



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

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

**IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA NELLA RIABILITAZIONE DEL
PIANO PELVICO DEI BAMBINI CON DISFUNZIONI VESCICALI**

Anno 2024

CANDIDATO

Dott.ssa Simona Straziuso

CO-RELATORE

Dott. Vincenzo Domenichelli

RELATORE

Dott.ssa Donatella Croce

*A mio marito,
che ha saputo trovare forza e felicità
in ogni forma di bellezza*

Indice

1. IPNOSI E IL BAMBINO

2. LE DISFUNZIONI VESCICALI PEDITRICHE

3. LA RIABILITAZIONE DEL PIANO PELVICO

3.1 il nostro ambulatorio

3.2 il Biofeedback

3.3 la stimolazione del nervo tibiale posteriore

4. I CASI CLINICI: la nostra esperienza dell'ipnosi nella riabilitazione

CAPITOLO 1

L'IPNOSI E IL BAMBINO

La frase magica che mi ha avvicinato all'ipnosi è stata detta dal mio Direttore, il

Dott. Vincenzo Domenichelli:

“Simona l'ipnosi la fai tu, se non vuoi essere ipnotizzata, nessuno mai ci riuscirà, ma se lo vuoi tu, avverrà...”

Si è aperto un mondo davanti ai miei occhi, finalmente qualcuno mi diceva che potevo andar via, fuggire, scappare, prendermi una pausa, respirare aria pura...qualsiasi cosa mi allontanasse da un momento, difficile da vivere, di tensione, di sofferenza, di imbarazzo, di rabbia, di dolore...

E così la magia è iniziata.

La mia esperienza si è subito proiettata sul bambino, anche lui può, più di noi, perché ha una grande capacità di immaginazione.

Ho cercato e ho trovato¹⁻²

La letteratura dice che i bambini sono più facilmente ipnotizzabili degli adulti e l'ipnositerapia come metodo risponde alle esigenze di sviluppo generali dei bambini affrontando la loro capacità di fantasia e immaginazione³.

E così è stato.

I bambini vivono di continuo realtà diverse, inventate dalla necessità di creare il loro mondo, che non è quello degli adulti, troppo complicato, troppo grande e incomprensibile.

La capanna, l'amico immaginario, il travestimento, il "facciamo finta che", sono tutti strumenti di fuga del bambino che sa di dover preservare se stesso, da un mondo che gira troppo in fretta.

L'ipnosi a mio avviso è un superpotere, e come non attrarre così il bambino?

E' opportuno precisare che l'ipnosi in età evolutiva non è assimilabile a quella nell'adulto in quanto è un'abilità condizionata dallo sviluppo delle aree mentali: cognitiva, sociale, immaginativa, critica.

Nei primi tre anni di vita si parla di "protoipnosi" (J.R. Hilgard, A.H. Morgan 1978); uno stato di assorbimento dell'attenzione e rilassamento del bambino in seguito ad alcune manovre di accudimento come carezze, coccole, ninna nanne.

Nel periodo dai 4 agli 8 anni il bambino può entrare in trance con il coinvolgimento dell'immaginazione (termine indicato come "coinvolgimento immaginativo" di Josephine Hilgard). Tuttavia anche questa forma di ipnosi è ancora immatura poiché lo stato modificato di coscienza è solo una estensione delle idee e delle fantasie che si originano nel bambino mentre gioca. Dai 9 ai 12 anni, le aree mentali cognitive, della immaginazione e della critica, sono sufficientemente mature per considerare l'abilità ipnotica simile a quella dell'adulto. In questa fascia di età, la ipnotizzabilità è massima, per poi decrescere man mano che si sviluppa il pensiero astratto. Scriveva Erickson: "La capacità d'immaginazione eidetica del bambino, la sua prontezza, la sua avidità e il reale bisogno di imparare sempre qualcosa di nuovo, il suo desiderio di capire e di prendere parte alle attività del mondo che lo circonda, e le occasioni che gli vengono offerte dai giochi di finzione e di imitazione, tutte queste cose lo mettono in grado di rispondere in maniera competente e soddisfacente alle suggestioni ipnotiche" Per quanto attiene all'utilizzo dell'induzione ipnotica in età pediatrica, è necessario non dimenticare l'ammonimento di Granone che è quello di operare con prudenza per evitare che il bambino vada incontro a fenomeni dissociativi.

Ultima considerazione, così importante da poter essere considerata una costante:
la fiducia nella relazione, in qualsiasi età del paziente, è la “condicio sine qua non”
per realizzare l’ipnosi e la comunicazione ipnotica⁴⁻⁵.

CAPITOLO 2

LE DISFUNZIONI VESCICALI PEDIATRICHE

In contemporanea alla crescita sociale dell'individuo, si è posta sempre più attenzione alle problematiche di disfunzione urinaria e intestinale del bambino.

Se nel passato “bagnare il letto” o “sporcare le mutandine” per un bambino veniva considerata una condizione “fastidiosa” ma comprensibile data l'età, oggi rappresenta un vero disagio sociale sia per il bambino che per i genitori.

Sintomi quali pollachiuria, urgenza, incontinenza da urgenza, mitto debole, esitazione, infezione delle vie urinarie, stipsi severa, incontinenza fecale, soiling sono comuni sia a bambini con patologia organica dell'apparato urinario (valvole dell'uretra posteriore, valvole dell'uretra anteriore, ectopia ureterale, ureterocele, reflusso vescico-ureterale, diverticoli vescicali, etc), a bambini sottoposti ad una chirurgia pelvica (malformazioni ano-rettali, masse pelviche, etc), a bambini affetti da neuropatie (spina bifida, meningocele, mielomeningocele, lipoma midollare, trauma midollare, etc), ma anche a bambini in cui tali disturbi sono su

base funzionale senza riconoscere una causa organica sottostante.

L' International Children's Continence Society (ICCS), ha coniato il termine LUTD (lower urinary Tract dysfunction) per raggruppare insieme tutti i problemi di incontinenza urinaria su base funzionale in età pediatrica. Vista la correlazione tra attività vescicale e intestinale, i disturbi concomitanti della funzione vescicale ed intestinale vengono definiti come disfunzione vescico-intestinale (BBD - bladder-bowel dysfunction). BBD è definizione generica nell' ambito della quale possono essere distinte e specificate il tipo di LUTD e di disfunzione intestinale. Sebbene i dati esatti non siano disponibili, l'incidenza delle LUTD è in aumento. La maggior consapevolezza e possibilità di accedere a servizi sanitari specializzati possono giustificare questa osservazione. La prevalenza riportata varia ampiamente tra il 2 e il 20%. Questa ampia variazione può riflettere la variabilità della terminologia utilizzata per definire la presenza o meno di LUTD. In studi recenti, disfunzioni intestinali sono presenti in più del 50% dei bambini che soffrono di LUTD.

I LUTD sono ritenuti un'espressione di una incompleta o ritardata maturazione del complesso vescica-sfintere. Il normale controllo della continenza vescicale

diurna matura entro i 2-3 anni di vita, mentre il controllo notturno è raggiunto tra i 3 e i 7 anni di vita. Esistono 2 gruppi principali di LUTD: della fase di riempimento e di quella di svuotamento. Rispetto alla popolazione generale, le LUTD dell'età pediatrica presentano una più alta prevalenza di co-morbilità, come la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

Essendo il meccanismo della minzione molto complesso basato sulla coordinazione tra attività detrusoriale, sfinteriale, piano pelvico, è evidente che per definire bene la problematica sottostante sono necessari oltre la valutazione anamnestica (diario minzionale, PAD test, Bristol Stool Scale) e all'esame obiettivo anche un buon inquadramento strumentale delle caratteristiche della minzione per il singolo paziente.

In quest'ottica l'uroflussometria e l'esame urodinamico o la videourodinamica e la manometria anorettale, rappresentano degli strumenti fondamentali nell'inquadramento delle problematiche disfunzionali onde poter adattare un **programma terapeutico individualistico che oggi non si basa più solo sull'ausilio farmacologico ma anche e soprattutto su tecniche uroriabilitative (biofeedback, neurostimolazione).**

Le tecniche di uroriabilitazione hanno come obiettivo quello di far riconoscere prima e rinforzare successivamente i meccanismi neurologici alla base del controllo cosciente della minzione e della defecazione con ausili non invasivi.

Pertanto la valutazione specialistica di tali pazienti non è più solo finalizzata alla diagnosi ma si avvale di apparecchiature sofisticate che consentono di definire le caratteristiche del disturbo (grazie a studi di uroflussometria e videourodinamica) al fine di poter adattare su ogni singolo paziente il giusto percorso terapeutico riabilitativo⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

CAPITOLO 3

LA RIABILITAZIONE DEL PIANO PELVICO

3.1 Il nostro ambulatorio uroriabilitativo

Partendo dal concetto originario di riabilitazione intesa come il complesso delle misure mediche, fisioterapiche, psicologiche e di addestramento funzionale intese a migliorare o ripristinare l'efficienza psicofisica di soggetti portatori di minorazioni congenite o acquisite, da circa 10 anni io con altri due miei colleghi, ci occupiamo dell'ambulatorio di Urodinamica e Riabilitazione del piano pelvico. Si tratta di un ambulatorio specialistico a cui 2 volte alla settimana ci dedichiamo con impegno ed entusiasmo, cercando di creare percorsi migliorativi e nuove proposte che ogni anno contribuiscono alla crescita prestazionale di tale attività in ambito esclusivamente ospedaliero.

Ci siamo dedicati all'importanza dell'apprendimento e della comprensione dei nostri piccoli pazienti, con la lucidità di non essere insegnanti ma con la

consapevolezza di dover riuscire a trasmettere specifiche informazioni da immagazzinare.

Ci siamo quindi adattati e documentati sulla modalità di comunicazione con il bambino e sulla migliore tipologia di conversazione da utilizzare (Figura 1).

3.2 Il Biofeedback

La terapia di biofeedback è raccomandata per il trattamento delle disfunzioni urinarie e fecali.

E' una forma di riabilitazione muscolare che utilizza un dispositivo elettronico per identificare i muscoli del pavimento pelvico.

Utilizza un computer e strumenti elettronici per trasmettere informazioni uditive o visive al paziente sullo stato dell'attività dei muscoli pelvici.

La potenza di tale tecnica è quella di avere un feedback visivo immediato sull'attività dei muscoli del pavimento pelvico che il bambino sta eseguendo.

Pertanto rappresenta uno stimolo e conferma della corretta esecuzione delle contrazioni muscolari.

3.3 La stimolazione del nervo tibiale posteriore

Il nervo tibiale posteriore (NTP) è ramo del nervo sciatico che ha origine nelle radici lombari e sacrali (L4-S3) che trasporta nervi sia sensoriali che motori.

La stimolazione diretta della radice nervosa sacrale, riduce la vescica iperattiva e migliora l'iperattività del detrusore perché depolarizza le fibre afferenti somatiche sacrali e lombari inibendo l'attività del detrusore.

E' una tecnica consolidata nel trattamento delle disfunzioni urinarie delle vesciche NON neurogene.

(Approvazione FDA).

Molti studi retrospettivi ne descrivono l'efficacia anche nelle disfunzioni urinarie neurologiche¹²

Il protocollo in ambito pediatrico prevede:

- Intensità: fino a 10 mVolt
- Corrente: 1-10 milliAm
- Frequenza: 20 Hz
- Ampiezza di pulsazione: 200 millisec.
- Durata: 30 minuti
- 1-2 volte a settimana per almeno 6 settimane

CAPITOLO 4

I CASI CLINICI: LA NOSTRA ESPERIENZA DELL'IPNOSI NELLA RIABILITAZIONE

Introduzione: l'idea è stata di mettere a confronto la tecnica ipnotica a quella già nota e consolidata del biofeedback per l'apprendimento, la stimolazione e corretto utilizzo dei muscoli del piano perineale.

Materiali e Metodi: da aprile a luglio 2024 abbiamo reclutato ed applicato la tecnica dell'ipnosi a 4 pazienti, 3 dei quali affetti da un disturbo pervasivo dello sviluppo e al livello urinario da LUDS, in una bambina di origine organica e negli altri 3 di natura funzionale.

Citerò a parte un caso, ancora incompleto, perché ha iniziato da poco il ciclo riabilitativo, che rappresenta da sola l'essenza pura di tutto quello di cui stiamo parlando.

I valori che sono stati presi in riferimento sono stati:

- I. Tempo di Induzione (T.I.): il tempo di inizio alla contrazione
- II. Intensità di Contrazione (I.C.): forza di contrazione
- III. Tempo di Contrazione (T.C.): tempo di contrazione
- IV. Rilassamento (R): inizio rilassamento dopo la contrazione
- V. Schemi Complessi (S.C.): la capacità di eseguire contrazioni a diverse intestità.

Il metodo di verifica è stato il programma stesso del biofeedback che registrava il movimento e il rilassamento dei muscoli durante l'ipnosi.

Una valutazione soggettiva è stato l'utilizzo dei muscoli accessori durante la contrazione.

Risultati:

Tutti e 4 i bambini hanno eseguito gli esercizi in ipnosi.

Non vi sono state interruzioni durante l'utilizzo della procedura.

Dei 4 bambini, 2 bambini hanno rispettato il tempo di induzione alla contrazione dei muscoli e 2 no, presentando sempre un tempo di latenza all'inizio della contrazione di 2-3 secondi.

Tutti attraverso l'ipnosi hanno raggiunto la soggettiva soglia di contrazione che è sempre stata superiore o uguale a 10 microV (valore di contrazione ritenuto adeguato).

Il tempo di contrazione e il tempo di rilassamento dei muscoli sono stati rispettati come avviene durante il biofeedback.

In un caso si è riusciti a raggiungere lo schema complesso con l'ipnosi, senza invece raggiungerlo con il biofeedback, mentre in un altro caso è stato raggiunto con il biofeedback ma non con l'ipnosi.

Negli altri due casi sono stati eseguiti gli schemi complessi con entrambe le tecniche. (vedi tabella 1).

Secondo una mia valutazione, quindi assolutamente soggettiva, nessuno dei bambini ha utilizzato i muscoli accessori durante il lavoro dei muscoli pelvici in ipnosi, mentre molto più spesso ho valutato in loro l'utilizzo di tali muscoli durante il biofeedback.

Credo sia utile e piacevole la descrizione di ciascuna dell'esperienze ipnotiche vissute da questi bambini.

La prima è quella di Giorgia, 6 anni, affetta da una malformazione urinaria complessa, rara e grave, l'epispadia operata alla nascita.

Caratteristicamente questi bambini hanno una vescica piccola e poco contenitiva e compliante, presentano incontinenza.

Oltre ad un trattamento chirurgico di iniezione di botulino per rinforzare e rendere continente il collo vescicale (compromesso per la malformazione), abbiamo iniziato su Giorgia un programma di riabilitazione del piano pelvico.

Giorgia è affetta da una forma lieve di ADHD, ma è una bambina di una intelligenza e vivacità a mio parere rari.

Il mio approccio a tutti i bambini dello studio è stato chiedere quale fosse la cosa che più in assoluto piace fare nella loro vita, che più di tutte genera in loro gioia e così durante l'ipnosi poter accedere a questa cosa con l'immaginazione.

Giorgia mi ha risposto "giocare con il mio cane Atena".

Durante l'ipnosi quindi abbiamo ricreato il gioco di Giorgia e Atena: Giorgia lanciava il rametto lontano, Atena correva per prenderlo e quando lo trovava lo afferrava e lo stringeva forte tra i denti per non farlo cadere, era il momento in cui chiedevo a Giorgia come Atena **STRINGEVA** il rametto forte, allo stesso modo

lei STRINGEVA i suoi muscoli pelvici, poi Atena correva indietro da Giorgia col rametto in bocca e per tutto il tempo della corsa indietro di Atena, Giorgia manteneva stretti i muscoli, poi Atena arrivava da Giorgia, mollava il rametto e Giorgia mollava la sua contrazione.

La seconda bambina è Laila, più grande, 9 anni affetta da incontinenza diurna.

Laila adorava andare a giocare a bowling: il tiro della palla con lo strike corrispondevano alla contrazione del piano pelvico mentre la gioia e la soddisfazione che ne derivava erano i momenti di rilassamento del piano pelvico.

Sara la terza bambina, in realtà la più grande, ha 17 anni, affetta da un ritardo psicomotorio e incontinenza diurna saltuariamente e notturna.

Motivatissima nel voler risolvere il problema, corpo da ragazza, mente da bambina.

Mi dice che le piace andare a pattinare sul ghiaccio, ma spesso desiste perché ha paura delle altre persone sulla pista, vorrebbe averne uno solo per lei.

La sua mente ce lo permette, e così con Sara facciamo dei bellissimi salti e pirouette, in una pista da ghiaccio solo per lei, il salto è la contrazione dei muscoli, il godimento di averlo fatto è il rilassamento dei muscoli.

In ultimo Filippo, anche lui affetto da una forma lieve di ADHD con malformazioni associate (labiopalatoschisi). Presenta giggle incontinenza ed enuresi.

A Filippo piace tantissimo suonare la batteria. Eccoci allora dentro un'orchestra a suonare una musica bellissima, ovviamente rigorosamente scelta e sentita solo da lui (!)

Ad ogni assolo, associavamo la contrazione dei muscoli, e ad ogni fine prestazione il rilassamento nell'ascoltare lo strumento a seguire.

Abbiamo fatto diversi concerti nella testa con Filippo in quei mesi...

Infine vi parlo del caso accennato in coda agli altri, quello incompleto: Elisabetta.

Elisabetta ha 9 anni, è affetta dalla sdr di Down ed esegue minzioni soltanto indotte.

Con coraggio la reclutiamo per la riabilitazione.

La prima e la seconda seduta la bambina la esegue con i miei colleghi, bravissimi, tanto quasi da non accettare l'idea che con una condizione del genere, la riabilitazione è impossibile.

Mi affidano la bambina credendo e chiedendomi di applicare l'ipnosi su di lei.

Conosco anche io Elisabetta e la sua dolcissima mamma, i miei colleghi avevano ragione ad essere sfiduciati. Elisabetta non ha la minima idea del significato del movimento e della contrazione dei muscoli, neanche di quelli degli arti.

Impossibile suscitare in lei un risveglio o un minimo accenno muscolare al livello perineale.

Complice la madre, curiosa e attenta, propongo di utilizzare l'ipnosi, impresa ardua per Elisabetta che vuole solo parlare ed essere ascoltata.

La ascolto, e tra un respiro e l'altro, mi inserisco e le chiedo cosa le piace fare di più il giorno, mi risponde che non lo sa.

Apprendo però che ha una bambola Maggy alla quale è molto affezionata.

Le chiedo cosa fa quando è con Maggy, Elisabetta mi parla come se fosse la mamma della bambola, mi spiega che ha bisogno di dormire quando è stanca e che spesso vuole il ciuccio. Lo dice velocemente, capisco poco ma la madre è un valido aiuto.

Mi viene l'idea di suscitare in lei una grande motivazione per concentrarsi e le chiedo di chiudere gli occhi, rimanere in silenzio e pensare a Maggy nella sua culletta che piange perchè vuole la sua mamma.

Le dico che Maggy ha bisogno di essere presa in braccio e di essere stretta forte per sentirsi rassicurata.

“Dai un abbraccio forte forte a Maggy, stringi le braccia e stringi anche il culetto”, Elisabetta è concentratissima a fare il bene per la bambola, tanto che fa anche il suo, vediamo con la madre un accenno chiaro alla contrazione dei muscoli perineali.

La madre si commuove... e dentro il mio cuore anche io.

Elisabetta continua le sue sedute, siamo alla quinta, Maggy è sempre presente, Elisabetta più concentrata, si fida di me ed esegue contrazioni a comando.

In questo lavoro ho investito moltissima energia, anche emotiva, nei confronti dei bambini e nei confronti dei genitori ai quali ho proposto una tecnica a loro completamente sconosciuta, sebbene siano stati adeguatamente informati con una sintetica impegnativa consegnata all'atto del reclutamento riguardo l'ipnosi e la comunicazione ipnotica.

Mi hanno affidato i loro figli, hanno assistito alle procedure, mi hanno aiutato nel filmare qualche momento significativo concedendomi il loro consenso alla condivisione di immagini e tutto questo ha contribuito alla nascita di una

complicità inaspettata. La sensazione provata ad ogni prestazione riuscita dalla grandiosa mente di questi piccoli pazienti, è la prova che stiamo lavorando bene.

I genitori di questi bambini con LUDS sono caratteristicamente persone poco presenti in casa, che non hanno consapevolezza di quanto sia importante per i bambini la loro partecipazione. Spesso anche se da noi richiamati durante le sedute, approfittano di quell'ora per scrivere messaggi al cellulare.

Durante le sedute anche con il nostro aiuto riescono a coinvolgersi nelle piccole vittorie dei bambini, ma ogni volta che ho iniziato ad eseguire una ipnosi su di loro, hanno alzato l'attenzione, incuriositi o insospettiti.

Ho raccolto l'idea di ognuno dei casi trattati:

la madre di Giorgia mi ha detto che ha subito pensato potesse essere per lei un ulteriore strumento di autocontrollo.

La madre di Laila non si è espressa, ha detto che pensava rientrasse nel percorso riabilitativo e a lei andava bene così, poiché si fidava.

La madre di Sara mi ha comunicato tutta la sua riconoscenza, spigandomi che senza l'ipnosi, Sara non sarebbe mai arrivata a consolidare autonomamente il movimento della contrazione dei muscoli, perché per lei il Biofeedback era

“cercare di svolgere ancora una volta un compito”, l’ipnosi invece è stato un sogno in cui lei non si accorgeva di fare un lavoro.

La madre di Filippo, da subito incuriosita, mi ha chiesto di non smettere di praticare il ciclo, perchè l’ipnosi faceva molto bene al bambino che usciva dalla seduta tranquillo. Con lei siamo d’accordo che al prossimo ciclo (la riabilitazione prevede un secondo ciclo di rinforzo per 4 sedute), lavoreremo sull’ancoraggio.

La madre di Elisabetta? E’ ancora commossa, mi dice.

Conclusioni:

l’esperienza dell’ipnosi per la rieducazione del piano perineale si è dimostrata non solo una valida alternativa alla tecnica del Biofeedback, ma potrebbe risultare molto efficace nei pazienti affetti da disturbi del comportamento (come ad esempio ritardo psicomotorio, ADHD, autismo).

La tecnica dell’ipnosi inoltre potrebbe essere applicata al domicilio per lo svolgimento dell’esercizio in autonomia rispetto alla tecnica del biofeedback che prevede una progettazione ospedaliera del programma.

Infine la comunicazione ipnotica consente di raggiungere un grado di fiducia con queste tipologie di pazienti tale da poter accelerare la prima fase di consapevolezza del piano perineale.

Un percorso tutto da scoprire.

Figura 1

DURANTE LE CONVERSAZIONI È IMPORTANTE:

- ***Comunicare faccia a faccia***, per garantire uno scambio comunicativo che passi attraverso il canale verbale ma anche quello non verbale (fatto di espressioni facciali, gesti e movimenti del corpo).
- ***Parlare con un ritmo lento per favorire l'attenzione e l'ascolto del bambino***, facendo uso anche di variazione di intonazione per dare risalto alle parole e al significato delle frasi.
- ***Semplificare e adattare il linguaggio*** al livello del bambino, ripetere spesso le frasi, descrivere le azioni, gli oggetti presenti e non presenti, spiegare fatti o eventi aiutando così il bambino a comprendere ciò che non conosce, non comprende e ciò che non è esplicitato chiaramente.
- ***Sollecitare la comunicazione verbale del bambino***, chiedere di raccontare le proprie esperienze, i propri sentimenti, fare spesso domande aperte e favorire gli scambi conversazionali anche durante attività d'attenzione condivisa (giochi di scambio e attività di routine ecc.)

Tabella 1: risultati

BIO						IPNOSI				
	T.I	I.C.	T.C	R	SC	T.I	I.C.	T.C.	R	SC
G	0	24 μ V	10 s	=	SI	0	24 μ V	10 s	=	SI
L	0	15 μ V	10 s	=	SI	0	15 μ V	10 s	=	SI
S	1	10 μ V	5 s	=	NO	0	10 μ V	10 s	=	SI
F	1	10 μ V	10 s	=	SI	0	10 μ V	10 s	=	NO

BIBLIOGRAFIA

1. Linden JH. Am J Clin Hypn. Relationship Factors in the Theater of the Imagination: Hypnosis With Children and Adolescents. 2020 Jul-Oct;62:60-73.
2. Thomson L. Am J Clin Hypn. Combining **Hypnosis** and Biofeedback in Primary Care Pediatrics. 2019 Apr;:335-344.
3. Melanie Ekholdt Huynh, Inger Helene Vandvik, Trond H Diseth. Hypnotherapy in child psychiatry: the state of the art. Clin Child Psychol Psychiatry 2008 Jul;13:377-93.
4. Kohen Daniel P, and Olness Karen. Taylor and Francis Group 2011 Hypnosis and Hypnotherapy with Children
5. F. Granone UTET Trattato di Ipnosi Torino 1989 (sesta edizione) Ristampato in proprio da Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale con liberatoria UTET
6. S. Tekgül (Chair), H.S. Dogan, P. Hoebeke, R. Kocvara, J.M. Nijman (Vice-chair), C. Radmayr, R. Stein. Linee guida EAU : incontinenza urinaria in età pediatrica.
7. Patidar N¹, Mittal V¹, Kumar M¹, Sureka SK¹, Arora S¹, Ansari MS. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in pediatric overactive bladder:

A preliminary report. J Pediatr Urol. 2015 Dec;11: 351.e1-6

8. Kessler TM, de Wachter S. Urologe A. Neuromodulation of lower urinary tract dysfunction 2017.

9. Stoller ML: Afferent nerve stimulation for pelvic floor dysfunction. Eur Urol 1999, 35 (Supp 2)

10. De Gennaro M: Percutaneous tibial nerve neuromodulation is well tolerated in children and effective for treating refractory vesical dysfunction. J Urol 2004, 171:1911 – 1913

11. Capitanucci ML. Long – term efficacy of percutaneous tibial nerve stimulation for different types of lower urinary tract dysfunction in children. J Urol 2009; 182 (4 Supp): 2056 – 2061

12. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in pediatric overactive bladder: A preliminary report Patidar N et al 2015 J. Of Pediatr Urology