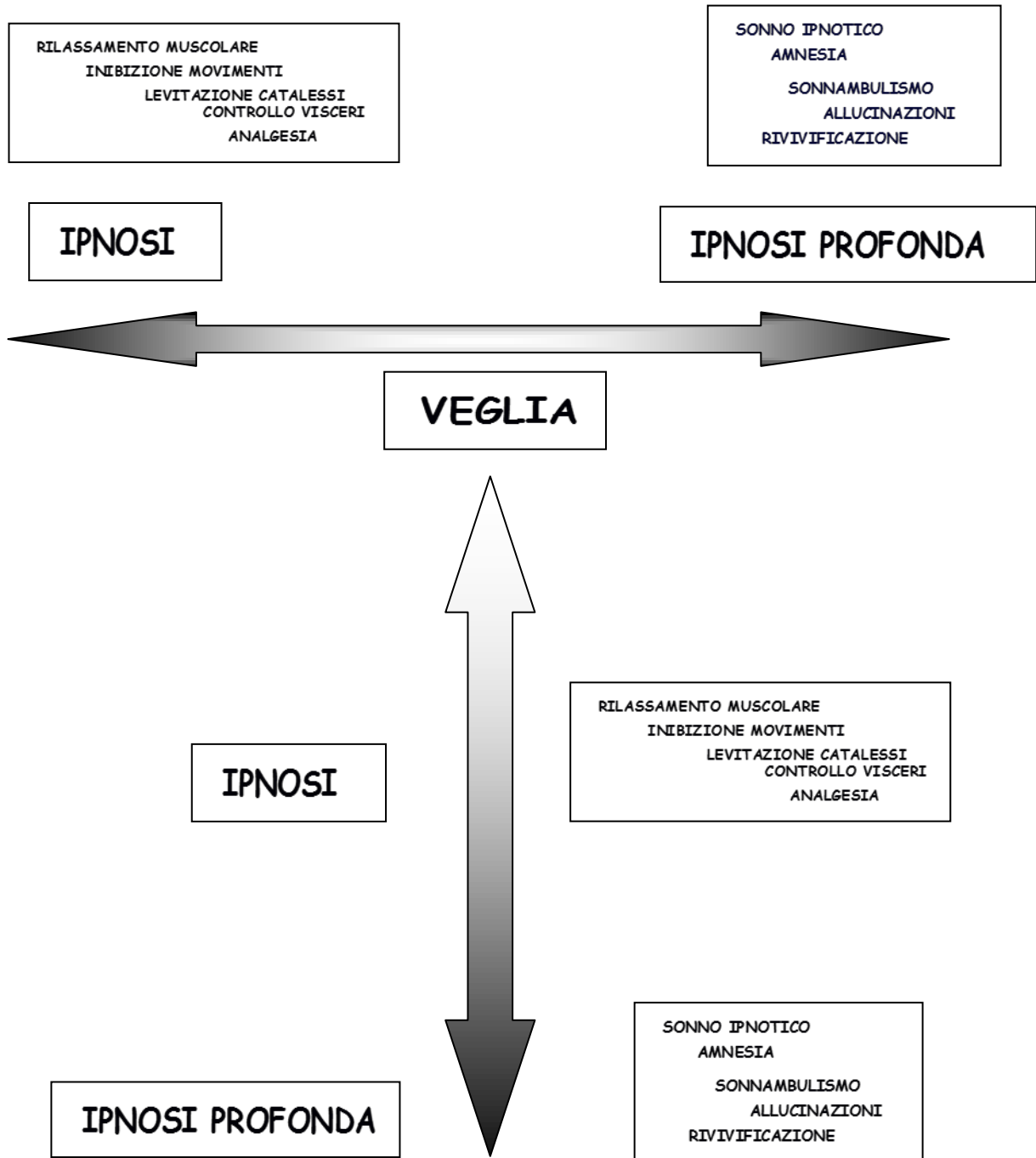
Nel meccanismo alla base dell'ipnosi è molto importante il rapporto con l'ipnologo per mantenere lo stato di alterazione della coscienza: si può dire che la fiducia, come avviene spesso nel rapporto medico - paziente, è alla base anche della relazione ipnotica.

L'ipnosi è un fenomeno psicosomatico ed è caratterizzato dal cosiddetto "monoideismo plastico". Per monoideismo plastico si intende una sola idea, una sola rappresentazione mentale su cui il soggetto caratterizza il suo stato attentivo, per cui i contenuti dell'oggetto su cui ci si concentra si presentano organizzati e strutturati in una sintesi che esclude molteplicità e simultaneità. Questo particolare modo di essere dell'organismo, questo stato "speciale" dello stato di coscienza è contraddistinto dalla prevalenza delle funzioni rappresentative/emotive rispetto alle funzioni critico/intellettive. In questo stato "ipnotico" si può dire che il soggetto vive la realtà come se non fosse sua sebbene ne sia partecipe attivo e volontario. Ogni atto compiuto dal soggetto in ipnosi è vissuto e partecipato emozionalmente, e sviluppato secondo l'abilità del soggetto in ipnosi e la capacità dell'ipnotista di farle emergere.

Questa "abilità" della persona in ipnosi contraddistingue ancor oggi la differenza che si trova in letteratura tra

ipnosi *superficiale e profonda*. Attualmente, soprattutto nella scuola di Torino, vi è stato un balzo in avanti: la singola abilità ipnotica, che contraddistingue lo stato dell'ipnosi profonda, è presente, se posseduta, già da subito e non necessita di approfondimento ipnotico. Si può definire come una visione trasversale dell'ipnosi rispetto alla classica visione verticale [Figura 1].

FIGURA 1



IPNOSI IN PEDIATRIA

Peculiarità e similitudini con l'adulto

Il bambino questo sconosciuto. Questa è la prima riflessione che deve porsi qualsiasi persona che si vuole dedicare alla cura dei bambini. Non è possibile entrare in sintonia con il bambino se non se ne conosce il suo mondo e le sue peculiarità.

L'età evolutiva si distingue in infanzia, tra 0 e 6 anni, in fanciullezza, tra 6-12 anni, in pre-adolescenza, tra 12-14 anni, e adolescenza, tra 14-18 anni.

Le tecniche ipnotiche poi devono adeguarsi all'età del bambino con notevole divario anche solo tra i 6 e i 12 anni. I bambini hanno una grande capacità di creare situazioni fantastiche realizzando le immagini mentali suggerite (accettate grazie ad una relazione di fiducia) con una grande potenza plastica.

Il bambino che gioca a dar battaglia agli extraterrestri, non fa finta, li distrugge tutti fino a che non è compiaciuto dell'opera compiuta, producendo effetti fisici quali: rumori con la bocca, rotolamenti sul terreno per sfuggire ai colpi avversari, appostamenti, cambiamenti del tono della voce e dell'eloquio. Secondo Estabrooks 4 bambini su 5 di età compresa tra i 7 e i 12 anni sono capaci di ipnosi con capacità allucinatorie, rispetto a 1 su 5 negli adulti (Estabrooks, 1964).

Ma secondo Granone non è bene utilizzare frequentemente

l'ipnosi nei fanciulli, perché lo stato dissociativo dell'ipnosi profonda non giova alla psiche in evoluzione (Granone F. , 1989).

Sebbene esistano esigenze diverse se si deve effettuare una ipnosi per un trattamento psicoterapeutico e uno prettamente medico-chirurgico, alla base il comportamento dell'ipnotista deve essere lo stesso e deve adattarsi all'età del bambino stesso.

Nel bambino si utilizza preferibilmente l'immaginazione, che è molto fervida, e che può essere utilizzata in modo molto flessibile e produttivo. Nell'adulto le capacità ipnotiche sono direttamente collegate non tanto all'intelligenza in se stessa, ma allo sviluppo delle capacità immaginative e artistiche poste nell'emisfero cerebrale destro. Si passa quindi dallo stato infantile in cui l'immaginazione è patrimonio comune e peculiare di tutti i bambini, allo stato adulto in cui l'immaginazione è passata attraverso una revisione critica della realtà e coltivata.

Un secondo aspetto di diversità bambino/adulto è la capacità di attenzione. In età infantile il bambino è costantemente "distratto" dall'ambiente circostante, da nuovi stimoli che portano la sua attenzione, il suo sguardo, lontani dalla situazione presente. E' necessario quindi trovare sempre nuovi stimoli e vie per recuperare l'attenzione verso

l'obiettivo prefissato del resto è anche capace di essere totalmente assorbito dall'esperienza che sta vivendo se questa lo interessa.

Al di sotto dei 3-4 anni l'ipnosi si può avvalere di stimolazioni sensoriali tattili, termiche, visive, uditive. Parole monotonamente ripetute, incomprensibili per il bambino, possono indurre la trance ipnotica, come Pacori ha dimostrato e utilizza negli adulti (Pacori, 2009).

Dai 4 anni in poi ci si avvale di visualizzazioni adatte alla sua età, di tecniche uditive, di tecniche di movimento immaginato, si pensi per esempio allo stare su un tappeto volante, o in una automobile per condurlo in un fantastico viaggio. Importante spesso è conoscere il più possibile del bambino per entrare in sintonia con lui, per acquisire la fiducia. Le tecniche di fissità dello sguardo, di rilassamento, possono essere sostituite per esempio col sistema della televisione, ove il bambino diventa passivo seguendo una immaginaria scena sullo schermo pilotata a piacere dall'ipnotista, distogliendolo così dall'ambiente circostante. Le suggestioni devono essere dolci, senza cambiamenti improvvisi del tono della voce e in un linguaggio facilmente comprensibile al bambino. Così come nell'adulto il piccolo dovrà essere rassicurato e lodato per il comportamento e la collaborazione.

Nell'adulto che presta attenzione volontaria, l'ambiente circostante ha poca importanza e anzi può essere utilizzato

ancora di più dall'ipnotista per giungere allo stato ipnotico, mentre nel bambino un ambiente il più possibile tranquillo e confortevole è condizione favorente un buon successo.

IPNOSI IN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Esperienze personali

In ambito gastroenterologico pediatrico l'utilizzo dell'ipnosi nella pratica clinica è di particolare rilevanza. In questa breve trattazione non viene considerata l'importanza dell'ipnosi come tecnica di rilassamento per eseguire anche un "semplice" prelievo, quanto la sua possibile rilevanza nell'eseguire manovre invasive, particolarmente traumatiche, che necessitano sempre di sedazione anestesiológica profonda, e che diventano più frequenti anche nella gastroenterologia pediatrica (esofagogastroduodenoscopia, colonscopia, biopsia epatica).

Nell'adulto è di solito sufficiente una dose di midazolam o simili e.v. per ridurre l'ansia e l'agitazione per un accertamento endoscopico e una anestesia locale per eseguire una agobiopsia epatica.

Questo è possibile ma viene sconsigliato nell'età pediatrica, tanto che in tutti i Centri specialistici pediatrici si pone particolare attenzione a che questi esami, potenzialmente traumatici, vengano eseguiti in narcosi

Nel bambino vi è una componente di ansia molto elevata che si riflette in uno stato di agitazione sia prima che durante l'esame, prolungando i tempi dell'esame stesso, può residuare in un trauma psichico e riflettersi successivamente (Butler LD, 2005 Jan). Lo stato di tranquillità fisica, intesa come immobilità, del bambino è condizione necessaria affinché il medico possa operare in

sicurezza. A questo si dovrebbe associare una esperienza il più possibile positiva dell'esame stesso.

Premesso questo è stata introdotta, a scopo inizialmente esplorativo, la tecnica ipnotica per eseguire accertamenti di EGDS nella Gastroenterologia Pediatrica dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino. L'obiettivo era riuscire ad effettuare gli accertamenti invasivi con l'ipnosi, e nel contempo valutare quali potessero essere le difficoltà per attuare l'ipnosi in una struttura non dedicata alla sola endoscopia, al miglior percorso possibile per effettuare l'ipnosi sul bambino, i successi e gli insuccessi nella attuazione della tecnica ipnotica, e la possibilità di utilizzare l'ipnosi anche per la agobiopsia epatica in ambito pediatrico.

Valutazione ambientale: la EGDS viene effettuata in un locale a norma di piccole dimensioni dove sono allocati la macchina per l'anestesia, la colonna endoscopica, il lettino, la strumentazione necessaria (pompe di aspirazione, defibrillatore, armadio con accessori endoscopici e farmaci, armadietto con materiale sanitario/infermieristico). In tale locale sono presenti durante un esame in media l'anestesista, il medico endoscopista, l'infermiera di sala operatoria, due infermiere pediatriche di supporto all'endoscopia, 1-2 medici specializzandi.

I genitori sono presenti sino all'induzione dell'anestesia.

In più si deve aggiungere il possibile passaggio di personale sanitario del reparto durante l'esecuzione dell'esame.

Valutazione del personale dedicato: una delle due infermiere pediatriche del reparto ha effettuato il corso del CIICS, infermiere di sala operatoria e anestesista sono spesso diversi per ogni seduta operatoria.

Valutazione dell'esame endoscopico con sedazione tradizionale: la EGDS normalmente viene effettuata mediante una sedazione profonda attuata mediante l'uso di Sevofluorane per via aerea e di Diprivan per via e.v. A sedazione avvenuta viene effettuata la EGDS. Talora è necessario effettuare delle pause nell'accertamento endoscopico per permettere all'anestesista di approfondire la sedazione. In alcuni casi (1 volta ogni 30-40 esami) è necessario rimuovere rapidamente lo strumento per la desaturazione del paziente. A fine esame il bambino necessita di un tempo medio variabile dai 5-15 minuti per "uscire" dall'anestesia. Necessita poi di sorveglianza, prima della dimissione, di almeno 2 ore (media 4 ore) durante le quali viene mantenuto per il primo periodo un accesso venoso con infusione continua. Talora sono presenti effetti collaterali dell'anestesia quali sonnolenza,

agitazione.

Valutazione dell'esame endoscopico con sedazione ipnotica:

la EGDS con sedazione ipnotica è stata effettuata prima di qualsiasi posizionamento di accesso venoso. L'ipnosi è stata sempre effettuata nel locale della EGDS. Durante l'induzione dell'ipnosi le persone presenti nel locale sono state ridotte a 2-3 e si è cercato di ridurre anche l'interferenza esterna.

MATERIALI E METODI

Tutti i pazienti avevano volutamente una età compresa tra 12-14 anni in quanto ritenevo fosse possibile effettuare l'ipnosi con metodiche simili a quelle utilizzate nella persona adulta. Il motivo di tale scelta era legato a valutare in quali condizioni ambientali fosse possibile effettuare la sedazione ipnotica nel paziente pediatrico.

Metodo A:

Inizialmente si è proceduto a effettuare direttamente l'ipnosi nella sala dove viene effettuata l'EGDS. Nel primo paziente trattato non si sono evidenziati problemi particolari nell'indurre l'ipnosi e nell'effettuare l'esame endoscopico. Nelle fasi iniziali erano presenti anche i genitori che erano stati preventivamente informati, e avevano dato il loro consenso, della possibilità di effettuare la EGDS inizialmente mediante tecniche di rilassamento senza utilizzare la sedazione anestesiológica. Nella ragazza l'ipnosi era stata indotta mediante tecniche di induzione basate:

- (ordine) fissazione di un punto ad occhi aperti sino al procedere " continua a guardarlo, Più cercherai di aprirle più saranno pesanti...".
- (descrizione) "Brava ... vedo ora che le tue palpebre vibrano ecco ora stai deglutendo ...".
- (ricalco) "senti come sono pesanti le tue palpebre ... gli

occhi ti si chiudono senti che le palpebre si fanno pesanti molto pesanti ...".

- (suggerimento) "e mentre i tuoi occhi sono chiusi immagina di essere in un posto bellissimo che solo tu conosci, dove hai provato sensazioni stupende e dove eri rilassato, profondamente rilassato, così rilassato che anche tutti i muscoli del tuo corpo li senti ora sciogliersi come la neve al sole"
- (input non verbale) - sfioramento di entrambi gli arti superiori e del collo
- (imitazione) "immagina che questo braccio e questa mano siano rivestiti da un guanto molto spesso"
- (passi) è stata attirata l'attenzione non verbale del paziente verso l'arto in cui si desiderava effettuare la realizzazione di un monoideismo plastico
- (ratifica) è stata resa consapevole delle modifiche dell'arto, "insensibilità", rispetto all'altro. "segnalami con un dito quando senti che ti tocco"
- (sfida) è stata verificata la realizzazione di un monoideismo plastico: "anestesia".

A questo punto si è proceduto a condurre l'immaginazione del soggetto verso un cono di gelato o granita (precedentemente era stato esplorato il gradimento del soggetto) e alla progressiva ingestione immaginaria di boli attivando la

deglutizione e instaurando una progressiva desensibilizzazione ipnotica del faringe tramite la realizzazione plastica della suggestione di freddo.

La paziente è stata posizionata in posizione atta all'esecuzione dell'esame, si è proceduto all'inserimento in faringe dell'endoscopio (suggestione della deglutizione) e, sempre mantenendo una costante comunicazione verbale e di "suggestione" (luogo bellissimo, rilassante) è stato condotto l'esame sino al duodeno con esecuzione anche di prelievi biotici.

Il tempo per indurre l'ipnosi è stata calcolata in circa 10 minuti complessivamente. I genitori sono stati fatti uscire dopo le prove di ratifica e sfida dell'ipnosi.

Da quel momento in poi l'esame è stato terminato in altri 5 minuti circa senza particolari difficoltà. Non vi sono stati problemi nella deglutizione dell'endoscopio sebbene vi sia stato un iniziale attivazione del riflesso faringeo, ma successivamente il paziente è stato costantemente "rilassato" in sedazione ipnotica.

Al termine dell'esame endoscopico, quando lo strumento è stato estratto completamente dall'apparato digerente, si è assistito, con un certo stupore dell'operatore, ad un pronto "risveglio" alla sola comunicazione verbale che l'esame era terminato.

Successivamente la ragazza è stata dimessa circa 15-20

minuti dopo. In una intervista effettuata dopo l'esame endoscopico ha dichiarato di aver avvertito solo "qualcosa" di non ben definito , "fastidio in gola", all'inizio e poi più nulla e che il ritorno allo stato "normale" di coscienza era effettivamente stato causato dalla affermazione dell'operatore che l'esame endoscopico era finito.

Al termine dell'esame si sentiva rilassata senza alcun ricordo traumatico, anzi con un profondo stato di benessere: il luogo immaginato di rilassamento è stato il mare, la spiaggia, gli amici.

L'anestesista presente alla endoscopia ha affermato che l'esame era stato condotto più rapidamente di quanto fosse possibile essere condotto con la sedazione anestesiológica.

Metodo B:

Durante la prima visita medica, effettuata alcuni giorni prima dell'esame stesso, ai genitori e alla ragazza veniva spiegata la doppia possibilità di sedazione. Nel caso di accettazione della possibile sedazione ipnotica per effettuare la EGDS, al soggetto veniva effettuata una prima seduta di ipnosi, in una stanza "tranquilla", senza la presenza dei genitori. Con questo approccio, dopo aver posto una ragazza in ipnosi, prima di riportarla in stato di coscienza le è stato dato un segnale di autoipnosi da utilizzare prima di iniziare la EGDS.

Anche in questo caso era stato fatto un breve colloquio con la ragazza per conoscere le sue abitudini.

RISULTATI E DISCUSSIONE

La mia esperienza personale ha confermato la possibilità di effettuare la EGDS in ipnosi senza necessità di sedazione anestesiológica in ambiente pediatrico. Dopo la prima esperienza con il Metodo A si è anche provato prima della sedazione ipnotica a pre-anestetizzare il faringe con un anestetico spray. Questo però non ha modificato la situazione nel momento del passaggio dell'endoscopio nel terzo superiore dell'esofago, per cui è sempre stato avvertito un leggero fastidio all'introduzione dello strumento che è sempre avvenuto mediante visione diretta e non come nell'adulto per introduzione manuale.

Il Metodo B ha permesso di individuare i soggetti che potevano agevolarsi della sedazione ipnotica preventivamente. Questo è sicuramente stato un vantaggio iniziale. Purtroppo si è assistito ad una minore compliance del ragazzo al momento della preparazione all'esame vero e proprio. In qualche modo la seduta di preparazione portava ad una maggiore consapevolezza della EGDS e quindi ad un maggior stato vigile il giorno dell'esame stesso. Nonostante ciò in tali ragazzi, grazie alla collaborazione della infermiera pediatrica che ha effettuato con me il corso CIICS, si è riusciti ad eseguire l'esame endoscopico in condizione di rilassamento ipnotico.

CONCLUSIONI

In un lavoro effettuato su 124 soggetti adulti suddivisi in tre gruppi randomizzati, esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con midazolam e.v. + lidocaina spray versus EGDS in ipnosi versus solo lidocaina spray (P. Conlong, 1999). Gli Autori concludevano che l'ipnosi non sembrava essere una valida alternativa alla sedazione mediante midazolam e.v. A risposta di questo lavoro vi era la critica di Whitman che tra l'altro scriveva che era importante la capacità dell'endoscopista nel mantenere la trance ipnotica durante tutto l'esame (Whitman, 2000).

Nella mia esperienza personale tutti i ragazzi sottoposti a esofagogastroduodenoscopia mediante sedazione ipnotica hanno tratto giovamento. Sia per coloro ai quali è stata mantenuta una trance ipnotica durante tutta l'esecuzione dell'esame, sia per quelli a cui questa metodica è servita per mantenere uno stato di rilassamento tale da poter condurre la EGDS senza eseguire la sedazione anestesiológica.

Le principali difficoltà riscontrate sono:

- la presenza dei genitori, che vogliono che il ragazzo "dorma" durante l'esame, è un ostacolo non indifferente, in quanto per mia inesperienza ancora non ho trovato la formula giusta per essere convincente con persone spesso mai viste e in un ambiente sufficientemente caotico;
- la presenza di troppe persone, genitori compresi, nel momento di induzione ipnotica condiziona il successo dell'ipnosi;

- pur facendo una "selezione" preventiva (Metodo B) non mi sembra esserci stato un reale guadagno nell'eseguire la EGDS in ipnosi;

Di notevole interesse per il sottoscritto, esecutore delle EGDS, è stata la rapida ripresa di normo-coscienza dall'ipnosi alla sola comunicazione verbale della fine dell'effettuazione dell'esame. Tutti i ragazzi hanno avuto un ricordo positivo della EGDS in ipnosi e sicuramente la rifarebbero con la stessa metodica. Anche i genitori sono rimasti favorevolmente colpiti dalla pronta ripresa del loro figlio e in qualche modo erano "invidiati" dagli altri genitori.

Verosimilmente per inesperienza dell'operatore non si sono avuti quei successi citati da Estabrooks, ma si ritiene di poter migliorare l'efficienza creando un ambiente più idoneo e migliorando la comunicazione.

In letteratura, conducendo la **biopsia epatica** transcutanea su alcuni soggetti adulti molto ansiosi e/o allergici agli anestetici locali, con l'ipnosi è stato possibile effettuare il prelievo bioptico senza anestetico locale, oppure con l'1% di lidocaina, e con piena collaborazione dei pazienti (Adams & Stenn, 1992).

Dal punto di vista procedurale il momento più doloroso e contemporaneamente "pericoloso" di una agobiopsia epatica è la penetrazione dell'ago nella capsula epatica, che causa un

intenso dolore all'epigastrio "come un pugno nello stomaco" e comporta talora un movimento incontrollato da parte del paziente.

Scrivendo della mia personale esperienza in ambiente pediatrico vorrei segnalare come sia stato possibile in un ragazzo di 16 anni, capace di analgesia, effettuare una agobiopsia epatica in sedazione ipnotica, senza effettuare alcuna forma di sedazione/anestesia tradizionale generale e locale.

Nonostante questo singolo risultato, personalmente considero indispensabile, per la mia esperienza professionale di ago biopsie epatiche percutanee, effettuare, come da letteratura, una minima anestesia capsulare epatica, mentre l'ipnosi può effettivamente sostituire la sedazione farmacologica garantendo una migliore compliance agli interventi anche nel paziente pediatrico.

In conclusione si può affermare che anche in ambiente pediatrico non vi sono particolari problemi ad utilizzare l'ipnosi per le metodiche invasive in gastroenterologia pediatrica. Particolari attenzioni devono comunque porsi sia per l'età del bambino e sia per la presenza dei genitori, che talora posso costituire la vera "difficoltà" nell'esecuzione dell'esame in ipnosi. Il miglioramento della situazione ambientale e l'esperienza dell'ipnotista rimangono comunque due capisaldi nel successo della

conduzione dell'esame gastroenterologico pediatrico in
ipnosi.

BIBLIOGRAFIA

- Adams**, P. C., & Stenn, P. G. (1992). Liver Biopsy Under Hypnosis. *Journal of Clinical Gastroenterology* , 15(2), 122-124.
- Adranel**, J.-F., et al. (1994). Hypnotic relaxation: a new sedative tool for colonoscopy? *Journal of Clinical Gastroenterology* , 18(2), 127-129.
- Bernheim**, H. (1884). *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Parigi: Doin.
- Braid**, J. (1843). *Neurohypnology, or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism*. Londra.
- Butler** LD, (2005 Jan). *Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children*. (Vol. 115 (1)). Pediatrics.
- Calvert** EL, (2002). Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology* , 123, 1778-1785.
- Casiglia-Facco-Rossi**. (2010). *I mondi della coscienza*. Padova: Libreria Padovana Editrice.
- Charcot**, J. (1878). Catalepsie et sonnambulisme hystériques provoqués. *Progrés méd* , 6, 973.
- Chiaroni** G, P. O. (2008). Hypnosis and upper function and disease. *World Gastroenterol.* , 14 (41), 6276-6284.
- Erickson**, M. (1949). *Hypnosis in Medicine* (Vol. 1). Br. J. med. Hypnot.
- Estabrooks**, G. (1964). *Ipnatismo*. Roma: Mediterranee.
- Granone**, F. (1968). *Esperienze ipnotiche, esperienze religiose e indirizzi terapeutici di alcune dottrine orientali* (Vol. 59). Minerva Med.
- Granone**, F. (1989). *Trattato di ipnosi* (Vol. 2). UTET.
- Kohen** DP, Z. R. (2007). Self-hypnosis training for headaches in children and adolescents. *Anesth Analg* , 104(5), 1199-208.
- Lang** EV, (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia

for invasive medical procedures: a randomized trial. *Lancet* , 29 355(9214), 1486-90.

Miller, V. (2009 Jul). Hypnoteray for functional gastrointestinal disorders: a review. *Int J Clin Exp Hypn* , 57 (3), 279-292.

Montgomer GH, (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Am J Clin Hypn* , 50(1), 49-58.

Conlong P., (1999). The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation. *Postgrad. Med J.* , 75, 223-236.

Pacori, M. (2009). *ipnosi non verbale - imparare ad ipnotizzare con il linguaggio del corpo*. Edizioni Gogliardiche.

Schultz-Stubner, S. (1996). Hypnosis: an alternative to sedatives without side effects during regional anaesthesia. *Anaesthesia* , 45, 965-969.

Whitman, L. G. (2000). The use of hypnosis in gastroscopy. *postgrad. Med.J* , 76, 670.

Wilson S, M. T. (2006). Systematic review: the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. *Aliment. Pharmacol. Ther.* (24), 769-780.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il Prof. Paolo Costa, ex-primario della Cardio-Rianimazione dell'Osp Regina Margherita di Torino, per avermi introdotto in mondo così affascinante e coinvolgente.

Ringrazio il Dr. Giuseppe Regaldo per avermi fatto conoscere e piacere, con la sua didattica esemplare e talora ironica, l'ipnosi.

Ringrazio la IP Milena Muro per la sua presenza e i suoi consigli, e per lo spingermi a provare.

Ringrazio la IP Maria Cataldo per il suo aiuto e impegno durante la preparazione e l'esecuzione degli esami.

Ringrazio tutto il personale docente del CIICS per il corso a cui ho partecipato, perché mi ha consentito di allargare i miei orizzonti sulla mente e le sue potenzialità.