

Alma Mater Studiorum- Università Di Bologna  
Dottorato di Ricerca in Odontoiatria per Disabili

XIX ciclo

a.a. 2006/2007

Settore Scientifico-Disciplinare: MED 28

Coordinatore: Prof. Gabriela Piana

Una valutazione dell'ansia in un gruppo di  
bambini ospedalizzati e nei loro genitori

Dr. Nicoletta Cetrullo

Relatore: Chiar.mo

Prof. Gianfranco Di Nino

## **INDICE**

### **Capitolo I: L'ANSIA**

1.1	Introduzione	pag. 1
1.2	Le fobie specifiche e il loro trattamento	pag. 8
1.3	Bibliografia	pag. 14

### **Capitolo II: LA BAMBINO E LA PAURA**

2.1	La paura	pag. 15
2.2	La paura nel bambino	pag. 17
2.3	Bibliografia	pag. 25

### **Capitolo III: IL BAMBINO OSPEDALIZZATO**

	Bibliografia	pag. 26
		pag. 37

### **Capitolo IV: L'ANSIA E IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO**

4.1	Revisione della letteratura	pag. 38
4.2	La misurazione dell'ansia	pag. 44
4.3	Bibliografia	pag. 50

### **Capitolo V: UNA VALUTAZIONE DELL'ANSIA IN UN GRUPPO DI BAMBINI OSPEDALIZZATI E NEI LORO GENITORI**

5.1	Materiali e metodi	pag. 52
5.2	Risultati	pag. 55
5.3	Discussione	pag. 62
5.4	Conclusioni	pag. 64
5.5	Bibliografia	pag. 65

## **Capitolo I**

### **L'ANSIA**

#### **1.1 Introduzione**

L'ansia è un'emozione di base, caratterizzata da uno stato di attivazione dell'organismo che deriva da un meccanismo fisiologico assolutamente normale, chiamato attacco-fuga, che si attiva quando una situazione viene percepita soggettivamente come pericolosa.

Come tutti gli esseri viventi, l'uomo è geneticamente predisposto a reagire al pericolo. E' del tutto comprensibile che l'evoluzione genetica ci abbia dotati di un forte istinto di reazione alle situazioni pericolose. Probabilmente non potremmo essere qui a leggere queste pagine se i nostri avi non avessero avuto la capacità di identificare e neutralizzare il pericolo, come ad esempio essere divorati da un predatore e mettersi rapidamente al riparo. La natura ha curato particolarmente questo istinto e ci ha dotati di un meccanismo di reazione che consiste in una rapidissima attivazione di tutte le funzioni mentali, neurovegetative e neuromotorie, necessarie per una efficace difesa: accelerazione del battito cardiaco, aumento del ritmo del respiro, trasferimento del sangue ai muscoli che diventano tesi e scattanti, aumento dell'attenzione e della vigilanza. In pochi istanti siamo pronti ad attaccare o a fuggire.

L'ansia, quindi, non è solo un limite o un disturbo, ma costituisce una importante risorsa, perché è una condizione fisiologica, efficace in molti momenti della vita per proteggerci dai rischi, mantenere lo stato di allerta e migliorare le prestazioni.

Questo meccanismo è molto efficace quando dobbiamo affrontare un vero pericolo esterno che minaccia la nostra sopravvivenza. Tuttavia, quando siamo di fronte ad un pericolo più evoluto, cioè che riguarda la nostra posizione sociale, la nostra immagine, i nostri rapporti o altre situazioni tipicamente umane, il meccanismo attacco-fuga è ovviamente inadeguato.

Purtroppo in molte situazioni di questo genere il meccanismo attacco-fuga si attiva ugualmente, come se ci trovassimo di fronte ad un pericolo fisico e

quindi proviamo una emozione sgradevole e poco utile che chiamiamo ansia.

Quando l'attivazione del sistema ansiogeno è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alla condizione contingente, siamo di fronte ad un disturbo d'ansia, che può complicare notevolmente la vita di una persona e renderla incapace di affrontare anche le più comuni situazioni.

I disturbi d'ansia conosciuti e chiaramente diagnosticabili secondo il DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA), nel 2000 sono i seguenti

- Disturbo di panico con agorafobia
- Disturbo di panico senza agorafobia
- Agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico
- Fobia specifica (aereo, spazi chiusi, ragni, cani, gatti, insetti, ecc.)
- Fobia sociale
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbo acuto da stress
- Disturbo post-traumatico da stress
- Disturbo d'ansia generalizzata
- Disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica generale
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze
- Disturbo d'ansia non altrimenti specificato

Nel contesto di tutti questi disturbi si possono manifestare attacchi di panico ed agorafobia: un **attacco di panico** è un periodo preciso durante il quale insorgono improvvisamente apprensione, paura o terrore e la sensazione di catastrofe imminente. Dispnea, tachicardia, sudorazione e dolore toracico rappresentano i sintomi fisici di corollario. L'**agorafobia** è l'ansia e il conseguente evitamento, nei riguardi di situazioni o luoghi dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi (assenza di vie di fuga) o nei quali potrebbe non essere disponibile un aiuto in caso di attacco di panico.

Il DSM IV descrive dettagliatamente i criteri diagnostici necessari per la classificazione dei vari disturbi, ma in realtà non sempre è possibile

riconoscere entità nosologiche precise, poiché questi disturbi possono coesistere, sovrapporsi e alternarsi nello stesso individuo in momenti diversi.

La **fobia** è una paura marcata e persistente con caratteristiche peculiari:

- è *sproporzionata* rispetto al reale pericolo dell'oggetto o della situazione;
- *non può essere controllata* con spiegazioni razionali, dimostrazioni e ragionamenti;
- supera la capacità di *controllo volontario* che il soggetto è in grado di mettere in atto;
- produce l'*evitamento* sistematico della situazione-stimolo temuta;
- *permane* per un periodo prolungato di tempo senza risolversi o attenuarsi;
- comporta un certo grado di *disadattamento* per l'interessato;
- l'individuo riconosce che la paura è *irragionevole* e che non è dovuta ad effettiva pericolosità dell'oggetto, attività o situazione temuta.

La fobia è dunque una paura estrema, irrazionale e sproporzionata per qualcosa che non rappresenta una reale minaccia e con cui gli altri si confrontano senza particolari tormenti psicologici. Chi ne soffre, infatti, è sopraffatto dal terrore all'idea di venire a contatto magari con un animale innocuo come un ragno o una lucertola o di fronte alla prospettiva di compiere un'azione che lascia indifferenti la maggior parte delle persone (ad esempio, il claustrofobico non riesce a prendere l'ascensore o la metropolitana).

Le persone che soffrono di fobie si rendono perfettamente conto dell'irrazionalità di certe reazioni emotive, ma non possono controllarle. L'ansia da fobia, o "fobica", si esprime con sintomi fisiologici come tachicardia, disturbi gastrici e urinari, nausea, diarrea, senso di soffocamento, rossore, sudorazione eccessiva, tremito e spossatezza e da un

intenso desiderio di fuga. Scappare, d'altra parte, è una strategia di emergenza. La tendenza ad evitare tutte le situazioni o condizioni che possono essere associate alla paura, sebbene riduca sul momento gli effetti di essa, in realtà costituisce una micidiale trappola: ogni evitamento, infatti, conferma la pericolosità della situazione evitata e prepara l'evitamento successivo (in termini tecnici si dice che ogni evitamento rinforza negativamente la paura). Tale spirale di progressivi evitamenti produce l'incremento, non solo della sfiducia nelle proprie risorse, ma anche della reazione fobica della persona, al punto da interferire significativamente con la normale routine dell'individuo, con il funzionamento lavorativo o scolastico oppure con le attività o le relazioni sociali. Il disagio diviene così sempre più limitante. Chi ha la fobia dell'aereo può trovarsi, ad esempio, a rinunciare a molte trasferte e la cosa diventa imbarazzante se è necessario spostarsi per lavoro. Chi è terrorizzato dagli aghi e dalle siringhe, può rinunciare a controlli medici necessari o privarsi dell'esperienza di una gravidanza.

Tachicardia, sudorazione improvvisa, tremore, dispnea, sensazione di soffocamento, dolore toracico, nausea, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore, sono solo alcuni dei sintomi che caratterizzano un **attacco di panico**.

È una esperienza improvvisa ed inaspettata almeno la prima volta e la paura di un nuovo attacco diventa immediatamente forte e dominante.

Il singolo episodio, quindi, sfocia facilmente in un vero e proprio **disturbo di panico** più per "paura della paura" che altro. La persona si trova rapidamente invischiata in un circolo vizioso che spesso si porta dietro la cosiddetta agorafobia, ovvero l'ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi o nei quali potrebbe non essere disponibile un aiuto, nel caso di un attacco di panico inaspettato. Diventa così pressoché impossibile uscire di casa da soli, viaggiare in treno, autobus o guidare l'auto, stare in mezzo alla folla o in coda e così via.

L'evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene diviene la modalità prevalente ed il paziente diviene schiavo del suo disturbo, costringendo spesso tutti i familiari ad adattarsi di conseguenza, a non lasciarlo mai solo e ad accompagnarlo ovunque, con l'inevitabile senso di frustrazione che deriva dal fatto di essere "adulto", ma dipendente dagli altri, che può condurre ad una depressione secondaria.

Caratteristiche essenziali del **disturbo ossessivo-compulsivo** (DOC) sono pensieri, immagini o impulsi ricorrenti che creano allarme o paura e che costringono la persona a mettere in atto comportamenti ripetitivi o azioni mentali.

Come il nome stesso lascia intendere, il DOC è quindi caratterizzato da ossessioni e compulsioni. Almeno l'80% dei pazienti con DOC ha sia ossessioni che compulsioni, meno del 20% ha solo ossessioni o solo compulsioni.

Le *ossessioni* sono pensieri, immagini o impulsi che si presentano più e più volte e sono al di fuori del controllo di chi li sperimenta. Tali idee sono sentite come disturbanti e intrusive e almeno quando le persone non sono assalite dall'ansia, sono giudicate come infondate ed insensate. Le persone con DOC possono preoccuparsi eccessivamente dello sporco e dei germi, possono essere terrorizzate dalla paura di avere inavvertitamente fatto del male a qualcuno, di poter perdere il controllo di sé e diventare aggressive in certe situazioni, di aver contratto malattie infettive, anche se di solito riconoscono che tutto ciò non è realistico.

Le ossessioni sono accompagnate da emozioni sgradevoli, come paura, disgusto, disagio, dubbi o dalla sensazione di non aver fatto le cose nel "modo giusto" e gli innumerevoli sforzi per contrastarle non hanno successo, se non momentaneo.

Le compulsioni vengono anche definite rituali o cerimoniali e sono comportamenti ripetitivi (lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (contare, pregare, ripetere formule mentalmente) messi in atto per ridurre il senso di disagio e l'ansia provocati dai pensieri e dagli impulsi tipici delle ossessioni; costituiscono, cioè, un tentativo di elusione del

disagio, un mezzo per cercare di conseguire un controllo sulla propria ansia. In generale tutte le compulsioni che includono la pulizia, il lavaggio, il controllo, l'ordine, il conteggio, la ripetizione ed il collezionare si trasformano in rigide regole di comportamento e sono spesso bizzarre e francamente eccessive.

La **fobia sociale** è un disturbo alquanto diffuso tra la popolazione. Secondo alcuni studi la percentuale di persone che ne soffre va dal 3% al 13%. Sempre secondo questi studi sembra che ne soffrano più le donne che gli uomini.

La caratteristica principale di questo disturbo è la paura di agire, di fronte agli altri, in modo imbarazzante o umiliante e di ricevere giudizi negativi.

Questa paura può portare chi ne soffre ad evitare la maggior parte delle situazioni sociali, per la paura di comportarsi in modo “sbagliato” e di venir mal giudicati.

Solitamente le situazioni più temute sono quelle che implicano la necessità di dover fare qualcosa davanti ad altre persone, come ad esempio esporre una relazione o anche solo firmare, telefonare o mangiare; a volte può creare ansia semplicemente entrare in una sala dove ci sono persone già sedute, oppure parlare con un proprio amico.

Le persone che soffrono di fobia sociale temono di apparire ansiose e di mostrarne i “segni”, cioè temono di diventare rosse in volto, di tremare, di balbettare, di sudare, di avere batticuore, oppure di rimanere in silenzio senza riuscire a parlare con gli altri.

Infine, accade spesso che chi ne soffre, quando non si trova in una situazione temuta, riconosca come irragionevole la propria paura e tenda, conseguentemente, ad autoaccusarsi e rimproverarsi per non riuscire a fare cose che tutti fanno.

Questo disturbo, se non trattato, tende a rimanere stabile e cronico e spesso può dare luogo ad altri disturbi come la depressione.

Il **disturbo post-traumatico da stress** si sviluppa in seguito all'esposizione ad un evento stressante e traumatico che la persona ha vissuto direttamente o a cui ha assistito e che ha implicato morte, o minacce di morte o gravi



lesioni o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri. La risposta della persona all'evento comporta paura intensa, senso di impotenza e/o orrore. I sintomi del disturbo post-traumatico da stress vengono raggruppati in tre categorie principali:

- il continuo rivivere l'evento traumatico: l'evento viene rivissuto persistentemente dall'individuo attraverso immagini, pensieri, percezioni, incubi notturni.
- l'evitamento persistente degli stimoli associati con l'evento o attenuazione della reattività generale: la persona cerca di evitare di pensare al trauma o di essere esposta a stimoli che possano riportarglielo alla mente. L'ottundimento della reattività generale si manifesta nel diminuito interesse per gli altri, in un senso di distacco e di estraneità.
- sintomi di uno stato di iperattivazione persistente come difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, difficoltà a concentrarsi, l'ipervigilanza ed esagerate risposte di allarme.

I sintomi possono insorgere immediatamente dopo il trauma o dopo mesi. Il quadro può essere **acuto**, se la durata dei sintomi è minore di tre mesi, **cronico** se ha una durata maggiore, o **ad esordio tardivo**, se sono trascorsi almeno 6 mesi tra l'evento e l'esordio dei sintomi.

Gli eventi traumatici vissuti direttamente possono includere tutte quelle situazioni in cui la persona si è sentita in grave pericolo (per es. combattimenti militari, aggressioni, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, stupri, ecc). Gli eventi vissuti in qualità di testimoni includono l'osservare situazioni in cui un'altra persona viene ferita gravemente o assistere alla morte innaturale di un'altra persona dovuta ad assalto violento, incidente, guerra o disastro o il trovarsi di fronte inaspettatamente a un cadavere. Anche il solo fatto di essere venuti a conoscenza che una persona vicina è stato aggredito, ha avuto un incidente o è morto (soprattutto se la morte è improvvisa e inaspettata) può far insorgere il disturbo.

Il disturbo può risultare particolarmente grave e prolungato quando l'evento stressante è ideato dall'uomo (per es., tortura, rapimento). La probabilità di sviluppare questo disturbo può aumentare proporzionalmente all'intensità e con la prossimità fisica al fattore stressante.

Si definisce **disturbo d'ansia generalizzata** la presenza di sintomi di ansia o preoccupazione insistente ed eccessiva da almeno 6 mesi.

Il **disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica generale** si manifesta quando si ritiene che i sintomi dell'ansia siano connessi alla presenza di una malattia.

Il **disturbo d'ansia indotto da sostanze** è caratterizzato dalla presenza di sintomi rilevanti di ansia in concomitanza con l'assunzione o abuso di farmaci, di sostanze stupefacenti o dall'esposizione a tossine.

Il **disturbo di ansia non altrimenti specificato** viene incluso per la codifica di tutti quei casi in cui non vengono soddisfatti i criteri per la diagnosi dei precedenti disturbi o a proposito dei quali non sono disponibili sufficienti informazioni per la diagnosi.

Il DSMIV-TR descrive inoltre il **disturbo d'ansia da separazione**, caratterizzato dall'ansia che segue la separazione dalle figure genitoriali, per questo incluso nei **“Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza e nell'Adolescenza”**.

Nel paragrafo successivo verranno trattate in modo specifico le fobie specifiche, essendo il tipo di disturbo d'ansia più vicino a quello che verrà affrontato in questo lavoro.

## **1.2 Le fobie specifiche e il loro trattamento**

Le **fobie specifiche** vengono classificate in base al tipo di stimolo che provoca l'ansia in :

- **Tipo animali:** fobia dei ragni (aracnofobia), fobia degli uccelli (ornitofobia), fobia degli insetti, fobia dei cani (cinofobia), fobia dei gatti (ailurofobia), ecc..

- **Tipo ambiente naturale:** fobia dei temporali (brontofobia), fobia delle altezze (acrofobia), fobia del buio (scotofobia), fobia dell'acqua (idrofobia), ecc..
- **Tipo sangue-iniezioni-ferite:** fobia del sangue (emofobia), fobia degli aghi, fobia delle siringhe, ecc.. In generale, la paura viene provocata dalla vista di sangue o di una ferita o dal ricevere un'iniezione o altre procedure mediche invasive.
- **Tipo situazionale:** nei casi in cui la paura è provocata da una situazione specifica, come trasporti pubblici, tunnel, ponti, ascensori, volare (aviofobia), guidare, oppure luoghi chiusi (claustrofobia)
- **Altro tipo:** nel caso in cui la paura è scatenata da altri stimoli come il timore o l'evitamento di situazioni che potrebbero portare a soffocare o contrarre una malattia, ecc. Una forma particolare di fobia riguarda il proprio corpo o una parte di esso, che la persona vede come orrende, inguardabili, ripugnanti (dismorfofobia).

La caratteristica essenziale della fobia specifica è la marcata e persistente paura di oggetti o situazioni chiaramente discernibili e circoscritte. L'esposizione allo stimolo fobico provoca quasi invariabilmente una risposta ansiosa immediata e questa risposta può prendere o meno la forma di un attacco di panico. L'individuo adulto e l'adolescente sono generalmente in grado di riconoscere che questa paura è irragionevole, mentre ciò può non essere vero per i bambini. Lo stimolo viene generalmente evitato, ma talvolta viene sopportato nel timore. La diagnosi è corretta solo se evitamento, paura e ansia anticipatoria sono tali da interferire significativamente con la routine quotidiana, il lavoro o la vita sociale della persona. Nella Tabella 1 sono enumerati i criteri diagnostici per le fobie specifiche secondo il DSM IV – TR e nella Tabella 2 le relazioni con i criteri per la ricerca delle fobie specifiche nell'ICD-10 (International Classification of Diseases, OMS, 1992 – revised 2005).

L'oggetto della paura può essere l'oggetto stesso o la previsione di un danno collegato all'oggetto: per esempio è possibile che una persona abbia paura dei cani perché ha paura di essere morso, oppure la paura del sangue in

realtà è connessa alla paura di svenire. Il livello di ansia dipende generalmente dalla vicinanza dello stimolo fobico e dalla possibilità o meno di allontanarsi dallo stimolo stesso, ma l'intensità della paura può non essere correlata in modo prevedibile con lo stimolo; per esempio una persona che ha paura dell'altitudine può non avere sempre lo stesso livello di ansia quando è costretto a trovarsi sul medesimo ponte e in relazione allo stesso stimolo può o meno verificarsi un attacco di panico.

Come già detto l'individuo adulto riconosce che la paura è irragionevole; nel caso in cui non si verifichi, la diagnosi deve essere diversa e si parla di Disturbo Delirante. Inoltre non è possibile parlare di fobia specifica se la paura è giustificata dall'intensità e dal contesto dello stimolo. La capacità di riconoscere come irragionevole la paura tende ad aumentare con l'età e non è necessaria per fare diagnosi nei bambini.

E' importante chiarire che il tipo di fobia da cui si è affetti non ha alcun significato simbolico inconscio, come invece viene suggerito da alcuni psicoanalisti e la paura specifica è legata unicamente ad esperienze di apprendimento errato involontario (non necessariamente ricordate dal soggetto), per cui l'organismo associa involontariamente pericolosità ad un oggetto o situazione oggettivamente non pericolosa. Si tratta, in sostanza, di un processo di cosiddetto "condizionamento classico". Tale condizionamento si mantiene inalterato nel tempo a causa dello spontaneo evitamento sistematico che i soggetti fobici mettono in atto rispetto alla situazione temuta.

La fobia specifica e il meccanismo dell'evitamento che ne deriva può determinare uno stile di vita limitato e può condurre a scelte specifiche. Frequentemente le fobie si manifestano contemporaneamente ad altri disturbi di ansia: in modo particolare è frequente l'associazione con il disturbo di panico con agorafobia.

Spesso le fobie specifiche sono già presenti nell'infanzia e possono o meno continuare nell'età adulta; generalmente sono scatenate da un evento traumatico vissuto direttamente, ma anche indirettamente. È possibile che il soggetto abbia assistito ad un evento traumatico vissuto da un'altra persona

o che ne sia stato solo informato. Anche la trasmissione ripetuta di informazioni (per esempio da parte dei genitori) sulla pericolosità di determinate situazioni può condizionare l'insorgenza di una fobia specifica nei riguardi di essa.

Nei bambini l'ansia si può manifestare con pianto, accessi di ira, irrigidimento o con il cercare il contatto con un'altra persona; generalmente i bambini non riconoscono che le paure sono eccessive e irragionevoli e raramente riferiscono il disagio causato dalla paura. Spesso fobie specifiche proprie dell'infanzia (come la paura di certi oggetti o di certi animali) spariscono spontaneamente durante la crescita. Se la fobia persiste inalterata fino all'età adulta e non viene trattata, tende a cronicizzare e difficilmente scompare in modo spontaneo.

Nelle fobie specifiche si registra una certa familiarità, soprattutto per quanto riguarda la fobia "tipo sangue-iniezioni-ferite".

Il soggetto fobico, in conseguenza dell'avvento dell'ansia, presenta spesso una serie di risposte fisiologiche la cui intensità può essere variabile in relazione all'intensità della crisi. La risposta lipotimica (sincope vasovagale) è caratteristica della fobia tipo sangue-iniezioni-ferite; circa il 75% di questi individui riferisce in anamnesi delle perdite di coscienza in queste situazioni. La risposta fisiologica è caratterizzata da breve tachicardia iniziale, seguita da bradicardia e ipotensione, differentemente dalla tachicardia tipica di altre fobie specifiche. Il conseguente evitamento può portare alla rinuncia di cure mediche e quindi ad un peggioramento della salute generale.

Il **trattamento delle fobie** è relativamente semplice, se non complicato da altri disturbi psicologici e prevede primariamente un percorso di psicoterapia cognitivo-comportamentale di breve durata (spesso entro i 3-4 mesi). La psicoterapia delle fobie, dopo un periodo di valutazione del caso che si esaurisce in genere nell'arco del primo mese, passa necessariamente attraverso l'utilizzo delle tecniche di esposizione graduale agli stimoli temuti (controcondizionamento). Il paziente viene avvicinato in modo molto

progressivo agli stimoli che innescano la paura, partendo da quelli più lontani dall'oggetto o situazione centrale (es. l'immagine di una siringa nuova per un fobico degli aghi o una scatoletta di mangime per un fobico dei cani). Il contatto con tali stimoli viene mantenuto finché inevitabilmente non subentra l'abitudine ed essi non generano più ansia. Solo a tal punto si procede all'esposizione ad uno stimolo leggermente più ansiogeno, in una gerarchia accuratamente preparata a priori. In questo modo si riesce a salire sulla gerarchia fino ad arrivare a esposizioni molto più forti, senza suscitare mai troppa ansia nel soggetto e ripetendo ogni esercizio finché non è diventato "neutro".

Da quanto descritto risulta chiaro che l'ansia nei riguardi del trattamento odontoiatrico deve essere compresa nelle fobie specifiche e in modo particolare in quelle tipo sangue-iniezioni-ferite, dipendendo da una situazione precisa e conosciuta ed essendo connessa ad un determinato contesto. Inoltre presenta tutte le caratteristiche descritte come l'anticipazione, l'evitamento e la possibilità di attacchi di panico. Nel capitolo IV verranno descritte le caratteristiche dell'"ansia dentale" secondo quanto riportato in letteratura, ma già in questo contesto appare chiaro come le esperienze negative pregresse dirette o indirette e l'informazione da parte di persone vicine, possano essere importanti nello sviluppo di questo disturbo. La possibile e frequente coesistenza di altri tipi di fobie specifiche nello stesso individuo, dimostra come l'eventualità di insorgenza dell'"ansia dentale" possa essere più probabile in una personalità ansiosa.

**Tabella 1: Criteri diagnostici per F40.2 Fobie Specifiche [300.29]  
(DSM-IV-TR, APA 2000)**

**Criterio A:** Paura marcata e persistente, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall'attesa di un oggetto o situazione specifici (per es., volare, altezze, animali, ricevere un'iniezione, vedere il sangue)" ().

**Criterio B.** L'esposizione allo stimolo fobico quasi invariabilmente provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere forma di Attacco di Panico situazionale o sensibile alla situazione. Il DSM include la nota per cui "nei bambini l'ansia può essere espressa piangendo, con scoppi di ira, con l'irrigidimento o con l'aggrapparsi a qualcuno."

**Criterio C.** La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole. Nota: nei bambini questa caratteristica può essere assente.

**Criterio D.** La situazione (o le situazioni) fobica viene evitata oppure sopportata con intensa ansia o disagio.

**Criterio E.** L'evitamento, l'ansia anticipatoria o il disagio nella situazione (situazioni) temuta interferiscono in modo significativo con la normale routine della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o le relazioni sociali, oppure è presente disagio marcato per il fatto di avere la fobia.

**Criterio F.** Negli individui al di sotto dei 18 anni la durata è di almeno 6 mesi.

**Criterio G.** L'ansia, gli attacchi di panico o l'evitamento fobico associati con l'oggetto o situazione specifici non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Post-traumatico da Stress, Disturbo d'Ansia di Separazione, Fobia Sociale, Disturbo di Panico con Agorafobia o Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico.

**Tabella 2. Criteri diagnostici per le fobie specifiche secondo l'ICD-10  
(OMS, 1990)**

1. presenza di sintomi vegetativi di ansia
2. presenza di almeno due sintomi di ansia (da una lista di 14 propri dell'attacco di panico)
3. presenza di sintomi limitati alle situazioni temute o all'attesa delle situazioni temute

## **Bibliografia**

Ajmone C, Fobia: caratteristiche generali, available at

<http://www.neurolinguistic.com/proxima/articoli/art-02.htm>

American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fourth Edition, Text Revision. Edizione Italiana: Masson, Milano 2002.

James A, Soler A, Weatherall R Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Cochrane Review) available on Wiley InterScience at

<http://www.thecochranelibrary.com>

Marks I M, Ansia e paure - Comprenderle, affrontarle e dominarle 2/ed collana: Psicologia McGraw-Hill - Milano

Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W Am J Psychiatry. 1995 Jan;152(1):76-84.

Spagnulo P., Falcone M., Giannantonio M. Ansia e attacchi di panico (III edizione).

Ecomind, 2006



## Capitolo II

### IL BAMBINO E LA PAURA

#### 2.1 La paura

La paura può essere definita come un'emozione primaria di difesa che l'individuo sviluppa in situazioni di pericolo reali o soggettivamente percepite come tali. È un'emozione arcaica e insostituibile nella vita di ogni individuo e non esiste essere umano privo di questo elemento.

Alla base c'è un meccanismo fisiologico: gli stimoli minacciosi attivano l'ipotalamo la cui parte posteriore porta alla liberazione di ormoni che stimolano la ghiandola ipofisi a produrre ACTH che induce i surreni a produrre un altro ormone ACH. Sarebbe riduttivo però spiegare la paura solo in termini fisiologici, poiché si tratta di un'emozione che coinvolge l'intera personalità.

Ci sono nell'uomo delle paure "innate", che vengono in qualche modo tramandate da generazione in generazione e che sopravvivono nel nostro tempo "razionale e scientifico". Nel corso della storia è sempre stata presente la paura del buio, dell'ignoto, della morte; si trattano di paure arcaiche che, nonostante si siano cercate strategie per placarle, continuano comunque ad esistere.

Ansia e paura spesso vengono usate da molti autori come sinonimi, in quanto appartengono entrambe alla stessa area emozionale. Altri invece le distinguono nettamente.

Così come noi le percepiamo, l'ansia è molto simile alla paura; delle due la paura è quella considerata più specifica, dettata da un preciso stimolo, mentre l'ansia è più generica, è uno stato emotivo diffuso, originato da stimoli neutri. La distinzione tra queste due emozioni non è sempre possibile, soprattutto quando sono i bambini a provarle. Il bambino infatti non riesce a distinguere se il pericolo arriva dall'esterno o dall'interno, se è reale oppure immaginario.

Vi sono diverse teorie che spiegano la reattività alla paura: ci sono ipotesi ambientalistiche (Watson) e costituzionali (Freud e la psicoanalisi). Vi sono poi autori come Bowlby, che si schierano per una versione “mista”. Watson, nel 1920 condusse un esperimento su un bambino di undici mesi. L’esperimento consisteva nell’indurre nel fanciullo la paura di un animale peloso associandone la presenza di un forte rumore. Watson riuscì in questo modo a estendere uno stato di paura originariamente collegato a una situazione disturbante (rumore), a uno stimolo neutro o addirittura piacevole (coniglio). Secondo l’autore, il solo meccanismo del condizionamento spiega il formarsi di paure e fobie che altrimenti apparirebbero immotivate. L’esperimento svolto dall’autore comportamentista fu ripetuto da altri che evidenziarono alcuni aspetti: Valentine (1930) si accorse che non era possibile trasferire lo stato di paura da un forte rumore a qualsiasi oggetto neutro; in questo modo consentì di comprendere che tra la paura e ciò che la suscita, il rapporto non è così arbitrario.

Altri studiosi notarono che vi erano delle variabili che Watson non aveva considerato: il bambino probabilmente viveva un’insicurezza dovuta all’isolamento che l’esperimento richiedeva e ciò aumentava la paura; oppure che il bambino era cresciuto in un ambiente ospedaliero e che per questo motivo poteva avere sofferto di carenze affettive che probabilmente lo rendevano emotivamente più fragile.

Tutti questi elementi rilevati dopo l’esperimento stanno ad indicare come il fenomeno della paura sia un evento molto più complesso.

La teoria di Freud e della psicoanalisi era decisamente diversa da quella presentata da Watson.

La psicoanalisi considera infatti le situazioni temute all’esterno come una rappresentazione di timori e tensioni che invece avvengono nel mondo interiore.

Secondo Freud, mentre è possibile sfuggire agli stimoli esterni è invece impossibile farlo per quelli interni. Secondo questa teoria, le paure infantili sono degli stati emotivi conseguenti al timore di perdere l’oggetto libidico su cui vengono proiettate le proprie tensioni interne. Quando l’individuo si

accorge di non essere più in grado di calmare l'eccitazione libidica che proviene dal proprio interno, orientandola su un oggetto in grado di soddisfarla, viene pervaso dall'ansia, che è la risposta dell'Io a uno stato incombente di pericolo.

Freud ritiene che, a seconda dei soggetti, ci siano delle differenze nella quantità dei bisogni libidici. Queste differenze determinano in alcuni soggetti una maggiore interdipendenza o "angoscia da separazione". Freud fa una distinzione tra "angoscia reale" e "angoscia nevrotica". La prima, più comunemente chiamata "paura", riguarda un pericolo che conosciamo, un pericolo ben determinato, e che scompare con la scomparsa dello stimolo percepito come pericolo. La seconda, più comunemente chiamata "ansia", è dettata da un pericolo indefinito o che non conosciamo, come ad esempio la paura dell'oscurità, dell'esser soli, dell'estraneità. Questa angoscia, secondo Freud, è uno stato soggettivo dovuto a carenze personali, a impulsi o norme morali da cui derivano disagi e sensi di colpa. Secondo Bowlby la teoria psicoanalitica sulla paura è oscura e imprecisa: *"Noi sosteniamo che, ben lungi dall'essere fobica o infantile, la tendenza a temere tutte queste situazioni comuni va considerata come una disposizione naturale dell'uomo, anzi come una disposizione naturale che in una certa misura lo accompagna dalla nascita alla vecchiaia, e che egli ha in comune con gli altri animali di molte specie. Pertanto ciò che è patologico non è la presenza di tale tendenza nell'infanzia o nel seguito della vita, una condizione patologica sussiste quando tale tendenza appare assente o quando tale paura insorge con facilità o intensità insolite."* (Bowlby, 1975)

## **2.2 La paura nel bambino**

Le paure sono episodi frequenti e comuni nella vita dei bambini. Esse accompagnano la crescita inscrivendosi nel suo normale sviluppo psichico: anche i bambini più protetti e più accuratamente tenuti al riparo da ogni pericolo o informazione traumatizzante, nel corso dello sviluppo possono

manifestare qualche paura, magari di un animale, del buio, dei mostri, delle streghe o del temporale.

Nel bambino le paure cambiano in base all'età: nell'infanzia ci si trova di fronte a paure di tipo più "irrazionale" (per esempio i "mostri" e "fantasmi"), crescendo esse divengono sempre più complesse ed articolate, interessando più da vicino la sfera sociale e relazionale (ad esempio, la paura di apparire inadeguati). Anche l'atteggiamento dei bambini davanti alle proprie paure è variabile: possono parlarne esplicitamente, lamentarsene violentemente (ottenendo consolazione e sostegno da parte dei genitori), oppure tentare di dissimularle come se ne vergognassero.

Di norma, con il semplice passare del tempo le paure tendono a svanire: gradualmente, infatti, il bambino acquisisce competenze cognitive ed emotive che gli consentono di superare le proprie paure, limitando il loro effetto negativo.

Il bambino crescendo apprende ad affrontare le paure in modo autonomo: impara che i genitori possono allontanarsi, ma ritornano sempre; che fantasmi e mostri non sono reali, etc.

La recessione di una paura necessita però anche dell'ascolto e del sostegno degli adulti: è tanto più rapida quanto più genitori, insegnanti, educatori, la comprendono e la rispettano, sostenendo il bambino con parole e gesti di affetto. Certamente non possono essere condivisi atteggiamenti di indifferenza, negazione, derisione o peggio ancora, l'uso di mezzi coercitivi o intimidatori, che contribuiscono, invece, ad un rafforzamento della paura stessa.

In una recente indagine condotta fra 1.500 alunni delle scuole elementari pubbliche e private di Roma, sono emerse vecchie e nuove paure dei bambini, quali: la paura della notte, la paura della Tv, della scuola, la paura di essere abbandonati perché la famiglia si sfalda, la paura di non essere all'altezza delle aspettative dei genitori o la paura di non essere belli.

L'indagine rivela che molte paure sono uguali a quelle vissute dalle vecchie generazioni (anche se scaturiscono da situazioni diverse), altre sono esclusive dei bambini di oggi dovute al nuovo modello di società che si è

andata rapidamente evolvendo e che vuole che il bambino diventi presto un adulto, ma poi non gli dà gli strumenti necessari per gestire la propria autonomia.

Già da piccoli, i bambini temono di non essere belli o di essere inadeguati e incapaci, di essere abbandonati e di restare soli. Ed è proprio **la solitudine**, il nodo centrale intorno al quale si sviluppano molte paure. Nel bambino l'esperienza della paura si lega all'esperienza della relazione di aiuto che gli adulti gli permettono di sperimentare. Il bambino sperimenta insieme la paura e la possibilità di controllarla e da questa esperienza impara ad elaborare strategie di fuga o di controllo a cui lega la possibilità di recuperare il dominio della situazione. La paura non è mai soltanto paura di qualcosa, è anche **paura di essere solo** davanti a qualcosa di terribile. Imparare a non aver paura è diventato condizione della possibilità di essere considerato maturo ed autonomo e in genere, non essere più bambino significa soprattutto aver coraggio e poter controllare la propria paura. Così il bambino impara più a nascondere la propria paura che ad affrontarla e risolverla. E' la paura di essere giudicato, di essere preso in giro che crea una sorta di capsula in cui restano latenti molte altre paure che si rendono poi evidenti nei momenti più impensati.

Se la maggior parte delle paure dei bambini possono definirsi "fisiologiche", quindi transitorie e tipiche di un normale sviluppo psicologico, alcune possono trasformarsi in "patologiche", quando assumono dimensioni e intensità tali da impedire una vita normale e divengono un ostacolo alla maturazione del bambino, intralciandone lo sviluppo.

Quando una paura persiste o quando inizia ad interferire con la vita quotidiana del bambino, allora si parla di fobia e si evidenzia la necessità dell'intervento di un esperto in problematiche infantili.

Se la paura può essere considerata un'emozione utile e necessaria, perché consente di prepararsi ad un pericolo, di organizzarsi e difendersi, la fobia, invece, ostacola la vita quotidiana ed è all'origine di reazioni eccessive e inadeguate, finalizzate ad evitare ogni contatto con l'oggetto che crea ansia.

Le fobie specifiche nascono, nella maggior parte dei casi, nell'infanzia mentre le fobie sociali sono tipiche dell'adolescenza e insorgono, in genere, tra gli 11 e i 18 anni.

L'evoluzione della una paura dipende, dunque, oltre che dall'organizzazione cognitiva del bambino, dalle risposte fornite dagli adulti e da eventi esterni. Spesso infatti esistono situazioni fobiche familiari, per esempio la paura dei cani: genitori terrorizzati trasmetteranno, probabilmente, al bambino il loro timore. In un ambiente familiare rassicurante, ma non complice (un'eccessiva comprensione delle fobie potrebbe rinforzare il comportamento) è facile che le fobie si risolvano intorno ai 7-8 anni.

Come già specificato le paure nei bambini variano ed evolvono con l'età per cui alcune sono proprie dell'età prescolare ed altre possono manifestarsi più tardi. La paura dell'abbandono è specifica della prima infanzia (0-3 anni), ma può perdurare nel tempo e se non trattata in modo corretto, essere presente anche nell'età adulta. È legata alla separazione "temporanea" dalla figura di riferimento. La paura di essere abbandonato aumenta l'insicurezza del bambino soprattutto nelle "fasi evolutive di passaggio" che coinvolgono inevitabilmente i processi di separazione. Ne sono un esempio: l'entrata all'asilo nido o alla scuola materna, i primi viaggi dei genitori senza di lui, la nascita di un fratellino etc...

I bambini piccoli, immaturi e dipendenti da una figura materna, sono particolarmente predisposti all'ansia legata alla separazione. Poiché i bambini attraversano una serie di paure evolutive che possono considerarsi fisiologiche, la maggior parte ha esperienze transitorie di ansia da separazione basate su una o sull'altra di queste paure. Tuttavia la diagnosi di **disturbo d'ansia da separazione** è possibile quando vi è una sproporzionata paura di perdere la figura di riferimento, più spesso rappresentata dalla madre. Preoccupazioni persistenti sono paure di danno personale e di pericolo per i genitori e il bambino si sente sicuro e protetto solo in presenza di questi ultimi.

Il DSM-IV comprende questo disturbo tra i **Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza**. La Tabella 1 mostra tutti i disturbi compresi in questa sezione, mentre la Tabella 2 enumera i criteri diagnostici necessari per la diagnosi psichiatrica del disturbo stesso.

Il disturbo d'ansia da separazione è comune nella prima fanciullezza e si verifica in proporzione uguale nei due sessi. L'esordio può avvenire sin negli anni prescolastici, ma anche più tardivamente, intorno agli 11-12 anni, quando si estrinseca spesso con la forma estrema del disturbo: il rifiuto di andare a scuola. Si può manifestare al pensiero o nel corso di un viaggio lontano da casa. Proprio per questo i bambini, che soffrono di tale disturbo, possono rifiutare di andare in campeggio, in una nuova scuola o anche a casa di un amico.

La caratteristica essenziale è appunto l'ansia estrema scatenata dalla separazione dai genitori, da casa o da altri ambienti familiari. L'ansia può raggiungere il terrore o il panico. I bambini diventano timorosi che qualcuno a loro vicino si farà del male o che accadrà qualcosa di terribile in loro assenza alle persone che si prendono cura di loro. Da qui il violento rifiuto di allontanarsi e in particolar modo di andare a scuola. L'ansia da separazione rappresenta la spiegazione di altri tipi di paure come la paura del buio, poiché la notte viene vista come un abbandono da parte della madre.

Altri tipi di paure sono specifiche della prima infanzia come la paura degli uomini con la barba, la paura del temporale o la paura dell'acqua. Generalmente tendono a scomparire con l'età, ma se non comprese e trattate in modo corretto possono costituire la base per una personalità fobica.

La paura del dottore e degli ambienti medici in generale può insorgere nel bambino solitamente in età prescolare (3-5 anni) e spesso è connessa ad esperienze negative e traumatizzanti vissute direttamente o indirettamente. L'ospedalizzazione prolungata o improvvisa e la malattia possono costituire le cause scatenanti e il timore può estendersi a tutte le persone che portano una divisa, soprattutto il camice bianco. Può scomparire spontaneamente o

può perdurare e assumere le caratteristiche di una fobia se viene, anche involontariamente, sostenuta dall'atteggiamento degli adulti, attraverso descrizioni ed informazioni che contribuiscono ad alimentarla.



**Tabella 1:**

**Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza (DSM-IV-TR)**

- **ritardo mentale**
- **disturbi dell'apprendimento**
  - disturbo della lettura
  - disturbo del calcolo
  - disturbo dell'espressione scritta
- **disturbi della comunicazione**
- **disturbi generalizzati dello sviluppo**
  - disturbo artistico
  - disturbo di Rett
  - disturbo disintegrativo della fanciullezza
  - disturbo di Asperger
  - disturbo generalizzato dello sviluppo
- **disturbi da deficit di attenzione**
- **disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**
- **disturbi da tic**
  - disturbo di Tourette
  - disturbo cronico da Tic motori o vocali
  - disturbo transitorio da Tic
- **disturbi dell'evacuazione**
- **altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza o dell'adolescenza**
  - disturbo d'ansia di separazione
  - mutismo selettivo
  - disturbo reattivo

**Tabella 2:**  
**Criteria diagnostici per il Disturbo d'Ansia di Separazione (DSM-IV-TR)**

**A. Ansia inappropriata rispetto al livello di sviluppo ed eccessiva che riguarda la separazione da casa o da coloro a cui il soggetto è attaccato, come evidenziato da tre (o più) dei seguenti elementi:**

1. malessere eccessivo ricorrente quando avviene la separazione da casa o dai principali personaggi di attaccamento o quando essa è anticipata col pensiero
2. persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita dei principali personaggi di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualche cosa di dannoso
3. persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento spiacevole e imprevisto comporti separazione dai principali personaggi di attaccamento (per es., essere smarrito o essere rapito)
4. persistente riluttanza o rifiuto di andare a scuola o altrove per la paura della separazione
5. persistente ed eccessiva paura o riluttanza a stare solo o senza i principali personaggi di attaccamento a casa, oppure senza adulti significativi in altri ambienti
6. persistente riluttanza o rifiuto di andare a dormire senza avere vicino uno dei personaggi principali di attaccamento o di dormire fuori casa
7. ripetuti incubi sul tema della separazione
8. ripetute lamentele di sintomi fisici (per es., mal di testa, dolori di stomaco, nausea o vomito) quando avviene od è anticipata col pensiero la separazione dai principali personaggi di attaccamento.

**B. La durata dell'anomalia è di almeno 4 settimane.**

**C. L'esordio è prima dei 18 anni.**

**D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, scolastica (lavorativa), o di altre importanti aree del funzionamento.**

**E. L'anomalia non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, di Schizofrenia, o di un altro Disturbo Psicotico e, negli adolescenti e negli adulti, non è meglio attribuibile ad un Disturbo di Panico Con Agorafobia.**

*Specificare se:*

**Esordio Precoce\*:** se l'esordio avviene prima dei 6 anni di età.

## **Bibliografia**

Balbi R, "Madre paura. Quell'istinto antichissimo che domina la vita e percorre la storia", Milano, Arnoldo Mondadori Editore, 22,1984.

Binetti, F. Ferrazzoli, C "Ho paura" P.. Flora, Edizioni scientifiche Ma.Gi., 2002. Cotti E., Magni A "Bambini e paure", Red Edizioni, 2002.

Guidi L, Polizzari MR, Valenzi L, (a cura di), "Storia e paure. Immaginario collettivo, riti e rappresentazioni della paura in età moderna.", Milano, Franco Angeli, 1992

Freud "Analisi della fobia di un bambino di cinque anni", 1909.

Oliverio Ferrarsi A, "Psicologia della paura", Torino, Boringhieri, Editore 1980

Rogge, JU "Quando i bambini hanno paura. Una vita più serena per i nostri figli", Milano, Nuova Pratiche Editrice, 1998, p.24

### **Capitolo III**

#### **IL BAMBINO OSPEDALIZZATO**

Molti progressi sono stati fatti in questi ultimi anni in campo pediatrico dal punto di vista della “salute fisica” del bambino ricoverato in ospedale. La messa a punto di tecniche diagnostiche altamente sensibili e l’applicazione di terapie di più ampia concezione hanno portato ad un miglioramento delle possibilità terapeutiche del medico. Viene però segnalata da più fonti una grave lacuna in questa macchina terapeutica in evoluzione. Ci riferiamo alla mancata considerazione da parte del personale sanitario del problema della “salute mentale” del bambino ricoverato. Già da tempo pediatri, psichiatri, psicologi ed altri operatori sociali hanno segnalato i pericoli derivanti dal trauma emotivo che accompagna l’ospedalizzazione in età infantile. Eppure ben pochi ospedali pediatrici italiani sembrano essersi posti seriamente il problema con l’obiettivo di minimizzare i danni conseguenti a questa esperienza così negativa;

L’esperienza dell’ospedalizzazione è un momento infatti traumatico per tutti, ma per il bambino può diventare una realtà sconvolgente (Kanizsa, 1996). Egli dipende maggiormente rispetto all’adulto dall’ambiente e dalle persone che quotidianamente lo accudiscono e la separazione dai genitori e l’ingresso nel nuovo ambiente può determinare uno stato di confusione e di disorientamento e generare vissuti ansiogeni come insicurezza e/o labilità emotivo/relazionale e comportamentale. Il suo comportamento può dimostrarsi aggressivo, di sottomissione, di rinuncia, di confusione, di frustrazione, di rabbia o di risentimento a seconda del tipo di bambino e della cultura di provenienza. Gli stati d’animo che può vivere sono quelli dell’incertezza, dell’inquietudine, del panico, della paura, dell’ansia, dell’angoscia, della dipendenza, dell’umiliazione e della frustrazione, della diversità rispetto ai bambini non malati.

L’ospedalizzazione non favorisce certo l’immaginazione, l’azione, la creatività, anzi tende a limitare la libertà di ciascuno e l’espressione delle proprie capacità. Non per questo, però, si deve essere indotti a pensare che il piccolo malato sia privo di potenzialità espressive. Questo può venir

dimostrato dal fatto che raramente in una corsia di ospedale si vedono bimbi fermi a letto per volontà loro: cosa normale, invece, negli adulti e frequentissima nell'anziano.

Perciò, ciascuna persona sia essa fisica (genitori, operatori sanitari) o giuridica (strutture ospedaliere e altri ente), che approcci o che accolga un bambino dovrebbe sentirsi responsabile della continuazione del suo apprendimento, valorizzando le sue risorse psicofisiche. Ecco, che anche l'esperienza dell'ospedalizzazione in quest'ottica potrebbe diventare utile (ma non certo necessaria) per la crescita della sua personalità, purché vengano adottate una serie di strategie in grado di rendere l'ambiente stesso più "a misura di bambino".

Alcune strategie sono già realizzate in diversi ospedali d'Italia, per esempio:

- l'accoglienza dei bambini, con i così detti Dottor Sorriso (Nicosia 1999), per favorire il gesto del ridere, attraverso il quale si è visto ottenere degli effetti psicologici e biologici positivi (Belloni, 1997);
- la presenza dei genitori (aspetto rilevante dell'umanizzazione in ospedale), che viene prevista ed incoraggiata anche dal legislatore, poiché riduce il distacco del bambino dall'ambiente familiare e previene il disagio emotivo dello stesso;
- la pratica delle attività ludiche che incoraggia lo sviluppo fisico (poiché induce il bambino a muoversi), emotivo (poiché lo spinge ad acquisire un equilibrio emotivo ed una precisa identità), sociale (perché lo induce a relazionarsi con gli altri) e psichico (perché lo spinge a pensare, a creare idee e a comunicare)
- la pratica scolastica che, oltre a mantenere i bambini impegnati, concede loro la possibilità di non sentirsi diversi rispetto ai loro coetanei non ospedalizzati, garantendo una continuità con il quotidiano;
- la musicoterapia per la quale recenti studi (Della Bella, 1997) hanno dimostrato il suo utilizzo come coadiuvante nei trattamenti anestetici, per creare emozioni e sensazioni, intervenendo sul contenuto emozionale, per sciogliere parte delle tensioni e come linguaggio non verbale.

In base alle attuali conoscenze e all'esperienza clinica appare soprattutto importante ridurre al minimo la separazione tra il bambino e la figura materna, che può determinare a distanza di tempo disturbi di comportamento di varia intensità, che in certi casi risultano difficilmente reversibili. La relazione madre/bambino può essere considerata cronologicamente il primo sistema di tirocinio socioculturale per il processo di socializzazione. Questa relazione, fino a poco tempo fa impostata unicamente su fenomeni di natura biologica e quindi universalizzabile nelle sue modalità, viene oggi valutata come una entità variabile in funzione della cultura e della società in cui si esplica.

Da studi antropologici americani risulta che, per quanto ogni società presenti differenti modalità di comportamento nei confronti dei piccoli, quasi tutti i sistemi sociali tendono a tenere uniti madre e bambino soprattutto nei primi giorni dopo il parto.

Si può quindi notare che la separazione del bambino dalla madre nei primi giorni dopo il parto si verifica solamente in alcuni ospedali pediatrici, soprattutto in quelli della società occidentale. Questa «separazione» non è sempre stata la norma del nostro tipo di assistenza sanitaria. Essa è in larga misura conseguenza di quel progressivo miglioramento attuato negli ospedali delle norme igieniche e delle misure profilattiche.

Fino alla fine dell'Ottocento l'ospedalizzazione della madre, conseguente al ricovero del figlio, era infatti attuata anche nei paesi occidentali. Alle madri l'ingresso in ospedale è stato impedito solo in seguito, soprattutto nei primi anni del Novecento, quando la presenza di un'elevata mortalità e morbilità nei neonati e nei lattanti fece pensare che ciò fosse dovuto alla presenza dei parenti in corsia e fece adottare misure di isolamento e di igiene più rigorose. Studi successivi, quali quelli promossi dall'americano Miller, dimostrano che l'assistenza ai prematuri attuata a casa, portava ad un tasso di mortalità solo poco più elevato di quello che si aveva negli ospedali che attuavano strette misure di isolamento. L'assistenza sanitaria ha fatto sì che si cristallizzassero certi criteri di strutturazione ospedaliera, tanto che nella costruzione di nuovi edifici non è stata quasi mai considerata la possibilità

di alloggiare la madre, confermando, di fatto, il vecchio divieto secondo cui ciò non era possibile per il rispetto di norme igieniche.

L'ospedalizzazione crea un turbamento nelle abitudini e nel modo di vivere del bambino con alterazioni dei suoi rapporti familiari e sociali e comporta, a qualsiasi età, la necessità di un riadattamento della vita quotidiana e dei suoi ritmi, per il distacco dagli oggetti e dalle persone che rappresentano per lui punti di riferimento e per dover fronteggiare richieste molto diverse da quelle familiari.

Il tipo di reazione alla malattia e le difficoltà psicologiche incontrate dipendono dal grado di maturazione effettiva raggiunta, dall'età, dal carattere acuto o cronico, benigno o maligno della malattia stessa, dall'atteggiamento della famiglia, dal clima emotivo nel quale i bambini e i loro genitori si trovano.

Mentre nella prima infanzia si assiste spesso a delle forme di regressione in quanto i bambini perdono l'autonomia da poco acquisita con ritorno a fasi di sviluppo precedenti, nelle età successive, soprattutto nel periodo scolastico, il bambino si rende conto delle differenze tra sé e i suoi compagni maturando spesso reazioni di tipo fobico ossessivo, che si accentuano soprattutto nel periodo adolescenziale.

A volte il bambino dimostra una forte insofferenza per le limitazioni e per le regole imposte dal ricovero: spesso tale comportamento serve a coprire la rabbia e l'ansia di sentirsi malati.

E' importante che l'adulto e soprattutto il genitore, riconosca l'origine della rabbia del bambino e la accolga, poiché serve a liberare le tensioni ed aiuta il bambino ad "organizzare" le proprie difese per arginare una situazione sentita come difficile.

Minimizzare o criticare le lamentele di un bambino significa non dare valore al suo disagio, che occorre invece cercare di gestire. Mostrare la propria comprensione ("capisco che stai male, che stai affrontando un momento difficile") rappresenta già un primo contenimento, che gli permette di condividere con i genitori il peso della situazione e neutralizzare una parte dell'ansia che l'accompagna.

I genitori devono considerare che il bambino è spaventato e preoccupato e cerca nei loro comportamenti la rassicurazione per tenere a bada le proprie paure. È quindi importante, per quanto è possibile, comunicargli la realtà senza caricarla delle proprie ansie e tensioni.

La fase più vulnerabile di tutto lo sviluppo del bambino è probabilmente quella dei primi **12/18 mesi** di vita; in questo periodo i rapporti con la madre si sono saldamente strutturati e la loro continuità si rende indispensabile.

L'equilibrio e l'indipendenza acquisiti dal bambino sono estremamente instabili ed ogni interferenza dell'ambiente sull'integrità della diade madre-figlio rischia di dissolvere, anche permanentemente, i traguardi evolutivi raggiunti. Altri problemi possono derivare dall'essere accudito per un certo periodo di tempo da persone diverse ed in maniera discontinua. Queste infatti determinano, per la loro eterogeneità, un grave disorientamento nel bambino, influenzando così il suo grado di affettività, che finisce con l'impovertirsi, al punto da fargli assumere in seguito atteggiamenti decisamente asociali. Oltre a relazioni sociali disturbate, sembra che la funzione maggiormente colpita sia quella del linguaggio e la capacità di astrazione. In molti bambini si è osservato che la separazione da ospedalizzazione ha influito in maniera irreversibile anche su aspetti specifici dei processi intellettivi e della personalità. Per quanto riguarda la reversibilità dei danni conseguenti a questo tipo di separazione, si può dire che, in linea di massima, disturbi derivanti da separazioni di breve durata tendono a scomparire rapidamente, a condizione, naturalmente, che non si ripetano; la reversibilità dei danni derivanti da separazioni più lunghe (qualche mese) è anch'essa quasi sempre possibile. In particolare si è individuato nel terzo trimestre di vita la fase in cui il lattante soffre maggiormente della separazione dalla figura materna.

Nei bambini di **3/4 anni** si assiste al completamento dell'acquisizione di tutti i meccanismi motori indispensabili alla sua attività e al raggiungimento graduale della maturità funzionale del sistema neuromotorio. Quando in questa fase il bambino, ospedalizzato, viene a perdere le cure genitoriali, egli non è ancora in grado di capire la necessità di questa separazione, né



tanto meno può in qualche modo essere preparato ad un tale evento. Così in preda ad una reazione acuta e durevole di ansia, inizia a manifestare il suo malumore e la sua collera in maniera ben più attiva e cosciente di quanto poteva accadere nei primi mesi di vita. Nei bambini fino a 3/4 anni si individuano tre momenti fondamentali delle varie tappe di disadattamento: una prima fase, detta della protesta, seguita da quella della disperazione e per ultima quella della negazione, preceduta da una pseudotranquillità che erroneamente viene interpretata come sintomo di assestamento. Normalmente quando la degenza del bambino è di breve durata egli giunge a sviluppare solo la fase della disperazione, passando per la prima fase, quella della protesta. Di fronte ad una lunga degenza (nell'ordine di mesi e oltre) è più facile osservare il passaggio nella fase della negazione in cui il bambino, vedendo l'incapacità della figura materna di soddisfare le sue esigenze, tenta di sbarazzarsi del «bisogno di lei», ed inizia la ricerca di forme di gratificazione diverse. È da rilevare che questo può accadere anche se i bambini hanno occasione di vedere la madre quotidianamente. Anche nei bambini di questa età è sempre presente il pericolo di regressione: abbastanza di frequente infatti le madri di bambini dimessi dall'ospedale riferiscono di averli dovuti rieducare alla pulizia ed a mangiare da soli. Altri sintomi di questa regressione indotta dall'ambiente ospedaliero sono: paure notturne, repressione dell'espressione verbale e una sintomatologia psicosomatica funzionale transitoria.

I bambini piccoli (0-4 anni) non sono infatti in grado di spiegarsi l'esperienza che vivono: la loro è una sensazione di "dolore generalizzato", senza possibilità di distinguere se il dolore venga dalla malattia o dalle cure. Ogni avvicinamento del personale sanitario è un momento di paura. A questo livello di sviluppo il bambino può interpretare le cure come una punizione che non riesce a comprendere. E' quindi inutile richiedere loro di comportarsi "coraggiosamente", poiché questa, per essi, è una richiesta incomprensibile. E' molto più efficace contenere le loro paure con comportamenti rassicuranti, mantenendo sempre un contatto fisico e verbale che, specialmente nei primi due anni di vita, riporta al legame tipico delle

prime fasi di sviluppo in cui la mamma è il “contenitore” con il quale condividere anche il dolore fisico.

Per il bambino in **età scolare** il ricovero in ospedale significa soprattutto l’allontanamento da «tutto» l’ambiente familiare.

Anche per i bambini di questa età esiste sempre il rischio di andare incontro a fenomeni di disadattamento e di regressione del tipo di quelli riferiti per le età precedenti e a forme di reazioni depressive, mascherate da disturbi psicosomatici (enuresi, anoressia, ecc.).

Dotato di un equilibrio emotivo ancora assai instabile, il bambino arriva con facilità a strutturare l’ansia e l’angoscia per ciò che lo aspetta sotto forma di pericoli fantastici, interpretando gli eventi curativi come punizioni.

Oltre al pericolo di regressioni nel campo delle acquisizioni igieniche, motorie e del linguaggio o all’insorgenza di forme fobiche, i bambini di questa età sottoposti a lunghi periodi di ospedalizzazione presentano manifestazioni di deterioramento della personalità quali infantilismo, egocentrismo, monotonia e tristezza, indipendentemente dalla gravità della malattia organica che ha causato il ricovero e del tipo di terapia applicato.

Diversi possono essere i meccanismi di controllo e difesa messi in atto dal bambino e, di conseguenza, anche le sue reazioni: può essere oppositivo, rabbioso e non collaborativo; oppure può disperarsi e piangere anche per piccole cose; può invece mostrare un coraggio ed una forza inaspettati

In questa fase però il bambino ha già la competenza linguistica ed una certa capacità di comprensione ed elaborazione dell’esperienza di malattia.

È quindi possibile aiutarlo a farsi un’idea di ciò che gli verrà fatto, poiché uno dei pericoli più grandi è esporre il bambino al rischio dell’ignoto, senza permettergli di organizzare le proprie difese per affrontare persone ed esperienze.

Il personale ospedaliero può essere di grande aiuto per i genitori nella spiegazione delle procedure e degli strumenti che verranno utilizzati.

È importante che i genitori accolgano i comportamenti del bambino quali essi siano, comunicandogli comprensione ed accettazione.

Occorre evitare di colpevolizzare il bambino o mostrarsi giudicanti ed insoddisfatti rispetto al suo modo di reagire; è bene invece trovare il modo ed il tempo per ascoltarlo e per parlare con lui, cercando di comprendere quale ansia nasconda quel comportamento ed aiutarlo ad affrontarla.

Frequentemente i bambini sfogano la loro ansia e rabbia attraverso attacchi rivolti prevalentemente alla persona con la quale hanno un legame più profondo: generalmente, la mamma. Quando i bambini attaccano le persone che stanno loro più vicine stanno cercando aiuto; si rivolgono infatti alle persone che sentono più sicure, più forti ed in grado di reggere i loro attacchi, certi che non li abbandoneranno per questo.

L'ospedalizzazione dell'**adolescente** è molto più ricca di spunti traumatici rispetto a quella del bambino di minore età. Ciò è dovuto alle particolari caratteristiche del paziente dove è più forte il senso di autoidentificazione e indipendenza, unito a un crescente bisogno di «privacy» e «self-expression».

L'acquisizione della propria autonomia, l'identificazione con i compagni e con il gruppo, l'integrazione delle proprie pulsioni sessuali, le preoccupazioni intorno al proprio corpo ed al proprio aspetto fisico, la propria identità, nonché valori e scopi della propria vita, fanno dell'adolescente malato cronico un soggetto particolarmente vulnerabile. L'adolescente porta con sé un'ansia generata dalla paura della morte, della mutilazione e avverte altri timori non peculiari dell'adolescenza, ma che assumono un'importanza particolare, poiché questo è uno stadio in cui il giovane è alla ricerca della sua indipendenza (per questo i teenager avvertono di più la mancanza della loro routine giornaliera, i dischi, le telefonate, gli amici, la radio) ed i maschi presentano in genere maggiori disagi psicologici delle femmine. La mascolinità viene di solito associata all'indipendenza e all'attività, mentre la femminilità alla dipendenza e alla passività. La giovane cronicamente malata tende quindi a sviluppare un concetto di sé in linea con le aspettative sociali, mentre il maschio si può sentire facilmente inadeguato.

L'adolescente ha le capacità di comprendere il motivo del ricovero e la sua eventuale gravità: è importante quindi cercare di non mentire circa la sua reale situazione. Se questo, si è detto, è buona regola a tutte le età, lo è ancora di più nell'adolescenza dove spesso la credibilità dell'adulto è messa in discussione. Se un adolescente sente di essere ingannato può perdere la fiducia nell'adulto.

Il gruppo, gli amici, le attività ricreative hanno, in questo periodo, grande importanza: il ragazzo quindi sentirà forte il distacco dal proprio mondo.

Un altro aspetto delicato in questa fase riguarda la privacy ed il pudore per il proprio corpo, elementi che i genitori ed il personale devono tenere in debita considerazione.

Sminuire i comportamenti legati al proprio corpo in crescita, o sollecitare comportamenti più disinvolti, può aumentare nei ragazzi il bisogno di difendersi e di contrastare le richieste ambientali.

Il ricovero in ospedale sottopone il bambino di qualunque età all'insorgenza di sentimenti di insicurezza o di ostilità e ad uno stato di «deprivazione», per cui si assiste ad un grave impoverimento della sua personalità.

Così succede che limitazioni imposte dall'ambiente, quali le restrizioni del gioco, possono rimuovere la valvola di sicurezza necessaria al bambino per scaricare l'ansia e i sentimenti spiacevoli, facendolo fantasticare eccessivamente per far fronte agli eventi della nuova situazione.

Per cui il gioco e le attività scolastiche dovrebbero essere essenziali per un giovane malato cronico. Il gioco gli permette di esprimere e di rivivere i suoi conflitti e le sue angosce profonde, con la frequente inversione dei ruoli e la canalizzazione delle cariche aggressive; la scuola serve a mantenere il legame con la vita «normale», che si svolge al di fuori dell'ospedale, a dare un significato, un ordine alla sua giornata e a dare una speranza di continuità.

Di fronte allo sconvolgimento delle sue abitudini il bambino si trova spesso disorientato, perde la sua sicurezza, costituisce dei nuovi meccanismi di difesa e risponde all'ansia che lo avvolge in maniera personale. Il

meccanismo di diniego sembra utile ed anche necessario per far fronte al senso di disperazione e di impotenza. Altre comuni difese come l'isolamento, la razionalizzazione, la rimozione e la proiezione (su persone o cose del mondo esterno) sembrano tutte poter essere di aiuto al bambino per far fronte alla sua realtà. I meccanismi di difesa che più sembrano danneggiare lo sviluppo della personalità sono la regressione, il meccanismo di fuga dalla realtà e l'isolamento portando da un lato a comportamenti più infantili e dall'altro a limitare i suoi interessi e i suoi rapporti sociali.

Durante i periodi di lunga ospedalizzazione i più piccoli possono giungere alla perdita del controllo del proprio corpo che viene manipolato come un oggetto, con conseguente ritorno a livelli di sviluppo precedenti.

Nell'età scolare il bambino malato cronicamente comincia a rendersi conto della differenza che esiste tra sé e i suoi compagni nella attività fisica, nella dieta, nel comportamento. Si notano così assai di frequente difese di tipo fobico, che portano ad autosacrificarsi per la malattia; tali difese vengono usate da questi bambini insieme con altre norme disciplinari rigidamente applicate, quasi fossero reazioni all'idea di subire passivamente un torto.

I bambini ospedalizzati devono sempre essere costantemente orientati al nuovo ambiente ed alla vita che in esso si conduce. Alcuni di loro, ad esempio, in casa dormono con una piccola luce, oppure vengono accompagnati dai genitori ogni qualvolta si recano al bagno; mantenere questa abitudine anche nel reparto è molto importante, così come è necessario non far sentire al bambino l'obbligo del letto che può assumere il significato di uno strumento di contenzione.

È quindi bene aiutare il bambino a mantenere il senso della normale routine e lasciarlo libero più tempo possibile.

Chi lavora con i bambini deve maturare la convinzione che il bambino affidato alle sue cure dovrà essere trattato con la stessa attenzione che avrebbe per un ospite di riguardo; più il bambino è piccolo più è sensibile e ogni ferita psicologica lo seguirà anche nella vita adulta. Chi lavora nei reparti pediatrici dovrebbe considerare che i bambini, soprattutto quelli entro i cinque anni, sono quelli che subiscono maggiormente l'effetto

traumatico dell'ospedalizzazione; le attenzioni e le giuste parole per aiutarli a capire l'esperienza che stanno vivendo, possono risultare efficaci e prevenire i disturbi emotivi conseguenti all'ingresso in ospedale, come pure l'esprimere che il distacco fisico dalla famiglia non comporta una perdita affettiva, ma che i legami affettivi permangono anche in assenza dei propri cari, renderà più sopportabile l'ospedalizzazione.

Non si deve però dimenticare che, se per certi bambini l'ospedalizzazione costituisce una separazione o la paura di una perdita affettiva, può per altri trasformarsi in una esperienza di vita e di socializzazione, dove si possono sperimentare nuovi tipi di relazioni; nell'ospedale molti bambini possono trovare una varietà di nuove possibilità di contatti sociali e culturali fino ad allora sconosciuti. Perché ciò avvenga è determinante il rapporto che il bambino stabilisce con le persone che trova nell'ospedale. Per questo ogni metodo adottato deve essere centrato sul bambino e non sulle istituzioni o sullo staff medico e paramedico; proprio queste figure professionali possono diventare il mediatore che permette al bambino di sperimentare nuove relazioni, ad esempio con i medici, che assumeranno caratteristiche sempre meno minacciose, con gli altri bambini, con i genitori degli altri bambini. In tal modo si prospetta a tutti i piccoli pazienti il contatto con una dimensione nuova e unica.

## **Bibliografia**

- Belloni L., "I Dottor Sorriso", Atti Convegno A.B.I.O.: I percorsi dell'accoglienza, Milano,1997.
- Bordin D (), Appunti di Medicina applicata allo Sport. Parte generale e speciale. Edizione Libreria Progetto, Padova,1989.
- Brunner LS, Suddarth SDS,, Il manuale dell'infermiere, Piccin Editore, Padova, 1981.
- Della Bella R, Attività di musicoterapia in ospedale. Atti Convegno A.B.I.O.: I percorsi dell'accoglienza, Milano,1997.
- Filipazzi G, Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte, Franco Angeli, Milano,1997.
- Iandolo C, , L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza, Armando Editore, Roma,1979.
- Kanizsa S, L'intervento preventivo., Atti Convegno A.B.I.O.: Dal neonato all'adolescente, quale ospedale per il bambino?, Milano,1995.
- Montecchi E, Problemi psichiatrici in Pediatria Borla, Roma 1991
- Nicosia A, Quan.do il riso fa buon sangue, Città nuova, Anno XLIII, n. IXX, pp. 22-24 1999
- Pinkus L, Psicologia del malato, Edizioni Paoline, Milano,1985.

## **Capitolo IV**

### **L'ANSIA E IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO**

#### **4.1 Revisione della letteratura**

L'accresciuta consapevolezza delle conseguenze di uno scarso livello di salute orale sulla qualità di vita dell'individuo, ha comportato in questi ultimi decenni un notevole aumento nella domanda di cure odontoiatriche da parte della popolazione generale. Si assiste ad un miglioramento delle condizioni orali, testimoniato da una diminuzione del valore del DMFT ed in generale, ad una sempre maggiore applicazione delle misure preventive nei riguardi della carie e della malattia parodontale.

Parallelamente a ciò si registra un aumento nel numero di pazienti che dimostrano ansia e paura nei riguardi del trattamento odontoiatrico. Le manifestazioni dell'ansia possono variare nei diversi soggetti, dalla preoccupazione fino alla vera e propria fobia, caratterizzata da anticipazione, irritabilità, dai segni del sistema nervoso autonomo tipici della crisi ansiose, fino all'evitamento.

L'ansia diviene allora una delle maggiori cause di rinuncia alle cure odontoiatriche, sia nella popolazione adulta che in quella in età evolutiva.

L'"ansia dentale" (dental anxiety) può essere definita come la risposta allo stress che deriva specificamente dall'ambiente e dalla terapia odontoiatrica (Corah, 1978).

Stouthard e Hoogstraten, in una ricerca compiuta in Olanda negli anni '90, riportano che più del 50% della popolazione delle zone industrializzate dimostra apprensione nei riguardi del trattamento odontoiatrico e che almeno il 15% evita regolarmente di recarsi dall'odontoiatra a causa della paura (Stouthard EA, Hoogstraten J, 1990)

Risultati simili sono riportati da Gatchell et al.; Rowe e Moore indicano che negli USA almeno 45 milioni di persone soffrono di ansia nei riguardi del trattamento odontoiatrico e che questi tipo di emozione può avere conseguenze importanti sulla stato di salute orale dell'individuo (Gatchell 1983, Rowe 1998).



Numerose ricerche sono state compiute nel tentativo di determinare una relazione tra la paura della terapia odontoiatrica e altri fattori, in modo da prevenire eventuali motivi di ansia, riconoscere i soggetti ansiosi e formulare trattamenti individualizzati. Le variabili che i diversi autori hanno preso in considerazione ed associato all'ansia sono numerose; tra di esse il sesso, l'età, il livello di educazione/istruzione, le esperienze mediche traumatiche passate, la paura del dolore, l'influenza dei familiari, la percezione di essere sottoposti ad una terapia con scarso successo, il numero di terapie odontoiatriche passate, la personalità, la percezione dell'immagine corporea.

I risultati dei diversi studi non sono sempre concordanti, ma la maggior parte degli autori conviene che l'ansia nei riguardi del trattamento odontoiatrico è una delle maggiori cause di rinuncia alle cure e che quindi deve essere considerato un fenomeno con conseguenze sociali ed economiche. La rinuncia al trattamento comporta infatti un sempre maggiore deterioramento della salute orale e la necessità di terapie sempre più invasive e quindi avvertite come sempre più ansiogene. Ne risulta un globale peggioramento della qualità di vita di questi individui, che saranno destinati o ad essere sottoposti a trattamenti più complicati e costosi o a convivere con il disagio dovuto ad una carente funzionalità del cavo orale (Locker 2003) . A questo proposito si potrebbe ipotizzare che i soggetti ansiosi, nel tentativo di evitare le sedute odontoiatriche, adottino in modo più attento le misure preventive domiciliari; Shuller e collaboratori dimostrano invece che negli individui con ansia dentale si riscontra un grado di igiene orale molto inferiore rispetto alla popolazione con scarso livello di ansia. Ciò rappresenta un ulteriore fattore peggiorativo sulla salute orale di questi soggetti (Shuller 2003).

La letteratura riporta un'associazione significativa tra l'ansia nei riguardi della terapia odontoiatrica e le pregresse esperienze traumatiche, l'atteggiamento negativo della famiglia di origine, la paura del dolore, la percezione di un trattamento senza successo e le cure odontoiatriche che hanno comportato dolore (Kent 1998, Cacioppo 1990).

Ricerche recenti dimostrano che non vi è una differenza statisticamente significativa tra i due sessi e anche l'età del soggetto non sembra avere forte influenza sui risultati. Erten e collaboratori in una ricerca compiuta su 1437 pazienti, divisi per età in 5 gruppi, riportano questi risultati, mentre dimostrano una relazione significativa con il livello di istruzione e la frequenza delle visite odontoiatriche, per cui risultano più ansiosi i soggetti con scarsa educazione scolastica e quelli che si recano dall'odontoiatra meno frequentemente. Gli stessi autori riportano inoltre che l'esperienza più ansiogena è rappresentata dalla vista dell'ago e dall'iniezione dell'anestetico locale, che il 10,5% dei soggetti preferisce evitare di fissare l'appuntamento con l'odontoiatra e il 4,9% cancella o non si presenta per la visita (Erten, 2006). Liddel e Locker nel 1997 riportano invece un maggior grado di ansia dentale nelle femmine e nei giovani rispetto ai maschi e alla popolazione anziana. Gli stessi autori però dichiarano che il fattore più importante nel determinismo dell'ansia dentale è la paura del dolore e che questa sembra maggiore nella popolazione maschile rispetto a quella femminile. Maschi e femmine tuttavia non differiscono in modo sostanziale nella quantità di esperienze dolorose, ma piuttosto nella loro descrizione qualitativa; per cui le differenze nei due generi sono probabilmente dovute più ad una differenza di significato che il soggetto dà all'esperienza stessa, che ad una effettiva differenza di percezione del dolore. La popolazione anziana appare invece caratterizzata da un minore grado di ansia dentale rispetto ai giovani (Liddel 1997) .

Altri autori hanno indagato sulle possibili associazioni tra ansia dentale e ansia sociale e disturbi della personalità. Queste ricerche rilevano una relazione significativa tra ansia nei riguardi del trattamento odontoiatrico e personalità nevrotiche. In modo particolare gli autori riscontrano una associazione con personalità ansiose nei riguardi di situazioni sociali o prestazionali che possono creare imbarazzo (fobia sociale). Negli individui in cui si diagnostica la fobia sociale, l'esposizione a queste condizioni provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere la forma di un attacco di panico (Economou, 2003).

Probabilmente però l'analisi di queste variabili e la correlazione con l'insorgenza di ansia è valida più per la popolazione adulta che per quella pediatrica. La paura che insorge nel bambino, soprattutto in età prescolare, è maggiormente da associare a cause esogene, a condizionamenti diretti dovuti ad esperienze personali o indiretti se riportate da persone vicine (Vinkier, 2003).

Ten Berge e collaboratori in uno studio compiuto su 401 bambini di età compresa tra i 5 e i 10 anni rilevano una relazione debole, ma significativa tra l'insorgenza dell'ansia e il numero di estrazioni subite, mentre non risulta significativa la relazione con il numero di otturazioni. Gli stessi autori concludono che sembrano essere più importanti le esperienze dirette che quelle indirette (vissute dai genitori), nel condizionamento di uno stato ansioso nei riguardi dell'ambiente e delle terapie odontoiatriche (Ten Berge, 2002).

Skaret et al, in una ricerca compiuta su 557 soggetti divisi in gruppi di età diverse, riportano una associazione significativa tra il numero di esperienze dolorose e ansia e dimostrano come l'ansia sia direttamente connessa alla paura del dolore (Skaret, 1999).

La maggior parte degli autori è infatti d'accordo nel considerare ansia e dolore indissolubilmente connesse. Il disagio provocato dal dolore è spesso riportato dai pazienti dopo una seduta odontoiatrica, anche non particolarmente complicata dal punto di vista procedurale. In una ricerca, compiuta nel 1996 da Locker e collaboratori, il 71% degli intervistati riporta almeno una esperienza odontoiatrica negativa associata al dolore e il 30% riporta tre o più esperienze dolorose connesse al trattamento odontoiatrico (Locker, 1996). Risultati simili sono enunciati in uno studio recente compiuto su una popolazione di 1422 soggetti osservati per un periodo di 5 anni: 2/5 degli intervistati riporta almeno una esperienza odontoiatrica dolorosa e 1/5 descrive il dolore come moderato o severo. In questo studio viene enfatizzata la connessione tra dolore e fattori psicologici e dimostrato che il soggetto ansioso e con ansia anticipatoria tende a percepire maggior dolore. Viene inoltre riportata la relazione inversa con il soggetto

caratterizzato da una aumentata tolleranza al dolore (Maggirias 2002, Maggirias 2005).

Gli stessi risultati, riportati anche da diverse altre ricerche, suggeriscono che non sempre l'anestesia locale è sufficiente a determinare una adeguata analgesia. In accordo con le risposte fornite da diversi odontoiatri, si ritiene che, in una percentuale variabile tra il 5 e il 15% dei casi, l'anestesia non sia efficace e ciò sembra dovuto a motivi anatomici, fisiologici e fisiopatologici. Queste cause non sono però sufficienti a spiegare il grande numero di casi in cui i pazienti riferiscono di aver percepito dolore durante una seduta odontoiatrica. Studi longitudinali compiuti su campioni di popolazione, dimostrano che le esperienze dolorose pregresse e quindi la paura del dolore, predispongono ad ulteriori esperienze dolorose. Si crea quindi una sorta di circolo vizioso tra ansia e dolore, per cui la paura e l'anticipazione sono in grado di elevare la soglia di percezione dolorifica e di rendere meno efficace l'anestesia locale. Ciò porta all'evitamento che, in questo caso, si estrinseca nel postporre o disdire l'appuntamento dall'odontoiatra, rinunciando alle terapie. La conseguenza più diretta di questo comportamento è la mancanza di prevenzione e di trattamento delle lesioni iniziali e l'aumentata probabilità di intervento su lesioni profonde e in condizioni di urgenza, cioè con dolore già presente e quindi con maggiore difficoltà di ottenere, con l'anestesia locale, una buona analgesia.

Williams, in una ampia revisione della letteratura, evidenzia le interrelazioni tra l'insorgenza dell'ansia e del dolore acuto, descrivendo come gli individui che sperimentano situazioni di dolore, mostrino gli stessi segni fisiologici (tachicardia, sudorazione, aumento della frequenza respiratoria, etc.) tipici degli attacchi di ansia e di panico (Williams, 1999).

Altri autori dimostrano come, in personalità ansiose (con agorafobia, fobia sociale), siano più frequenti le esperienze di dolore: ciò può essere spiegato razionalmente se si ammette che le aree cerebrali attivate nell'anticipazione del dolore siano le stesse che si attivano durante una crisi di ansia e quindi che vi siano anche le stesse risposte fisiologiche (Kuch, 1991).

È necessario tenere presente che il dolore è una esperienza multidimensionale e prevede l'attivazione di differenti aree cerebrali che ne determinano l'intensità e le caratteristiche sensitive ed emozionali. Nella maggior parte delle ricerche compiute sui bambini viene valutata l'intensità del dolore con scale di autovalutazione, ma difficilmente si riesce a valutare la componente affettivo/emozionale e quanto questa incida sulla percezione del dolore stesso (Newton, 2000).

La maggior parte degli autori concorda comunque sul fatto che esiste una predisposizione individuale all'ansia e che questa predisposizione può dare origine ad una personalità in cui l'ansia si può manifestare in modi differenti. In una personalità ansiosa diviene allora più probabile la comparsa dell'ansia anche nei riguardi dell'ambiente e del trattamento odontoiatrico, di una sensibilità dolorifica aumentata e di una maggiore difficoltà di controllo del dolore (van Zuuren FJ, 1999, Klepack 1980, Klepac 1982, Klages 2006).

Harman e collaboratori in una recente ricerca analizzano il linguaggio utilizzato da un gruppo di bambini per descrivere il dolore connesso ad un trattamento odontoiatrico e dimostrano che il bambino ansioso utilizza termini più numerosi e più forti per descrivere l'esperienza vissuta rispetto al bambino con basso livello di ansia (Harman, 2005).

Si può affermare quindi che ansia e dolore sono intimamente connessi e che il controllo dello stato ansioso non può prescindere dal controllo del dolore. La valutazione del dolore relativo alle diverse prestazioni non può disgiungersi da una analisi attenta del soggetto e della sua personalità: ogni individuo può reagire diversamente ad una esperienza di dolore in relazione allo stato psichico e alle proprie aspettative, per cui non è possibile uniformare il trattamento del dolore e farlo risalire a schemi precisi. Ogni operatore dovrebbe essere a conoscenza e saper utilizzare le tecniche di controllo del dolore che la ricerca ha messo a disposizione, ma deve anche essere in grado di compiere una personalizzazione delle stesse tecniche in relazione al soggetto che deve trattare e alla sua risposta psicologica e fisica.

## 4.2 La misurazione dell'ansia

Nonostante la consapevolezza della necessità di personalizzazione delle tecniche di controllo dell'ansia e del dolore, la ricerca richiede un approccio sistematico ed il più universale possibile per la valutazione dell'ansia nei pazienti; sono necessari degli strumenti di misurazione che possano essere utilizzati in gruppi numerosi di popolazione e che risultino affidabili e con risultati significativi. È importante infatti che l'odontoiatra possa quantificare l'ansia di un soggetto in modo semplice e possa quindi decidere in che modo trattare quel paziente, in base al grado di ansia valutato. Sono stati proposti diversi metodi di valutazione di ansia e dolore nel tentativo di trovare strumenti di uso universale, che non ricadano nella soggettivazione del risultato. Teoricamente l'analisi dei parametri fisiologici potrebbe rappresentare un metodo valido e non influenzabile dal soggetto. È universalmente riconosciuto che durante lo stato ansioso si assiste ad un aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e del ritmo respiratorio e che questi parametri non possono essere modificati dalla volontà del soggetto. È però altrettanto vero che la misurazione stessa di questi valori e l'utilizzo della strumentazione necessaria, possono a loro volta essere motivo di ansia. Ne consegue che soprattutto nel bambino e nel paziente con deficit cognitivo, non è spesso possibile determinare se lo stato di ansia sia dovuto alla situazione odontoiatrica o alla misurazione dei parametri fisiologici. Inoltre, questo tipo di analisi non è facilmente applicabile alla pratica quotidiana, necessitando di tempo e di strumenti adeguati.

Molti autori hanno proposto scale di valutazione dell'ansia e del dolore delle quali è stata comprovata l'affidabilità attraverso la statistica. Alcune sono utilizzabili solo nell'adulto, altre sono specifiche per il paziente pediatrico, altre sono state più volte modificate per adattarsi alle caratteristiche di un gruppo di popolazione.

Tra tutte le scale di valutazione dell'ansia proposte, la maggiormente utilizzata in odontoiatria è la Corah Dental Anxiety Scale (CDAS) (Tabella 1), sviluppata da Norman Corah nel 1968 e pubblicata l'anno successivo (Corah 1969).

Questa scala, che si utilizza nell'adulto, si compone di quattro domande con cinque possibili risposte ed è specifica per l'ambiente odontoiatrico e valuta sia l'ansia anticipatoria, che quella presunta nel momento della cura odontoiatrica. Alle risposte viene assegnato un punteggio da 1 a 5 per cui il punteggio totale per ogni individuo può variare da 4 a 20. In un esempio riportato dall'autore, il test è stato somministrato a 1.232 studenti e tra la media è risultata pari a 8,89 con una deviazione standard di 2,99, moda e mediana pari a 8. La stessa scala, somministrata a cinque pazienti riconosciuti come fobici ha riportato un punteggio variabile tra 17 e 20. L'affidabilità della scala è poi stata provata da altre ricerche utilizzando il Kuder-Richardson (K-R) Formula (DuBois 1965): il coefficiente K-R, pari a 0,86, in una ricerca compiuta su 313 studenti, risulta particolarmente alto se si considera che il test si compone di sole quattro domande (DuBois 1965)

Un'altra scala largamente utilizzata nella valutazione dell'ansia e del dolore in diversi campi della medicina è la Visual Analogue Scale (VAS) (Tabella 2). La VAS è un sistema di misurazione che tenta di ricondurre ad un valore numerico una caratteristica che normalmente viene considerata come un continuum di valori. Per esempio la quantità di dolore che un paziente percepisce viene normalmente descritta come una variazione tra un massimo ed un minimo, considerando ciò che il paziente può immaginare come il minore e il maggior dolore possibile. Dal punto di vista del paziente lo spettro di valori appare continuo e non distinto in categorizzazioni precise quali il dolore nullo, lieve, medio, moderato e severo. La scala si basa appunto su questa idea visuale di continuità, considerando lo 0 come dolore nullo e il 100 come il dolore più forte che l'individuo possa immaginare.

La VAS è costituita da una linea continua con due estremi (0-100) ai quali sono associate delle definizioni come "nessuna ansia" e "ansia fortissima":

il paziente deve semplicemente segnare il punto tra 0 e 100 in cui colloca il proprio grado di ansia.

Questa scala ha trovato larghi consensi per la semplicità di uso e di somministrazione, ma è chiaramente molto soggettiva: è in grado di misurare in modo significativo la variazione dell'ansia o del dolore nello stesso individuo in diversi momenti o quando viene compilata da due soggetti diversi che ne osservano un terzo, ma può risultare meno significativa quando si consideri un gruppo di popolazione.

La semplicità d'uso comunque la rende somministrabile anche in giovanissima età.

Un'altra scala che si può utilizzare nei bambini dai 3-4 anni in poi è la Facial Image Scale (FIS), proposta da Buchanan e Niven nel 2002. Questi autori hanno considerato tre aspetti che una scala di misurazione dell'ansia deve soddisfare per essere utilizzabile in ambiente clinico: la validità, la possibilità di somministrazione in età precoce e in pazienti con difetti cognitivi o di comunicazione e la praticità per l'odontoiatra, ossia la possibilità di somministrazione quotidiana all'interno di una sala d'attesa di un ambulatorio odontoiatrico. Anche questa scala, come la VAS, si basa sull'autovalutazione e come tale può essere considerata soggettiva, ma differentemente da questa non si basa su una continuità di valori, ma si fissa su immagini particolari che rimandano a sensazioni conosciute e per questo motivo risulta particolarmente semplice da comprendere anche per il bambino. Si compone di una serie di immagini stilizzate che rappresentano una faccia che esprime sensazioni diverse, da una sorridente ad una piangente, passando attraverso stati d'animo intermedi. Ad ogni immagine viene associato un punteggio che viene poi valutato statisticamente.

Il bambino al di sopra dei tre anni è generalmente in grado di immaginare una situazione particolarmente felice e una particolarmente triste, di conseguenza è sufficiente spiegargli la possibile associazione con la seduta odontoiatrica e egli sarà capace di indicare l'immagine che più verosimilmente descrive il proprio stato d'animo in quel contesto (Buchanan 2002).

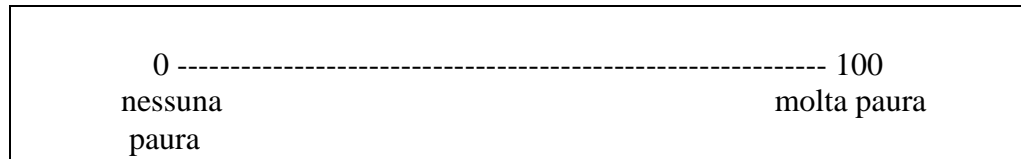


Recentemente la scuola olandese ha proposto un approccio per la valutazione dell'ansia e del dolore in base all'età e alle capacità cognitive distinguendo quattro gruppi di individui. In primo gruppo comprende l'età neonatale e i bambini fino e tre anni, durante la quale la valutazione viene compiuta o tramite l'analisi dei parametri fisiologici (non sempre attendibili) o da un osservatore esterno che analizza le espressioni facciali del bambino, considerando che tutti bambini tendono ad assumere espressioni simili quando vivono una esperienza negativa. Il genitore, a riguardo, rappresenta, secondo questi autori, il miglior osservatore per la maggiore conoscenza delle caratteristiche del proprio figlio rispetto ad un soggetto esterno. Il secondo gruppo comprende i bambini di età prescolare, nei quali possono essere valutate le espressioni facciali, il comportamento, ma possono anche somministrate scale di autovalutazione come la VAS e la FIS. Il terzo gruppo rappresenta i bambini in età scolare, nei quali è generalmente possibile l'autovalutazione (VAS, FIS, altre scale) e comunque viene analizzato il comportamento come indice di ansia/paura. Il quarto gruppo è costituito dai pazienti con deficit cognitivo e difetti comunicativi, nei quali la valutazione può essere compiuta tramite l'analisi delle espressioni facciali e del comportamento; a riguardo è di estrema importanza imparare a distinguere i comportamenti dovuti ad ansia/paura/rabbia da quelli riconducibili al dolore nell'obiettivo di adottare sempre più efficaci tecniche di analgesia (Versloot 2004, van Meurs 2005, Versloot 2006).

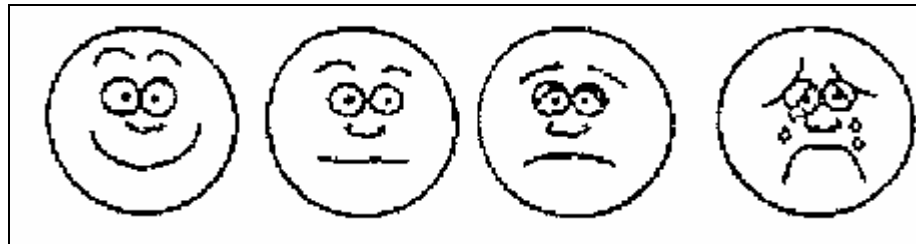
**Tabella 1: Corah Dental Anxiety Scale (CDAS)**

1. **If you had to go to the dentist tomorrow, how would you feel about it?**
  - I would look forward to it as a reasonably enjoyable experience.
  - I wouldn't care one way or the other.
  - I would be a little uneasy about it.
  - I would be afraid that it would be unpleasant and painful.
  - So anxious, that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.
2. **When you are waiting in the dentist's office for your turn in the chair, how do you feel?**
  - Relaxed.
  - A little uneasy.
  - Tense.
  - Anxious
  - So anxious, that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.
3. **When you are in the dentist's chair waiting while he gets his drill ready to begin work on your teeth, how do you feel?**
  - Relaxed.
  - A little uneasy.
  - Tense.
  - Anxious
  - So anxious, that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.
4. **You are in the dentist's chair to have your teeth cleaned. While you are waiting and the dentist is getting out the instruments which he will use to scrape your teeth around the gums, how do you feel?**
  - Relaxed.
  - A little uneasy.
  - Tense.
  - Anxious.
  - So anxious, that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.

**Tabella 2: Visual Analogue Scale**



**Tabella 3: Facial Image Scale**



## **Bibliografia**

- Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paed Dent* 2002;12:47–52
- Cacioppo JT, Tassinari LG, eds. *Principles of psychophysiology*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1990.
- Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97:816-9.
- Economou G, *Dental Anxiety and Personality: Investigating the Relationship Between Dental Anxiety and Self-Consciousness* *Journal of Dental Education* Volume 67, Number 9, 2003
- Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence Int.* 2006 Apr;37(4):304-10.
- Gatchell RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walker C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *J Am Dent Assoc* 1983;107:609-10.
- Harman K, Lindsay S, Adewami A, Smith P. An investigation of language used by children to describe discomfort expected and experienced during dental treatment. *Int J Paediatr Dent.* 2005 Sep;15(5):319-26.
- Kent G, Croucher R, *Achieving oral health*. Oxford, England: Wright; 1998:1-6.
- Klages U, Kianifard S, Ulusoy O, Wehrbein H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006 Apr;34(2):139-45.
- Klepac RK, Dowling J., Hauge G. Characteristics of patients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: reaction to pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982;13:292–300.
- Klepac RK, McDonald M, Hauge G, Dowling J. Reactions to pain in subjects high and low in dental fear. *J Behav Med* 1980;3:373–84.
- Kuch K, Cox BJ, Woszczyzna CB, Swinson RP, Schulman I. Chronic pain and panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991;22:255–9.
- Liddell A, Locker D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):314-8.
- Locker D, Shapiro D, Liddel A. Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent Health* 1996;13:86–92.
- Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Apr;31(2):144-51.
- Maggirias J, Locker D. Five-year incidence of dental anxiety in an adult population. *Community Dent Health.* 2002 Sep;19(3):173-9.
- Maggirias J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Apr;30(2):151-9.

Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc* 2000;131:1449–57.

P. H. DuBois, *An Introduction to Psychological Statistics*, 1965, pp 393-398.

Rowe M, Moore T. Self-report measures of dental fear: gender differences. *Am J Health Behav* 1998;22:243-7.

Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Apr;31(2):116-21.

Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci* 1999;107:422–8.

Stouthard EA, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18:139-42.

Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences, *J Anxiety Disord.* 2002;16(3):321-9.

van Meurs P., Howard K.E., Versloot J., Veerkamp J.S.J., Freeman R. Child coping strategies, dental anxiety and dental treatment: the influence of age, gender and childhood caries prevalence. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2005; 6(4): 173-178.

van Zuuren FJ, de Jongh A, Beekers C, Swinkels P. Coping with dental treatment: correlates of dispositional and domain specific monitoring and blunting. *Psychol Health* 1999;14:323–37.

Versloot J., Veerkamp J.S.J., Hoogstraten J. Assessment of pain by the Child, Dentist, and Independent Observers. *Pediatric Dentistry* 2004; 26(5): 445-449.

Versloot J., Veerkamp J.S.J., Hoogstraten J. Dental Discomfort Questionnaire: assessment of dental discomfort and/or pain in very young children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2006; 34:47-52.

Versloot J., Veerkamp J.S.J., Hoogstraten J., Martens L.C. Children's coping with pain during dental care. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2004; 32: 456-61.

Vinckier F, Vansteenkiste G, Medical history in relation to dental anxiety in children *Rev Belge Med Dent.* 2003;58(4):234-44.

Williams DA. Acute pain (with special emphasis on painful medical procedures). In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain*. New York: Guilford; 1999. p. 151–63.

## Capitolo V

### UNA VALUTAZIONE DELL'ANSIA IN UN GRUPPO DI BAMBINI OSPEDALIZZATI E NEI LORO GENITORI

#### 5.1 Materiali e metodi

Sono stati selezionati due gruppi di bambini, di età compresa tra i 4 e i 10 anni (età media 6,7 anni): il primo gruppo era costituito da 40 bambini (18 maschi, 22 femmine), con anamnesi positiva per una malattia cronica senza compromissione della sfera intellettiva, ricoverati in ospedale al momento del test e che subivano frequenti ricoveri ospedalieri. Tutti i bambini afferiscono per le cure odontoiatriche al Servizio di Assistenza odontoiatrica per Disabili del Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna. Le patologie di cui i piccoli pazienti soffrono sono descritte nella tabella 1.

**Tabella 1: Patologie presenti nel gruppo di studio**

Patologie	Numero bambini
Patologie del sistema emopoietico: leucemie, linfomi, patologie della coagulazione	16
Altre neoplasie	6
Cardiopatie congenite	9
Epilessia	2
HIV positivi	3
neurofibromatosi	2
Artrite reumatoide	1
Distrofia muscolare	1

Il secondo gruppo era costituito da 40 bambini (25 maschi, 15 femmine) di età compresa tra i quattro e i 11 anni (età media 7 anni) con anamnesi negativa afferenti al Servizio di Assistenza odontoiatrica per motivi diversi (lesioni traumatiche, early childhood caries, etc).

I bambini ed il genitore (rappresentato sempre dalla madre) sono stati avvicinati nella sala d'attesa prima di una seduta odontoiatrica durante la quale era prevista la terapia conservativa di uno o più elementi con lesione cariosa, da compiersi in anestesia locale. Tutti i bambini avevano già avuto esperienze di trattamento odontoiatrico sempre nel medesimo ambiente. Ai piccoli pazienti è stato chiesto di compilare la Visual Analogue Scale (VAS) dopo aver formulato la seguente domanda: "Tu sai che tra poco dovremo curare uno dei tuoi denti. Se pensi che 0 significhi che non hai nessuna paura e 100 significhi che hai molta paura, come pensi che sia la tua paura adesso?". Il bambino è stato invitato a segnare con un tratto il punto sulla linea della VAS.

Poi è stata somministrata la Facial Image Scale (FIS) e al bambino è stato chiesto di segnare l'immagine che più si avvicinava al proprio stato d'animo con la seguente domanda: "Guarda queste faccine: quale ti sembra più simile a te in questo momento?". Le scale sono state presentate ai bambini in presenza della madre, ma è stato chiesto ai genitori di non intervenire sulla scelta del bambino. Contemporaneamente infatti il genitore è stato invitato a compilare la Corah Dental Anxiety Scale tradotta in lingua italiana (Tabella 2). Sono state annotate l'età del bambino, la patologia di base e la data. I bambini del primo gruppo erano tutti ricoverati presso il Dipartimento di Scienze Pediatriche Mediche e Chirurgiche presso il Policlinico S.Orsola-Malpighi dell'Università degli Studi di Bologna.

Le stesse domande e le relative scale sono state poste ai bambini del secondo gruppo e alle loro madri.

Dopo la seduta odontoiatrica è stato chiesto alla madre di compilare la VAS e di dare una propria valutazione all'ansia del bambino. La stessa scala è stata compilata anche dall'odontoiatra che ha compiuto il trattamento odontoiatrico.

La raccolta dei dati è stata compiuta nel periodo compreso tra settembre e dicembre 2006.

**Tabella 2: Corah Dental Anxiety Scale (versione italiana)**

- 1) domani deve recarsi dal dentista per una terapia odontoiatrica: come si sente?
  - a. non vedo l'ora perchè la ritengo una esperienza molto piacevole
  - b. è indifferente
  - c. mi sento un po' preoccupato
  - d. ho paura perchè penso che sia una esperienza spiacevole e dolorosa
  - e. mi sento così in ansia da sudare e da avere dolore fisico
  
- 2) è seduto nella sala d'attesa del dentista in attesa della prestazione: come si sente?
  - a. rilassato
  - b. un po' preoccupato
  - c. teso
  - d. ansioso
  - e. così ansioso da sudare e causarmi dolore fisico
  
- 3) è seduto sulla poltrona del dentista e deve essere sottoposto ad una terapia odontoiatrica con l'uso di strumenti rotanti: come si sente?
  - a. rilassato
  - b. un po' preoccupato
  - c. teso
  - d. ansioso
  - e. così ansioso da sudare e causarmi dolore fisico
  
- 4) è seduto sulla poltrona del dentista e deve essere sottoposto ad una seduta di igiene orale con uso di strumenti che levigano i denti e toccano le gengive: come si sente?
  - a. rilassato
  - b. un po' preoccupato
  - c. teso
  - d. ansioso
  - e. così ansioso da sudare e causarmi dolore fisico

I dati sono stati raccolti in una tabella di Microsoft Excel ed elaborati statisticamente con i seguenti il t-student test per verificarne la significatività.

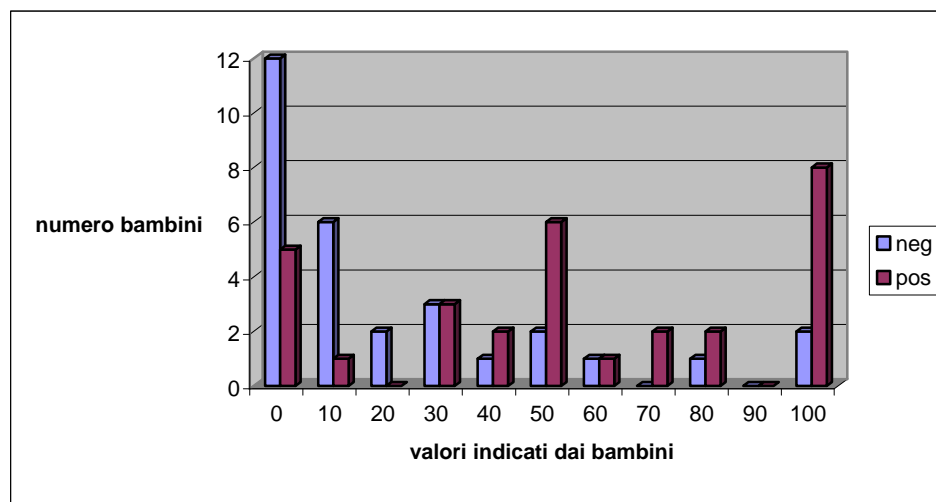


## 5.2 Risultati

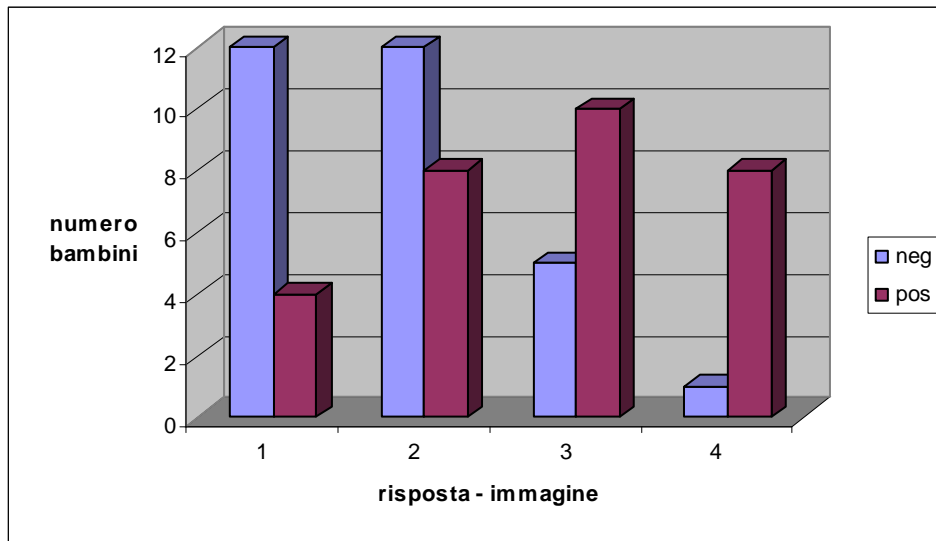
I risultati sono stati elaborati sia in termini quantitativi che qualitativi.

L'elaborazione quantitativa, presentata graficamente, fornisce i seguenti risultati:

- si rilevano valori sensibilmente più alti di ansia nel gruppo di bambini con anamnesi positiva rispetto al gruppo di controllo. I risultati delle due scale somministrate ai bambini risultano sovrapponibili, se si considera che i bambini con alto livello di ansia tendono ad indicare nella VAS valori superiori a 50 e nella FIS la terza e la quarta immagine mentre i bambini con basso livello di ansia indicano valori inferiori a 50 nella VAS e la prima o la seconda immagine nella FIS. La media dei valori ottenuti con la VAS nel gruppo di studio è pari a 54,6 con deviazione standard pari a 35,9. La media dei valori ottenuti nel gruppo di controllo è pari a 22,3 con deviazione standard pari a 29,7. Per quanto riguarda la FIS, assegnando valori da 1 a 4 alle quattro immagini, si calcola una media di 2,73 (deviazione standard 1,01) nel gruppo di studio e di 1,83 (deviazione standard 0,83) nel gruppo di controllo.

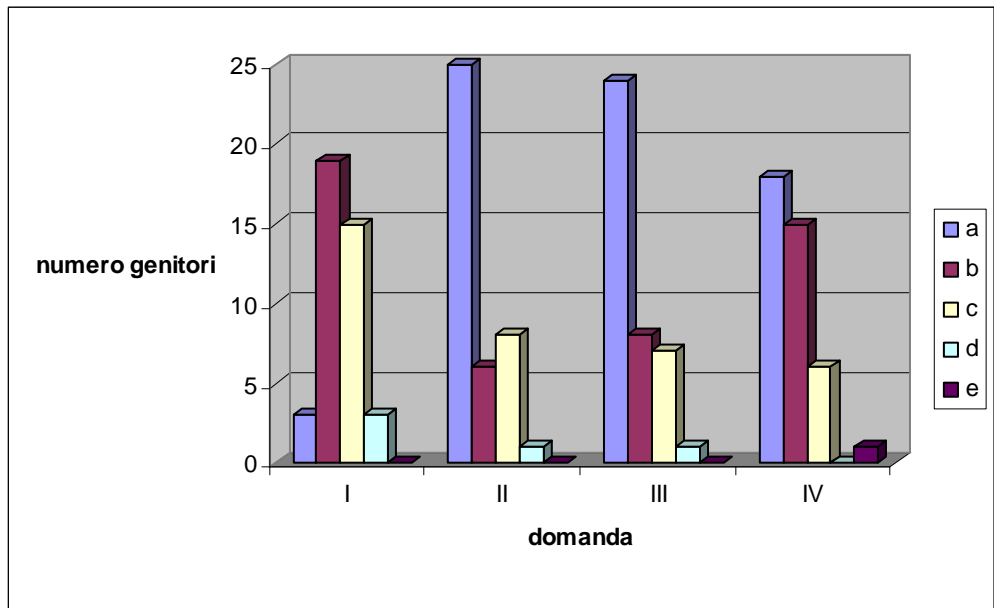


**Grafico 1: Valori ottenuti dalle risposte alla VAS nei due gruppi di bambini**

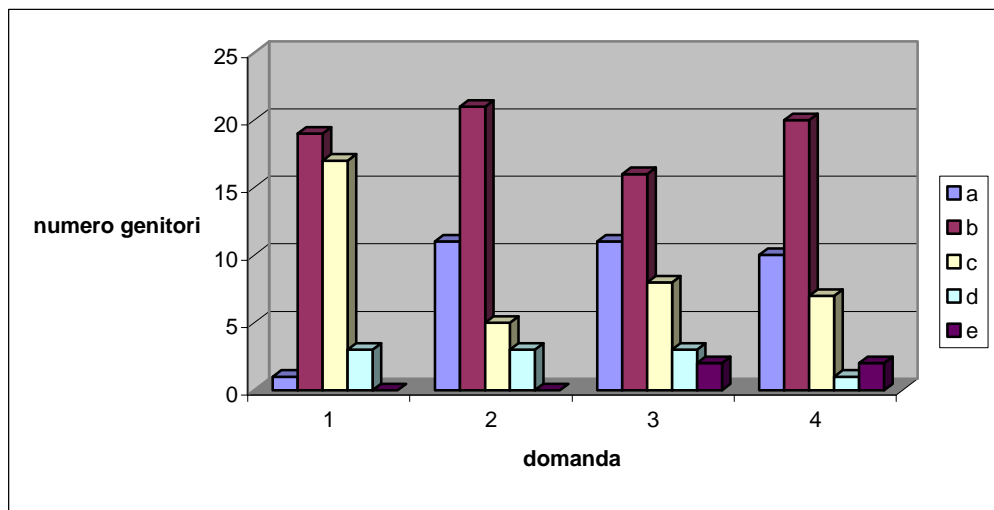


**Grafico 2: Distribuzione delle risposte alla FIS nei due gruppi di bambini**

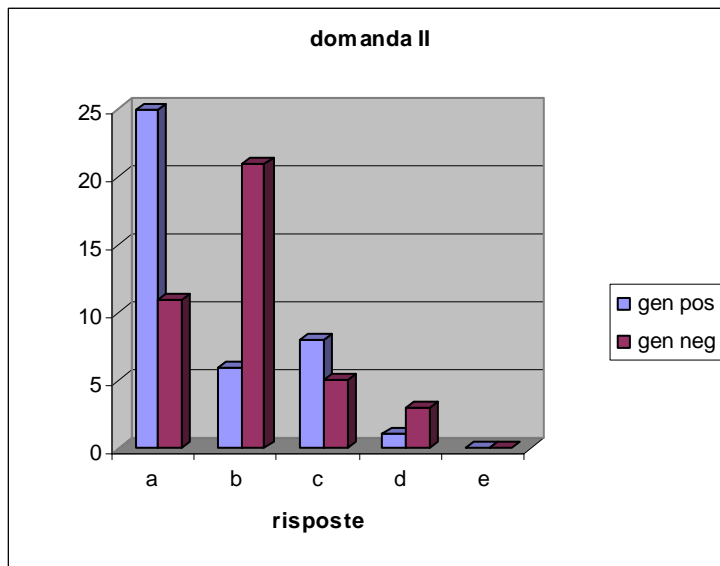
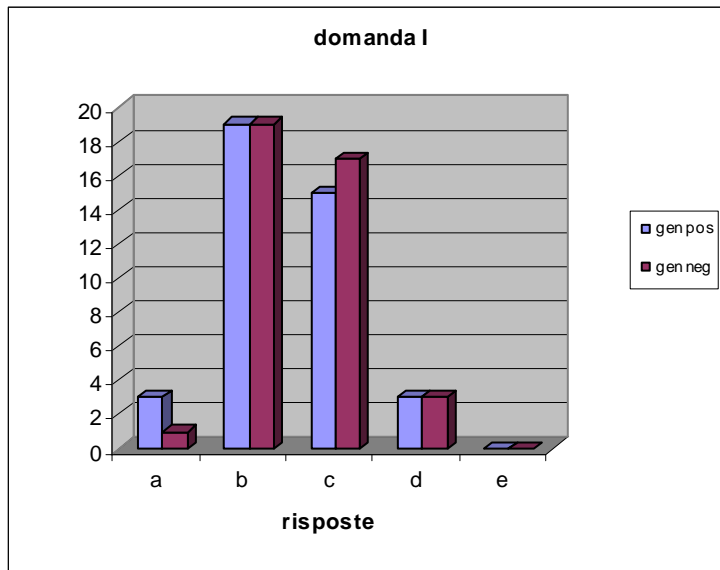
- si rilevano valori più alti di ansia nel gruppo di genitori dei bambini con anamnesi negativa rispetto a quelli del gruppo di studio. Assegnando il valore da 1 a 5 alle diverse risposte della CDAS e assumendo la somma di questi valori come score (secondo le indicazioni dell'autore) risulta che la media dei valori ottenuti nel gruppo dei genitori dei bambini ad anamnesi positiva è di 7,45 (deviazione standard 3,03), mentre nel gruppo dei genitori dei bambini del gruppo di studio si ottiene una media pari a 8,9 (deviazione standard 3,3). Nei grafici 3 e 4 vengono indicati i risultati relativi alle diverse domande del questionario CDAS dai quali si evidenzia come i genitori del gruppo di studio abbiano scelto più frequentemente le prime risposte rispetto ai genitori del gruppo di controllo. Nei grafici 5, 6, 7, 8 vengono indicate le risposte dei genitori dei due gruppi relative alla singola domanda.

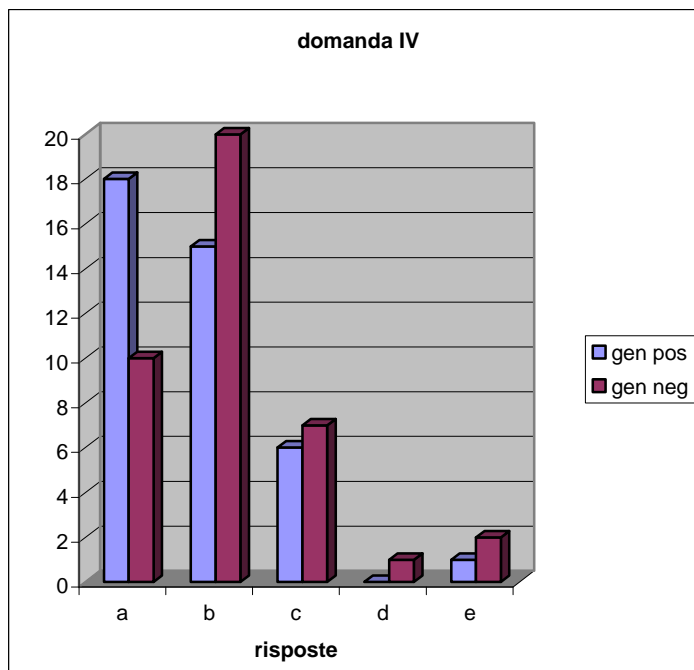
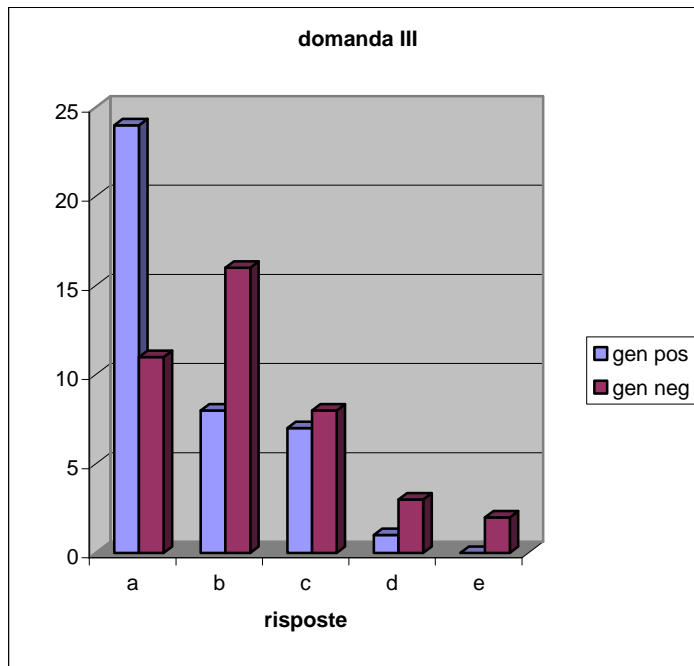


**Grafico 3: Risultati della CDAS nel gruppo di genitori dei bambini ospedalizzati ad anamnesi positiva**



**Grafico 4: Risultati della CDAS nel gruppo di genitori dei bambini ad anamnesi negativa**

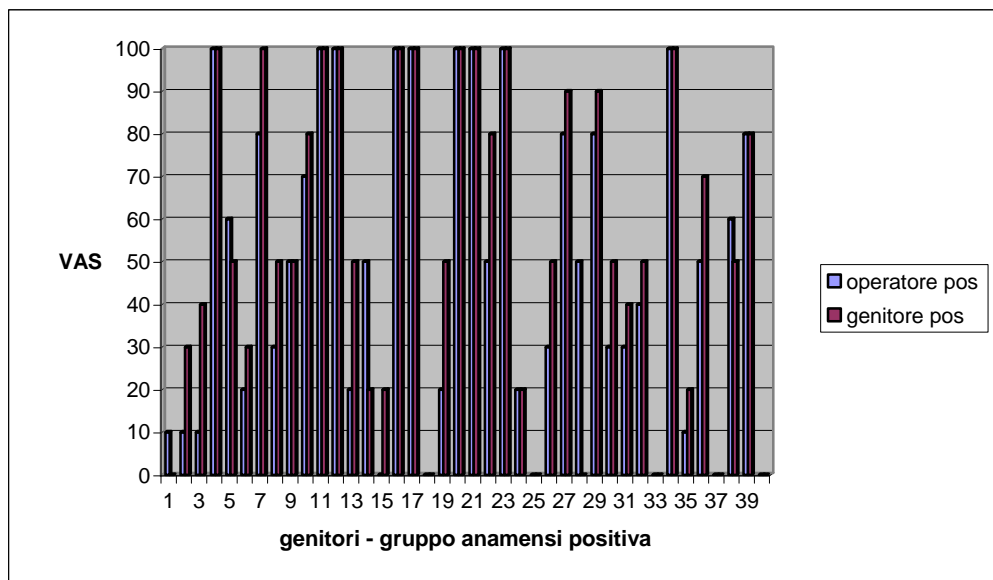




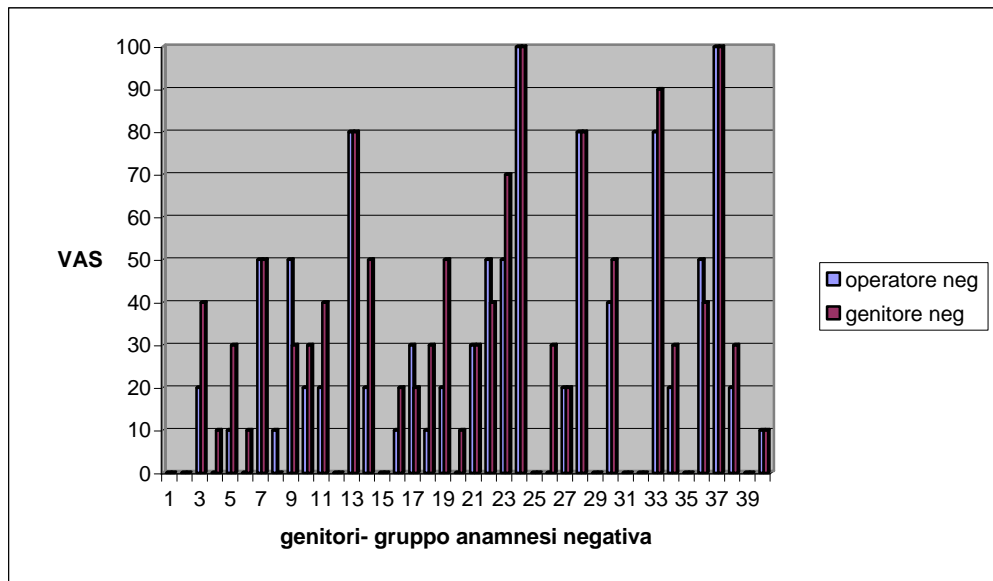
**Grafici 5, 6, 7, 8: Risultati delle quattro domande della CDAS nei due gruppi di genitori**

- si rileva, da parte dell'operatore, una tendenza a sottostimare l'ansia del bambino durante la seduta odontoiatrica rispetto al genitore sia nel gruppo dei bambini ad anamnesi positiva che nel gruppo di controllo. Dai valori della VAS compilata dall'operatore dopo il trattamento odontoiatrico nel gruppo di bambini ad anamnesi

positiva risulta una media pari a 48,5 (deviazione standard 36,9), mentre la VAS compilata dal genitore riporta un valore medio pari a 54 (deviazione standard 36,7). Nel gruppo di controllo i rispettivi valori medi sono 25 (deviazione standard 29,4) e 30,5 (deviazione standard 29,4). I grafici 9 e 10 mostrano i valori ottenuti nei due gruppi di genitori. L'analisi di questi dati conferma che il grado di ansia nel gruppo dei bambini ospedalizzati è maggiore di quello del gruppo di controllo.



**Grafico 9: valori ottenuti dalla VAS somministrata ad operatore e genitore dopo la seduta odontoiatrica (gruppo bambini con anamnesi positiva).**



**Grafico 9: Valori ottenuti dalla VAS somministrata ad operatore e genitore dopo la seduta odontoiatrica (gruppo bambini con anamnesi negativa).**

L’elaborazione qualitativa dei dati ottenuti è stata compiuta utilizzando il chi-square test.

Nel confronto del grado di ansia nei due gruppi di bambini, ponendo come ipotesi nulla un pari grado di ansia nei due gruppi e suddividendo i bambini in “ansiosi” e “non ansiosi” a seconda che la risposta sia inferiore o superiore al valore 50 nella VAS e che le immagini scelte nella FIS siano le prime due o le seconde due, si ottiene che l’ipotesi nulla non è confermata. Risulta quindi un grado significativamente maggiore di ansia nel gruppo di studio con  $p=0,0014$ .

Analizzando invece la possibile influenza dell’ansia del genitore sul figlio si ottiene un valore non significativo ( $p>0,05$ ).

Nel confronto tra i due gruppi di genitori, nonostante sia visibile numericamente un grado di ansia maggiore nei genitori del gruppo di controllo, il valore di  $p$  non risulta significativo ( $p>0,05$ ).

La VAS compilata dall’operatore e quella del genitore, data la distribuzione dei valori, sono state messe a confronto utilizzando il T-student test che non ha fornito la significatività del risultato ( $p>0,05$ ).

### 5.3 Discussione

L'obiettivo di questa ricerca è indagare sulla presenza di ansia nei riguardi del trattamento odontoiatrico in un gruppo di bambini malati cronici che hanno subito frequenti ospedalizzazioni e ricoverati nel momento della seduta odontoiatrica, prima della quale è stato somministrato il questionario. Il gruppo di controllo è costituito da bambini con anamnesi negativa.

È stata compiuta una valutazione del grado di ansia nei due gruppi di bambini e nei rispettivi gruppi di genitori ipotizzando che l'ansia nel gruppo di studio fosse uguale a quella del gruppo di controllo.

I risultati ottenuti non confermano questa ipotesi e dimostrano che l'ansia dentale nel gruppo di studio risulta significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo. Ciò concorda con quanto riferito da altri autori che hanno indagato sull'atteggiamento dei bambini ospedalizzati nei riguardi delle cure mediche in generale (Ramos-Jorge et al, 2006).

È stato inoltre ipotizzato che l'ansia del bambino possa essere in qualche modo correlata all'ansia del genitore, ma questa ipotesi non è stata confermata, diversamente da quanto rilevato da altri autori che hanno trovato relazione significativa tra l'ansia del genitore e quella del bambino (Bankole et al, 2002); il risultato è invece in accordo con altre recenti ricerche che evidenziano la multifattorialità della genesi dell'ansia dentale nella quale l'ansia anticipatoria del genitore non sembra avere un ruolo preponderante. Risulta invece più significativa la correlazione tra ansia dentale e pregresse esperienze mediche negative, risultato che concorda con quelli ottenuti da questa ricerca (Majstorovic 2001, Klassen 2003).

Sono state poi confrontate le risposte alla CDAS nei due gruppi di genitori e il risultato ottenuto mostra un grado di ansia maggiore nel gruppo dei genitori dei bambini con anamnesi negativa rispetto al gruppo di studio. L'esiguo numero di soggetti probabilmente non consente una corretta valutazione statistica di questo dato poiché il fattore "ospedalizzazione del figlio" non può essere considerata una variabile valida nella valutazione



dell'ansia del genitore. Una possibile interpretazione del dato in questi termini potrebbe essere la familiarità con l'ambiente medico che un genitore di un bambino malato cronico è costretto ad avere e che può generare abitudine e minore ansia nei riguardi delle terapie mediche tra le quali quelle odontoiatriche.

Dopo la seduta odontoiatrica l'operatore e il genitore hanno compilato la VAS per la valutazione dell'ansia del bambino. I risultati ottenuti, anche se statisticamente non significativi, dimostrano che l'operatore tende a dare una valutazione minore rispetto al genitore e ciò concorda con la maggioranza degli studi già pubblicati (Murtomaa 1996). L'interpretazione di questo dato non deve prescindere da due fattori. I bambini sono stati trattati tutti in un reparto nel quale afferiscono normalmente bambini con scarso grado di collaborazione e che frequentemente mostrano problemi comportamentali connessi a patologie sistemiche e a disabilità fisiche e mentali: si può quindi supporre che gli operatori sottostimino l'ansia poiché sono abituati a bambini poco collaboranti e tendono a considerare come indicatore dell'ansia solo il comportamento e la collaborazione. La valutazione del genitore invece probabilmente prescinde maggiormente dal comportamento che pur essendo, nel bambino, un buon indicatore di ansia, può non sempre corrispondere all'ansia stessa. Non sono infrequenti infatti i bambini che mascherano la loro paura dietro un comportamento accettabile che possiamo definire "stoico". Si può inoltre presupporre la presenza di maggiore empatia tra genitore e figlio.

Secondo Mejare e collaboratori inoltre i genitori tendono a correlare maggiormente la paura e il comportamento del bambino al trattamento odontoiatrico rispetto all'operatore, che invece (probabilmente in modo erroneo) tende a considerare maggiormente l'influenza della famiglia e l'immaturità del bambino (Mejare 1989).

L'assenza di significatività statistica è probabilmente dovuta all'esiguità del campione; sono necessarie ulteriori valutazioni per la conferma di questi dati.

## 5.4 Conclusioni

I risultati di questo studio confermano quelli di altre ricerche mettendo in luce l'importanza delle esperienze mediche pregresse nella genesi dell'ansia nel bambino. Ne consegue che è possibile prevedere paura, problemi comportamentali e poca collaborazione al trattamento odontoiatrico in un bambino che ha subito frequenti ospedalizzazioni.

È necessario quindi che gli operatori siano preparati alla gestione di questi piccoli pazienti e mettano in atto tutte le tecniche di controllo dell'ansia che possano facilitare l'approccio e ridurre la paura. In modo particolare l'odontoiatra deve essere consapevole che l'esperienza dolorosa è probabilmente la maggiore fonte di ansia: il controllo del dolore diviene quindi il primo obiettivo nell'approccio al piccolo paziente attraverso le tecniche che la ricerca ha messo a disposizione del clinico: le tecniche comportamentali, l'anestesia locale, la sedazione cosciente e l'anestesia generale.

Tutti gli odontoiatri e in modo particolare quelli che si occupano di pazienti pediatrici con speciali necessità, devono essere in grado di prevedere, riconoscere un bambino ansioso, indicare ed attuare la tecnica di controllo più adatta al piccolo paziente, con l'obiettivo di una graduale riduzione dell'ansia e della paura.

## **Bibliografia**

- Bankole OO, Aderinokun GA, Denloye OO, Jeboda SO Maternal and child's anxiety--effect on child's behaviour at dental appointments and treatments *Afr J Med Med Sci.* 2002 Dec;31(4):349-52.
- Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. Dental anxiety in a subpopulation of African children: parents ability to predict and its relation to general anxiety and behaviour in the dental chair *Eur J Paediatr Dent.* 2004 Mar;5(1):19-23.
- Klaassen M, Veerkamp J, Hoogstraten J Predicting dental anxiety. The clinical value of anxiety questionnaires: an explorative study. *Eur J Paediatr Dent.* 2003 Dec;4(4):171-6.
- Majstorovic M, Skrinjaric I, Glavina D, Szivovicza L. Factors predicting a child's dental fear. *Coll Antropol.* 2001 Dec;25(2):493-500.
- Mejare I, Ljungkvist B, Quensel E. Pre-school children with uncooperative behavior in the dental situation. Some characteristics and background factors. *Acta Odontol Scand.* 1989 Dec;47(6):337-45.
- Murtomaa H, Milgrom P, Weinstein P, Vuopio T. Dentists' perceptions and management of pain experienced by children during treatment: a survey of groups of dentists in the USA and Finland *Int J Paediatr Dent.* 1996 Mar;6(1):25-30.
- Ramos-Jorge ML, Marques LS, Pavia SM, Serra-Negra JM, Pordeus IA. Predictive factors for child behaviour in the dental environment. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2006 Dec;7(4):253-7.
- Rasmussen JK, Frederiksen JA, Hallonsten AL, Poulsen S. Danish dentists' knowledge, attitudes and management of procedural dental pain in children: association with demographic characteristics, structural factors, perceived stress during the administration of local analgesia and their tolerance towards pain. *Int J Paediatr Dent.* 2005 May;15(3):159-68.