



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**
Anno 2025

C'ERA UNA VOLTA... IN PRONTO SOCCORSO

La comunicazione ipnotica con i bambini: esperienza in pronto soccorso

Candidato

GIUNCHI SARA

Relatore

CARVELLO MAICOL

all'angelo Angelo...
...in loving memory

Se potessimo vedere il mondo con gli occhi dei bambini vedremmo ovunque
magia....

Indice generale

RIASSUNTO.....	2
PREMESSA.....	3
CENNI STORICI GENERALI	5
...E NEI BAMBINI	7
ALCUNI DATI.....	8
COS'E' L'IPNOSI E COSA NON LO E'	10
EVIDENZE SCIENTIFICHE DI EFFICACIA DELL'IPNOSI NEL BAMBINO.....	15
L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE E DELL'ANSIA NEI BAMBINI. 20	
LO SVILUPPO NEL BAMBINO.....	22
Piaget.....	22
Erickson.....	24
CARATTERISTICHE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL TRATTAMENTO DEI BAMBINI	26
MATERIALI E METODI.....	30
Il metodo Rel@x.....	30
I Comfort kits.....	31
LE SCALE DI VALUTAZIONE	
del DOLORE	34
Dell'ANSIA.....	38
CASI CLINICI.....	39
DISCUSSIONE.....	43
CONCLUSIONI.....	46
APPENDICE.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	50

RIASSUNTO

La gestione dell'ansia e del dolore procedurale è stata riconosciuta come un problema significativo in pediatria considerando che l'esposizione a procedure dolorose ha un impatto significativo sulla qualità della vita sia a breve che a lungo termine.

Esperienze dolorose nei contesti di cura possono indurre ansia e paure per il futuro nei confronti delle strutture stesse portando a comportamenti di evitamento, di mancanza di controlli nelle patologie croniche e il rischio di eventi avversi.

L'ipnosi pediatrica è uno strumento terapeutico estremamente prezioso per ridurre il dolore e migliorare l'ansia nei bambini sottoposti a procedure oltre che aumentare la fiducia in se stesso e l'empowerment del piccolo paziente, abbattere i costi e gli effetti collaterali.

L'utilizzo nel mio contesto di lavoro della comunicazione ipnotica, ha offerto risultati in linea con la letteratura internazionale.

Specifici accorgimenti in relazione all'età di sviluppo del bambino e alle sue caratteristiche individuali sono fattori indispensabili per una buona applicazione di essa in ambito pediatrico.

L'utilizzo di format dedicati può essere di aiuto come guida nelle prime fasi di applicazione della comunicazione ipnotica pediatrica e per studi standardizzati successivi.

I casi clinici riportati costituiscono i miei primi approcci alla tecnica e offrono spunti di riflessione e di miglioramento.

PREMESSA

In un'epoca in cui la salute è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come " Una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità", in cui il modello biopsicosociale di salute e di malattia, le cui cause, manifestazioni ed esiti sono determinati dalle interazioni fra fattori biologici, psicologici e sociali, l'ipnositerapia, intesa come trattamento mente- corpo, rimane ancora sottovalutata e sottopraticata.

Instaurare un rapporto di fiducia è un'abilità fondamentale per gli operatori sanitari che si prendono cura delle persone e, in particolare dei bambini. Tradizionalmente, queste competenze si acquisiscono con l'osservazione dei colleghi più esperti o in corso di attività e non esistono approcci sistematici all'insegnamento di questa competenza, né una formazione specifica durante la facoltà di medicina o la specializzazione come pure non esiste una formazione sistematica sull'uso della tecnica ipnotica nella pratica clinica. Affrontare la disinformazione che alimenta atteggiamenti negativi e idee sbagliate che impediscono l'adozione dell'ipnosi da parte dei medici in contesti clinici e di ricerca è il primo passo da effettuare poiché, considerato il ruolo chiave dei clinici nel successo dell'erogazione e dell'accettazione degli interventi, è fondamentale fornire prove per dissipare idee sbagliate e promuovere l'uso dell'ipnosi.

Per gestire il dolore le equipe sanitarie, in particolare quelle dedicate alla cura dei bambini, possono avvalersi di:

- interventi farmacologici con l'uso di sedativi, antidolorifici anestetici locali e generali.

- interventi non farmacologici: che hanno l'obiettivo di ridurre la dose di analgesia, minimizzare gli effetti collaterali e far vivere una migliore esperienza al bambino e alla sua famiglia con la scrittura dell'esperienza di cura in termini più positivi.

Gli interventi non farmacologici comprendono:

- tecniche di rilassamento (come l'aroma terapia e i massaggi)
- la distrazione (attraverso la musicoterapia, cartoni animati, pupazzi, clown, lettura di libri, giochi distraenti, realtà virtuale)
- procedure fisiche (come l'applicazione del freddo o di vibrazioni)
- tecniche di visualizzazione guidata
- ipnosi caratterizzata da immaginazione guidata combinata con la suggestione verbale.

Sempre più studi enfatizzano ¹, nella relazione clinica con i bambini e le loro famiglie, gli aspetti non farmacologici e comunicativi in modo tale che le competenze tecniche e relazionali si integrino e si rafforzino a vicenda, migliorando sia la qualità degli interventi sia la relazione.

L'obiettivo è quello di costituire una integrazione fra i vari metodi a seconda delle necessità e del tipo di paziente.

L'applicazione dell'approccio ipnotico in linea con queste indicazioni promuove una gestione supportiva al bambino, permette di fargli distogliere l'attenzione dalle procedure essendo uno strumento prezioso per ridurre il dolore e migliorare l'ansia e promuove esperienze positive.

La comunicazione ipnotica ha il vantaggio di essere applicabile in molti contesti e anche in modo non pianificato, non richiede personale

aggiuntivo, sfrutta la naturale fantasia ed immaginazione del bambino che presenta spontaneamente una maggior fluidità dei confini fra realtà e fantasia, è più ricettivo all'intervento ipnotico rispetto agli adulti tanto che si considera che tutti i bambini siano ipnotizzabili. Funzioni mentali quali capacità attentiva, memoria, immaginazione, motivazione, che sono diverse in base all'età, contribuiscono al risultato.

Pertanto integrare l'ipnosi nella pratica clinica può rendere i bambini e ragazzi più sicuri di sé, oltre che ridurre i costi in termini di utilizzo farmacologico, impatto ambientale, personale dedicato e tempi di ospedalizzazione.

CENNI STORICI GENERALI...

L'ipnosi intesa come un trattamento mente-corpo risale agli albori della storia umana ma la pratica medica dell'ipnosi è emersa intorno al 18 - 19 esimo secolo e solo negli ultimi decenni ha riacquisito importanza con ricerche che ne suggeriscono l'efficacia per diversi disturbi fisiologici e psicologici come disagio, dolore e disturbi psicosomatici.

Anton Mesmer(1734- 1815), medico tedesco da molti viene considerato il fondatore dell'ipnosi moderna. I suoi lavori e la teoria del magnetismo animale (in cui a prevalere sarebbero le abilità dell'ipnotizzatore) ebbero grande successo in Francia in particolare fra la nobiltà parigina, contribuì alla conoscenza e diffusione dell'ipnosi ma in quel periodo ebbe poca fortuna negli ambienti scientifici in cui emerse soprattutto scetticismo e rifiuto.

Fu James Braid che coniò il termine ipnosi nel 1843, il cui prefisso hypno, derivato dalla parola greca, cioè sonno, alimentò per molto tempo l'idea

popolare che raffigurava l'ipnosi come uno stato di sonno o sonnambulismo artificiale. Egli ipotizzò una base fisiologica per l'ipnosi basata sulla convinzione che la mente fosse responsabile degli effetti ipnotici ma più che considerarlo uno stato di sonno preferì il concetto di "monoideismo" per descrivere l'attenzione focalizzata, sperimentata sotto ipnosi e differenziare così l'ipnosi dal sonno. Egli fu tra i primi chirurghi a utilizzare l'ipnosi in ambito medico (ad esempio per il trattamento del dolore acuto) utilizzando la fissazione oculare.

Nella seconda metà del XVIII secolo l'ipnosi fu ripresa, studiata e applicata in Francia dalla scuola di Nancy (H. Bernheim, A.A. Liébeault) e dal neurologo J-M Charcot che curava i casi di isteria all'ospedale della Salpêtrière di Parigi. Inoltre J. Breuer e lo stesso Sigmund Freud utilizzarono nel trattamento dei loro pazienti la psicoanalisi, pur riconoscendone dei limiti.

Nel XX secolo il contributo maggiore a livello internazionale si deve a M. Erickson (1901-1980), fondatore della Società Americana di Ipnosi Clinica (American Society for Clinical Hypnosis - ASCH) e ai suoi collaboratori. Egli utilizzò come strumenti di lavoro la comunicazione ipnotica, le induzioni, le suggestioni dirette e le metafore; studiò le risposte comportamentali alle suggestioni ipnotiche, i processi cognitivi alla base dell'ipnosi e le caratteristiche individuali sulla suggestionabilità ipnotica. A tutt'oggi i suoi studi rimangono di notevole importanza e attualità.

In Italia uno dei maggiori esponenti e divulgatori della disciplina del secolo scorso fu Franco Granone (1912-2000) fondatore nel 1979 anche del Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (CIICS).

Granone, in particolare, nel 1961 ha definito l'ipnotismo come la "possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto

stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore"; successivamente verrà chiarito che l'ipnosi è un modo di essere dell'organismo che esprime la sintomatologia ipnotica e che l'ipnotismo è la tecnica che permette di attuare tale condizione ².

... E NEI BAMBINI

Nella storia occidentale l'interesse per l'ipnosi in ambito pediatrico risale almeno al XVIII secolo, ma è stato con gli studi pionieristici negli anni 60 e 70 di Franz Baumann, Josephine Hilgard, Karen Olness e Gail Gardner che si è assistito ad un progressivo interesse all'argomento con un aumento del numero di professionisti interessati, una maggior diffusione delle conoscenze e allo sviluppo di curriculum specifici tanto che attualmente l'ipnosi nei bambini si è affermata come un campo distinto e separato all'interno dell'ipnosi stessa. A conferma di questo sviluppo, negli USA, dal 1987 la Society for Developmental and Behavioral Pediatrics offre incontri annuali sul tema e dal 2010 se ne occupa specificatamente il National Pediatric Hypnosis Training Institute. Inoltre in Germania dal 1990 si tiene il Kindertagung che è il più grande congresso di di ipnosi infantile nel mondo. Nel contempo sia articoli che testi sull'argomento sono stati pubblicati e lo stesso American Journal of Clinic Hypnosis pubblica periodicamente numeri speciali sull'ipnosi in ambito pediatrico.

ALCUNI DATI

Revisioni sistematiche e metanalisi degli ultimi decenni hanno supportato l'efficacia dell'ipnosi negli adulti per il dolore cronico, le cefalee tensive e le emicranie, il dolore procedurale, il rafforzamento dell'immunità, la sindrome dell'intestino irritabile e gli effetti collaterali dei trattamenti oncologici, tra cui nausea e vomito. L'efficacia dell'ipnosi è stata supportata per le vampate di calore post-menopausali e per i disturbi neurodegenerativi, come la sclerosi laterale amiotrofica. Meta-analisi hanno indicato l'efficacia dell'ipnosi per l'obesità, la depressione, il disturbo da stress post-traumatico e l'ansia associata a procedure mediche. Inoltre, alcune revisioni hanno offerto prove preliminari dei benefici dell'ipnosi anche per la cessazione del fumo e per vari problemi dermatologici come il prurito.

La diffusione di miti nel passato ha ostacolato l'adozione dell'ipnosi suscitando atteggiamenti e paure negative, tuttavia è stato dimostrato che fornire ai clinici informazioni accurate migliora il loro atteggiamento nei confronti dell'ipnosi stessa. Sondaggi hanno dimostrato che i clinici con esperienza e conoscenze pregresse tendono a mostrare atteggiamenti più positivi nei confronti dell'ipnosi e fin dal 1960, l'American Psychological Association ha riconosciuto l'ipnoterapia come una branca della psicoterapia e ne ha riconosciuto le applicazioni mediche.

Nonostante tutte queste evidenze l'uso dell'ipnosi negli Stati Uniti è stato stimato allo 0,2% della popolazione generale nel 2007³ e tra lo 0,4% e lo 0,6% della popolazione oncologica nel 2008⁴⁻⁵.

Da un sondaggio del 2022 condotto su 691 clinici esperti in ipnosi, provenienti da 31 paesi, solo il 62% ha riferito di utilizzarla con la metà o meno dei propri pazienti⁶.

Se le reticenze all'uso dell'ipnosi riguardano una buona parte della popolazione questo si verifica ancor più quando si tratta di usarla nei bambini tanto che una revisione approfondita sull'uso dell'ipnosi per il trattamento del dolore e della sofferenza procedurali nei bambini ha riportato alti tassi di abbandono (52%) e di riluttanza a partecipare (52%)⁷. Le ragioni per il rifiuto di ricorrere all'ipnosi includevano l'errata convinzione dei genitori che l'ipnosi avrebbe aumentato l'ansia dei figli e per altre reticenze parentali, oltre alla mancanza di interesse, a riserve religiose, per errate convinzioni sull'ipnosi o per motivazione insufficiente. Questa reticenza riflette comunque il pensiero della popolazione generale. In uno studio su studenti americani ed europei e i loro atteggiamenti negativi sarebbero dovuti a disinformazione e idee sbagliate che coinvolgono la paura di perdere il controllo o di essere incoscienti, di essere controllati dall'ipnotizzatore o costretti a rispondere. tali timori deriverebbero principalmente da come viene presentata al pubblico la cosiddetta ipnosi da palcoscenico⁸.

A fronte di pareri negativi, esiste anche una parte di clinici che promuovono, in linea con le teorie socio cognitive⁹⁻¹⁰. l'uso dell'ipnosi nella loro pratica e che considerano che le opinioni positive aumentino la volontà o la motivazione a essere ipnotizzati. In generale sembra che l'atteggiamento positivo, l'aspettativa positiva, l'adeguata informazione e il rapporto di fiducia con i professionisti sia essenziale per l'accettazione e l'efficacia del trattamento ipnotico¹¹.

COS'È IPNOSI E COSA NON LO È

Per molti anni miti e idee sbagliate hanno prevalso tra profani e i medici ostacolando l'adozione e l'accettazione dell'ipnosi.

È importante distinguere i miti dai fatti e discernere cosa sia l'ipnosi e cosa non lo sia per migliorare la comprensione, l'accettazione e l'adozione degli interventi ipnotici ¹².

Le principali idee inesatte sull'ipnosi si possono riassumere in:

a) L'ipnosi come stato simile al sonno, di sonnambulismo o assenza di consapevolezza periferica.

L'ipnosi è diversa dal sonno poiché gli individui ipnotizzati rimangono svegli e consapevoli di ciò che li circonda, nonostante siano "assorti" nell'ipnosi, possano reagire a stimoli esterni e avere consapevolezza di eventi esterni indipendenti accaduti durante la loro esperienza ipnotica.

b) il successo dell'ipnosi dipende dalle abilità dell'ipnotista.

Nonostante l'importante ruolo dell'ipnoterapeuta (nel condurre l'ipnosi e nella costruzione del rapport inteso come rapporto di fiducia che si crea fra ipnotizzato ed ipnoterapeuta) la risposta ipnotica è principalmente determinata da variabili individuali come la suggestionabilità ipnotica, le aspettative di risposta e l'atteggiamento verso l'ipnosi.

c) L'ipnosi associata alla credulità dei partecipanti o alla maggiore influenzabilità degli ipnotizzatori.

Vari studi dimostrano che non vi è alcuna correlazione tra creduloneria, obbedienza e influenze sociali e la risposta ipnotica.

d) L'ipnosi comporta risposte automatiche senza poter resistere ai suggerimenti.

E' noto, tuttavia, che gli individui non perdono mai il controllo durante l'ipnosi e possono resistere ai suggerimenti che non sono in linea con la loro inclinazione interiore.

Sebbene studi abbiano dimostrato la maggiore suggestionabilità ipnotica dei soggetti con disturbi dissociativi, viene anche riportata una mancanza di associazione tra variabili di personalità sociale (ad esempio desiderabilità sociale, obbedienza, credulità) e influenze sociali (ad esempio, l'autorità dell'ipnotista o la pressione dei pari) con la risposta ipnotica.

e) gli individui ipnotizzati sono incapaci di ricordare ciò che succede durante l'ipnosi.

Gli individui ipnotizzati possono ricordare tutto ciò che accade durante l'ipnosi, l'amnesia è rara e comunque è possibile anche violare l'amnesia indotta ipnoticamente quando vengono informati della loro capacità di farlo.

Inoltre:

f) L'ipnosi non è immaginazione guidata né rilassamento né la meditazione.

Essa si distingue dalla immaginazione guidata per aspetti neurofisiologici, procedure e meccanismi e sebbene il suggerimento ipnotico possa attivare

aree cerebrali legate alla percezione, l'ipnosi non si può semplicemente considerare pura adesione ai suggerimenti né semplice immaginazione.

Le suggestioni ipnotiche per l'immaginazione, ad esempio, attivavano aree cerebrali occipitali in modo simile alla visione di oggetti immaginati, mentre queste aree sono abitualmente inattive durante lo stesso tipo di immaginazione in contesti non ipnotici ¹³. Studi simili sono stati condotti anche per altri aspetti come il dolore immaginato o ipnoticamente indotto e che ha mostrato l'attivazione di aree cerebrali diverse sia durante registrazione elettroencefalografica (onde delta più alte) che in risonanza magnetica funzionale (ampio network cerebrale che include regioni somatosensoriali e l'area cingolata anteriore non coinvolte nel dolore immaginato) ¹⁴.

Questi risultati forniscono la prova che la risposta alle suggestioni ipnotiche che simulano il dolore senza stimoli dolorosi differiscono dalla semplice visualizzazione, producendo cambiamenti neurofisiologici diversi con specificità di attivazione neurale diversa.

Rilassamento, suggestioni, visualizzazione, attenzione concentrata e focalizzata, assorbimento mentale e maggiore ricettività sono comuni con la meditazione e la mindfulness ma l'ipnosi differisce da queste per la maggiore reattività e la capacità di rispondere alle suggestioni proposte.

L'ipnosi e il rilassamento, invece, condividono una neurofisiologia sovrapposta, tra cui onde cerebrali alfa e theta più elevate e una maggiore attività parasimpatica legata ad alterazioni nella cognizione e nella consapevolezza, questo indica che le tecniche di rilassamento possono essere utili nel promuovere l'assorbimento ipnotico e quindi spesso vanno associate. Tuttavia, studi funzionali dimostrano l'attivazione anche rispetto a queste modalità di circuiti cerebrali differenti ¹⁵ anche se le induzioni ipnotiche iniziano tipicamente con istruzioni che promuovono il rilassamento e il benessere e riducono anch'essi l'attivazione autonoma.

g) tecniche di respirazione

La respirazione consapevole viene utilizzata come mezzo per accedere alle emozioni, rilasciare le tensioni, ridurre l'ansia e alleviare il dolore. Il respiro olografico è una tecnica per l'autoesplorazione e che prevede respirazione profonda, consapevole, deliberata e veloce per rilasciare le tensioni ¹⁶.

Tuttavia anche se entrambe possono portare ad una consapevolezza modificata e alla possibilità regressiva, l'ipnosi utilizza le suggestioni come componenti principali e veicoli terapeutici, e non la sola respirazione.

La tecnica di respirazione veloce sembra essere utile soprattutto in fase induttiva nei bambini e negli adolescenti che provano paura e ansia, che possono naturalmente avere una frequenza respiratoria irregolare e un'immaginazione intensa.

d) alterato stato percettivo indotto da sostanze

Esistono tre principali classi chimiche di sostanze psichedeliche che agiscono come agonisti dei recettori della serotonina, le ergoline (ad es., la dietilamide dell'acido lisergico), le triptamine (ad es., psilocibina, dimetiltriptamina) e le fenetilamine (ad es., mescalina). L'uso di sostanze psichedeliche, noto fin dall'antichità può portare a esperienze che comportano cambiamenti nella autoconsapevolezza, nelle percezioni ad esempio delle dimensioni temporospaziali, nelle cognizioni, nella percezione dell'immagine corporea e nelle emozioni ed affettività. Le differenze principali rispetto all'ipnosi risiedono principalmente nella modalità di induzione (psicofarmacologica con le sostanze psichedeliche, basata sulla suggestione con l'ipnosi) e nella durata (dipendente dal metabolismo e dalla clearance delle droghe con le sostanze psichedeliche, interrotta dagli ipnoterapeuti o dai partecipanti stessi nell'ipnosi).

e) Ipnosi in realtà virtuale

Essa è considerata una tecnica di distrazione che può integrare l'ipnosi.

Si tratta di un'esperienza sensoriale audiovisiva che sposta l'attenzione dal dolore e dalla sofferenza senza richiedere un ipnoterapeuta o stimoli immaginari e che sembra essere particolarmente promettente nel trattamento del dolore e del disagio procedurale nel bambino.

Ma allora come si può definire l'ipnosi?

L'ipnosi terapeutica può essere definita come "uno stato di attenzione focalizzata, di ridotta consapevolezza periferica, di dissociazione e di maggiore risposta alla suggestione" ¹⁷ in base a questi elementi essa costituisce una tecnica non farmacologica che ha il potere di ridurre l'ansia e il dolore, ma anche di aumentare la collaborazione dei pazienti.

Inoltre può aumentare la fiducia in se stessi e le strategie di coping; l'ipnosi infatti può modificare la percezione della minaccia, trasformare i messaggi verbali in visualizzazioni interne, in immagini visive e uditive (attraverso l'attivazione delle aree cerebrali occipitali e temporali) ¹⁸.

Durante l'ipnosi in realtà si attivano molte aree cerebrali e a vari livelli: uno studio del 2024 ¹⁹ ha evidenziato, ad esempio, che durante le suggestioni ipnotiche di analgesia il sistema nervoso viene influenzato:

- a livello periferico: modulando l'input nocicettivo diminuendo la stimolazione delle fibre A delta e C, con l'effetto di ridurre l'attività simpatica.
- a livello spinale in cui sembrano essere attivati i sistemi inibitori discendenti
- a livello corticale e soprasspinale in varie aree con l'effetto modulatore sulle dimensioni sensoriale e soprattutto su quella affettiva. Studi di neuroimaging hanno rilevato come area di particolare importanza la corteccia cingolata anteriore che sembra svolgere un ruolo centrale nella

modulazione dell'attività dei circuiti del dolore sotto ipnosi, ma anche la corteccia prefrontale, insulare e somatosensoriale vengono costantemente modificate durante le condizioni di dolore modulate dall'ipnosi.

EVIDENZE SCIENTIFICHE DI EFFICACIA DELL'IPNOSI NEL BAMBINO

Attualmente esiste un buon livello di evidenza sull'efficacia dell'ipnosi clinica nei bambini in vari ambiti clinico terapeutici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce lo stress come "uno stato di preoccupazione o tensione mentale causato da una situazione difficile, che si attiva quando agenti interni o esterni vengono percepiti come una potenziale minaccia" e si considera l'ansia una situazione caratterizzata da una sovrastima del rischio e una sottostima delle risorse interne per affrontare le situazioni.

La preoccupazione, la paura il panico e l'iperattivazione sono tutte manifestazioni comuni di ansia nel bambino: numerose evidenze scientifiche dimostrano come l'ipnosi pediatrica sia uno strumento terapeutico estremamente prezioso per ridurre il dolore, migliorare l'ansia nei bambini sottoposti a procedure e anestesia²⁰.

L'applicazione pratica assume forme molto diverse a seconda del contesto in cui si pratica, del tipo di condizione clinica se acuta o cronica, delle fasi di sviluppo del bambino e delle preferenze del piccolo e della sua famiglia. Essa pertanto si sta integrando in molti ambiti come terapia coadiuvante alle cure standard.

Nell'approccio ai bambini viene, infatti, sempre più sostenuta una modalità di trattamento di tipo integrato che prevede la combinazione di diversi

approcci al fine di soddisfare le esigenze individuali di ciascun paziente. La medicina integrativa pediatrica infatti include la combinazione e l'integrazione dei servizi e il collegamento delle modalità di intervento in base alle esigenze specifiche. Risorse aggiuntive, quali ipnosi clinica, la mindfulness, il biofeedback, l'agopuntura e lo yoga si accompagnano sempre più agli approcci più tradizionali.

Una review del 2018 ha valutato l'integrazione fra i vari approcci e ne considera la selezione delle modalità all'interno di una relazione collaborativa con il bambino/adolescente e i genitori, sottolineando la compatibilità con i pazienti, in termini di sintomi, risorse, interessi, obiettivi e fase di sviluppo nell'ottica di interventi personalizzati²¹.

Numerosi sono gli ambiti di utilizzo dell'ipnosi e dell'approccio ipnotico: una revisione della letteratura più recente individua la loro utilità nel corso di:

1) interventi chirurgici

Un recente studio ha dimostrato come l'ipnosi basata sull'ausilio di un fumetto che racconta l'ipnosi associato ad un racconto con audio con una scimmietta che descrive l'intervento chirurgico come un avventuroso viaggio spaziale possa ridurre l'ansia perioperatoria e del disagio postoperatorio nei bambini con l'ipnosi prima della tonsillotomia e dell'adenoidectomia²².

2) in odontoiatria

In una recente revisione della letteratura scientifica del 2025 in odontoiatria, relativa alla gestione dell'ansia dentale, del mal di denti acuto e del dolore orofacciale cronico viene supportato, a conferma di numerosi precedenti studi, l'uso dell'ipnosi in diversi contesti clinici, tra cui per l'anestesia locale, per l'estrazione dentale e per l'ansia dentale sia

negli adulti e che nei bambini²³ e che le prove disponibili sono sufficienti per incoraggiare l'integrazione di un training di ipnosi basato sull'evidenza per migliorare la gestione dello stress acuto e del dolore nella pratica odontoiatrica. Inoltre, in interventi di pulpotomia, i bambini trattati con ipnosi, rispetto ad un gruppo di controllo trattato con metodi convenzionali di gestione del comportamento, alla scala FLACC (Face, Legs, Anxyety, Crying, Consolability) presentavano significative riduzioni della frequenza cardiaca, della conduttanza cutanea e dell'ansia/dolore²⁴.

In un'altra revisione sullo stesso argomento è emerso che per la riduzione dell'ansia dentale, la musica è raccomandata come priorità, mentre l'ipnosi può essere una misura preferibile per ridurre la frequenza cardiaca²⁵.

Il confronto fra utilizzo di ipnosi, di protossido di azoto/ossigeno (N₂O/O₂) e terapia comportamentale convenzionale (CBG), nel ridurre l'ansia e nell'aumentare la collaborazione durante l'estrazione dentale e nelle risposte fisiologiche nei bambini in età scolare sottoposti a estrazioni dentarie ha evidenziato che l'inalazione di N₂O/O₂ e l'ipnosi sono efficaci nel ridurre l'ansia, sia auto-riferita che osservata, e nel migliorare i livelli di cooperazione e che l'ipnosi dava risultati migliori rispetto agli altri gruppi rispetto alla frequenza del dolore riferito²⁶.

3) in ortopedia

In ambito ortopedico, in bambini sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore, preceduta da due sessioni di ipnosi, rispetto ad un gruppo di controllo standard, si evidenziavano riduzione dei punteggi alla VAS (Visual Analogic Scale), dei valori pressori e della frequenza cardiaca, nella scala dell'ansia (STAIC) e nel consumo di antidolorifici nelle successive 24 e 48 ore dall'intervento, suggerendo che l'ipnosi clinica sia un intervento non farmacologico utile per ridurre il dolore e l'ansia postoperatori nei bambini e che questa si associ a un aumento del tono parasimpatico²⁷.

4) in corso di procedure mediche in vari altri ambiti:

L'ipnosi clinica si è affermata anche come un trattamento non farmacologico potenzialmente benefico e da raccomandare per la gestione del dolore e della sofferenza procedurali nei bambini oncologici. Essi vengono spesso sottoposti a ripetute procedure con ago durante i vari trattamenti pertanto la prevenzione e l'alleviamento del disagio e del dolore correlati alla procedura sono della massima importanza per migliorare la qualità della vita di questi bambini e delle loro famiglie²⁸.

Risultati sovrapponibili sono emersi anche in più ampi contesti pediatrici. L'induzione seguita da suggerimenti terapeutici per il dolore e il disagio nei bambini sottoposti a procedure mediche sembra avere potenziali benefici per il dolore e il disagio procedurale, sulla base di prove di superiorità rispetto alle condizioni di controllo e ad altri interventi non farmacologici quali la distrazione o la digitopressione²⁹.

Uno studio condotto su adolescenti ha evidenziato come l'ipnosi sia possibile ed efficace anche nell'esecuzione dell'ecocardiografia transesofagea e che questa potrebbe considerarsi una valida alternativa all'anestesia generale³⁰.

Inoltre sono descritte evidenze anche in altri ambiti, quali:

- gastroenterologico ad esempio nella stipsi funzionale: far precedere all'introduzione del catetere per la manometria anorettale, una breve seduta ipnotica favorisce il rilassamento ed è positivamente percepito sia dal bambino che dai familiari³¹; per la gestione della nausea funzionale da sola o in associazione con la terapia medica standard induce sollievo sintomatologico³² mentre risultati più contrastanti anche se promettenti riguardano l'utilizzo dell'ipnosi nella gestione della nausea e del vomito in bambini sottoposti a cure oncologiche³³, nella malattia di Crohn
- nelle ustioni : una revisione di studi condotti sia su adulti che bambini vittime di ustioni affiancando alle terapie/ medicazioni tradizionali, yoga,

realtà virtuale e ipnosi ha evidenziato come l'ipnosi e la realtà virtuale determinino la riduzione della qualità del dolore e dell'ansia mentre lo yoga migliorerebbe l'ansia e l'immagine corporea. Dati che dovrebbero essere considerati come terapie integrate per la cura e la collaborazione di questi pazienti, riducendo sintomi post traumatici, maggior controllo del dolore e maggior autostima³⁴.

Una sistematica review focalizzata sui bambini che ha preso in considerazione l'uso della realtà virtuale, di dispositivi di distrazione, gioco guidato, giochi con tablet digitali, cartoni animati, ipnosi e musicoterapia ha rilevato che l'utilizzo di interventi non farmacologici in generale determinano una riduzione della percezione del dolore durante e dopo le medicazioni³⁵.

- Nel bambino con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) con disturbi del sonno, ADHD con disturbi del linguaggio scritto...
- nel bambino emofilico
- nel bambino con tosse cronica sine causa
- nelle patologie dermatologiche
- nel trattamento di vari disturbi psichici quali depressione, ansia, nella sindrome del fratello sano...

L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE E DELL'ANSIA NEI BAMBINI

Secondo la nuova definizione dell'International Association for the Study of Pain, il dolore rappresenta una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata ad (o che assomiglia a quella associata) un danno tissutale attuale o potenziale, in cui emergono la componente soggettiva, emozionale e affettiva, peculiari e specifiche di ogni persona.

Sebbene il sollievo dal dolore sia oggi considerato un diritto umano fondamentale e obiettivo sociale ben definito tale da essere considerato il quinto parametro vitale (unico con caratteristiche soggettive) insieme a pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura, la letteratura scientifica sull'ipnosi per il dolore e l'ansia prima del XX secolo si basava prevalentemente su prove aneddotiche e casi clinici; e se già nel 1893 la British Medical Association promuoveva l'uso dell'ipnosi per il controllo del dolore, la relazione tra controllo cognitivo e ipnotico del dolore è stata raramente esplorata nel XX secolo, nonostante una considerevole ricerca clinica e sperimentale in entrambi i settori. Solo più recentemente, dagli anni '90 si è cominciato a produrre molti lavori di conferma sull'uso dell'ipnosi per il trattamento del dolore suggerendo l'efficacia per il dolore e l'ansia pre-chirurgici, intra-operatori e post-operatori.

Uno studio molto interessante ha esplorato la differenza nella percezione del dolore e dell'ansia, durante venipuntura pediatrica, fra esposizione ad apparecchio 3D rispetto al touch screen 2D. L'ipotesi era che l'esperienza immersiva in 3D portasse a maggior beneficio rispetto a quella in 2D. In realtà, non sono emerse differenze significative e ciò è stato interpretato come sia non sia tanto l'evoluzione della tecnologia a fare la differenza

quanto la qualità dei giochi progettati per migliorare il benessere dei bambini durante le procedure mediche³⁶.

Altri hanno indagato la possibilità di ridurre il dolore, con ipnoanalgesia, nella mano ove iniettato propofol come farmaco nell'induzione dell'anestesia nei bambini, confrontandola con un gruppo a cui il propofol veniva miscelato con lidocaina come analgesico. Non essendo emerse differenze significative nella percezione del dolore fra i due gruppi, si è concluso che l'ipnoanalgesia della mano da sola è efficace nel prevenire il dolore correlato all'iniezione di propofol nei bambini³⁷. Ma le evidenze sembrano essere molto promettenti anche in ambito ambulatoriale e non solo in sala operatoria: un confronto fra comunicazione terapeutica e la comunicazione standard durante venipuntura ha rilevato che con la comunicazione ipnotica il comfort dei bambini durante la venipuntura migliora, con esso si riducono i punteggi di ansia e i tempi procedurali diventano più brevi³⁸.

Si può pertanto affermare che nei vari contesti di cura, nello svolgimento del lavoro quotidiano, in pediatria, in terapia intensiva pediatrica ma anche nella fase di accettazione e trattamento nel pronto soccorso l'ipnosi può trovare il proprio spazio; inoltre molta più attenzione è stata posta alla modalità comunicativa come primo passo per stabilire una alleanza terapeutica con i piccoli pazienti e la comunicazione autoritaria ("devi!, Voglio che tu...!") è stata sostituita da un linguaggio più permissivo e collaborativo che determina maggiore soddisfazione e maggiori risultati positivi sia sul piccolo paziente che sui suoi familiari.

In particolare i bambini con lesione acuta, che accedono ai servizi di emergenza, spesso si trovano in una fase di elevata suggestionabilità, di cosiddetta "trance negativa", e questo sembra facilitare l'uso del linguaggio ipnotico attraverso l'uso di un parole appropriate.

LO SVILUPPO DEL BAMBINO

Qualsiasi clinico che desidera applicare l'ipnosi nel bambino deve prioritariamente conoscere le normali fasi di sviluppo infantile ed imparare a relazionarsi con i bambini in modo appropriato al loro sviluppo poiché le parole scelte, specifiche ed appropriate all'età e alle fasi di sviluppo possono essere di grande aiuto.

Piaget ed Erickson hanno particolarmente studiato le fasi di sviluppo dei bambini.

PIAGET:

ha identificato 4 stadi caratterizzati ciascuno da specifiche competenze del bambino; in ognuno di essi vengono raggiunti dei traguardi e stabilite le basi per raggiungere nuovi obiettivi più complessi.

● **Stadio senso-motorio (0-2 anni):**

In questa fase, i bambini utilizzano i sensi e le azioni per conoscere il mondo che li circonda. Esso è suddiviso in ulteriori 6 sottostadi in considerazione del notevole cambiamento che avviene nei primissimi mesi di vita. La conoscenza avviene attraverso due processi fondamentali l'assimilazione cioè l'immagazzinamento delle informazioni (es con il gioco), e l'accomodamento che consiste in un adattamento dei propri schemi ai nuovi dati dell'esperienza. E' la fase dell'egocentrismo in cui il bambino non distingue il se' dal mondo esterno. La coordinazione dei sensi con i movimenti è fondamentale.

● **Stadio preoperatorio (2-7 anni):**

Il bambino inizia a usare simboli e immagini per rappresentare il mondo. Il

pensiero è ancora intuitivo e non ancora logico, basato sull'egocentrismo intellettuale per cui fatica a comprendere i punti di vista, emozioni e pensieri degli altri, diversi dai propri. Una delle caratteristiche principali di questo stadio è l'animismo che consiste nel credere che oggetti inanimati siano capaci di compiere azioni e abbiano caratteristiche degli esseri viventi. I bambini iniziano a usare parole, immagini e gesti per rappresentare oggetti e concetti e usano il gioco simbolico. Il gioco, in cui i bambini impersonano personaggi o situazioni (il gioco del "facciamo finta che..."), diventa sempre più complesso e creativo e questo permette al bambino di venire a contatto con i suoi sentimenti e con il mondo in condizioni di sicurezza.

● **Stadio operatorio concreto (7-12 anni):**

Il bambino è in grado di risolvere problemi concreti e sviluppa il pensiero logico; i processi mentali avvengono però su contenuti materiali visibili e percettibili, non astratti. Acquisisce competenze quali la conservazione delle quantità e la classificazione degli oggetti ma non è ancora in grado di ragionare con concetti ipotetici. Il gioco riveste un ruolo importante in tale periodo, il bambino è in una fase molto creativa con tanta voglia di fare e soprattutto di imparare. I giochi di questa fase quindi sono i puzzle, memory, il gioco delle ombre, classificare gli oggetti dello stesso colore e della stessa forma, saltare, contare....Inoltre altri giochi sono quelli regolamentati (tipo i giochi da tavolo), quelli di squadra (es ruba bandiera) che favoriscono la condivisione e il rispetto delle regole e la socializzazione.

E' anche la fase degli hobby come la raccolta delle figurine o di altri oggetti.

Quando si trova da solo, mette in atto strategie di gioco diverse al fine di contrastare la solitudine, la paura, la noia. Una di queste strategie è l'immaginarsi un amico o un aiutante come compagno di giochi. Successivamente il bambino mano a mano che cresce e che acquista

fiducia in se stesso, riduce la sua paura di stare solo e il compagno immaginario viene sostituito da amici reali.

● **Stadio operatorio formale (12+ anni):**

Il pensiero diventa astratto e ipotetico. I ragazzi possono affrontare problemi complessi e ragionare su questioni teoriche, utilizzando il ragionamento ipotetico - deduttivo, sono in grado di elaborare schemi e teorie. Crea rappresentazioni della famiglia, della scuola e degli amici, criticandole ed esprimendone giudizi. Sono alla ricerca della propria identità.

ERICKSON:

A differenza di Piaget, Erickson ipotizza 8 fasi di sviluppo che vanno dalla nascita alla vecchiaia; ogni fase è caratterizzata da un particolare conflitto, o crisi comunque da delle sfide psicologiche, dei dilemmi che devono essere affrontati e risolti.

Esse sono:

Periodo	Nome fase	Dilemma
Infanzia 0-1 anno	Fase orale	Fiducia- sfiducia
Prima infanzia 1-3 anni	Fase anale	Autonomia- vergogna e dubbio
Età genitale 3-6 anni	Fase fallica	Iniziativa- senso di colpa
Età scolare 6-12 anni	Fase di latenza	Industriosità- inferiorità
Adolescenza 12-20 anni	Genitalità	identità e contestazione- diffusione d'identità
Prima età adulta 20-40		intimità e solidarietà- isolamento

anni		
Seconda età adulta 40-65 anni		Generatività- stagnazione
Vecchiaia 65 anni in poi		integrità dell'io- disperazione

La conoscenza di queste fasi è importante perché essere consapevoli dello stadio in cui si trova il bambino ci permette, durante il colloquio ipnotico, di utilizzare un linguaggio appropriato per l'età, fornire suggestioni adeguate e far leva su competenze e caratteristiche che lo contraddistinguono.

Il bambino ad esempio di 3 anni che si trova nello stadio preoperatorio secondo Piaget e nella fase del dilemma "autonomia-vergogna e dubbio" si gioverà di frasi del tipo " Guarda come sei stato bravo a salire sul lettino da solo, quando eri un bambino non ci riuscivi". Mentre ad esempio, un bambino di 10 anni (fase operatoria concreta e dell' "industriosità-inferiorità" si gioverà invece di frasi del tipo " sei capace di fare un sacco di cose! Chissà quante ne imparerai in più il prossimo anno!"

In ipnosi, nel rispetto delle diverse fasi di sviluppo sopraelencate, della relativa percezione del dolore, dell'ansia e dell'impegno nel processo ipnotico, è opportuno stratificare i pazienti per età almeno in 3 gruppi:

3-6 anni

7-11 anni

12-18 anni

CARATTERISTICHE DELLA COMUNICAZIONE IPNOTICA NEL TRATTAMENTO DEI BAMBINI

I bambini manifestano spesso stati di trance spontanea e sono dotati di capacità di autoipnosi spontanea. Gli stati di trance naturale possono essere intesi come un tentativo spontaneo di organizzare le proprie esperienze, di creare nuove connessioni nelle quattro aree dell'autoregolazione: cognitiva, affettiva/emotiva, fisiologica e comportamentale. In questa fase è molto più probabile che venga accettato un suggerimento come vero, poiché, a causa della cosiddetta "logica della trance", i suggerimenti tendono ad essere interpretati in modo letterale e concreto e questo determina che bisogna porre molta attenzione sull'utilizzo delle parole che devono essere scelte con cautela e saggezza per costruire delle aspettative positive. Utilizzando le parole del bambino nell'interazione e sviluppando la capacità di essere ipnotici è possibile indurre una trance informale durante l'attività clinica. Questi stati possono assumere la forma di un linguaggio immaginativo o di un gioco, un libro, un puzzle...o di sognare ad occhi aperti. Tale "dissociazione adattiva" può rivelarsi molto utile nelle situazioni cliniche spiacevoli perché ci permette di distrarlo, ad esempio, durante una procedura dolorosa. Il riconoscimento dello stato di trance può essere utilizzato per impartire suggerimenti positivi di benessere, di sicurezza, di guarigione.

Il terapeuta aiuta a costruire un sogno ad occhi aperti, una fantasia, in cui fornisce suggestioni racchiuse in metafore. I cosiddetti "copioni" sono costituiti da migliaia di fantasie e di sogni ad occhi aperti guidati da immagini suggerite e vengono adattati al singolo bambino e ai suoi interessi. I suggerimenti vengono utilizzati per fornire sollievo al dolore, per il controllo dei sintomi, per aumentare la fiducia in se stessi. Inoltre i

suggerimenti post ipnotici serviranno ai piccoli per costruire, in futuro, esiti più favorevoli.

L'ipnosi si basa sull'attenzione focalizzata e, man mano che il soggetto si concentra su qualcosa, quest'aspetto si amplifica nell'esperienza del soggetto stesso: lo spostamento dell'attenzione da aspetti paurosi a quelli che evocano benessere spesso trasforma l'esito. Il cambiamento esperienziale determinerà a sua volta, secondo la logica della neuroplasticità, un cambiamento significativo nei pensieri, nelle risposte fisiologiche e nel comportamento.

Fondamentali nel linguaggio, oltre al tipo di parole che si scelgono, sono anche il tono di voce e l'ascolto. Il ritmo deve essere lento e calmo, il linguaggio sicuro e rilassante. Le immagini suggerite saranno multisensoriali e forniranno suggestioni di analgesia. In queste situazioni si tratterà di utilizzare non tanto l'induzione formale della trance, ma di utilizzare piuttosto un linguaggio ipnotico.

Il clinico che approccia il bambino deve innanzitutto ascoltarlo attivamente, non deve effettuare una semplice check list di domande e risposte ma deve essere pronto a seguire con flessibilità i segnali del bambino, adattando ad esso le strategie di base e, successivamente, deve essere creativo, utilizzando un linguaggio che coinvolga ed attragga e che crei aspettative positive, utilizzando tecniche ipnotiche adatte alla fase dello sviluppo e personalizzate sul singolo paziente; molto importante è focalizzare l'attenzione iniziale su ciò e sul come viene detto dal paziente (ad esempio alla domanda su cosa piace fare e sugli interessi), le parole, i gusti, le antipatie... creando comunque un ambiente di interazione positivo e sicuro.

L'ipnosi pediatrica valorizza la partecipazione creativa e giocosa, in cui a volte è il clinico guida e altre invece si adatta alla guida del bambino.

Per i bambini più piccoli (3-6 anni) che si muovono facilmente tra realtà e fantasia devono essere utilizzati suggerimenti più brevi, espressi in modo coinvolgente e dinamico; i bambini in età scolare che hanno la capacità di mantenere l'attenzione più a lungo possono essere approcciati con suggerimenti più fantasiosi e coinvolgenti. Per quanto riguarda gli adolescenti, il linguaggio sarà più sofisticato e focalizzato sui loro interessi specifici.

E' sempre bene avere un atteggiamento centrato sul bambino, rivolgersi direttamente a lui, perché questo implica che si ha fiducia nelle sue capacità di esprimere le sue aspirazioni e i suoi desideri. Questo aumenta la sua fiducia nel clinico, lo apre alla sua innata curiosità e gli permette di modificare vecchi schemi cognitivi, emotivi, fisiologici e comportamentali di autoregolazione.

E' utile ricordare che è importante:

- 1) Riconoscere e utilizzare la trance per fornire messaggi e suggestioni positive
- 2) Utilizzare il tocco, soprattutto nei bambini molto piccoli come suggestione ipnotica (ipnoanalgesia) per creare un senso di protezione, maggior controllo, minore dolore e ansia prima e durante la procedura (es. con il Magic Glove)
- 3) L'invito a recarsi in un luogo preferito durante l'inizio della procedura crea una dissociazione dalla situazione stressante
- 4) Associare le terapie, ad esempio l'anestesia locoregionale, all'ipnosi
- 5) in taluni casi usare la sola ipnosedazione

In linea generale vanno evitati suggerimenti pro- nocicettivi tipo " non ti

farò male” poiché i pensieri dei bambini si concentreranno inevitabilmente sulla parola “male” e ignoreranno la parola “non “. I termini “dolore” e “ferire” vanno sostituiti con “fastidio” , “disagio”, il “non preoccuparti” con “ siamo qui per aiutarti”.

MATERIALI E METODI

IL METODO [REL@X](#)

Il modo in cui i clinici comunicano durante le procedure mediche può avere un significativo impatto sui pazienti ed in particolare sui bambini.

A Montreal, in Canada, è stato sviluppato un programma di formazione per i clinici per sviluppare capacità comunicative derivate dall'ipnosi con lo scopo di ridurre il dolore e il disagio di piccoli pazienti oncologici³⁹⁻⁴⁰.

Il corso [Rel@x](#) prevede due sessioni di addestramento in cui vengono illustrati, gli aspetti relazionali e vengono presentate due tecniche di comunicazione ipnotica.

Nella prima sessione, quella relazionale, i discenti apprendono un linguaggio semplice, di tipo ipnotico, adeguato all'età del bambino ed imparano ad individuare i segnali degli effetti desiderati sul paziente.

Nella seconda sessione, più pratica, ci si cimenta con diversi scenari pratici e si applicano 2 tecniche quella del suggerire "il guanto magico"- Magic Glove- che consiste nel suggerire al bambino che il suo braccio (dove ad esempio deve fare una venipuntura) è protetto da una protezione immaginaria e "il luogo piacevole"- Pleasant Place- che consiste nel suggerire al bambino di "visitare" un luogo a lui piacevole usando la sua immaginazione e tutti i suoi cinque sensi: tatto, olfatto, udito, gusto, vista. Questo programma formativo è stato applicato dapprima in un contesto ristretto fra infermieri che operavano in oncologia pediatrica al Centro Universitario Sainte-Justine di Montreal e successivamente esteso ad un gruppo più ampio di professionisti con risultati sostanzialmente sovrapponibili.

In entrambi i casi si è rilevata l'importanza dello strumento per fornire un'alternativa ai farmaci, infondere calma al paziente migliorando la sua

qualità di vita e l'esperienza anche nei genitori. E' stata rilevata la capacità dei pazienti di rilassarsi con la conseguente riduzione del dolore oltre che dell'ansia. Inoltre si è notato che la comunicazione ipnotica consente al bambino di sviluppare la sua creatività.

E' stato riportato che avere la possibilità di utilizzare questo strumento aggiuntivo nella gestione del dolore e disagio procedurale ha portato nel personale una maggior capacità di riflessione e un cambiamento nel linguaggio usato con i pazienti, permette di gestire meglio la propria ansia, ad esempio utilizzando tecniche di respirazione su se stessi, allontana il rischio di burnout e di compassion fatigue e ha un impatto positivo sul loro benessere personale. E' migliorata la pazienza e la collaborazione con i bambini e, attraverso il racconto di storie, gli operatori hanno avvertito la capacità di potersi anche divertire nonostante l'ambiente oncologico in cui operavano.

Dagli studi è emerso che l'utilizzo del "guanto magico" sarebbe la tecnica più veloce e facile da padroneggiare rispetto al luogo piacevole soprattutto nei pazienti più giovani.

Il " guanto magico" costituirebbe un intervento ipnotico semplice da usare, fattibile, piacevole e facilmente integrabile con altri strumenti nella pratica clinica.

I COMFORT KITS

I Comfort Kits sono stati originariamente sviluppati presso il Children's Hospital del Minnesota negli anni 90 e dal 2004 ampiamente distribuiti a livello mondiale.

I kits, che includono piccoli oggetti ed esercizi di addestramento alle competenze, sono stati pensati per aiutare i bambini a sentirsi meglio e ad affrontare i propri problemi.

Lo scopo originario era quello di utilizzarli per gestire problemi di dolore, ansia e/o sonno attraverso il rilassamento e la gestione dello stress.

Migliaia di kits sono stati donati inizialmente a bambini con malattie croniche nei contesti di cura negli Stati Uniti e successivamente, valutata la loro efficacia, sono stati donati in situazioni di disastri ambientali ad esempio in occasione dello tsunami in Thailandia, nel terremoto ad Haiti ed in altre emergenze umanitarie⁴¹ con l'obiettivo più recente di estenderli anche in altri contesti ad esempio quelli scolastici⁴² e familiari per favorire e migliorare l'autoregolazione emotiva e promuovere la resilienza. Materiali, giocattoli e linguaggio si basano sull'ipnosi.

Per facilitare la diffusione della conoscenza di tale strumento è stata creata anche una versione online www.healingbuddiescomfort.org.

Gli esercizi di addestramento sono costituiti da 6 tavole totali da usare da sole o in associazione a seconda della situazione di disagio e di difficoltà che sta vivendo il bambino. Possono essere usati anche dagli adulti e comprendono esercizi di rilassamento, di respirazione addominale, l'assorbimento creativo nelle immagini...

Elenco degli articoli tipici dei comfort kits

- Pupazzetto da dito
- Piccola girandola o palloncini
- Piccola pallina da schiacciare
- Matita
- Pastelli
- Piccolo quaderno
- Adesivi
- Piccolo giocattolo di plastica
- Sacchetto (di stoffa- biodegradabile) per riporre tutti gli oggetti

Articoli opzionali: come ad esempio un libro appropriato all'età e allo sviluppo e una piccola fialetta profumata.

Di uno o più oggetti era poi indicato, nelle tavole Skills, quando e come utilizzarli e quale ne era lo scopo (in appendice riporto la tavola n° 4 che è quella utilizzata).

Sulla base di queste evidenze ho deciso di concentrare la mia attenzione e la mia esperienza nel mio luogo di lavoro, il Pronto Soccorso e l'Emergenza Territoriale. Mi sono focalizzata sulla fascia di età fra i 4 e 12 anni, considerando le difficoltà quotidiane di gestione di questi piccoli pazienti che, quando giungono nei nostri servizi, hanno spesso dolore e sempre paura.

Ho scelto, in base alla letteratura, di applicare, in quanto maneggevole, veloce e ritenuta efficace la strategia del Magic Glove nei bambini che necessitavano di procedure quali venipuntura, suture o altri tipi di interventi ed eventualmente, ad integrazione e come guida, la tavola di skills n° 4 del Comfort Kits essendo quella che non necessitava l'uso di particolari oggetti, spesso assenti in ambulanza e in Pronto Soccorso.

L'obiettivo è stato di verificare l'applicabilità e l'efficacia nel mio frenetico contesto clinico e individuare le situazioni in cui era necessario l'implementazione con ulteriori suggestioni e verificarne l'impatto sui colleghi.

Per la misurazione del grado di **dolore** ho usato la scala NRS e la scala VAS per i bambini di età superiore agli 8 anni e la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale per i bambini di età inferiore agli 8 anni.

Per quanto riguarda la valutazione dell'**ansia**, invece, ho utilizzato il Modified Yale Preoperative Anxiety Scale- short form.

SCALE DI VALUTAZIONE del DOLORE

Attualmente le scale di misurazione del dolore sono molteplici e si differenziano in unidimensionali e multidimensionali. Le prime misurano l'intensità del dolore e sono un ottimo strumento di autovalutazione mentre le seconde misurano le diverse componenti del dolore: sensoriale, motivazionale, affettiva e cognitivo-valutativa.

Per semplicità e rapidità di applicazione ho deciso di applicare 3 tipi di scale unidimensionali.

a) SCALA NRS (Numerical rating scale)

La scala NRS o scala di valutazione numerica , viene usata abitualmente come metodo rapido per valutare il grado di dolore. Essa può essere utilizzata attraverso la descrizione orale es mi dica da 0 a 10 quanto dolore ha in questo momento, considerando che 0 corrisponde a nessun dolore e 10 corrisponde al peggior dolore immaginabile, o utilizzando un supporto visivo cartaceo ove, su una barra disegnata, sono indicati i numeri da 0 a 10 in cui il paziente indica il punteggio che ritiene corrispondere al suo grado di dolore.

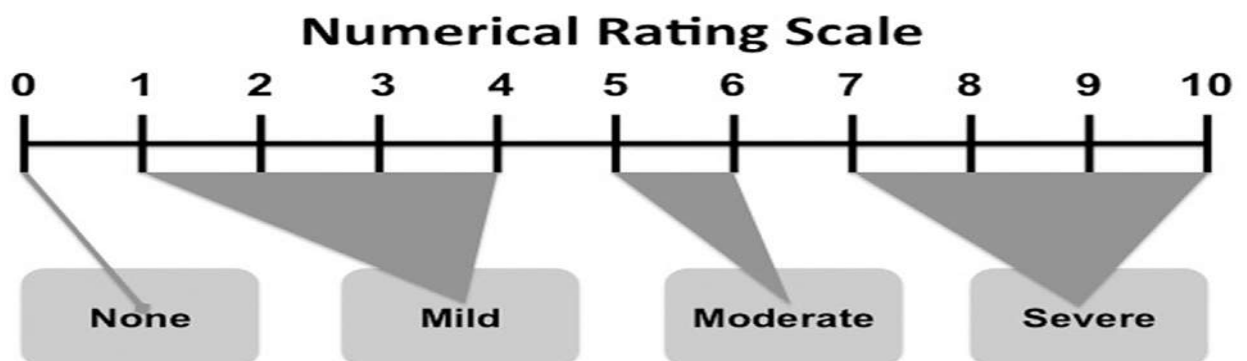
Attualmente che punteggio daresti al tuo dolore?

Indicare con una X il punteggio

Nessun dolore: 0

Massimo dolore sopportabile: 10

Il peggior dolore immaginabile: 10



In cui:

0 = nessun dolore;

1-3 = dolore lieve;

4- 6 = dolore moderato;

7-10= dolore grave

Questo strumento abitualmente usato negli adulti è molto semplice, veloce, pratico e replicabile a distanza di tempo, ha un alto grado di validità e affidabilità, ma nei bambini molto piccoli presenta dei limiti di applicabilità in quanto:

- il bambino deve essere in grado di comunicare
- il bambino deve essere in grado di comprendere le variazioni in scala (potrebbe ad esempio dire mi fa male poco o molto e non riuscire a verbalizzare un numero)
- va specificato che è una risposta che riguarda solo la sua percezione di

dolore quindi i suggerimenti dell'adulto sono da evitare

- potrebbe intuire dei benefici secondari nel riferire un alto grado di dolore

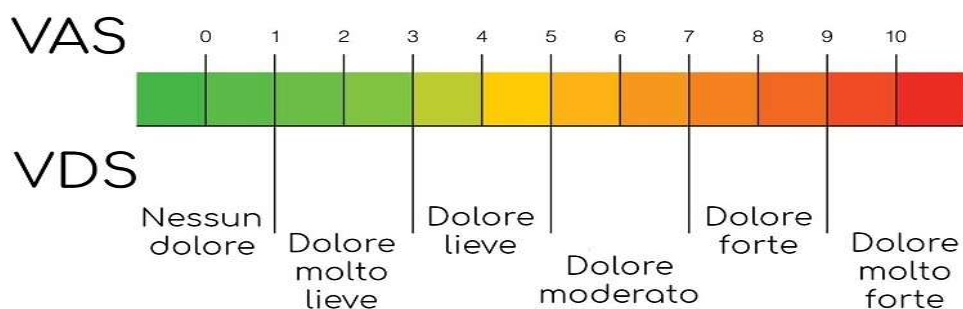
b) **La scala VAS** (Visual Analogical Scale) è costituita da una linea predeterminata lunga 10 cm in cui alla persona viene chiesto di marcare sulla linea il punto che indica l'intensità del proprio dolore. La linea può essere orizzontale, verticale o colorata con sfumature di colore dal più tenue al più marcato. La barra orizzontale pur non influenzandone la sensibilità, sembra avere un tasso di fallimento minore rispetto a quella orizzontale.

L'estremità sinistra della scala corrisponde a "nessun dolore", mentre la destra al "peggior dolore immaginabile". Il punteggio si ottiene misurando la distanza in millimetri dall'estremità sinistra della linea a quella destra. In essa i punteggi possono essere trattati in termini di rapporto; sono stati individuati 4 *cut-off*:

- da 0 a 4 mm: "nessun dolore";
- da 5 a 44 mm: "dolore lieve";
- da 45 a 74 mm: "dolore moderato";
- da 75 a 100 mm: "dolore severo".

La scala NRS e VAS, in accordo con i dati di letteratura, li ho applicati a bambini di età superiore agli otto anni .

Scala del dolore



c) Nei bambini più piccoli (inferiori agli 8 anni di età) ho utilizzato lo strumento del Faces Pain Scale (FPS) di cui esistono varie versioni ed in particolare ho scelto di utilizzare la **Wong-Baker Faces Pain Rating Scale**, WBFPRS. Si tratta di una scala orizzontale di 6 volti disegnati, da quello sorridente, a sinistra, fino a quello che piange, a destra, corrispondenti rispettivamente all'assenza di dolore e al peggiore dolore possibile. La scala prevede un punteggio compreso tra 0 e 10 e si utilizza per gli individui da 3 a 18 anni di età.

Facile quindi da utilizzare anche nei bambini piccoli tuttavia presenta il rischio che i sorrisi e le lacrime dei volti possano influenzare il bambino nel valutare l'intensità del proprio dolore.

Essa inoltre misura, secondo degli studi condotti, il grado di severità del dolore e non la paura o altri stati emotivi.



SCALA DI VALUTAZIONE dell'ANSIA

Per la valutazione dell'ansia ho utilizzato la Modifield Yale Preoperative Anxiety Scale – short form.

Si tratta di una scala di valutazione dell'ansia nel bambino, abitualmente usata in vari ambiti fra cui l'ambiente chirurgico.

L'intervento chirurgico porta in sé oltre che conseguenze fisiche anche

conseguenze fisiologiche ed emotive avverse: l'utilizzo di questa scala, peraltro già utilizzata in precedenti lavori in bambini sottoposti a comunicazione ipnotica, permette di indagare, rapidamente ma efficacemente, anche in tempi ravvicinati lo stato d'ansia in relazione a vari aspetti.

Essa infatti indaga 4 aree principali: il grado di movimenti fisici, le vocalizzazioni, l'espressività emozionale e il grado di attivazione e ogni dominio include vari items.

Table 2. Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (m-YPAS).

Domain: activity	
1	Looking around, curious, playing with toys, reading (or other age-appropriate behavior); moves around holding area/treatment room to get toys or go to parent; may move toward OR equipment
2	Not exploring or playing, may look down, may fidget with hands or suck thumb (blanket); may sit close to parents while waiting, or play has a definite manic quality
3	Moving from toy to parent in an unfocused manner, non-activity derived movements, frenetic/frenzied movement or play; squirming, moving on table, may push mask away
4	Actively trying to get away, pushes with feet and arms, may move whole body; in waiting room, running or unfocused, not looking at toys or will not separate from parent
Domain: vocalizations	
1	Reading (nonvocalizing appropriate to activity), asking questions, making comments, babbling, laughing, readily answer questions but may be generally quiet; child too young to talk in social situations or too engrossed in play to respond
2	Responding to adults but whispers, "baby talk," only head nodding
3	Quiet, no sound or responses to adults
4	Whimpering, moaning, groaning, silently crying
5	Crying or may be screaming "no"
6	Crying, screaming loudly, sustained (audible through mask)
Domain: emotional expressivity	
1	Manifestly happy, smiling or concentrating on play
2	Neutral, no visible expression on face
3	Worried (sad) to frightened, sad worried, or tearful eyes
4	Distressed, crying, extremely upset, may have wide eyes
Domain: state of apparent arousal	
1	Alert, looks around occasionally, notices /watches anesthesiologist (could be relaxed)
2	Withdrawn child sitting still and quiet, may be sucking on thumb and face turned in to adults
3	Vigilant looking quickly all around, may startle to sounds, eyes wide, body tense
4	Panicked whimpering, may be crying or pushing others away, turns away

CASI CLINICI

Ho deciso di portare come esempio due casi clinici in cui è stato applicato in uno il magic glove e nel secondo il pleasure place.

CASO 1

Greta 5 anni, accede al pronto soccorso a seguito di una ferita alla gamba destra, procuratasi giocando con il fratellino.

All'arrivo in ambulatorio, la bimba, in braccio alla mamma, osserva l'ambiente, un po' timorosa. La mamma dimostra di essere collaborativa e cerca di tranquillizzarla.

Si comincia ad interagire con la bimba, le chiedo se si chiama Greta, se la persona che la tiene in braccio è la sua mamma e le chiedo se i sandaletti che sta indossando sono rosa come quelli delle principesse, in modo tale da mettere la bimba a proprio agio e iniziare con i " yes set".

Un po' più esplorativa ne approfitto per mostrarle i vari strumenti magici presenti (saturimetro, monitor, lampada scialitica....) e viene convinta a sedersi sul lettino.

A Greta, la cui attenzione a quel punto era più focalizzata sugli oggetti che sulla sua ferita e sulla sua paura, mostro quello che ho in tasca, tirando fuori alcuni oggetti, uno alla volta, fra cui un guanto di lattice normale e chiedendole se li conosce e sa come si chiamano. Infine, tiro fuori il cosiddetto "guanto magico", lei mi guarda perplessa, perché non vede nulla e io le dico " ma brava! Hai già scoperto il trucco! " Le spiego che quello è un guanto magico, che è invisibile, e che me l'ha lasciato giusto quella mattina la Donna Invisibile dei Fantastici Quattro (i supereroi!) che ha il superpotere di essere lei invisibile, di far diventare invisibili anche gli oggetti i quali acquisiscono a loro volta dei superpoteri: il superpotere che le darà, una volta messo, sarà quello di sentire solo un lieve fastidio. Le dico di chiudere gli occhi e di fare dei bei respiri profondi

e le spiego che le devo infilare il guanto magico nella mano che lei preferisce, e che per metterlo meglio si deve stendere. Si posiziona sul lettino e mentre le infilo, il guanto magico, dito per dito, le spiego che quello è come quello delle principesse e lei lo può vedere di qualsiasi colore e forma... nel frattempo la mia infermiera comincia a medicarla e mi prepara l'anestetico locale per la sutura. Continuo ad interagire con la piccola e, un po' descrivo, inventando, una favola con la principessa scelta, un po' mi supporta lei con la sua descrizione del mondo incantato che sta "vedendo", le dico di guardare la mano che ha il guanto se sente fastidio, e procedo con la sutura senza problemi. Alla fine, le dico che adesso è ora di sfilare il guanto, sempre dito per dito, e conto -5, -4, -3, -2, -1... e che può riaprire gli occhi. Nel frattempo lei è stata suturata ed è stato applicato il cerotto di protezione.

Anche la mamma osserva la scena incuriosita e Greta può andare a casa avendo sperimentato non un ambiente ostile ma un ambiente in cui ha vissuto un'esperienza non traumatizzante.

Il viso preoccupato della bimba all'ingresso in ambulatorio, lascia ora il posto ad un viso rilassato, sorridente e la bimba saluta con la manina, ringraziando, su suggerimento della mamma.

CASO 2

Giovanni, 11 anni, accede al Pronto Soccorso con una ferita in sede frontale destra, avvenuta mentre saltava un ostacolo.

Accede con una accompagnatrice del gruppo di giovanissimi con cui si trova in vacanza e quindi senza il supporto emotivo dei genitori.

La ferita necessita di essere suturata ma all'arrivo al triage dichiara di rifiutare categoricamente il posizionamento dei punti di sutura. E' tranquillo, ma risoluto.

Durante l'attesa, prima di approcciarlo recupero alcune informazioni base dal triagista.

Successivamente lo avvicino gli chiedo come si chiama, chi è la sua accompagnatrice e se è in vacanza (yes set); gli chiedo se fa sports e mi dice che il calcio e lo sci sono i suoi preferiti, che la sua squadra del cuore è la Juventus e che il suo giocatore preferito è Cristiano Ronaldo. Cerco di metterlo a proprio agio e poi lo lascio tornare in sala d' attesa.

Dopo pochi minuti, e dopo aver informato il personale su come avremmo proceduto, lo vado a chiamare (per nome) e lo faccio accomodare sul lettino dell'ambulatorio. Mi siedo su una sedia a fianco del lettino in modo tale che mi veda alla sua altezza e gli dico che la ferita va medicata e quindi tolgo il cerotto, e che lui si può mettere steso, concentrarsi sulle mie parole e sul suo respiro, cosicchè sentirà solo un lieve fastidio, e gli spiego come deve fare. All'inizio ha delle domande da porre e interrompe la respirazione ma poi riprendo la sua attenzione e lo faccio rifocalizzare sul respiro. Successivamente gli dico anche di stringere le sue mani pensando come di avere una calamita che avvicina le dita, che, quando si toccheranno anche gli occhi potranno chiudersi. Gli ratifico i vari movimenti delle palpebre e del respiro che noto e gli dico che le dita che si toccano gli daranno delle grandissime abilità come calciatore e che farà una partita con la sua squadra del cuore e che ci sarà anche Ronaldo. Gli chiedo che partita giocherà, e lui, ad occhi chiusi, mi dice che è la finale della Coppa dei Campioni in cui giocano Juventus contro Real Madrid. Quando il personale è pronto gli dico che la partita è iniziata e gli chiedo se Ronaldo è in forma (mi risponde che lui è sempre in forma!). Giovanni gioca nella fascia laterale, Ronaldo come attaccante e spesso si passano la palla fra loro. Quando sente pizzicare (mentre vengono posizionati i punti di sutura) gli suggerisco di stringere le dita che gli davano il superpotere. La partita prosegue vengono fatti due goal (uno da Ronaldo e uno da Giovanni, in rovesciata!), ad un certo punto gli chiedo se ci sono anche altri giocatori e come si chiamano e mi dice che ci sono e uno di questi è

Buffon. A questo punto l'accompagnatrice, che fino a quel momento era stata in silenzio, interviene e gli dice che Buffon non gioca più alla Juventus; dico a Giovanni che nella sua meravigliosa partita può scegliere lui chi far giocare e lui prosegue facendo rimanere in partita anche Buffon. La partita termina con la vittoria della Juventus e con essa termina anche il posizionamento dei punti di sutura (gli avevo suggerito precedentemente i minuti che progressivamente mancavano alla fine della partita). Gli suggerisco di guardare gli spalti dello stadio, di guardare e sentire tutte le persone che li acclamano e che esultano e mi dice che le vede, lo rinforzo dicendogli che è stato bravissimo e che è il momento di andare ad alzare la coppa dei Campioni e ci va, con Ronaldo, alzandola assieme a lui. Quando tutto è finito lui appare sorridente e si alza dal lettino! In fin dei conti una partita con il proprio beniamino e la vincita della Coppa dei Campioni non capitano certo tutti i giorni!

DISCUSSIONE

Le distorsioni, le fratture, le ferite e la conseguente necessità di posizionare immobilizzazioni e punti di sutura costituiscono una delle cause più frequenti di accesso per patologia traumatica dei bambini al Pronto Soccorso.

La gestione del dolore nel bambino e soprattutto dell'ansia e della paura associate spesso mettono in difficoltà il servizio necessitando la presenza di un numero maggiore di operatori rispetto al trattamento della stessa patologia nell'adulto.

Spesso poi, anche i genitori stessi si trovano a doversi confrontare con i propri timori e preoccupazioni e talvolta risultano scarsamente supportivi per i piccoli.

Inoltre, per evitare che il bimbo pianga disperato e si dimeni durante le procedure sempre più spesso si tende a ricorrere alla sedazione farmacologica che, se da un lato, permette agli operatori di lavorare in urgenza e di poter svolgere la procedura necessaria con il bimbo fermo, dall'altro porta con sé altri svantaggi quali la necessità di attendere l'effetto del farmaco sedativo, la sorveglianza post sedazione e la gestione degli eventuali effetti collaterali dei farmaci somministrati.

La necessità e il desiderio di trovare, in Pronto Soccorso, delle metodiche alternative, di tipo non farmacologico, in cui modificare l'esperienza traumatica del bambino rispetto alla ferita, alla vista del sangue, allo sguardo preoccupato del genitore o del caregiver, della medicazione e della sutura mi ha portato a focalizzare la tesi su questo aspetto.

La presentazione di questi due casi clinici (Giovanni è stato il primo bimbo su cui ho provato ad applicare la comunicazione ipnotica!) mi ha confermata sulle potenzialità di questa metodica nel trattamento dell'ansia e del dolore procedurale nei bambini.

In entrambi i casi, trattandosi di patologie traumatiche avvenute poche decine di minuti prima, non era stato possibile realizzare un vero e proprio incontro di conoscenza precedente ma la possibilità di sfruttare ed applicare le conoscenze acquisite in merito alla comunicazione ipnotica, ha permesso di ottenere lo stesso buoni risultati.

In Greta, in Giovanni e nei pazienti successivi, i punteggi nelle scale per il dolore e dell'ansia pre e post procedurali sono scesi di almeno 3 punti, in accordo con precedenti lavori e i bimbi sono stati dimessi avendo vissuto un'esperienza alternativa di cura, di minor impatto emotivo e con un ricordo meno traumatico di quello che sarebbe avvenuto se fosse stata necessaria la contenzione fisica o comunque con le procedure abituali.

Greta ad esempio, in accordo con la Wong-Baker Faces Pain Rating Scale presentava un punteggio di 4-5 iniziale ed è stata dimessa con punteggio 0 ed anche alla scala m YPAS ha presentato un miglioramento in tutti e quattro i domini (da punteggio 2 a punteggio 1 in ciascun dominio).

A Giovanni, in accordo con l'età, sono state applicate le valutazioni NRS e VAS per la valutazione del dolore e, all'ingresso in ambulatorio, presentava valori rispettivamente di 6 e di 5/6. Dopo il trattamento il valore era sceso a 1 in entrambe. Anche Giovanni ha ridotto i punteggi dopo il trattamento alla scala m YPAS.

L'analisi di questi due casi, presi come esempi di discussione, mi ha fatto riflettere su alcuni aspetti suscettibili di un mio personale miglioramento nella procedura.

In Greta, la presenza del guanto magico e della mamma supportiva e tranquilla si sono rivelate di estrema importanza; nell'applicazione della procedura ho sperimentato anche con bimbi di minore età, che il sovraccarico sensoriale è molto utile.

In Giovanni, nel timore che all'inizio rifiutasse anche solo di sedersi sul

lettino, avrei forse dovuto dargli qualche spiegazione più approfondita su quello che avremmo fatto alla sua ferita e verosimilmente questo lo ha fatto stare maggiormente in allerta all'inizio (facendo scendere anche qualche lacrima ma senza muoversi) anche se in generale l'esperienza è stata nel complesso positiva.

E' stato infine molto interessante notare gli sguardi, l'attenzione, l'interesse e l'emozione con cui venivano seguite le varie fasi e la soddisfazione finale non solo fra il personale presente in ambulatorio, ma anche negli accompagnatori dei piccoli pazienti.

CONCLUSIONI

La preoccupazione, la paura, il panico e l'iperattivazione sono tutte manifestazioni comuni di ansia nel bambino che si accentuano quando per necessità accede al dipartimento di Emergenza.

Sempre più evidenze scientifiche supportano l'utilizzo della comunicazione ipnotica e dell'ipnosi in associazione a tecniche di rilassamento, terapia cognitivo-comportamentale, mindfulness e tecniche di distrazione come ausilio per il trattamento di molte patologie e nelle procedure medico chirurgiche al fine di migliorarne i risultati.

Studi inizialmente condotti negli adulti negli ultimi anni vengono estesi anche nei bambini con ottimi risultati.

La particolare curiosità, fantasia e creatività dei bambini spinge sempre più la ricerca ad identificare procedure, tecniche e metodi adatti ai piccoli pazienti.

L'utilizzo dell'ipnosi con i bambini più piccoli richiede un approccio attivo e flessibile pertanto numerosi corsi e progetti, ad esempio il metodo [Rel@x](#), vengono pensati ed organizzati in modo più o meno standardizzato per il personale che si occupa di bambini negli ambienti di cura, con il duplice obiettivo da un lato di migliorare l'esperienza dei piccoli pazienti che, in caso di patologie croniche o gravi, devono sottoporsi periodicamente a procedure invasive e dall'altro con l'obiettivo di ridurre l'ansia e l'impotenza degli operatori di fronte alle sofferenze dei bambini, ottenendone anche una maggior gratificazione professionale. Tali metodiche possono essere utilizzate, con accorgimenti specifici del luogo, anche nei dipartimenti di emergenza.

Tuttavia, pur con evidenze scientifiche sempre più numerose, l'attenzione e il desiderio di migliorare questo aspetto di cura risulta ancora carente in

molti centri e un numero sempre maggiore di operatori manifesta il desiderio di essere formato sui trattamenti non farmacologici nella gestione del dolore e dell'ansia procedurale, specie nella cura dei bambini. La revisione della letteratura più recente e l'applicazione delle procedure suggerite nei vari studi, mi ha permesso di cominciare ad applicare con soddisfazione dei piccoli pazienti e mia personale, la comunicazione ipnotica nella gestione della piccola traumatologia nel mio ambiente di lavoro.

L'attenzione a ciò che il paziente comunica nei pochi minuti precedenti al trattamento, l'individuazione del suo canale sensoriale preferito (uditivo, visivo o cenestetico), l'identificazione delle sue preferenze, dei suoi beniamini e supereroi, delle sue caratteristiche personali sono tutti fattori indispensabili per una buona comunicazione ipnotica con i bambini.

L' utilizzo ripetuto e costante, quando possibile, mi sta permettendo di individuare i miei punti di forza e quelli di miglioramento nella tecnica che va basata su ogni singolo individuo.

Per quanto riguarda la mia personale esperienza mi sto rendendo conto che ogni volta che utilizzo questo strumento comunicativo non solo regalo un'esperienza nuova, diversa e poco traumatica ai piccoli pazienti, ma loro stessi con la loro fantasia regalano a me emozioni e soddisfazioni che stanno arricchendo non solo me stessa, ma anche il mio lavoro e la mia gratificazione professionale.

Poichè tutti i professionisti sanitari che si prendono cura dei bambini dovrebbero essere consapevoli del potere delle parole nell'influenzare (nel bene e nel male) la loro salute fisica e mentale, sarebbe auspicabile una strategia comune di approccio, e quindi formazione dedicata, a tutto il personale- che interagisce con loro- al fine di creare un clima sereno, un miglioramento terapeutico e un rapporto di soddisfazione reciproca.

APPENDICE

SKILL PRACTICES TO USE WITH COMFORT KITS



Skill 4: Feel Better - Imagination Fun!

What does this help? Worries, fatigue, pain, trouble sleeping.

What is it? This is a way to make your own story. You have an amazing brain! Your brain listens to what you are thinking about.

- Thinking about sad stuff makes you feel sad! Thinking about things that worry you will make you feel nervous. Thinking about your pain or frustration about not being able to sleep will just make you feel worse.
- Thinking of pleasant things will help you feel better and more comfortable

What items do you need?

You have a built-in tool right inside of you all the time – ***your mind***. You don't really need anything else! If you want, you could look at your ***favorite photos or pictures*** from books of things that you enjoy doing or places where you would like to be. Maybe you will use the ***finger puppet*** to tell you a story!

How to do it?

- Take 3 to 5 slow deep belly breaths and close your eyes.
- Time for a journey in your imagination! Where would you like to go?
- Where would you rather be if you could be anywhere else in the world? Pretend that you are somewhere else. You can imagine yourself anywhere you would like to be. Maybe...
 - At a happy place with your family or best friends.
 - Playing sports
 - Listening to someone tell you a happy story
 - Listening to music
 - Playing with your cat or dog

- In the future feeling healthy and having fun
 - Pretend to be there ... as if it was really happening ... inside your mind
- Imagine everything that makes this experience the way you want it to be
 - What do you smell?
 - What do you taste?
 - What do you hear?
 - How does it feel when you touch something there?
- Notice how comfortable your body feels when you're imagining yourself in this place you like and doing something that you enjoy. Imagination works best with your eyes closed, but after you've done it a few times, you'll see that you can also imagine with your eyes open. Because imagination happens inside your mind, you're the boss of it.

When to use it?

Any time you are uncomfortable or in pain, when you can't sleep, when you are nervous, stressed, or worried.

BIBLIOGRAFIA

1. Pendergrast RA. Incorporating Hypnosis into Pediatric Clinical Encounters. *Children (Basel)*. 2017 Mar 16;4(3):18
2. Granone F. *Trattato di ipnosi*, 1994
3. P.M. Barnes, B. Bloom, R.L. Nahin, *Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007, 2008* Dec 10. Report No.: 2164- 8344 Contract No.: 12
4. T. Gansler, C. Kaw, C. Crammer, T. Smith, A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors: a report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors, *Cancer* 113 (5) (2008) 1048–1057
5. J.M. Fouladbakhsh, M. Stommel, Comparative analysis of CAM use in the US cancer and noncancer populations, *J. Compl. Integr. Med.* 5 (1) (2008)
6. O.S. Palsson, Z. Kekecs, G. De Benedittis, D. Moss, G. Elkins, D.B. Terhune, et al., Current practices, experiences, and views in clinical hypnosis: findings of an international survey, *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 71 (2) (2023) 92–114
7. D. Geagea, Z. Tyack, R. Kimble, V. Polito, B. Ayoub, D.B. Terhune, et al., Clinical hypnosis for procedural pain and distress in children: a scoping

review. *Pain Med.*(2022)

8. K. Gow, C. Mackie, D. Clohessy, T. Cowling, R. Maloney, D. Chant, Attitudes and opinions about hypnosis in an Australian city, *Aust. J. Clin. Exp. Hypn.* 34 (2)(2006) 162

9. N.P. Spanos, J.D. McPeake, Involvement in everyday imaginative activities, attitudes toward hypnosis, and hypnotic suggestibility, *J. Pers. Soc. Psychol.* 31(3) (1975) 594–598

10. J.P. Green, Beliefs about hypnosis: popular beliefs, misconceptions, and the importance of experience, *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 51 (4) (2003) 369–381

11. A. Capafons, M.E. Mendoza, B. Espejo, J.P. Green, C. Lopes-Pires, M.L. Selma, et al., Attitudes and beliefs about hypnosis: a multicultural study, *Contemp. Hypn.* 25 (3-4) (2008)

12. Geagea D, Tyack Z, Kimble R, Polito V, Ayoub B, Terhune DB, Griffin B. Clinical Hypnosis for Procedural Pain and Distress in Children: A Scoping Review. *Pain Med.* 2023 Jun 1;24(6):661-702

13. I. Kirsch, The altered state issue: dead or alive? *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 59 (3)(2011) 350–362

14. S.W. Derbyshire, M.G. Whalley, V.A. Stenger, D.A. Oakley, Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain, *Neuroimage* 23 (1) (2004) 392–401

15. G. De Benedittis, Neural mechanisms of hypnosis and meditation. *J. Physiol. Paris* 109 (4–6) (2015) 152–164

16. S. Grof, *The Adventure of Self-Discovery: Dimensions of Consciousness and New Perspectives in Psychotherapy and Inner Exploration*, Suny Press, 1988.

17. Gary R Elkins, Arreed F Barabasz, James R Council, David Spiegel

Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* . 2015;63(1):1-9

18. Antonio Del Casale, Alessandro Alcibiade, Clarissa Zocchi, Stefano Ferracuti (2024). Neural correlates of hypnosis. In J. H. Linden, G. De Benedittis, L. I. Sugarman, & K. Varga (Eds.), *The Routledge international handbook of clinical hypnosis* (pp. 233–243)

19. Lauder G, Kuttner L. Innovative change not as yet fully integrated in pediatric anesthesia. *Paediatr Anaesth*. 2024 Aug;34(8):697-700.

20. Bastek V, van Vliet M. A whole new world of healing: exploring medical hypnotherapy for pediatric patients : A review. *Eur J Pediatr*. 2023 Jul;182(7):3021-3032

21. Kaiser P, Kohen DP, Brown ML, Kajander RL, Barnes AJ. Integrating Pediatric Hypnosis with Complementary Modalities: Clinical Perspectives on Personalized Treatment. *Children (Basel)*. 2018 Aug 7;5(8):108

22. Schmidt B, Thomas C, Göttermann A, Meißner W, Geißler K, Guntinas-Lichius O, Schirrmeister A. Reducing Perioperative Anxiety and Postoperative Discomfort in Children With Hypnosis Before Tonsillotomy and Adenoidectomy: A Prospective Randomized Trial. *Health Sci Rep*. 2025 Mar 9;8(3)

23. Thibault A, Rainville P, Rei N. Evidence-based practice of hypnosis in dentistry: Narrative summary of reviews and meta-analysis. *Am J Clin Hypn*. 2025 Mar 13:1-17

24. Girón CB, Ramírez-Carrasco A, Cappello OS, Pozos-Guillén A, Pierdant-Pérez M. The efficacy of hypnosis compared with the tell/show/do technique for the reduction of anxiety/pain in children undergoing pulpotomies: a randomized controlled trial. *J Clin Pediatr Dent*. 2024 Jan;48(1):69-77

25. Xiangrong Kong, Ning Song, LuluChen and Yuemei Li. Non-pharmacological interventions for reducing dental anxiety in pediatric dentistry: a network meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2024 Sep 28;24(1):1151

26. Motallebi A, Fathi M, Mazhari F, Hoseinzadeh M, Parisay I. Hypnosis and nitrous oxide impact on the school aged patients' anxiety and cooperation candidate for tooth extraction: A randomized clinical trial. *Heliyon*. 2024 Jul 26;10(15):e35223
27. Raquel Torres-Luna, María Carmen Sellán Soto, Francisco Reinoso-Barbero. Analgesic efficacy of clinical hypnosis in pediatric patients following orthopedic surgery. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2025 Apr;102(4):503831
28. Loeffen EAH, Mulder RL, Font-Gonzalez A, Leroy PLJM, Dick BD, Taddio A, Ljungman G, Jibb LA, Tutelman PR, Lioffi C, Twycross A, Positano K, Knops RR, Wijnen M, van de Wetering MD, Kremer LCM, Dupuis LL, Campbell F, Tissing WJE. Reducing pain and distress related to needle procedures in children with cancer: A clinical practice guideline. *Eur J Cancer*. 2020 May;131:53-67
29. Geagea D, Ogez D, Kimble R, Tyack Z. Demystifying hypnosis: Unravelling facts, exploring the historical roots of myths, and discerning what is hypnosis. *Complement Ther Clin Pract*. 2023 Aug;52:101776
30. Amedro P, Gavotto A, Gelibert D, Fraysse V, De La Villeon G, Vandenberghe D, Bredy C. Feasibility of clinical hypnosis for transesophageal echocardiography in children and adolescents. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019 Feb;18(2):163-170
31. Baaleman DF, Vriesman MH, Koppen IJN, Osborne KM, Benninga MA, Saps M, Yacob D, Lu PL, Woodley FW, Di Lorenzo C. Hypnosis to Reduce Distress in Children Undergoing Anorectal Manometry: A Randomized Controlled Pilot Trial. *J Neurogastroenterol Motil*. 2022 Apr 30;28(2):312-319
32. Browne PD, de Bruijn CMA, Speksnijder EM, Hollander BD, van Wering HM, Wessels MMS, Groeneweg M, Goede J, Frankenhuis C, Tromp E, Benninga MA, Vlieger AM. Skills or Pills: Randomized Trial Comparing

Hypnotherapy to Medical Treatment in Children With Functional Nausea. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022 Aug;20(8):1847-1856

33. Ho KY, Lam KKW, Xia W, Liu Q, Chiu SY, Chan GCF, Li WHC. Systematic Review of the Effectiveness of Complementary and Alternative Medicine on Nausea and Vomiting in Children With Cancer. Cancer Nurs. 2025 Mar-Apr 01;48(2):89-98

34. Gasteratos K, Papakonstantinou M, Man A, Babatsikos E, Tamaloni A, Goverman J. Adjunctive Nonpharmacologic Interventions for the Management of Burn Pain: A Systematic Review. Plast Reconstr Surg. 2022 May 1;149(5): :985e-994e

35. Gillum M, Huang S, Kuromaru Y, Dang J, Yenikomshian HA, Gillenwater TJ. Nonpharmacologic Management of Procedural Pain in Pediatric Burn Patients: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Burn Care Res. 2022 Mar 23;43(2):368-373

36. Zavlanou C, Savary V, Mermet S, Sander D, Corradi-Dell'Acqua C, Rudrauf D, Tisserand Y, Sahyoun C. Virtual reality vs. tablet for procedural comfort using an identical game in children undergoing venipuncture: a randomized clinical trial. Front Pediatr. 2024 May 13;12:1378459

37. Marie-Madeleine Polomeni, Thomas Huguet, Maryline Mariotti, Claire Larcher, François Delort, Vincent Minville, Delphine Kern. Avoiding pain during propofol injection in pediatric anesthesia: Hypnoanalgesia of the hand versus intravenous lidocaine. Paediatr Anaesth. 2024 Aug;34(8):742-749

38. Aarts LAM, van Geffen GJ, Smedema EAL, Smits RM. Therapeutic communication improves patient comfort during venipuncture in children: a single-blinded intervention study. Eur J Pediatr. 2023 Sep;182(9):3871-3881

39. Aramideh J, Ogez D, Rondeau É, Duval M, Sultan S. Development and refinement of Rel@x:A training in hypnosis-derived communication for pediatric nurses to prevent procedural pain. *Br J Pain*. 2022 Oct;16(5):546-559
40. Sultan S, Duval M, Aramideh J, Bóthe B, Latendresse A, Bedu M, Lévesque A, Rondeau É, Le May S, Moussa A, Bourque CJ, Tsimicalis A, Doré Bergeron MJ, Trottier ÉD, Gravel J, Ogez D. Training healthcare professionals in hypnosis-derived communication to mitigate procedural pain in children. *Sci Rep*. 2025 Mar 10;15(1):8266
41. Daniel P. Kohen, Karen Olness, *Hypnosis with Children*, 5 th Edition, December 19, 2022
42. L. Lombard: A vision to enhance self-regulation in children: The promise of pediatric hypnosis, *Am J Clin Hypn* . 2024 Nov;66(4):316-322

