

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

**C.I.I.C.S.
ISTITUTO FRANCO GRANONE**

Scuola post universitaria di ipnosi
clinica e sperimentale

Direttore del corso: Dott. A.M. Lapenta

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

TORINO, 2013

**L'ANSIA DEL PAZIENTE NELLO STUDIO
ODONTOIATRICO: UTILIZZO DELL'IPNOSI**

Candidato:
Dott. ELENA ANDREIS

Relatore:
Dr. ANGELO GONELLA

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1 : L'ANSIA DEL PAZIENTE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

- 1.1 La bocca e il suo significato simbolico dal bambino all'adulto
- 1.2 Lo stress
 - 1.2.1 Il modello dello stimolo
 - 1.2.2 Il modello della risposta
 - 1.2.3 Il modello transazionale
 - 1.2.4 Il coping
 - 1.2.5 Lo stress positivo
 - 1.2.6 Fisiologia dello stress
- 1.3 La paura del dentista: motivazioni
- 1.4 Fisiologia della paura
- 1.5 L'ansia
 - 1.5.1 Definizione e generalità
 - 1.5.2 I disturbi ansiosi
 - 1.5.3 Sintomi legati all'ansia
 - 1.5.4 Strumenti di rilevazione psicometrica dell'ansia
 - 1.5.5 L'ansia del dentista e i principali effetti modulatori
 - 1.5.6 L'ansia e la paura odontoiatrica

CAPITOLO 2 : UTILIZZO DELL'IPNOSI

- 2.1 Interpretazioni dell'ipnotismo attraverso i tempi
- 2.2 Uno sguardo sul fenomeno ipnotico
 - 2.2.1 Generalità
 - 2.2.2 Cos'è l'ipnosi: definizione
 - 2.2.3 Induzione
 - 2.2.4 Strumenti di induzione
 - 2.2.5 Come riconoscere lo stato ipnotico
- 2.3 L'ipnosi in odontoiatria
- 2.4 La gestione dell'ansia odontoiatrica con l'ipnosi

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

Ho frequentato il corso di ipnosi clinica della scuola di F. Granone con la curiosità e l'interesse per una fenomenologia di cui avevo sentito molto parlare, ma della quale non possedevo alcuna conoscenza scientifica. Le lezioni frontali, gli esperimenti pratici e la ricerca della letteratura, mi hanno portato alla decisione di compilare, come tesi finale, il presente lavoro, che ha lo scopo di descrivere un disagio spesso presente nei pazienti che ho in cura, ed un metodo particolare per gestire tale problematica. Il disagio è costituito dall'ansia del paziente nell'affrontare le cure odontoiatriche ed il metodo efficace per gestire il disagio è quello di usare la comunicazione ipnotica.

Nella mia pratica clinica di dentista ho potuto constatare come la maggior parte delle persone che si recano nello studio per una visita non lo fa mai a cuor leggero; ho sentito donne affermare che avrebbero preferito partorire un altro figlio piuttosto che sedersi sulla poltrona del dentista; ho visto baldi giovani cintura nera di kung fu impallidire alla vista dello specchietto!

Purtroppo è così: si riscontrano spesso nei pazienti manifestazioni di ansia, di paura, e una voglia più o meno confessata di fuggire e rinviare il più possibile l'inizio delle cure. La paura di sentire dolore nel corso delle procedure dentistiche, spesso per esperienze negative precedenti, spinge alcuni pazienti a non presentarsi con regolarità ai controlli, compromettendo il più delle volte la salute della propria bocca. L'indicazione che viene data dalle associazioni dentistiche è il controllo semestrale, che, se eseguito con regolarità, permette di individuare le patologie agli stadi iniziali, consentendo all'odontoiatra un tempestivo intervento. Il più delle volte il controllo viene eseguito in forma del tutto gratuita, e se si considera anche l'aspetto economico, la cura di una patologia allo stadio iniziale comporta un esborso economico inferiore per il paziente.

Molto spesso però questa semplice indicazione viene disattesa, e i pazienti, seppur richiamati dagli ambulatori, non si presentano al controllo.

Si attiva così un circolo vizioso in cui il paziente evitante peggiora sempre di più il suo stato di salute orale, e di conseguenza anche il timore di andare dal dentista cresce, perché c'è la certezza che si dovranno affrontare cure più complesse e con tutta probabilità anche più dolorose. Inoltre ciò crea implicazioni anche da un punto di vista psicologico : il progressivo disfacimento dei denti provoca un peggioramento dell'estetica, problemi parodontali ed alito cattivo, e ciò può portare il paziente a vivere momenti di disagio e di vergogna. In tal modo i rapporti interpersonali diventano difficili e sussiste anche il pericolo di un crescente isolamento sociale.

Le problematiche orali dei "fobici evitanti" non sono dannose solo per il paziente, ma anche per il dentista : con tutta probabilità quest'ultimo si troverà di fronte ad un quadro clinico molto complesso, che si complicherà ulteriormente dovendo affrontare anche le difficoltà di approccio di un paziente ansioso. Questa problematica genera stress nel medico curante, peggiorando ancora di più l'ansia del paziente.

Come si può intervenire per interrompere questi circoli viziosi? Come far sì che il paziente si fidi del medico e come ristrutturare l'idea che le cure odontoiatriche siano tutte motivo di ansia, paura e dolore?

Come far capire che il dentista non è un "torturatore" ma una figura professionale che lavora per il paziente e non contro? Seguendo il corso della scuola di F. Granone ho imparato a porre grande attenzione al vissuto psicologico del paziente che ho di fronte, e ho trovato nell'ipnosi una risposta valida agli interrogativi definiti poco fa.

Per poter curare al meglio, il dentista dovrebbe mirare ad ottenere la fiducia del proprio paziente. Un paziente che si fida sarà molto più propenso a seguire i consigli del suo dottore . In questo modo tutto diventerebbe molto più facile, perché si potrebbe lavorare di più sulla prevenzione, con dei vantaggi enormi in termini di salute orale . E' noto a tutti che quando un dentista cura una carie, cura il sintomo ma non la causa del problema, di conseguenza il problema tornerà ad affliggere il paziente; è come se un cardiologo si preoccupasse solo di intervenire sull'infarto in atto ,

tralasciando tutto ciò che fa parte della prevenzione, cioè consigliare di smettere di fumare, di fare attività fisica, di tenere a bada il colesterolo cattivo.... Fare prevenzione è più semplice per il paziente ed anche per il dentista. Un paziente più tranquillo rende più disteso il dentista, che a sua volta dà ancora più tranquillità al paziente, generando un circolo virtuoso efficace e promettente.

La fiducia generata dal corretto rapporto medico-paziente genera compliance, e quest'ultima genera fidelizzazione, perché seguendo i consigli del dentista, migliora la salute del paziente, e la riconoscenza per chi ha saputo curare bene. Per tutti questi motivi ritengo che sia molto importante per l'odontoiatra avere dei mezzi per dare tranquillità a tutti i suoi pazienti, soprattutto a coloro che mostrano un certo grado di disagio emotivo quando si devono sottoporre alle sedute odontoiatriche .

Il ricorso a tecniche ipnotiche è di grande efficacia , poiché può agire in alcuni pazienti come analgesico (15% circa della popolazione), come antagonista dell'ansia, come facilitatore nella collaborazione del paziente nell'ambito della seduta. L'ipnotista esperto può fare molto : può indurre analgesia in soggetti predisposti, ridurre il sanguinamento e la salivazione, il riflesso del vomito..ma al di là di questi fenomeni più eclatanti documentati dalla letteratura ma non applicabili a tutti i pazienti, l'ipnosi è anche comunicazione, è utilizzo consapevole delle strutture linguistiche e della comunicazione non verbale per aumentare il comfort del paziente e la sua compliance alle cure odontoiatriche. L'ipnosi consente di migliorare la relazione medico – paziente fino alla realizzazione del RAPPORT, una particolare intesa in cui il paziente focalizza la sua attenzione sul "suo" medico curante, che diviene per lui un vero e proprio mentore ; in questo modo è più facile ottenere la collaborazione alle cure, e si ottiene una fidelizzazione difficile da scalfire.

Il linguaggio ipnotico arriva all'inconscio del soggetto, aggirando le riserve della critica della parte razionale del nostro cervello , e per questo motivo è più efficace nel monitorare le reazioni emotive inconsce del paziente che possono scaturire dalle cure odontoiatriche.

CAPITOLO 1: L'ANSIA DEL PAZIENTE ODONTOIATRICO

1.1 LA BOCCA ED IL SUO SIGNIFICATO SIMBOLICO DAL BAMBINO ALL'ADULTO

Per comprendere le motivazioni che stanno alla base di un comportamento di sfiducia verso le cure odontoiatriche , in cui ansia e paura la fanno da padroni , è utile fare un accenno al significato emotivo e simbolico assunto dalla bocca.

Secondo la teoria psicoanalitica di S. Freud, lo sviluppo del bambino avviene attraverso varie fasi, la prima delle quali è denominata "fase orale", e corrisponde all'incirca al primo anno di vita. La "fase orale" viene così definita perché la bocca assume un ruolo importante nel processo di conoscenza della realtà del bambino, rappresentando per lui il legame con il mondo esterno.

Fin dai primi giorni di vita , il neonato stabilisce un legame affettivo particolare ed esclusivo con la madre attraverso la suzione del capezzolo e l'allattamento. Inoltre impara a conoscere il mondo attraverso l'esplorazione sensoriale nel cavo orale, mettendo in bocca tutti gli oggetti che lo circondano.

Attraverso la bocca il bambino prova piacere. L'atto della suzione praticata nel sonno – che Freud denominò succhiare con delizia – non è collegato alla soddisfazione alimentare , e dimostra che il piacere che ne deriva è di tipo autoerotico. Questo primo stadio viene definito anche passivo, o preadentizionale , o succhiante.

Attraverso la bocca il bambino acquisisce il suo primo modo di accostarsi alla realtà: quello dell'incorporare, del prendere dentro di sé. In questa fase tutta la superficie della pelle del bambino va intesa come un organo di senso. Ciò permette l'instaurarsi di una ricca comunicazione non verbale tra il bambino e la sua nutrice. Grazie a questo rapporto simbiotico , si definisce il senso primario di fiducia (o di sfiducia) derivante dalla sintonia tra la capacità di ricevere del bambino e quella oblativa della madre; si realizza una magica

intesa che rassicura il piccolo e gli consente di sviluppare poi le proprie capacità di altruismo.

Questo vale sia per il bambino allattato al seno sia per quello nutrito con il biberon; anche qui la reciprocità del rapporto è fondamentale, così come le manifestazioni affettuose della madre, in grado di colmare con coccole e carezze la futura perdita del suo seno.

Il primo stadio della fase orale per molti rappresenta la fase più felice dell'esistenza, una sorta di Paradiso Terrestre; ma con l'inizio del processo di dentizione, il rapporto madre figlio, che fino a quel momento era stato felice ed appagante, attraversa un periodo di crisi e di frustrazioni.

Si tratta di un periodo delicato per il bambino, che prova dolore per l'eruzione dei primi dentini, e come se ciò non bastasse, l'inizio dello svezzamento lo allontana sempre di più dal seno materno, dalla sua fonte di piacere.

In questo stadio il piccolo trova sollievo alle sofferenze della dentizione proprio mordendo l'oggetto: siamo nella fase orale detta attiva, o mordente. In questo momento si afferma il modello incorporativo, che consiste nel prendere e nel trattenere le cose. Il piccolo inizia a muoversi tanto da poter afferrare gli oggetti che si trovano alla sua portata.

Si tratta di un momento delicato: il bambino sperimenta per la prima volta ciò che è bene e ciò che è male e il senso di frustrazione. Bisogna ricordare infatti che quello di mordere è anche un impulso aggressivo, ed è estremamente importante il modo in cui la madre reagisce di fronte a ciò.

Il bambino deve essere aiutato a passare attraverso questo male inevitabile nel modo più dolce e rassicurante possibile; deve abituarsi gradualmente e deve essere compensato con maggiori manifestazioni d'affetto per placare le sofferenze di questo periodo.

Nella fase orale ci deve essere corrispondenza tra i bisogni affettivi e fisici del piccolo e la capacità dell'ambiente di soddisfarli armoniosamente; il soggetto che è stato adeguatamente appagato nella fase orale sarà ottimista, sufficientemente sicuro di sé e spontaneamente altruista: avrà cioè acquisito quella che E.H. Erikson ha definito la fiducia di base, e questo lo accompagnerà in tutta la sua vita.

Nella fase orale abbiamo visto che c'è una sorta di ambivalenza tra il piacere provocato dal bambino nell'atto

della suzione , e l'aggressività che si manifesta nel mordere. Libido ed aggressività si fondono insieme provocando ambivalenza affettiva.

Se nella fase orale si sono verificate disarmonie nel rapporto per difetto tra il neonato e la sua nutrice, la parte aggressiva della ambivalenza prende il sopravvento. Una fase orale perturbata porterà ad un atteggiamento di sfiducia di base o a tratti di carattere orale più o meno marcati.

Tali tratti si riscontrano abbastanza frequentemente: lo stesso Freud, che per primo li aveva descritti, non ne era immune. (Hitschmann).

Dai rapporti primordiali dipende la modalità delle relazioni successive con se stessi e con gli altri, e anche la strutturazione del sistema nervoso , soprattutto a livello del sistema limbico. Perciò di tali esperienze primitive rimane una traccia perenne nella parte più inconscia del nostro cervello. La fase orale marca profondamente tutta la nostra vita per fissazione o per regressione.

Alla luce di ciò ci apparirà più chiaro come il lavoro del dentista sia peculiare, perché la sede delle manovre odontoiatriche , il cavo orale, è investita di significati emotivi e simbolici particolarmente profondi , che rimandano alle prime esperienze di vita e di relazione. La bocca è la zona del corpo che più di altre è legata ad esperienze piacevoli (la nutrizione, la parola, gli scambi affettivi , l'apprendimento sensoriale;)..

In uno sviluppo psicologico equilibrato, il bambino sarà in grado di rispondere positivamente e con fiducia a tutte quelle manovre mediche necessarie per curare le problematiche dentali; al contrario , in uno sviluppo perturbato , l'ansia e la paura emergono dall'inconscio del paziente e quando la bocca viene violata dall'esplorazione medica, si innesca automaticamente una reazione di evitamento/fuga/ aggressività , quasi a voler difendere la propria intimità dall'intrusione di oggetti poco rassicuranti (sonde, specilli..). E' molto facile per il bambino proiettare le sue paure sulla figura dell'odontoiatra, che nei suoi disegni viene rappresentato come una figura minacciosa, con dimensioni gigantesche, e armato di spade , pugnali ed altri strumenti di "tortura".

Nell' adulto la bocca perde la centralità che aveva nella fase orale infantile, ed assume la simbologia di " via vitale orale". In

uno sviluppo psicologico equilibrato nell'adulto la bocca non è più il centro dell'universo, ma resta comunque una parte del corpo di fondamentale importanza.

E' una via vitale perché permette l'assunzione di cibo (sopravvivenza) , e la manifestazione di affettività (come baciare).

La via vitale orale è estremamente innervata perché deve riferire immediatamente della presenza di qualsiasi "oggetto " a contatto con le sue parti più esterne, come le labbra, e quelle più interne , per catalogarne la natura. Deve operare una serie di controlli qualitativi e quantitativi affinché si attivino i riflessi pertinenti : rifiuto all'introduzione o inizio dei processi masticatori. Attraverso la bocca può essere introdotto cibo, ma anche veleni, od oggetti lesivi od asfissianti , in grado di mettere a repentaglio la vita dell'individuo.

Del resto l'importanza fondamentale della bocca per la sopravvivenza della specie contribuisce a spiegare come mai nel linguaggio corrente vi siano molte espressioni con chiari riferimenti orali : "pendere dalle labbra di un oratore brillante" ; "divorare un libro con la lettura" ; "essere buoni come il pane"; "bersi delle frottole" ; "una ragazza appetitosa" ; "me lo mangio in un boccone"....

La via vitale della bocca è sotto il controllo del nostro cervello inconscio, e ci protegge da tutte quelle situazioni che vengono valutate come minacciose per la nostra sopravvivenza.

Chi meglio dell'odontoiatra è un attentatore di questa via vitale, con tutti quegli strumenti appuntiti che potrebbero far male?

Anche gli adulti possono manifestare le stesse reazioni di evitamento / fuga quando si trovano sulla poltrona del dentista. Nonostante siano dotati di una parte razionale che porta a riconoscere la necessità di farsi curare, a volte possono manifestare comportamenti istintivo-irrazionali di rifiuto allorché ha il sopravvento una istantanea regressione a livelli evolutivi infantili e primordiali.

1.2 LO STRESS

“ Lo stress è il sale della vita, la mancanza assoluta di stress significa morte” Hans Selye.

Per capire meglio le caratteristiche dello stato ansioso, quello stato emotivo spiacevole che prova il paziente durante la seduta odontoiatrica, dobbiamo far riferimento agli studi effettuati sullo stress. Ciò permetterà di comprendere le modificazioni biochimiche ed ormonali che compaiono nel nostro corpo in risposta ad uno stimolo stressante, od ansiogeno, e le strategie che il paziente mette in atto per far fronte al problema.

Lo stress è stato oggetto di numerose ricerche nel corso degli anni. Le interpretazioni date dai numerosi studiosi che hanno cercato di darne una definizione possono essere racchiuse in tre prospettive diverse :

- 1) IL MODELLO DELLO STIMOLO (HANS SELYE, 1936)
- 2) IL MODELLO DELLA RISPOSTA
- 3) IL MODELLO TRANSAZIONALE (LAZARUS & FOLKMANN , 1984)

1.2.1 IL MODELLO DELLO STIMOLO (HANS SELYE, 1936)

Il modello dello stimolo fa riferimento soprattutto agli studi effettuati da Hans Selye, fisiologo viennese nato da madre austriaca e padre ungherese.

I suoi esperimenti consistevano nell'iniettare in ratti da laboratorio varie sostanze per testarne gli effetti, e su questi animali aveva poi riscontrato una risposta biologica caratteristica e sempre uguale, e cioè:

- ipertrofia della ghiandola surrenale
- atrofia del timo e delle ghiandole linfatiche
- sviluppo di ulcere nella mucosa gastrica

Egli interpretò questo quadro come una reazione difensiva dell'organismo in risposta a stimoli stressanti (stressors) , e dimostrò che essa si produceva per una gamma assai varia di agenti nocivi.

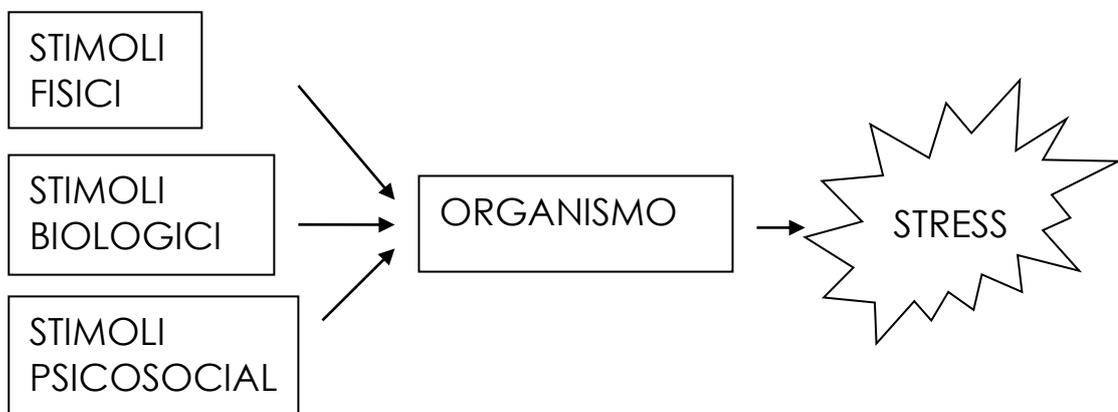
Nella definizione di Selye comparsa su Nature nel 1936, egli definì lo stress come una “ **reazione adattativa e fisiologica, aspecifica, a qualunque richiesta di modificazione esercitata**

sull'organismo da una gamma assai ampia di stimoli eterogenei”.

E' una risposta aspecifica perché l'organismo tende a rispondere all'agente stressante mediante una sindrome predefinita , sempre uguale.

Gli stimoli (stressors) che agiscono sull'organismo possono essere di varia natura : stimoli fisici , biologici , psicosociali ; possono essere di lieve o di moderata entità , ma attiveranno sempre lo stesso tipo di risposta predefinita.

FIG 1 : Lo stress secondo Selye. Il modello dello stimolo
Lo stress è la risposta del corpo ad ogni richiesta operata su di esso



Selye nei suoi studi fu il primo a suggerire la distinzione tra due tipi di stress : uno positivo (eustress, dal greco eu=buono) e l'altro negativo (distress, dal greco dis=cattivo). Se i livelli di stress vengono mantenuti entro certi limiti, si ha una reazione adattativa all'ambiente ed alle sue richieste ; al contrario elevati livelli di stress possono portare ad esaurimento fino alla morte.

Questo concetto è enunciato bene nella **Sindrome generale di adattamento (GAS)** (Selye, 1936), nella quale vengono identificate tre fasi:

- FASE DI ALLARME : nel corpo appaiono i cambiamenti tipici della prima esposizione ad un agente stressante , cioè si mobilitano tutte le forze difensive dell'organismo attraverso l'attivazione del sistema nervoso autonomo.

Si struttura in fasi successive:

- o Fase preliminare (di shock)

L'organismo inizialmente subisce passivamente lo stressor , per limitare i danni e per organizzare le difese; si assiste ad una perdita del tono muscolare, aumento della frequenza cardiaca, caduta della pressione arteriosa e della temperatura corporea.

o Fase acuta di allarme (di contro shock)

L'organismo attiva il sistema nervoso simpatico per organizzare specificamente le sue difese . Vengono temporaneamente interrotte tutte le attività non necessarie a favorire la risposta immediata allo stressor (digestione, accrescimento, sessualità..)

o Fase di ripresa

L'organismo, neutralizzato od allontanato lo stressor, attiva il sistema nervoso Parasimpatico per tornare al funzionamento normale.

- FASE DI RESISTENZA : si genera quando la causa nociva non sia stata neutralizzata; l'organismo allora struttura un sistema difensivo a lungo termine per adattarsi allo stimolo stressante. il soggetto si adatta all'esposizione dell'agente stressante . Si ha un miglioramento, ed i segni caratteristici della fase di allarme scompaiono

- FASE DI ESAURIMENTO : se l'esposizione allo stressor è molto prolungata , la capacità di adattamento del soggetto si esaurisce gradualmente. Ricompaiono i segni caratteristici della reazione di allarme, ma questa volta sono irreversibili. Si ha l'insorgenza di patologie psicosomatiche di vario tipo.

1.2.2 IL MODELLO DELLA RISPOSTA

Un altro modello interpretativo del concetto di stress pone l'accento sul fatto che la risposta allo stimolo stressante è soggettiva. Lazarus e Levi hanno dato una impostazione più psicologica al problema, introducendo il concetto di stress psicologico.

Secondo tali studiosi gli stimoli che raggiungono l'organismo vengono valutati cognitivamente dal punto di vista del loro significato, e possono o meno attivare una risposta emozionale. Ciò dipende dal vissuto particolare di una data persona. Quindi lo stressor psicologico può portare

all'attivazione emozionale e allo stress solo se il filtro cognitivo del soggetto riconosce tale stimolo come stressante per se stesso.

Ognuno di noi può reagire in modo diverso agli stimoli stressanti; le persone con affettività negativa, cioè personalità caratterizzata da ansia, depressione ed ostilità, esprimono più facilmente distress, sconforto ed insoddisfazione in un'ampia gamma di situazioni. L'affettività negativa è correlata ad alcolismo, depressione, comportamento suicida, asma, artrite, ulcere, mal di testa, disturbi alle coronarie. L'affettività negativa compromette la salute; inoltre crea una falsa impressione di salute precaria. Le persone con questo tratto caratteriale fanno ricorso molto spesso ai servizi sanitari. Queste persone spiegano gli eventi negativi della loro vita in termini di proprie qualità interiori, stabili e globali. Il comportamento espositivo pessimistico è associato con la riduzione delle difese immunitarie. (Seligman).

Altre persone mostrano una maggiore capacità di resistenza agli stimoli stressanti; mostrano maggior impegno nell'affrontare le situazioni avverse; vivono gli eventi negativi come una sfida. Ciò permette una valutazione degli eventi potenzialmente stressanti più positiva. La capacità di resistenza è correlata con la salute. Le persone con elevata capacità di resistenza hanno maggior cura di sé quando si trovano a dover fronteggiare le difficoltà della vita.

Alcune persone hanno la convinzione di poter controllare gli eventi; la percezione di controllo è la credenza di poter determinare gli stati interni e il comportamento, influenzare l'ambiente e ottenere i risultati desiderati. Il controllo percepito è strettamente correlato con l'autoefficacia. La sensazione che si possano controllare gli eventi stressanti è associata a eustress, salute, cambiamento comportamentale, ottimizzazione delle performance, soluzione efficace per far fronte ai problemi.

1.2.3 IL MODELLO TRANSAZIONALE (LAZARUS & FOLKMANN, 1984)

Secondo questo modello interpretativo lo stress è una transazione tra la persona e l'ambiente, nella quale la

situazione è valutata dall'individuo come eccedente le proprie risorse e tale da mettere in pericolo il suo benessere. Il soggetto è considerato un soggetto attivo , che può influenzare l'impatto di un evento stressante mediante strategie cognitive, emotive e comportamentali. Si iniziano a delineare quindi le strategie per far fronte al problema: viene introdotto il concetto di coping.

1.2.4 IL COPING

Lazarus e Folkman (1984) definiscono il coping come: "L'insieme degli sforzi comportamentali e cognitivi volti alla gestione di specifiche richieste esterne od interne, valutate come situazioni che mettono alla prova o che in ogni caso eccedono le risorse di una persona ".

Di fronte ad una situazione problematica , l'individuo può reagire attraverso diverse modalità:

- 1) tentando di risolvere cognitivamente il problema (coping basato sul problem solving)
- 2) tentando di controllare soprattutto l'emozione o l'angoscia che insorgono in risposta al problema (coping basato sulla regolazione emozionale)
- 3) bloccando qualsiasi tentativo di affrontare il problema, rinunciando precocemente ad agire; evitando di vedere il problema attraverso l'autodistrazione, l'uso di sostanze quali alcool o droghe..(coping di evitamento)

E' interessante notare la differenza dei sentimenti generati dai sistemi di approccio al problema (i primi due), e quelli generati dal sistema di evitamento: la risposta emotiva correlata al raggiungimento o meno della mèta va dall'euforia (in caso di vittoria) alla depressione (in caso di sconfitta). L'evitamento invece produce nel soggetto risposte variabili : ansia o sollievo.

Le strategie di coping che una persona mette in atto per fronteggiare un problema dipendono dai tratti caratteriali della persona stessa, cioè dal suo temperamento.

Quest'ultimo è influenzato dall'esperienza di vita, e prima ancora si è formato già nella vita intrauterina attraverso il comportamento materno. Il comportamento materno è in grado di guidare l'espressione di geni riguardanti l'asse dello

stress, attraverso l'imprinting genetico. A contatto con la propria mamma, il neonato nei primi anni di vita registra una sorta di previsione delle condizioni ambientali che dovrà affrontare nella vita adulta, e modella il suo sistema dello stress nel modo adeguato, più iperattivo o più pacifico. (Amita Kapoor et aa.; J.Physiol 2006). La programmazione del sistema dello stress avviene in epoca fetale ed immediatamente dopo la nascita, ed è influenzato da: genetica, apporto nutrizionale, stress materno, esposizione a steroidi (assunti dalla madre o alla nascita), esposizione a tossici (alcol); dopo la nascita è influenzata dalla deprivazione materna, ambiente ostile, non affettivo, malattie. (Kapoor)

E' utile per l'odontoiatra conoscere il proprio paziente ricavando informazioni sul suo assetto psichico e sulle sue risorse interne; in questo modo se il soggetto manifesta atteggiamenti che suppongono un comportamento evitante, il professionista sarà orientato nel suo approccio e potrà settare fin dall'inizio la sua comunicazione in modalità persuasiva.

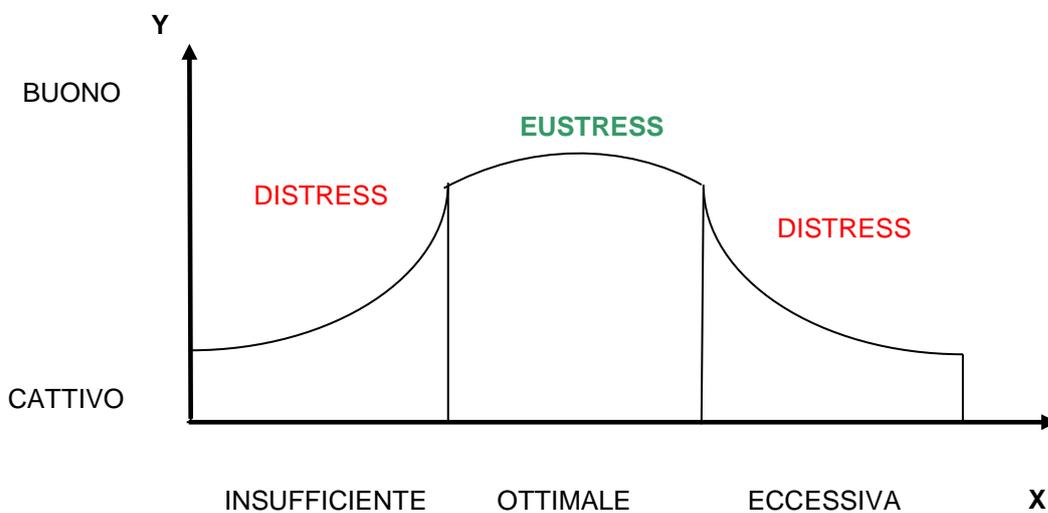
1.2.5 LO STRESS POSITIVO

Abbiamo visto che nella definizione di stress entrano in gioco anche le emozioni, le quali acquisiscono la percezione che soggettivamente possiamo avere delle situazioni stressanti, ma se ben bilanciate ci permettono di cercare in noi stessi le risorse per fronteggiare il problema.

Meno frequentemente ma più correttamente, lo stress viene considerato come condizione capace di addirittura di migliorare le prestazioni dell'individuo e di esercitare entro certi limiti, un effetto training. Il termine training fa riferimento ai concetti di addestramento ed apprendimento e alla capacità che l'individuo ha di imparare qualcosa. E' infatti dimostrato che l'individuo sottoposto ad un certo livello di stress, livello che naturalmente non deve superare le capacità di farvi fronte, migliora le prestazioni, anche quelle che si riferiscono all'apprendimento. Individui attivi rendono meglio di individui eccessivamente rilassati.

Fig 2 : LA LEGGE DI YERKES DODSON

L'organismo , per raggiungere livelli ottimali di efficienza, ha bisogno di operare in rapporto a quantità di stress non estreme: sollecitazioni eccessive o carenze di stimoli hanno effetti negativi sull'efficienza.



X = STIMOLAZIONE E/O ATTIVAZIONE FISIOLOGICA
Y = RENDIMENTO E/O STATO DI SALUTE

1.2.6 FISILOGIA DELLO STRESS

I processi fisiologici che si attivano in condizioni di stress operano attraverso due vie. La prima è la via nervosa; essa è costituita dall'ortosimpatico e dalla porzione midollare delle ghiandole surrenali.

Attraverso una serie di neurotrasmettitori e numerose aree anatomiche e nuclei interessati, questa via incentiva la liberazione da parte della midollare del surrene di una miscela di sostanze eccitanti : adrenalina, noradrenalina e dopamina. Grazie alla liberazione di tali sostanze (catecolamine) viene suscitata una risposta ergotropa , tale cioè da farci affrontare l'evento stressante in modo rapido e valido.

“Per l'azione delle catecolamine il cuore accelera la sua attività fornendo più sangue al cervello e ai muscoli; le arterie e le vene sottocute si restringono e il tempo di coagulazione si abbrevia, allontanando il pericolo di emorragie in caso di ferite; la respirazione diventa rapida mettendo a disposizione più ossigeno; le mucose delle prime vie respiratorie si prosciugano, facilitando il tragitto dell'aria verso i polmoni; la sudorazione aumenta, rinfrescando il corpo; molti muscoli si tendono con forza, preparandosi ad un'azione rapida e vigorosa; la mente diventa più vigile, afferrando ogni minimo indizio ed affinando tutte le capacità intellettive” (Farnè, 1999).

La seconda via lungo la quale operano i processi fisiologici dello stress è la via endocrina. Anche qui entrano in gioco numerosi neurotrasmettitori e fattori di rilascio ipotalamici, che attraverso la via ipotalamo-ipofisi-surrene , giungono alla parte più esterna (corticale) delle ghiandole surrenali. Qui stimolano la produzione di ormoni, i corticosteroidi, il principale dei quali è il cortisolo. Questa sostanza aumenta gli zuccheri in circolo, aumenta la pressione arteriosa, inibisce la funzione delle ghiandole sessuali e riduce il sonno.

La via nervosa che coinvolge il sistema nervoso autonomo e che porta alla liberazione di catecolamine avviene immediatamente ,ed è in relazione al concetto di stress acuto.

La via ormonale che opera attraverso il circuito ipotalamo-ipofisi- corticale del surrene e che porta alla liberazione di cortisolo, avviene dopo circa 30 minuti ed è legata al concetto di stress cronico.

L'asse ipotalamo ipofisi surrene (hpa) viene attivato da stimoli stressori. Questa attivazione avviene attraverso una serie di circuiti cerebrali specializzati che coinvolgono l'amigdala ed il sistema limbico. Queste ultime strutture anatomiche risiedono

nel cervello filogeneticamente più antico e come vedremo sono le stesse aree coinvolte nella fenomenologia ipnotica.

FIG 3: FISILOGIA DELLO STRESS

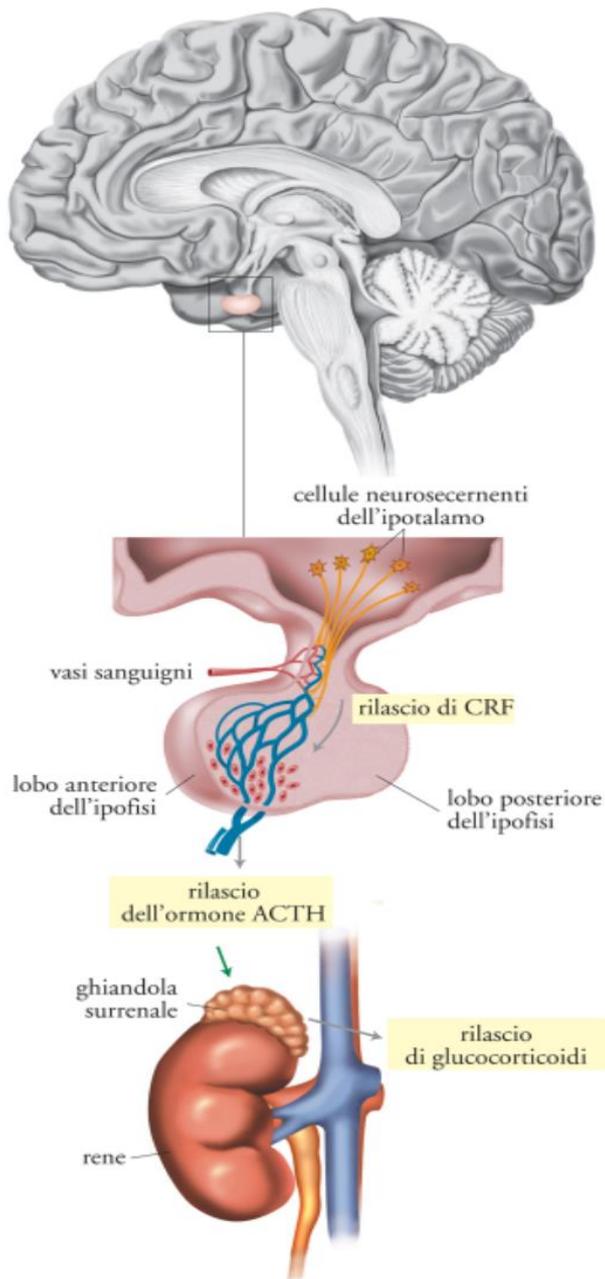
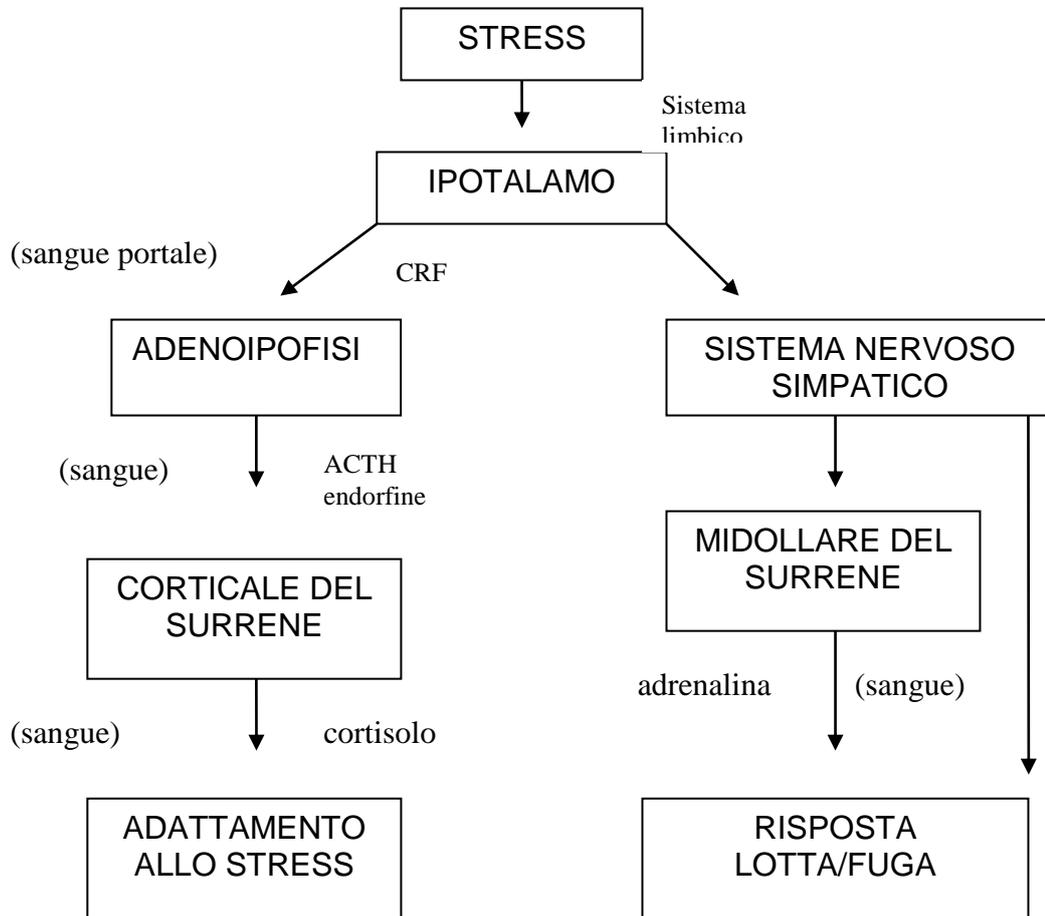


FIG 4: FISILOGIA DELLO STRESS



1.3 LA PAURA DEL DENTISTA

L'ansia e la paura sono due termini che intervengono spesso nel descrivere le reazioni che prova il paziente odontoiatrico. Erroneamente vengono usate indifferentemente per indicare uno stato emotivo spiacevole, ma in realtà sono due emozioni che seppure legate, hanno significati diversi.

La paura è un'intensa emozione derivata dalla percezione di un pericolo reale o supposto; riguarda sempre qualcosa di tangibile e ben definito, elaborato razionalmente dalla mente cosciente. L'ansia invece è un sentimento interno più indefinito, impalpabile, e nel caso di una seduta odontoiatrica corrisponde alla reazione emotiva elaborata in risposta alla valutazione cognitiva della paura. C'è un legame di tipo causa-effetto quindi tra queste due emozioni: la paura genera ansia. Ed in ambito odontoiatrico la paura è soprattutto quella di provare dolore.

Ma perché nell'immaginario collettivo la cura odontoiatrica si associa sempre al timore del dolore fisico?

Nella spiegazione di tale credenza entrano in gioco diverse motivazioni: una culturale, profondamente radicata, una più obiettiva e fisiologica, e una più psicologica.

Componente culturale

Per quanto riguarda l'aspetto culturale ci riferiamo alla credenza ormai radicata tra la gente secondo la quale la cura odontoiatrica è un qualcosa di spiacevole che provoca inevitabilmente dolore. Nonostante i molti sforzi fatti dalla categoria, la figura del dentista rimane fermamente legata all'immagine stereotipica del "cavadenti", e la terapia che egli propone non è mai vista come una cura, ma piuttosto come una tortura.

Queste credenze culturalmente apprese e profondamente radicate giocano un fattore causale importante nella genesi di questo tipo di paura; non vengono quasi mai smentite dai genitori o dalla scuola, dai fumetti o dalla televisione, ed anche quando vengono sminuite, i messaggi impliciti relativi al dolore e tensione che inevitabilmente si proverà dal dentista, emergono tra le righe come messaggi subliminali.

Ma perché è nata questa credenza?

Beh, a tale proposito si deve dire che la figura dell'odontoiatra è stata inquinata dalle pratiche abusive di falsi dentisti che operano nel cavo orale del paziente senza conoscenze adeguate e senza titolo..Praticare l'anestesia in certi casi (come per esempio nell'esecuzione della troncatura) richiede la conoscenza di particolari reperi anatomici , senza la quale non si ottiene l'effetto desiderato. Ecco che allora il paziente dice a ragione : "mi ha fatto l'anestesia, ma ho sentito male!" . E'anche vero che a volte l'esecuzione di una tecnica anestesologica perfetta non garantisce l'eliminazione completa del dolore, o per varianti anatomiche individuali del soggetto o per un processo infiammatorio in atto , che come ben sanno gli anestesisti, può annullare in parte l'effetto analgesico del farmaco.

Bisogna anche dire che è importante comunicare chiaramente al paziente che le sensazioni tattili non verranno annullate dall'anestetico : durante l'estrazione di un dente , il paziente non sentirà dolore, ma avvertirà una sensazione (magari un po' sgradevole) di pressione in alcuni punti o di strappo. Se non si fa questa doverosa precisazione, il paziente, magari in preda ad una reazione emotiva particolarmente intensa , tenderà a colorare di drammaticità la seduta, interpretando come dolorosi degli stimoli che in realtà non lo sono.

Spesso capita di dover vedere un paziente in urgenza ; in situazioni cliniche di dolore acuto è importantissimo praticare una corretta anestesia, ed iniziare il lavoro solo quando si ha la certezza del risultato raggiunto, perché l'ansia ed il dolore possono essere indistinguibili. Il dolore percepito o previsto aumenta l'ansia ; quest' ultima non solo riduce la soglia del dolore, ma può portare alla percezione di stimoli normalmente non dolorosi , come stimoli dolorosi. (Litt M.D., 1996)

Componente oggettiva (dolore)

Un altro motivo per cui alla cura odontoiatrica da sempre si associa il timore del dolore fisico è il fatto che in realtà il nostro cervello dedica una buona parte della sua massa a farci percepire il dolore ed in particolare quello dentale.

Ricordiamo a questo proposito lo schema dell' Homunculus sensitivo di Penfield, che indica le aree della corteccia

cerebrale coinvolte nella sensibilità. Il termine Homunculus deriva dal fatto che la rappresentazione del corpo umano appare grottesca e sproporzionata ; questo avviene perché ogni parte del corpo è rappresentata nell' homunculus non in base alla sua reale estensione spaziale, ma in base al numero di recettori dei vari tipi di sensibilità che sono in essa concentrati. La mano, il piede e guarda caso la bocca, sono ingrandite , ed è per questo motivo che il dolore dentale ha una connotazione così particolarmente intensa.

Foto 5



Foto 6

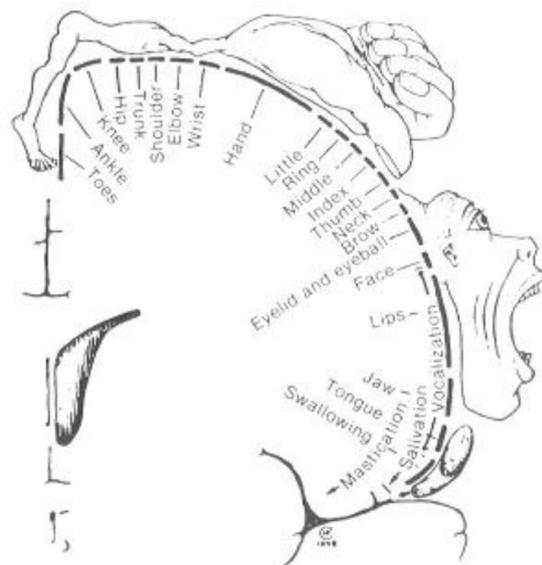


Foto 5,6 : Homunculus sensitivo di Penfield
 Esso rappresenta l'organizzazione somatotopica delle afferenze sensitive di tutti i distretti corporei in una particolare area corticale, cioè la circonvoluzione post centrale (detta anche post Rolandica) del lobo parietale dell'emisfero cerebrale.

Componente psicologica

In alcuni casi la paura del dentista sembra essere legata ad una componente più psicologica; a volte gli effetti dei farmaci anestetici non possono rassicurare quelle persone che soffrono di paure irrazionali molto intense e profondamente radicate. In questi casi il dentista si ritrova a dover gestire situazioni non facili perché non può comprendere il motivo legato ad un determinato comportamento indice di sofferenza e di disagio, e in questi casi è davvero facile perdere il controllo. Talvolta trattenersi dal dire “ma come, ti ho fatto l’anestesia, non puoi sentire male!” , è davvero difficile.

Nel corso di interventi di chirurgia orale possono insorgere in alcuni pazienti angosce e timori irrazionali; la paura di perdere un dente può essere vista come una specie di attacco alla propria integrità psicofisica. Subire passivamente l’avulsione di una cosa propria può attivare paure di natura inconscia, come il timore di essere defraudato, di manifestare allo stomatologo e all’assistente le proprie parti più vulnerabili ed infantili, perdendo così quella stima che si era sicuri di meritare. Freud interpretò per primo la paura di perdere un dente come angoscia di castrazione, e in molti sogni raccontati dai pazienti la figura del dentista rappresenta simbolicamente quella di un padre castrante che incombe minaccioso . Un dentista che si trova a dover gestire questi pazienti definiti a torto “difficili” , deve saper riconoscere le situazioni in cui può fare qualcosa (da solo od affiancato a professionisti esperti), da altre in cui è meglio inviare il paziente ad uno psicoterapeuta , che con il giusto approccio cognitivo comportamentale possa risolvere queste paure irrazionali. Sembra sempre più importante che il dentista moderno impari a diventare anche un po’ psicologo, per far fronte a problematiche sempre più frequenti all’interno dello studio odontoiatrico.

1.4 FISILOGIA DELLA PAURA

La paura è un sentimento interiore che vive dentro di noi ; arriva da esperienze e condizionamenti che risiedono nella nostra mente. Nella parte più primitiva del nostro cervello dimora una sorta di "gomitolo delle emozioni": l'Amigdala. Tale termine deriva dalla parola greca "mandorla" , e si riferisce ad un gruppo di nuclei cerebrali interconnessi tra loro e posti sopra il tronco encefalico, vicino alla parte inferiore del Sistema Limbico. L'Amigdala è specializzata nelle questioni emozionali, e infatti se viene resecata dal resto del cervello ne risulta un'incapacità di valutare il significato emozionale degli eventi (cecità affettiva).

L'Amigdala funziona come un archivio delle emozioni; è depositaria del significato degli eventi . Quando uno stimolo sensoriale arriva in questa struttura cerebrale, viene prima elaborato, poi classificato, ed infine archiviato nella memoria. Quando l'Amigdala riconosce qualcosa che teme, scatta immediatamente, "telegrafando" messaggi di crisi a tutto il corpo. Si comporta come una centralina programmata per inviare chiamate di emergenza a tutte le parti cerebrali, dal tronco al talamo alla neocorteccia.

In questo modo, attraverso le connessioni con le varie strutture encefaliche , vengono rilasciati ormoni, neuro peptidi, neurotrasmettitori, che innescano il classico comportamento delle reazioni di paura: i muscoli mimici si attivano facendo assumere l' espressione facciale caratteristica del volto spaventato; i movimenti già intrapresi dai muscoli si bloccano , pietrificando il soggetto in preda alla paura; la frequenza cardiaca aumenta, e così anche il ritmo del respiro.

Solitamente le emozioni passano per il vaglio della neocorteccia e vengono valutate cognitivamente. La neocorteccia, la struttura encefalica filogeneticamente più recente, è il cervello pensante. Lì risiedono l'apprendimento e la memoria, la comprensione delle idee, dei simboli, la capacità di fare programmi a lungo termine, di strutturare delle strategie..

I lobi prefrontali in particolare sono le zone della neo corteccia implicate nella regolazione cosciente delle emozioni. Sono la sede di autocontrollo e contenimento delle esplosioni emozionali. Esiste una connessione monosinaptica molto

rapida tra neocorteccia prefrontale sinistra e amigdala, una sorta di autostrada neurale velocissima per valutare e correggere le risposte emozionali in corso.

Quando le emozioni vengono valutate dalla coscienza, le azioni motorie che ne derivano sono più controllate, più razionali. Ma in situazioni estreme, o ritenute tali per il soggetto, si assiste ad una sorta di “sequestro neurale”, per cui un attimo prima che la neocorteccia possa valutare l'emozione, si realizza un'azione dettata dalle emozioni. Secondo Ledoux, uno dei più grandi studiosi del cervello umano, per quanto riguarda il circuito cerebrale della paura, esisterebbe una strada alta corticale (più lenta e che implica consapevolezza) ed una strada bassa sottocorticale più veloce ed inconsapevole. La strada alta porta lo stimolo dal talamo sensoriale alla corteccia sensoriale prefrontale, e da qui all'amigdala. La strada bassa invece porta direttamente lo stimolo dal talamo all'amigdala. La strada bassa essendo più veloce prevale su quella alta: questo implica che la paura può non passare per la corteccia e quindi per l'elaborazione cosciente. Questo spiegherebbe il perché di molti pazienti fobici che sono consapevoli di avere una paura irrazionale ed irragionevole per qualcosa, ma nonostante questo non riescono a calmarsi.

Questa via cerebrale brevissima che esclude la neocorteccia è la responsabile dei “raptus” che a volte la mente umana compie senza rendersene conto.

Per determinare una emozione di paura, ci deve essere stato un certo apprendimento, diretto od indiretto; può generarsi attraverso il ricordo di una esperienza personale direttamente vissuta, oppure attraverso l'insegnamento appreso dai genitori, dal gruppo sociale a cui appartiene il soggetto, dalle tradizioni culturali e religiose. Nell'ippocampo risiede la memoria dei fatti, non emotiva. Nell'amigdala risiedono le emozioni legate a quel ricordo. Ippocampo ed amigdala sono interconnessi. I condizionamenti, secondo ipotesi ambientalistiche (Watson), sono alla base della reattività alla paura. La paura si impara molto facilmente. Nel corso di una seduta odontoiatrica se il controllo del dolore non è efficace, il paziente che sente male imparerà ad associare tale sensazione alla seduta stessa e sarà molto difficile

riconquistare la sua fiducia dopo questo condizionamento negativo.

Un tempo l'uomo era oppresso dalla paura di eventi drammatici, come il possibile attacco di belve feroci durante il sonno. Oggi le paure hanno un carattere più intellettuale, riguardano la vita di tutti i giorni, come gli eventi inattesi, le situazioni che non si conoscono, le pressioni sociali..

Le continue tensioni provenienti dall'ambiente esterno scatenano nell'individuo forti emozioni, e la risposta emozionale si ripercuote, generando un circolo vizioso, sulla mente del soggetto, tanto che da effetto finisce per diventare la causa dello spavento (la paura di aver paura).

“Ogni volta che vado dal dentista mi sento come pietrificato”

“Il solo rumore del trapano mi crea una paura tremenda”

“Ho sempre paura di sentire dolore”...

Molto spesso quando una persona entra nello studio odontoiatrico, percepisce una sorta di rigidità fisica dovuta alla paura dell'ignoto: proverò dolore? Durerà molto l'intervento? Sarà molto grave? Il paziente percepisce una contrazione muscolare che raggiunge il suo apice durante la seduta. E' una reazione tipica che come abbiamo visto compare in risposta ad uno stimolo che evoca la sensazione di paura. Maggiore risulterà la rigidità corporea, maggiormente la persona si ricorderà di avere paura.

I cambiamenti fisiologici percepiti su se stessi fanno perdere di vista facilmente la situazione reale; la persona si sente confusa, incapace di orientamento, sovrastata da sensazioni difficili da controllare. In conseguenza di ciò le reazioni comportamentali possono mostrarsi inadeguate alla situazione, si può perdere l'equilibrio psichico e diventare facile preda dell'ansia.

1.5 L'ANSIA

1.5.1 DEFINIZIONE E GENERALITA'

Il termine ansia deriva dal latino *angere*, che significa stringere, ed è una sensazione che noi tutti proviamo quando percepiamo uno stato di allerta. Fa parte di quell'insieme di sensazioni corporee, legate a vissuti psicologici, che si chiamano emozioni. Le persone per descriverla usano parole come: vortice, risucchio, affanno, blocco, tremore..

E' di comune riscontro in vari momenti della vita umana; generalmente tutti gli individui incappano prima o poi in una sensazione di ansia .

Come abbiamo detto l'ansia si avvicina molto alla paura. Produce infatti le stesse reazioni fisiche di quando temiamo un pericolo: accelerazione del battito cardiaco, aumento del ritmo del respiro, aumento dello stato di vigilanza.. Mentre però nella paura i pericoli vengono dall'esterno, sono tangibili e reali, nell'ansia maturano dall'interno, e la consistenza della minaccia resta indefinita, come qualcosa che ci turba , che interrompe il corso dei nostri pensieri, che all'apparenza resta invisibile. La paura è legata a situazioni presenti, a pericoli in corso; l'ansia invece si prova per pericoli futuri, non immediati; quindi l'ansia implica anche un sistema cognitivo più complesso, che possa prevedere le conseguenze a medio e lungo termine e sia in grado di ragionamenti ipotetici. E'un'emozione più evoluta rispetto alla paura (LeDoux ; Freeman 1999).

L'intensità dell'ansia è direttamente proporzionale alla probabilità stimata che l'evento temuto si verifichi effettivamente, direttamente proporzionale all'importanza dello scopo minacciato, ed inversamente proporzionale alla stima di poter fronteggiare l' evento stesso.

Possiamo dire che l'uomo è dotato di due sistemi di allerta che si attivano per difenderlo da situazioni percepite come soggettivamente pericolose: quello rivolto alla realtà esterna, per difendersi dai nemici reali, si esprime con la paura, e produce tutti quei cambiamenti fisiologici che preparano il soggetto alla lotta/fuga. Il meccanismo di allerta rivolto al mondo psicologico , alla realtà interiore, fa provare ansia. Quindi anche l'ansia serve per difenderci: ci avverte che qualcosa dentro di noi non va e deve essere cambiato. E'

come un crampo muscolare che può colpire un atleta e che lo obbliga a fermarsi per rigenerare le energie. Se l'allarme viene ignorato può sopraggiungere qualcosa di ben più grave, come uno strappo muscolare. Allo stesso modo se l'ansia viene ignorata e raggiunge intensità molto elevate, può prendere la forma di sintomi, e diventare fobia, ossessione, attacchi di panico, somatizzazione.

L'ansia ha tante gradazioni, dalle più lievi alle più gravi; quando dura a lungo ed è molto intensa, può generare conseguenze fastidiose che limitano l'individuo; ma se resta entro certi limiti 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 anche migliorare le prestazioni.

L'ansia come la paura, essendo una emozione, ha a che fare con il cervello emotivo. Il cervello emotivo è il "cuore del cervello", perché sta al centro e perché "sente". E' connesso con la parte superiore (cervello pensante) e con la parte inferiore (cervello viscerale, che dà risposte fisiche istintive). Nell'architettura cerebrale, come dice Goleman, "l'Amigdala ha una posizione privilegiata in qualità di sentinella delle emozioni, capace all'occorrenza di sequestrare il cervello", come già spiegato per la paura.

Se l'ansia resta entro certi limiti, il cervello pensante riesce a contenerla dando luogo ad una azione più ragionata e costruttiva; se invece l'ansia invade la persona, l'Amigdala agisce da sola senza la supervisione della corteccia, dando luogo ad una azione esagerata ed afinalistica.

1.5.2 I DISTURBI D'ANSIA

L'ansia, se adeguatamente motivata, resta una sensazione transitoria e con effetto positivo; viceversa gli episodi ansiosi che insorgono senza una reale giustificazione, per motivazioni incomprensibili, sono all'origine di reazioni eccessive caratterizzanti l'ansia patologica o negativa.

E' importante stabilire i confini tra ansia normale (fisiologica) ed ansia patologica.

L'ansia normale, o fisiologica, o d'allarme, è uno stato di tensione psicologica e fisica che implica un'attivazione

generalizzata di tutte le risorse dell'individuo , consentendo così la messa in atto di comportamenti utili all'adattamento. Essa è diretta contro uno stimolo realmente esistente, spesso ben conosciuto, rappresentato da condizioni difficili ed inusuali.

L'ansia è invece patologica quando disturba in modo più o meno notevole il funzionamento psichico, determinando una limitazione della capacità di adattamento dell'individuo. Si tratta di un problema che ha una prevalenza , nell'arco della vita , del 30,5% nelle donne , e del 19,2% negli uomini.

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 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..)
- Disturbo ossessivo compulsivo
- Disturbo acuto da stress
- Disturbo post traumatico da stress
- Disturbo d' ansia generalizzata
- Disturbo d' ansia legata ad una condizione medica generale
- Disturbo d' ansia indotto da sostanze
- Disturbo d' ansia non altrimenti specificato

Il DSM IV descrive dettagliatamente i criteri diagnostici necessari per la classificazione dei vari disturbi, ma in realtà non sempre è possibile riconoscerli chiaramente, poiché questi disturbi possono coesistere, sovrapporsi e alternarsi nello stesso individuo in momenti diversi.

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. I sintomi fisici di corollario sono rappresentati da dispnea, tachicardia, sudorazione e dolore toracico.

L'agorafobia è l'ansia ed il conseguente evitamento di situazioni o luoghi dove 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.

L'ansia esagerata nei riguardi del trattamento odontoiatrico deve essere compresa nelle fobie specifiche.

La **fobia** è 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. Le persone che soffrono di fobie si rendono perfettamente conto dell'irrazionalità di certe reazioni emotive, ma non possono controllarle. La fobia produce l'evitamento della situazione/stimolo temuta. La tendenza ad evitare tutte le situazioni o condizioni che possono essere associate alla paura genera sollievo iniziale, ma in realtà non fa che alimentare la paura, perché conferma la pericolosità dell'evento temuto e prepara al successivo evitamento. Ogni evitamento rinforza negativamente la paura.

Il panico è una esperienza improvvisa e inaspettata ,almeno la prima volta, che mette in subbuglio tutto il corpo.

L'Amigdala, centralina delle emergenze, manda segnali a vari organi e apparati sottostanti scavalcando la corteccia.

Le vie nervose che collegano il cervello emotivo con i vari organi sono costituite dal sistema nervoso autonomo (o neurovegetativo), costituito da due sottosistemi, il simpatico e il vago , che hanno azioni opposte. Il simpatico genera azioni di stimolo che preparano alla lotta/fuga, il vago(o parasimpatico) genera azioni di rilassamento per aiutare il riposo. Il SNA è il veicolo delle emozioni.

Tornando all'attacco di panico, in pazienti diversi possono verificarsi sintomi diversi in seguito all'attivazione di particolari organi rispetto ad altri , e per l'effetto più o meno marcato dei due sottosistemi del SNA. Probabilmente agisce di più la componente simpatica, ma a volte capita che si attivi contemporaneamente anche il vago, creando così un ventaglio sintomatologico. Ci saranno attacchi di panico con senso di soffocamento e formicolio agli arti; con tachicardia e senso di svenimento; con vertigini e nausea; con cefalea e confusione..La fobia verso il sangue è ad esempio peculiare per la risposta lipotimica per attivazione del vago, al contrario delle altre fobie associate sempre a tachicardia. Ciò che scatena l'attacco di panico è qualcosa che deriva

dall'interno che ha turbato i pensieri, o da qualche fantasia, e che resta spesso in ombra perché oscurata dai sintomi molto importanti che prova il soggetto: molto spesso chi ha un attacco di panico si sente morire e si reca al pronto soccorso. Si sottopone ad accertamenti e solitamente il riscontro è che fisicamente non ci sono problemi. La crisi in realtà deriva da problematiche di natura psichica, che andranno indagate con sedute psicoanalitiche. Spesso quando si chiede al paziente il motivo che ha scatenato l'attacco, la risposta che si riceve è: "stavo male, mi sentivo come morire", come se tutta la sua attenzione fosse rivolta al suo corpo; è tutto ciò che si ricorda dell'esperienza, pertanto la ricerca dello stimolo psicologico alla base della patologia dovrà essere indagata con attenzione. L'attacco di panico è destinato a ritornare quando un piccolo particolare farà riemergere la stessa sensazione che aveva pervaso l'animo del paziente la prima volta. Quando si ripete, si innesca la paura della paura, che diventa a sua volta un serio problema. La persona si trova invischiata in un circolo vizioso che spesso si porta dietro l'agorafobia, ovvero l'ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni in cui sarebbe difficile allontanarsi o ricevere aiuto in caso di un attacco di panico. Diventa così abbastanza impossibile uscire di casa da soli, viaggiare in treno, stare in mezzo ad una folla, guidare l'auto... L'evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene limita fortemente la vita del soggetto, costringendo anche i familiari ad adattarsi alla situazione e a non lasciarlo mai solo, e ciò si accompagna al senso di frustrazione che deriva dal fatto di essere "adulto", ma dipendente dagli altri, che può condurre ad una depressione secondaria.

1.5.3 SINTOMI LEGATI ALL'ANSIA

L'ansia è caratterizzata da sintomi generali, psicologici, e legati all'attivazione del sistema nervoso autonomo (simpatico e parasimpatico) e che vengono chiamati disturbi neurovegetativi.

I sintomi generali sono : senso di paura e pericolo imminente ; paura di morire o di perdere il controllo o di impazzire ; evitamento ; tensione interna soggettiva , incapacità di rilassarsi ; apprensione ; ipervigilanza ; inquietudine.

I sintomi psicologici dell'ansia sono rappresentati da : preoccupazioni eccessive per questioni secondarie ; tendenza al catastrofismo ; irritabilità ed impazienza ; difficoltà a concentrarsi e scarsa attenzione ; sensazione di perdita della propria personalità (depersonalizzazione) e di perdita del senso della realtà (derealizzazione) ; disturbi della memoria ; disturbi del sonno.

I sintomi neurovegetativi sono : difficoltà alla respirazione ; senso di oppressione toracica ; fame d'aria (dispnea) ; respirazione accelerata (iperpnea) ; dolore toracico ; senso di testa leggera , vertigini , sensazione di instabilità e mancato equilibrio, svenimento imminente (lipotimia) ; formicolio a parti del corpo ; vampate di calore o di freddo ; sensazione di soffocamento, difficoltà alla deglutizione, sensazione di nodo alla gola ; bocca secca (xerostomia) ; battito cardiaco accelerato o irregolare (aritmico) ; sudorazione eccessiva ; senso di debolezza e stanchezza (specialmente agli arti inferiori) ; tremori ; minzione frequente ; diarrea ; tensione muscolare .

1.5.4 STRUMENTI DI RILEVAZIONE PSICOMETRICA DELL'ANSIA ODONTOIATRICA

E' utile che l'odontoiatra nella sua pratica clinica utilizzi appositi strumenti di rilevazione dell'ansia del paziente, in modo da poter inquadrare subito quelle persone che richiedono un approccio particolare. A volte il paziente esprime il suo disagio al medico, e questo è anche un modo per sdrammatizzare o alleviare la tensione emotiva provata; altre volte il soggetto entra in studio apparentemente tranquillo, perché si vergogna di manifestare paura, e dopo un po' di tempo improvvisamente la reazione fisiologica della paura si rende evidente spiazzando il medico che non se lo aspettava. Per poter individuare tempestivamente le reazioni emotive ed i comportamenti ansiosi dei pazienti, sono disponibili alcuni strumenti, fondamentalmente dei questionari, che vengono compilati dal soggetto prima di sottoporsi alle cure odontoiatriche, nel corso del primo colloquio conoscitivo. Alcuni questionari sono adatti ai bambini, altri ancora vanno bene sia per gli adulti che per i soggetti in età evolutiva. Generalmente sono di facile compilazione ed hanno un elevato grado di attendibilità, come dimostrano molti studi. Tra tutte le scale di valutazione dell'ansia, la maggiormente utilizzata in odontoiatria è la "Corah Dental Anxiety Scale" (CDAS) di Norman Corah, 1969. Questa scala, utilizzata per gli adulti, si compone di quattro domande con cinque possibili risposte ed è specifica per l'ambiente odontoiatrico, valutando sia l'ansia anticipatoria, che quella presunta nel momento della cura. Alle risposte viene assegnato un punteggio da 1 a 5, per cui il punteggio totale per ogni individuo può variare da 4 a 20. Per i bambini dai 3-4 anni in poi si può utilizzare la "Facial Image Scale" (FIS) proposta da Buchanan e Niven nel 2002. Questa scala si basa sull'autovalutazione e come tale può essere considerata soggettiva; vengono utilizzate 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 espressioni facciali diverse: si va dalla faccia sorridente a quella 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 due anni è solitamente in grado di immaginare una situazione felice e una particolarmente triste, pertanto è sufficiente spiegargli la possibile associazione con la seduta odontoiatrica ed egli sarà in grado di indicare l'immagine che più verosimilmente descrive il proprio stato d' animo in quel contesto (Buchanan 2002).

Un altro questionario molto utilizzato è il DAI SHORT, modificato da Stouthard nel 1995, in cui sono presenti 10 domande con particolare riferimento alla situazione di potenziale dolore ed ansia, tanto anticipatoria quanto sperimentata nel contesto della visita odontoiatrica, ed altre 3 domande che inquadrano il rapporto tra il paziente ed il dentista e le aspettative che il paziente ha circa le probabili reazioni del professionista nel corso della prestazione medica.

FIG 7: FACIAL IMAGE SCALE (FIS) (Buchanan H, Niven N, 2002)

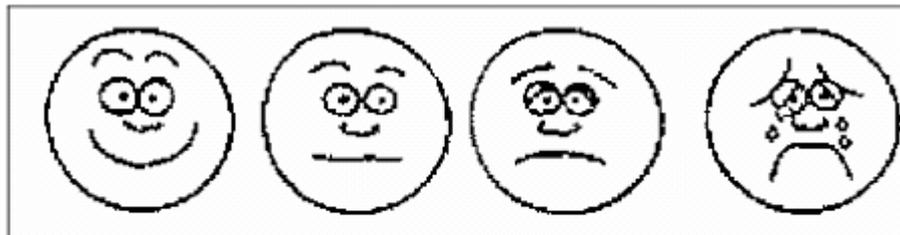


FIG 8 : DAY –SHORT

DAI-Short form Modificato da Stouthard et al., 1995 Traduzione italiana di A. Prunas e C. Ferrari, 2007	Per nulla rappresentativa	Poco rappresentativa	Abbastanza rappresentativa	Molto rappresentativa	Totalmente rappresentativa
Le domande che seguono riguardano il Suo rapporto con il dentista. Le chiediamo di rispondere a ciascuna domanda indicando il grado in cui essa possa ritenersi rappresentativa del Suo modo di essere, servendosi della scala presentata qui accanto.					
1) Divento nervoso/a quando il dentista mi invita a sedermi sulla poltrona del suo studio.	1	2	3	4	5
2) Quando so che il dentista dovrà estrarre un dente, provo paura già in sala d'attesa.	1	2	3	4	5
3) Quando, mentre sto andando dal dentista, penso al rumore del trapano, tornerei volentieri a casa.	1	2	3	4	5
4) Vorrei fuggire dalla sala d'attesa quando penso che il dentista non mi spiegherà cosa farà nella mia bocca.	1	2	3	4	5
5) Alla vista del dentista che prepara la puntura di anestetico, mi chiudo gli occhi.	1	2	3	4	5
6) In sala d'attesa, sudo o rabbrivisco al solo pensiero di dovermi sedere sulla poltrona del dentista.	1	2	3	4	5
7) Sulla strada per il dentista, divento ansioso/a al pensiero che dovrà utilizzare il trapano.	1	2	3	4	5
8) Quando sono seduto/a sulla poltrona del dentista senza sapere cosa sta succedendo nella mia bocca, inizio a sudare freddo.	1	2	3	4	5
9) Sulla via del dentista, la sola idea di trovarmi sulla poltrona del suo ambulatorio mi rende nervoso/a.	1	2	3	4	5
10) Mi infastidiscono le domande del dentista riguardo alle mie abitudini di vita (alimentazione, fumo, ecc.).	1	2	3	4	5
11) Mi preoccupa il giudizio del dentista riguardo alla mia igiene orale domiciliare.	1	2	3	4	5
12) Alla sola vista degli strumenti che utilizza il dentista mi spavento.	1	2	3	4	5
13) Mi terrorizza il sapore del sangue in bocca.	1	2	3	4	5

FIG 9 : CORAH DENTAL ANXIETY SCALE (CDAS)

DENTAL ANXIETY SCALE DI CORAH (1978)

1. Se lei dovesse andare dal dentista, come si sentirebbe il giorno precedente?

- a) mi sentirei come se dovessi affrontare un'esperienza abbastanza piacevole
- b) non mi preoccuperei molto degli eventi che dovrei affrontare
- c) mi sentirei un pò a disagio
- d) sarei timoroso, perché l'esperienza potrebbe essere spiacevole e crearmi paura
- e) sarei molto impaurito di ciò che mi potrebbe fare il dentista

2. Durante la permanenza in sala d'attesa, come si sente?

- a) rilassato
- b) un pò a disagio
- c) teso
- d) ansioso
- e) così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

3. Quando lei si trova sulla poltrona operatoria, in attesa che il dentista prepari il trapano per

iniziare il lavoro nella sua bocca, come si sente?

- a) rilassato
- b) un pò a disagio
- c) teso
- d) ansioso
- e) così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

4. Lei si trova sistemato sulla poltrona operatoria in attesa di iniziare la pulizia dei denti.

Mentre aspetta che il dentista sistemi gli strumenti che userà per raschiare i denti intorno alle

gengive, come si sente?

- a) rilassato
- b) un pò a disagio
- c) teso
- d) ansioso
- e) così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

Scoring the Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R)

a = 1,

b = 2,

c = 3,

d = 4,

e = 5

Anxiety rating: secondo autori americani

- 9 - 12 = moderate anxiety
- 13 - 14 = high anxiety
- 15 - 20 = severe anxiety (or phobia)

Valutazione più dettagliata del test :

- 1-4 paziente non ansioso
- 5-8 ansia fisiologica
- 9-12 ansia dentale moderata
- 13-16 ansia dentale moderata /avanzata
- 17-20 ansia dentale grave : fobia dentale

L'utilizzo dei questionari per la valutazione dell'ansia permette di avere una descrizione più dettagliata del tipo di canale mediante il quale l'ansia si manifesta principalmente: la persona può infatti esprimere le proprie preoccupazioni preferendo il canale cognitivo con una serie di idee catastrofiche, il canale comportamentale (agitazione, tensione..) o una risposta somatica (tachicardia, sudorazione, tremore, nausea..) o ancora una particolare combinazione di queste . Un altro aspetto che va indagato è quello legato agli aspetti situazionali e cioè se la persona si preoccupa maggiormente degli aspetti preliminari del trattamento , dell'interazione con il dentista, o della fase di trattamento vera e propria.

Inoltre durante il colloquio si dovrà indagare anche se sono presenti nel paziente altre forme di psicopatologia: queste se esistenti sono un predittore negativo per l'ansia del dentista. Se valutare l'ansia è importante nel paziente sano, nel paziente con patologie sistemiche lo è ancora di più, per la facilità con cui si possono verificare emergenze mediche: un cardiopatico non ha la capacità di sopportare frequenze cardiache elevate ; inoltre i pazienti con patologie sistemiche hanno un'ansia tendenzialmente più elevata per il fatto che fanno i conti con le cure mediche e con pratiche invasive da tempo; sono più a rischio di emergenze mediche, hanno un'ansia maggiore, la quale può portare a maggiori cambiamenti emodinamici .

1.5.5 L'ANSIA DEL DENTISTA E I PRINCIPALI EFFETTI MODULATORI

Gli strumenti di rilevazione psicometrica dell'ansia hanno permesso di compiere numerosi studi per indagare sulla correlazione tra ansia odontoiatrica ed alcuni effetti modulatori. La letteratura è molto ricca in questo senso, ed i risultati mostrano una associazione tra ansia odontoiatrica e :

- le pregresse esperienze traumatiche
- l'atteggiamento negativo della famiglia d'origine
- la paura del dolore
- la percezione di un trattamento senza successo

- le cure odontoiatriche che hanno comportato dolore. Alcuni autori riportano un maggior grado di ansia nelle femmine e nei giovani rispetto ai maschi e alla popolazione più anziana.

I pazienti odontofobici sono prevalentemente femmine, mentre per i maschi la paura di provare dolore è la causa principale dello stato ansioso.

Risultano più ansiosi i soggetti con scarsa educazione scolastica e quelli che si recano dall'odontoiatra meno frequentemente.

L'esperienza più ansiogena è rappresentata dalla vista dell'ago e dall'iniezione dell'anestetico locale.

1.5.6 L'ANSIA E LA PAURA ODONTOIATRICA

Il paziente odontoiatrico a differenza di altri settori della medicina, non teme le conseguenze che la patologia potrebbe provocare sul suo corpo; ha imparato a riconoscere il nesso di causalità esistente tra l'accumulo di placca, l'erosione cariosa e il coinvolgimento della polpa dentaria. Quando inizia a sentire male, ecco il campanello d'allarme che lo porta a pensare: c'è un problema. Anche il dolore, nonostante sia fastidioso, essendo spesso un problema acuto e non cronico, non presenta le caratteristiche di sofferenza dell'animo ed è quindi slegato da implicazioni emotive psicologiche. Il problema dell'ansia inizia ad invadere la persona quando questa pensa al percorso terapeutico che dovrà intraprendere. Quello che spaventa il paziente non è il fatto di avere una patologia, ma il modo in cui essa verrà curata. E' l'anticipazione delle sensazioni che sicuramente proverà. E' la previsione praticamente certa delle conseguenze negative che avranno su di lui le manovre del dentista. E' L'ansia da anticipazione.

Vediamo ora quali sono le emozioni del paziente che si sta sottoponendo alla cura.

Oltre alla **paura della cura**, il paziente teme anche ciò che non conosce, l'**ignoto**. Infatti se il paziente ha la possibilità di vedere prima il luogo, le persone che incontrerà, il tipo di terapia che dovrà affrontare, l'ansia si riduce. Il secondo appuntamento normalmente incute meno timore rispetto al primo (sempre che tutto sia andato bene nel corso della prima seduta). Durante la terapia, il paziente ha bisogno di sapere cosa accadrà nella sua bocca e per questo risulta molto utile spiegare le procedure prima di effettuarle; non riuscendo a vedere, deve compiere un atto di fiducia verso il suo medico curante.

Un'altra paura è quella di "**comportarsi da sciocchi**"; il paziente teme che le sue reazioni fisiologiche di ansia e paura vengano percepite dal medico e che ciò possa portare il dentista a ridicolizzare l'accaduto. L'odontoiatra potrebbe pensare che è sciocco, anormale, incapace, debole, o che si comporta come un bambino. Oltre a ciò teme che il suo stato di igiene orale possa essere giudicato con affermazioni umilianti od imbarazzanti.

Un'altra paura è quella legata al fatto di **essere "prigionieri"**, di non avere vie d'uscita, e di essere costretti a subire il trattamento senza la possibilità di parlare o di alzarsi. Il paziente avverte l'incapacità di poter controllare l'evento. Le sue reazioni istintive non possono manifestarsi liberamente, perché un movimento improvviso potrebbe ferirlo con tutti quegli strumenti appuntiti; il trapano potrebbe sfuggire di mano al dentista lacerandogli la guancia o la lingua..

Accanto a queste paure nel frattempo si sono fatti largo pensieri negativi ed **idee catastrofiche**, tipiche del soggetto ansioso. E' l'idea che qualcosa possa andare storto nel corso della terapia: una radice si rompe, l'anestesia non funziona, il dente non si può salvare e andrà estratto..Quando il dentista cambia strumento, questo significa che il peggio deve ancora arrivare; se cambia punta del trapano, quella sarà sicuramente la più dolorosa; se la poltrona viene reclinata più all'indietro o se viene direzionata la luce per vedere meglio, sicuramente qualcosa di imprevisto e di grave è successo. Queste idee catastrofiche hanno la caratteristica di essere difficilmente scalzabili con argomentazioni razionali, e di essere difficilmente controllabili dal paziente. Più si cerca di non pensare, più le idee ritornano a sottolineare la tensione provata, generando un circolo vizioso che si autoalimenta.

Un'altra caratteristica del paziente ansioso è **l'atteggiamento "ingessato"** e contratto che invade tutto il suo corpo; nonostante si trovi seduto su una poltrona confortevole, non riesce proprio a rilassarsi, anzi, più ci prova e più il suo corpo è in tensione, alimentando ancora una volta un circolo vizioso che autoalimenta l'ansia e la paura.

Altra caratteristica importante: **la iperfocalizzazione dell'attenzione sul dente**. In altre parole il paziente pauroso ha una sorta di visione tunnel: è interessato solo al dente che viene curato dal dentista e agli strumenti che verranno usati; è quasi insensibile agli altri stimoli. Questa limitazione, o iperfocalizzazione, è uno dei meccanismi che facilitano o aumentano la sensibilità dolorosa: il paziente cerca di prevedere il dolore che proverà e finisce col sentire anche quello che ancora non c'è e che forse non proverà mai. I meccanismi del pensiero come la sovra generalizzazione "tutte le cure fanno male" e l'astrazione selettiva "sento un

po' di male " perdispongono infatti all'ansia da anticipazione (Trevisani, 1993).

I tentativi del paziente di far fronte al problema rientrano in quelli che vengono definiti processi di **coping**, e sono i seguenti:

- Argomentazioni razionali
- Farsi accompagnare (richiesta d'aiuto)
- Distrarsi, rilassarsi
- Controllare l'odontoiatra
- Controllare il proprio corpo
- Controllare i pensieri catastrofici
- Evitamento
 - richiesta di anestesia generale
 - cambiare dentista
 - dimenticarsi o disdire l'appuntamento
 - evitare di prendere l'appuntamento

Tutte queste forme di coping non solo non aiutano il paziente, ma sono pure dannose, perché alimentano la paura e l'ansia. Sono tutte tentate soluzioni che si rivelano essere dei circoli viziosi per le emozioni negative.

Quando il paziente usa argomentazioni razionali per auto convincersi ad affrontare la cura, in un primo momento sta meglio, ma in realtà questa tentata soluzione non farà altro che giustificare e perpetuare le sue paure: non c'è bisogno di rassicurare una persona che non ha paura, e quindi lui ce l'ha. Il farsi accompagnare può servire per tenere sotto controllo l'ansia che precede l'intervento, ma in realtà ricorda alla persona che ha bisogno d'aiuto, e ciò rimanda alla paura. Inoltre la richiesta d'aiuto nasconde un sottile messaggio del tipo " nel caso in cui dovesse succedermi qualcosa di grave", e ciò rimanda alle idee catastrofiche che alimentano i pensieri negativi legati all'intervento.

Quando il paziente mette in atto la tentata soluzione che prevede di rilassarsi o di distrarsi, percepisce la frustrazione di non riuscire nell'intento: più cerca di non pensare al suo dente, più la sua attenzione è iperfocalizzata lì, ed il fallimento nel risolvere il problema non motiva a cambiare strategia, ma lo

porta a pensare di non essersi sforzato abbastanza , con notevole frustrazione.

Quando la persona cerca di controllare il suo corpo, anche in questo caso non ci riesce, anzi, ciò lo porta ancora una volta ad iperfocalizzare l'attenzione sulle modificazioni fisiologiche che stanno avvenendo in lui; più il paziente controlla, più tende a concentrarsi sulle reazioni che intende limitare e più queste aumentano; più queste aumentano e più alimenteranno l'ansia e il desiderio di controllarle. Altro circolo vizioso dal quale non si esce.

Allo stesso modo il paziente tenterà di controllare l'odontoiatra facendogli molte domande, cercando di fare battute per risultare più simpatico al medico (non si sa mai, tutto aiuta) ; cercherà di scappare con la testa e ad ogni occasione si alzerà con il pretesto di volersi sciacquare..Queste tecniche in realtà non fanno altro che ostacolare il lavoro del medico, ed il paziente è consapevole che ciò si ritorce inevitabilmente contro di lui; dovrebbe collaborare di più anche per velocizzare i tempi, ma proprio non riesce a rimanere passivo . Il paziente pauroso si trova così senza vie di fuga: se non dirige sta male, se lo fa sta male ugualmente.

Il coping di evitamento è ovviamente il più pericoloso per il paziente; viene messo in atto dai pazienti fobici .

I pazienti fobici possono venire alla nostra osservazione molto raramente, data la natura evitante della loro patologia; ma in situazioni d'urgenza, o quando le pressioni sociali per un problema estetico si fanno davvero pesanti, possono decidersi a farsi curare. Presentano sempre una situazione orale gravemente compromessa che richiederà tecniche indaginose e complesse. L'uso della parola in questi casi fa già parte della terapia. La seduta operativa dovrà essere rimandata, si cercherà di risolvere il dolore acuto con farmaci antidolorifici potenti, e si invierà il paziente alle cure di uno psicologo.

Anche il voler ricorrere all'anestesia generale, che alcuni pazienti richiedono, è una sottile forma di evitamento : il paziente è sollevato dal fatto che non vedrà e non sentirà nulla, ma questo atteggiamento è cognitivamente sbagliato. La soluzione al problema non è cancellare la cosa, ma viverla per quello che è.

Per uscire da tutti questi comportamenti sbagliati che alimentano l'ansia e la paura, bisogna aiutare il paziente ad affrontare nel modo migliore da un punto di vista cognitivo esistenziale l'esperienza a cui sta andando incontro . Bisogna ristrutturare il concetto che quello che stiamo facendo non è una tortura, (che è quello che il paziente si aspetta sulla base della sua esperienza pregressa) , ma è semplicemente una falsa cognizione, un episodio del passato che non si ripeterà più.

C'è un lavoro da fare che non è solo dire "a me gli occhi , ti ipnotizzo, non sentirai niente", ma è quello di insegnare al paziente qual' è il giusto comportamento e possibilmente renderlo autonomo . In questo l'ipnosi e le tecniche comportamentali sono sorprendentemente efficaci. In alcuni casi selezionati danno risultati maggiori rispetto alla sedazione farmacologica, la quale, "imbambola" momentaneamente il paziente senza risolvere il problema.

CAPITOLO 2 : UTILIZZO DELL'IPNOSI

2.1 INTERPRETAZIONI DELL'IPNOTISMO ATTRAVERSO I TEMPI

Nel corso dei secoli diversi studiosi si sono occupati di esprimere il loro giudizio in merito al fenomeno ipnotico, e le principali interpretazioni sono state differenziate nel "Trattato di Ipnosi" di Granone in quattro grandi periodi: a) il periodo mistico; b) il periodo magnetico; c) il periodo psicologico; d) il periodo fisiologico.

Questi periodi non sono ben definiti cronologicamente, e spesso coesistono contemporaneamente trovando al loro seguito sostenitori e dissidenti.

Ripercorrere la storia dell'ipnosi è utile per coglierne una visione che integra i diversi approcci, facendoci in questo modo apprezzare il punto di arrivo delle attuali conoscenze, che non possono prescindere dal punto di partenza.

a) Interpretazioni mistiche

I primi reperti che testimoniano l'utilizzo dell'ipnosi in questo contesto definito mistico sono di provenienza egiziana: la stele di Muses, risalente al regno di Ramsete XII, circa 3000 anni fa, descrive l'utilizzo dell'ipnosi mediante tecniche vocali.

Gli antichi egizi, greci e romani, che praticavano il *sonno nel tempio*, si servivano di persone che venivano indotte in trance ipnotica per predire il futuro ed avvicinarsi alle divinità. Gli antichi indovini in stato ipnotico venivano considerate persone dotate di poteri divinatori.

I maghi persiani e i fahiri indiani praticavano l'autoipnosi, pretendendo di possedere in questo stato di coscienza, poteri curativi soprannaturali.

Gli indiani Chippewa, nelle loro pratiche di iniziazione durante le quali i ragazzi alla pubertà venivano cullati in un sonno magico dalle cantilene dello stregone, di fatto praticavano un'ipnosi collettiva, tanto da indurre in alcuni soggetti anche l'analgesia; ignorando però l'esistenza e le leggi dell'ipnotismo, finivano per mettere queste loro esperienze in relazione con il soprannaturale.

In questo periodo mistico dunque, la scelta di luoghi particolarmente suggestivi, la recita ripetitiva di formule magiche, la preghiera, il canto corale, sempre ritmico,

monotono, incessante, così come l'uso di sostanze psicotrope, avevano lo scopo di ottenere il fenomeno ipnotico.

L'interpretazione mistica si ritrova ancora in Europa nel 1774 nel medico religioso Gassner, che utilizzava per l'ipnosi un cerimoniale chiesastico, e si ritrova ancora nei secoli successivi in alcune religioni che ritenevano l'autoipnosi un aiuto spirituale, come nel 1880 i monaci cristiani del monte Athos, in Grecia, così come anche nel nostro secolo gli Indù che praticano lo yoga.

b) Interpretazioni magnetiche

Secondo tali concezioni, l'ipnosi sarebbe determinata da agenti fisici ignoti che dall'ipnotizzatore agirebbero sull'ipnotizzato.

Queste interpretazioni fiorirono nel 1700 e trovarono il principale sostenitore in Franz Mesmer (1734- 1815), con la sua teoria del *fluido magnetico*, ispiratasi ai concetti filosofici di Paracelso e a quelli metafisici cosmologici di Leibniz e di altri pensatori del sedicesimo e diciassettesimo secolo. Nella sua tesi di laurea in medicina Mesmer sostenne l'influenza fisiologica dei pianeti e l'esistenza di un fluido sottile esistente nell'universo.

Su tali basi formulò la teoria del "magnetismo": egli sosteneva che il corretto funzionamento dell'organismo umano era garantito dal flusso armonioso di un fluido fisico che lo attraversa e pensò che tale fluido si identificasse con la forza magnetica. Malattie e disfunzioni sarebbero perciò dovute a blocchi o difficoltà di scorrimento di questo flusso, che secondo le sue teorie doveva essere in armonia con quello universale. L'ipnotizzatore, o il "magnetizzatore, come Mesmer lo definiva, era il tramite per convogliare questa energia cosmica a chiunque entrasse in contatto con lui.

Il terapeuta che impiega il magnetismo riesce a concentrare e dirigere questo "fluido" attraverso speciali movimenti delle mani, detti "passi magnetici", e ciò determina la realizzazione di fenomeni straordinari nell'organismo e la guarigione delle malattie, essendo queste, secondo Mesmer, "l'aberrazione dell'armonia organica".

Egli elaborò un metodo di cura alquanto bizzarro, che consisteva nell'applicazione di calamite sulle parti del corpo supposte come causa di blocco; caricava di fluido magnetico

una tinozza d'acqua versandovi all'interno limatura di ferro e vetro polverizzato, e dalla tinozza tramite dei fori faceva spuntare delle sbarre di acciaio che venivano afferrate con una mano dai soggetti, in modo che il fluido passasse attraverso di loro. E' curioso sapere che la lunghezza delle sbarre era in relazione con la parcella pagata, in modo tale che chi aveva pagato di più disponeva di maggior fluido magnetico. Le sue guarigioni avevano del prodigioso, e ciò lo rese uno degli uomini più ricchi e famosi del suo tempo, soprattutto negli ultimi tempi quando giunto a Parigi, incontrò i favori di Maria Antonietta.

Nonostante i suoi risultati, varie furono le critiche al metodo, provenienti dal mondo medico ma anche dalla chiesa, tanto che nel 1794 fu istituita una commissione in cui parteciparono anche Benjamin Franklin e Antoine Lavoisier, che doveva indagare sull'esistenza del presunto fluido. Il verdetto fu che i successi di Mesmer erano dovuti esclusivamente al potere della suggestione: la suggestione senza magnetismo, produce delle convulsioni, mentre il magnetismo, senza suggestioni, non produce niente. Conclusione molto acuta, e molto attuale. Al di là di tutto ciò raccontato fin qui, per molti Mesmer viene definito l'inventore dell'ipnosi, e questo perché le sue applicazioni hanno prodotto una svolta radicale in quello che fino ad allora era considerato il rapporto medico-paziente; il medico veniva spostato dal suo ruolo di osservatore per essere coinvolto assieme al paziente, nel ruolo centrale dell'esperimento, unito a lui da un legame che se non era proprio fluido magnetico, era comunque empatia, partecipazione, quello che noi oggi chiamiamo "transfert". Quella che oggi viene definita psicoterapia di gruppo, ritrova dei precedenti nelle applicazioni di Mesmer, in cui i pazienti l'uno accanto all'altro, dovevano tenersi per mano per far passare il fluido dal singolo individuo all'intero gruppo; senza saperlo anticipava uno degli obiettivi della psicoterapia collettiva.

Nell'800 l'idea mesmeriana di fluido magnetico come agente fisico in grado di spiegare i fenomeni ipnotici venne sostituita dalla concezione di una forza radiante, che attraversando lo spazio si trasmette dall'ipnotizzatore influenzando i soggetti. Francesco Guidi ad esempio parla di "anevrosia e spostamento del fluido nerveo che si ottiene concentrando

lungamente l'attenzione del soggetto su un disco di zinco o di rame, su di uno specchio o su altro oggetto lucido qualunque”.

Dal Pozzo (1869) parla ancora di radiazioni e di moti ondulatori, sostenendo che il pensiero può propagarsi ad un altro individuo per mezzo di vibrazioni, le quali eccitano il mezzo ambiente, specialmente se le due persone si trovano in contatto.

Barèty (1881) conferma l'idea di una “forza nervosa radiante”, che esisterebbe nel sistema nervoso allo stato dinamico o statico, e si trasmetterebbe per mezzo delle ondulazioni dell'etere, venendo emesso dagli occhi, dalle dita, dal soffio e avendo proprietà analoghe a quelle della luce e dell'elettricità.

Anche Jean Martin Charcot (Parigi, 1840- 1919) credeva nella reale esistenza dell'effetto magnetico nella produzione dei fenomeni ipnotici, sostenendo che questi si realizzassero grazie a spiegazioni fisiologiche su basi obiettive energetiche; credeva all'influsso psichico che l'ipnotizzatore è capace di esercitare sull'ipnotizzato, ma tale effetto si poteva realizzare solo nei soggetti affetti da isteria, nei quali una particolare disposizione patologica permetterebbe di accumulare facilmente l'afflusso psichico altrui.

c) Interpretazioni psicologiche.

Questo terzo filone interpretativo del fenomeno ipnotico nacque quando già ai primordi del periodo magnetico comparvero i primi dissidenti; fra i primi il portoghese abate J. C. Faria (1750- 1818) non credette al fluido magnetico e proclamò la natura soggettiva dei fenomeni magnetici, ponendo la causa del *sonno lucido*, come egli chiamò il sonnambulismo provocato, nel soggetto stesso.

A queste idee si riallacciò James Braid (1795-1860) chirurgo oculista scozzese, che definì l'ipnotismo uno << stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali >>. Egli riteneva che il fluido magnetico di Mesmer e seguaci non era elemento necessario per influire sui pazienti; era sufficiente che l'esperimentatore escogitasse dei mezzi per stancare l'attenzione del soggetto. Secondo Braid i fatti prodotti con l'ipnotismo dovevano attribuirsi solo ad un turbamento cagionato al sistema nervoso attraverso la

concentrazione dello sguardo, il riposo assoluto del corpo, la fissazione dell'attenzione. Egli tentò di dare una spiegazione del sonno ipnotico sostenendo che esso fosse causato dall'imperfetta decarbossilazione del sangue conseguente al rallentamento del respiro che si ha durante uno stato di attenzione e concentrazione intense.

Hippolyte Bernheim (Parigi, 1840-1919) e A. Lièbeault (1823-1904), fondatori della scuola di Nancy, ritennero invece che nelle pratiche ipnotiche l'unica parte attiva fosse il soggetto stesso, e che le modificazioni profonde del suo sistema nervoso avessero origine esclusivamente in lui, essendo l'esperimentatore solo *l'ostetrico di questi prodigi*. Bernheim modernizza l'ipnosi sostenendo l'inutilità e la falsità delle procedure teatrali fino ad allora usate, abbandona e respinge il concetto mistico, esoterico, magnetico e cerca di dimostrare che l'eterosuggestione verbale è sufficiente da sola ad ottenere lo stato ipnotico. Bernheim, ridicolizzando Braid, sostenne che <<le manovre non sono niente, la fede è tutto; e la fede, cioè la credenza, è propria dello spirito umano. E' l'immaginazione umana che fa i miracoli>>. Secondo questo autore nelle persone ipnotizzabili non c'è forma di patologia, opponendosi così alle concezioni della scuola di Charcot che considerava l'ipnotismo come una nevrosi sperimentale e la identificava per gran parte con l'isterismo; non negò comunque che la suggestione ipnotica per agire dovesse necessitare di una certa disposizione e recettività cerebrale, che sarebbe comune ad un gran numero di persone e non solo a nevropatici od isterici.

La scuola di Charcot a differenza della scuola di Nancy, trascura l'importanza della suggestione, e ritiene che gli effetti ipnotici siano sintomi collegati ad uno stato di isteria. Per Charcot uno stato di debolezza nervosa favorisce l'ipnosi, mentre la persona sana reagisce. Per Bernheim e la scuola di Nancy, lo stato ipnotico è causato dalla suggestione dell'ipnotizzatore, che trova riscontro nella suggestionabilità dell'ipnotizzato. Con Bernheim l'ipnosi acquista la dignità di una tecnica applicabile anche a persone non nevrotiche. Una ulteriore spiegazione dei fenomeni ipnotici viene data dalla psicoanalisi con Sigmund Freud (1856-1939).

Freud trascorse un periodo di studi e lavoro presso la scuola di Charcot; applicò l'ipnosi alla cura dell'isteria secondo il suo

metodo "catartico", che consisteva nel far sfogare il paziente verbalmente e fisicamente in modo tale che la carica emotiva repressa e negata uscisse fuori trovando una strada patologica nella formazione di sintomi isterici. In seguito Freud abbandonò questo metodo quando si accorse che il paziente ipnotizzato, proprio a causa dello stato di trance, non si trovava nella condizione di poter elaborare la propria vita. Il sintomo quindi spariva, anche in breve tempo, ma la causa continuava ad esistere, e la causa era la malattia stessa, che non curata in questa maniera, provocava ben presto sintomi diversi.

Inoltre nelle sue pratiche ipnotiche Freud si rese conto che la particolare relazione che veniva a crearsi con i pazienti per mezzo del "transfert", poteva far emergere l'aspetto erotico del rapporto ipnotico, in quanto il soggetto troverebbe nello stato ipnotico una gratificazione dei suoi desideri istintivi. Queste constatazioni lo spinsero ad evitare di parlare e di guardare negli occhi i suoi assistiti, limitandosi a prendere appunti sui loro sfoghi sedendo alle loro spalle. Fu così che nacque la psicoanalisi.

Di fondo la concezione psicoanalitica sottolinea chiaramente come i fenomeni ipnotici possano essere letti secondo la dinamica del transfert, inteso, secondo l'accezione classica freudiana, come la ripetizione verso l'analista, di atteggiamenti emotivi inconsci, acquisiti dal paziente nel corso della sua infanzia, e legati a persone a lui più vicine (solitamente i genitori). Attraverso questo particolare rapporto creatosi tra operatore e paziente, il paziente focalizza la sua attenzione sul terapeuta, accettando le suggestioni proposte e modificando il suo stato di coscienza. Da questa equazione ipnosi = transfert nasce secondo la visione psicoanalitica il concetto della normalità dell'ipnosi, dato che tutti possono trovarsi in certi momenti in stato di transfert, cioè in stato ipnotico e in condizioni di ipersuggestibilità.

d) Interpretazioni fisiologiche

Questo tipo di indirizzo nasce con la teoria sui riflessi condizionati di Ivan Pavlov (1849-1936) fisiologo e medico russo; gli studi sui riflessi condizionati, o pavloviani, gli valsero il premio Nobel per la medicina, e vennero ripresi per cercare

di spiegare il fenomeno ipnotico in chiave fisiologica pavloviana. Secondo questa visione l'ipnosi viene intesa come una forma di inibizione corticale parziale *condizionata*, e la parola sarebbe lo stimolo a questi riflessi condizionati fisiologici.

2.2 UNO SGUARDO SUL FENOMENO IPNOTICO

2.2.1 Generalità

Quello dell'ipnosi è un tema ammantato di mistero e di fascino, che evoca ancora oggi ambiguità e scetticismo tra le persone: nell'immaginario comune si pensa a qualcosa di teatrale, con pendoli che oscillano e persone che svengono dopo aver pronunciato la magica frase "a me gli occhi".

In realtà il processo ipnotico non presenta niente di magico o soprannaturale, e prendendo le dovute distanze dalle versioni spettacolari di intrattenimento popolare, l'ipnosi è un metodo terapeutico riconosciuto dalla comunità scientifica da più di un secolo.

Per Milton Erickson (1901-1980), il famoso psichiatra fondatore dell'ipnosi moderna, l'ipnosi è una condizione naturale che si verifica spontaneamente in diversi momenti della vita quotidiana; non è richiesto necessariamente che la persona si sdrai e chiuda gli occhi, ma può realizzarsi anche in una normale conversazione psicoterapeutica.

L'ipnosi si è dimostrata una pratica utile ed efficace nel trattamento di fobie, gestione di stati d'ansia e di stress, controllo del dolore senza utilizzo dell'anestesia, rielaborazione di traumi e ristrutturazione di ciò che è danneggiato o disfunzionale nella mente del paziente.

Il termine "Ipnosi" deriva dal greco *hypnos*, che significa "sonno", ed è stato coniato da James Braid nella prima metà dell'800. Questa definizione è nata dall'equivoco che lo stato ipnotico sia una specie di sonno, ma in realtà il soggetto, sebbene sia più rilassato e spesso tenga gli occhi chiusi, durante la trance ipnotica è comunque vigile ed attento, ma in modo diverso rispetto allo stato di veglia: la sua attenzione, infatti, è concentrata sul rapporto con l'ipnotizzatore e sull'idea proposta dall'induttore. In sostanza si produce un fenomeno analogo a ciò che avviene quando siamo totalmente presi dallo studio o dalla lettura, o dalla visione di un film appassionante: non perdiamo la coscienza di ciò che sta accadendo intorno a noi, ma siamo meno interessati a percepirlo. La mente dell'ipnotizzato preferisce concentrare la sua attenzione sull'idea proposta dall'ipnotizzatore e sul rapporto creatosi con lo stesso, piuttosto che lasciarsi distrarre

dagli stimoli esterni. Questa sintonia particolare che viene a crearsi tra i due soggetti, il "rapport", si realizzerà fino a quando le suggestioni proposte non urteranno la sua morale. Con l'ipnosi infatti non si possono plagiare le persone o indurle a commettere atti contrari alla loro volontà. Se l'ipnologo lo facesse, semplicemente il soggetto uscirebbe spontaneamente dalla trance ipnotica. Nello stato di ipnosi dunque non viene annullata la volontà del soggetto ; ciò che avviene è che l'attenzione dell'ipnotizzato è totalmente rivolta verso quanto suggerito dall'ipnologo. Le suggestioni devono passare per il vaglio della critica prima di essere accettate; la critica si riduce, è vero, ma non viene mai annullata completamente.

Un altro luogo comune a proposito di questa fenomenologia è che i soggetti ipnotizzabili siano persone deboli o impressionabili o poco intelligenti: in realtà è vero esattamente il contrario, in quanto per potersi instaurare un processo ipnotico, il soggetto deve avere una buona dose di immaginazione, fantasia ed intelligenza per comprendere ed eventualmente eseguire le suggestioni proposte. Deve inoltre avere una predisposizione d'animo tale da volersi mettere in gioco; se non vuole entrare in ipnosi, semplicemente l'induzione non riuscirà. Questo ancora a riprova del fatto che non è possibile plagiare con l'ipnosi.

2.2.2 Cos'è l'ipnosi: definizione

Abbiamo visto che l'ipnosi non è magia, non è sonno, non è plagio, non è succubanza della volontà. Dobbiamo a questo punto dare una definizione chiara di tale fenomenologia. Secondo la definizione del C.I.I.C.S (Centro Italiano di Ipnosi Clinico e Sperimentale) di Torino, e della sua scuola fondata da F. Granone e diretta da A.M.Lapenta, l'ipnosi è "**la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata**": e ancora, "**l'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico, nel quale un soggetto ottiene modificazioni psichiche, somatiche e viscerali, per mezzo di monoideismi plastici e del rapporto operatore-soggetto**". Grazie al rapporto medico - paziente che si viene a creare, e grazie al potere dell'immaginazione che viene guidata dalla suggestione proposta dall'operatore, sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali

nell'ipnotizzato. **La possibilità creativa che ha una idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e di realizzarsi nell'organismo , riverberando sul piano psicosomatico , viene definita monoideismo plastico.**"

In parole più semplici si ha il monoideismo plastico quando una persona si concentra su un'idea così intensamente che questa si concretizza in una manifestazione fisica. La maggior parte dei monoideismi si realizzano spontaneamente ; quando ad esempio siamo affamati e cominciamo a pensare a qualche prelibatezza, la nostra bocca comincia a salivare. In questo caso la nostra immaginazione crea un effetto fisico naturale, la salivazione, e noi non possiamo farci assolutamente niente! Possiamo solo deglutire. Un altro esempio di monoideismo plastico che si realizza spontaneamente è questo : consideriamo una madre che sta aspettando il ritorno da scuola del figlio ; il figlio è in ritardo, e la madre comincia a preoccuparsi. Ciò produce tutta una serie di pensieri drammatici del tipo: ci sarà stato un incidente; sarà stato rapito..Tutti questi pensieri producono delle reazioni fisiche: batticuore, sudorazione, pallore cutaneo..ecco che ancora una volta la nostra immaginazione produce effetti fisici e mentali evidenti. Il monoideismo si può realizzare anche grazie all'abilità dell'ipnotista che riesce a stimolare l'immaginazione di un soggetto così bene da indurre in lui dei cambiamenti fisici e mentali. Alcuni monoideismi classici di cui l'ipnotista di solito va a caccia sono la levitazione di un arto, la catalessi (rigidità muscolare), oppure l'inibizione di movimenti.. Affinchè si possa parlare di ipnosi, però, oltre al monoideismo plastico, si devono necessariamente verificare altre due condizioni: una è che lo stato di coscienza deve essere modificato (e non "alterato", come pensavano alla scuola di Charcot , e come viene erroneamente tradotto dall'inglese il termine "altered") e due, tra ipnotizzato ed ipnotizzatore si deve realizzare il rapport, cioè quella particolare relazione di fiducia ed empatia che permette all'operatore di guidare il soggetto.

2.2.3 Induzione

L'induzione è per definizione quella manovra necessaria ad attivare e a sostenere la realizzazione di monoideismi plastici.

E' la modalità che si adotta per ottenere il passaggio dallo stato di coscienza ordinario allo stato di coscienza modificato. Per arrivare ad indurre una persona in uno stato di trance ipnotica bisogna parlare alla parte inconscia del suo cervello, cioè all'emisfero destro. Si ritiene che venga sfruttata solo una piccola parte delle potenzialità del cervello umano che funzionerebbe, fondamentalmente, su due sistemi primari: un funzionamento conscio ed un funzionamento inconscio che sarebbe preponderante. Ciò ci può far capire quanto sia profonda la parte di noi stessi che non conosciamo. Il fatto di poter attingere a questo vasto potenziale della nostra mente apre grandi prospettive. Ciò è utile quando in psicoterapia si cerca, attraverso l'uso dell'ipnosi, di riarmonizzare le dinamiche mentali del paziente, in modo tale da aiutarlo a superare le sue problematiche disturbanti.

Il subconscio metaforicamente può essere paragonato ad un grande magazzino dove vengono custodite le informazioni che sfuggono alla nostra consapevolezza.

Tutto quello che abbiamo visto, sentito, provato, è "stoccato" in questo grande magazzino: i nostri sogni, le nostre speranze, ed anche le nostre risorse interne...

La mente cosciente pensa, la mente inconscia sente.

L'emisfero sinistro, il dominante (per i destrimani), è responsabile della logica, del ragionamento, dell'articolazione della parola. E' la parte cosciente della nostra mente.

L'emisfero destro è invece responsabile dell'emotività, del sogno, della creatività, dell'irrazionalità. E' probabile che sia la sede di riferimento della parte inconscia della nostra mente.

Nell'ipnosi bisogna sviluppare l'immaginazione e mitigare la critica, quindi bisogna "parlare" all'emisfero destro cercando al tempo stesso la miglior "alleanza" possibile con l'emisfero sinistro.

Per parlare all'inconscio bisogna utilizzare parole adeguate, semplici e chiare, così come si farebbe con un bambino che non ha ancora sviluppato pienamente le proprie capacità intellettive; utili sono le metafore, le quali "bussano direttamente alla porta dell'inconscio"; le frasi devono essere preferibilmente affermative, perché l'inconscio fa difficoltà ad accettare le frasi in cui sia presente una negazione. Ad esempio se vogliamo smettere di fumare dovremo dire nella nostra suggestione "sarò libero dal vizio del

fumo". Se invece diciamo " da domani non fumerò più" il nostro inconscio toglierà il "non" e capirà che dovrà fumare ancora.

Maestro di questo tipo di linguaggio è sicuramente Milton Erickson ; egli per curare i suoi pazienti raccontava spesso aneddoti della sua vita che apparentemente sembravano slegati dal contesto del momento, ma che nascondevano sempre significati nascosti che sfuggivano alla parte razionale, ma erano come dei messaggi subliminali per la parte inconscia del paziente. Molti degli approcci ericksoniani, dalla pantomima alla tecnica della confusione, a quella della disseminazione, costituiscono dei formidabili strumenti per depotenziare l'emisfero sinistro e per attivare il destro.

Oltre ad induzioni basate sulla parola, ve ne sono altre che utilizzano il linguaggio non verbale e fanno leva sulle emozioni del soggetto. L'ipnosi non verbale è più diretta , perché mentre nelle induzioni che utilizzano il linguaggio verbale abbiamo la mediazione della parola che deve essere compresa ed elaborata , nell'ipnosi non verbale c'è un accesso diretto alle parti più primitive del cervello . Attraverso suoni, toccamenti, vocalizzi, variazione della prossemica , il paziente prova un impatto emotivo diretto . Spesso questo sovraccarico emozionale può portare a modificazioni dello stato di coscienza in tempi molto rapidi (pochi secondi).

In base alla velocità con cui si induce una trance ipnotica, si differenziano le induzioni molto lente, (quelle basate sul rilassamento) , le tecniche medie, rapide ed istantanee. Queste ultime , dette anche tecniche shock, sono molto pericolose, soprattutto nei pazienti che soffrono di cardiopatie ed ischemie, perché provocano un drastico aumento delle resistenze periferiche , e pertanto non devono essere utilizzate . Il metodo r.a.p. (ratifica appena possibile) rende molto più veloci le comuni tecniche induttive ; la ratifica è uno strumento di induzione che consiste nel rendere evidente al paziente i cambiamenti che compaiono nel suo corpo e a verificarli subito. Ciò presuppone che l'ipnotista sia molto attento ad osservare ogni minimo cambiamento nel paziente; inoltre presuppone che l'operatore abbia il coraggio di testare fin da subito l'efficacia della sua induzione, senza la paura di incorrere in figuracce che farebbero ridurre la fiducia ed innalzare la critica del soggetto. Ad esempio se impartisco al

paziente la suggestione della mano fredda ed insensibile per ottenere analgesia, devo andarla a pizzicare per ratificare, cioè verificare il fenomeno, perché se il paziente non sente male, mi darà ragione che qualcosa è cambiato. Con l'ipnosi è possibile ottenere analgesia adatta anche a consentire interventi chirurgici. In questo caso quello che l'ipnotista deve fare è suggerire immagini di freddo, intorpidimento, insensibilità. Infiggendo un ago sul dorso della mano si osserva come non solo il soggetto possa non sentire dolore (nel 15% della popolazione), ma possa anche avere vasocostrizione, indice di un cambiamento evidente.

La ratifica va fatta il prima possibile, ed è uno strumento utilissimo per creare fiducia e ridurre la critica del soggetto orientandola a nostro favore.

2.2.4 Strumenti di induzione

Volendo dare una sistematizzazione al fenomeno ipnotico, possiamo dire che gli strumenti di induzione possono essere racchiusi in tre gruppi, e vanno usati necessariamente in un ordine prestabilito. Nel primo gruppo rientrano gli strumenti che creano fiducia ed "intervengono" sulla critica. Questo è il punto di partenza, ed è di fondamentale importanza, poiché senza di esso non si può indurre il paziente. Anche se l'induzione è partita bene e in seguito per qualche ragione ciò che dice l'ipnotista non è più in sintonia con ciò che sta provando il paziente, quest'ultimo potrebbe uscire spontaneamente dalla trance, pertanto bisogna stare sempre attenti alle parole che si utilizzano.

Nel secondo gruppo vi sono gli strumenti che creano l'immagine, cioè che stimolano la parte immaginativa del nostro cervello.

Nel terzo gruppo rientrano gli strumenti che ratificano il fenomeno ottenuto.

Prima di far uscire il paziente dallo stato di ipnosi è importante dare un ancoraggio, cioè un segnale grazie al quale il paziente potrà rientrare nello stato di coscienza modificato, qualora volesse, in completa autonomia (autoipnosi), oppure potrà essere usato dal terapeuta per rendere l'induzione più rapida nelle sedute successive.

I principali strumenti che creano fiducia sono la descrizione, il ricalco, il focalizzare l'attenzione, l'eseguire compiti, la confusione, l'imitazione.

Quando sto parlando al soggetto e inizio a descrivere qualcosa di reale e tangibile, ad esempio il fatto che sta seduto sulla sedia ed è di fronte a me, ed io gli sto parlando, sto raccontando cose vere ed egli mi darà ragione. Nella descrizione è importante essere abilmente vaghi e fare riferimento a quello che in realtà è, senza inserire commenti o supposizioni che potrebbero anche scontrarsi con ciò che sta provando il paziente in quel momento e che farebbero attivare la critica in modo controproducente.

Il ricalco è uno strumento più efficace della descrizione ; in questo caso l'ipnotista descrive un'esperienza sensoriale del paziente. Ad esempio mentre stiamo facendo l'anestesia in un bambino che non l'ha mai provata prima, possiamo dirgli: " senti che piano piano la gengiva intorno al tuo dentino si sta addormentando,.. poi anche la guancia..e il labbro.. e mano a mano che mettiamo il liquido magico, ti rendi conto che anche il tuo dentino si sta addormentando.. sempre di più... " Anche qui la regola importante è che bisogna essere abilmente vaghi ; non dobbiamo descrivere quello che pensiamo noi, ma quello che il soggetto realmente sente. Nel caso dell'anestesia il nostro compito è facilitato, perché conosciamo a priori l'effetto che vogliamo realizzare e che il paziente sicuramente proverà. Il fatto di aver "indovinato" le sensazioni del paziente ci farà acquistare un'enorme fiducia. Quando chiediamo al paziente di focalizzare l'attenzione su una parte del suo corpo , o su un'esperienza sensoriale al di fuori del suo corpo, il fattore critico del soggetto restringe il suo campo e diminuisce di potenza; in questo modo altri strumenti (suggerimento) possono agire più facilmente sull'immaginazione. Anche quando si dà un compito da eseguire al soggetto, il fattore critico si riduce. Meglio se ne spieghiamo il motivo ,così sarà più facile per il paziente rispondere positivamente.

Gli strumenti del secondo gruppo sono quelli che creano l'immagine. Bisogna usare le parole giuste per descrivere l'immagine, e l'immagine deve essere in sintonia con ciò che piace al paziente. Si possono utilizzare anche i ricordi della persona: l'ipnotista può chiedere di richiamare alla mente una

situazione precedente, per occupare la memoria logica come per i compiti, per creare un'emozione, per produrre una condizione fisica che il soggetto ha già sperimentato. Anche in questo caso l'essere vaghi aiuta, perché sarà il soggetto stesso che creerà l'immagine più adatta a lui.

Quando vediamo che qualcosa sta cambiando, dobbiamo ratificare subito. Nella ratifica l'ipnotista descrive una situazione del soggetto creatasi come effetto della sua induzione; si fa in modo che il paziente diventi consapevole di ciò che è avvenuto in lui. Strumento ancora più potente è la verifica: "ti rendi conto che qualcosa è cambiato in te, e se provi a tornare come prima, non ci riesci!?" .

C'è un gradiente di potenza tra i vari strumenti induttivi: descrizione – ricalco – ratifica -verifica. La verifica è la più potente, ma è anche la più rischiosa: se non sappiamo proporla con le giuste modalità, rischiamo di fallire e quello che dovrebbe essere il "nostro" rapporto empatico si può trasformare in una sfida dalla quale noi usciremo perdenti! Evenienza, questa, da evitare in quanto quasi tutta la fiducia guadagnata può essere persa all'improvviso.

2.2.5 Come riconoscere lo stato ipnotico

La condizione di coscienza modificata tipica della trance ipnotica si distingue dallo stato di coscienza ordinario per alcune caratteristiche indicative ma non indispensabili. Alcuni sintomi possono, in certi casi, aiutarci a capire; infatti è possibile riscontrare:

- calore e sudorazione, ma non necessariamente
- inerzia, ma non necessariamente
- riduzione del tono muscolare, ma non necessariamente
- tachicardia iniziale, seguita da bradicardia, oppure no
- uno sguardo tipico se gli occhi sono aperti
- movimenti oculari caratteristici se gli occhi sono chiusi (rapidi movimenti a destra e sinistra come nella fase R.E.M.), oppure no
- espressione del viso caratteristica (asimmetrie facciali, oppure espressioni di coinvolgimento emotivo-emozionale)

- flutter delle palpebre (le palpebre vibrano involontariamente ed inconsapevolmente; segno di scarico di tensione), oppure no.
- deglutizione (interpretabile come segno di scarico di tensione), che comunque spesso si fa meno frequente
- testa che si piega in avanti o indietro

E' importante osservare con attenzione il paziente e descrivere i cambiamenti che stanno avvenendo in lui; ciò lo renderà consapevole di ciò che è riuscito a realizzare, aumenterà la fiducia, abatterà la critica e velocizzerà molto l'induzione.

2.3 L'IPNOSI IN ODONTOIATRIA

Le prime applicazioni documentate dell'ipnosi in odontoiatria si riferiscono ad eventi eclatanti anche per i giorni d'oggi: nel 1936 J.V. Oudet, a Parigi, eseguì l'estrazione di un molare cariato in un dodicenne in analgesia ipnotica. Questa fu la prima estrazione dentale documentata, importante da riferire per motivi storici. Nel 1847 si eseguì, sempre in analgesia ipnotica, la resezione di un'emimandibola per tumore mascellare (Riband, Kiara).

L'odontoiatria, dai primordi, è stata tra le prime branche professionali a focalizzare l'attenzione sulla possibilità di applicare l'ipnosi in medicina per scopi anestesiolgici. Nell'800, quando l'ipnositerapia si faceva strada tra scettici e promotori, in odontoiatria i mezzi tecnici e farmacologici erano scarsi; vi era la mancanza di anestetici locali, i materiali per la ricostruzione dentale erano limitati, e non si conoscevano le tecniche per conservare gli elementi compromessi, come la conservativa e l'endodonzia; gli strumenti operativi, come il trapano, funzionavano a pedale ed erano alquanto obsoleti. Le estrazioni dentali, quasi unica terapia odontoiatrica del tempo, in mancanza di anestetici, erano interventi cruenti e

traumatici ; il dolore faceva parte delle aspettative del paziente che si sottoponeva a cure dentistiche, e per questo l'ipnosi venne accolta fin da subito senza riserve dai pazienti. Le cose cambiarono un po' quando iniziò ad essere introdotto l'uso degli anestetici in campo medico.

Nel 1844 Horace Wells , un dentista del Connecticut, intuì che il protossido d'azoto , già noto 50 anni prima ma usato soltanto come “droga esilarante” nei salotti e nelle fiere, poteva avere una applicazione in ambito medico anestesilogico.

Con l'avvento della sedazione cosciente l'ipnosi inizia ad essere vista come una pratica magica e “stregonesca” dalla quale stare alla larga. Malgrado ciò comunque alla fine dell'800 in America ed in Europa cresceva l'interesse per l'ipnosi . In Inghilterra verso il 1930 A.Turner riferiva una casistica estrattiva di oltre 40 elementi dentali con la collaborazione dell'ipnotista J. Branwell.

Con il sopraggiungere delle guerre mondiali, riprese l'interesse per l'analgesia ipnotica soprattutto in campo dentistico, dove sembrava uno spreco utilizzare l'anestetico.

Nel 1948 fu fondata la Società Americana di Psicomatica Dentale da parte dello psicologo T.Burges, considerato il padre dell' Ipnosi in odontoiatria. Dopo gli anni 60 si sono accumulate così tante evidenze sperimentali che la British Medical Association e l' American Medical Association hanno definitivamente riconosciuto il valore clinico dell'ipnosi.

L'ipnositerapia applicata alle branche chirurgiche della medicina è sopravvissuta nel tempo per la sua utilità in quei pazienti che risultano allergici agli anestetici , e per tutti quegli aspetti connessi alla gestione dell'ansia.

Tutte le indicazioni in campo odontoiatrico per l'utilizzo dell'ipnosi sono attualmente le seguenti:

- ❖ Limitare o abolire l'odontofobia
- ❖ Limitare o abolire l'ansia da paura del dentista
- ❖ Agofobia
- ❖ Ridurre il riflesso del vomito
- ❖ Ridurre il flusso salivare
- ❖ Ridurre il sanguinamento
- ❖ Ottenere l'immobilità della lingua
- ❖ Claustrofobia (da diga)
- ❖ Sindromi algico disfunzionali o patologie dell'ATM
- ❖ Aumentare la compliance nell'igiene

- ❖ Intervenire nelle abitudini viziate
- ❖ Accettazione apparecchi ortodontici e protesi
- ❖ Intervenire nelle malattie psicosomatiche legate all'odontoiatria (sindrome della bocca bruciante, bruxismo, aftosi..)
- ❖ Ottenere analgesia completa.

A proposito del controllo del sanguinamento, nei pazienti emofilici l'utilizzo delle tecniche ipnotiche può aiutare soprattutto come suggestione post ipnotica dopo un intervento chirurgico; è però opportuno sottolineare che l'ipnosi agisce solo sulle arteriole più periferiche, quindi la sua efficacia è molto limitata.

Per quanto riguarda l'applicazione dell'ipnosi in gnatologia, il discorso merita un approfondimento. Nella fenomenologia ipnotica profonda, quando il soggetto si trova in ipnosi non vigile, o sonnambulica, ha capacità di rivivificare, cioè di assumere comportamenti e schematismi corporei tipici del periodo in cui avviene la rivivificazione. Ad esempio se il soggetto rivivifica l'età neonatale, riacquisisce particolari movimenti delle mani e della bocca, come la suzione, caratteristici dell'epoca infantile. Inoltre, se si prova a sperimentare in questi soggetti il riflesso plantare del babinsky, esso ricompare, e ciò è una prova inconfutabile del fatto che la persona non sta fingendo per compiacere l'ipnotista.

La rivivificazione viene utilizzata, in quei soggetti che sono capaci di realizzarla, per ritrovare lo schema neuro-muscolo-scheletrico di apertura e chiusura della bocca in occlusione centrica. Così, a quei pazienti che a causa di una noxa patogena hanno modificato tale funzione, viene chiesto di rivivificare epoche diverse della loro vita fino a quando si ritrova il periodo di tempo precedente all'introduzione della noxa patogena. In un articolo Gonella e Pepe espongono una loro casistica con soggetti algico disfunzionali. Nei risultati, l'85% dei pazienti affetti da patologie dell'ATM, attraverso la regressione d'età ad un periodo antecedente alle noxe patogene, mediante la rivivificazione, otteneva in un paio di settimane il recupero stabile della funzione masticatoria rimasta nella memoria e ri-assunta dal sistema di controllo neuromuscolare masticatorio.

A proposito dell'analgesia ipnotica, dobbiamo aggiungere che tale fenomeno si realizza anch'esso nell'ipnosi sonnambulica e in una piccola percentuale dei casi anche nell'ipnosi vigile, ma resta comunque un'abilità che pochi hanno la fortuna di possedere. Se si realizza analgesia ipnotica, tale condizione si ritrova anche nel post intervento: con un idoneo condizionamento post ipnotico, i pazienti non hanno bisogno di analgesici. Oltre a ciò la guarigione e la cicatrizzazione dei tessuti avviene più rapidamente, con una riduzione del 40-50% dell'infiammazione.

“ I canali di scolo portano via i liquidi in eccesso..Il sistema immunitario funziona bene, i linfociti sono come dei leoni pronti ad intervenire ...” sono esempi di suggestioni post ipnotiche per ottenere l'effetto desiderato.

2.5 LA GESTIONE DELL'ANSIA ODONTOIATRICA CON L'IPNOSI

Per quanto riguarda la gestione dell'ansia, i modelli che si sono occupati di psicologia odontoiatrica sono quello cognitivo – comportamentale e quello dell'ipnosi clinica. Tralasciando il primo, di competenza dello psicoterapeuta, possiamo passare direttamente al secondo, che risponde molto bene alle esigenze del dentista e del suo orientamento medico.

Con l'ipnosi si può spesso ridurre l'ansia, quando la procedura di induzione riesce; con l'utilizzo dell'ipnosi il soggetto si rilassa assumendo quindi uno stato d'animo opposto a quello provato nello stato ansioso.

Un aspetto su cui l'ipnosi può fare molto è l'apprendimento di tecniche per il controllo dei parametri fisiologici responsabili del mantenimento del circuito ansioso. La modificazione del respiro e l'allentamento delle tensioni muscolari sono le prime competenze che una persona ansiosa deve sviluppare attraverso le visualizzazioni guidate dell'ipnotista. Con l'ancoraggio poi viene data alla persona la capacità di svolgere il tutto in autonomia, in ogni situazione della vita che richieda relax per riprendersi dallo stress quotidiano.

Oltre ad uno strumento per ottenere relax nel paziente, con l'ipnosi posso ristrutturare pensieri cognitivamente errati dei pazienti ,per portarli ad affrontare le cure odontoiatriche in perfetta libertà e tranquillità. A questo proposito dobbiamo dire che un approccio comportamentale psicologico per la gestione dell'ansia è mettere il paziente nella condizione di avere il controllo della situazione. Se io ho il controllo, non posso avere paura, perché decido io cosa voglio farmi fare in perfetta libertà e serenità. "Aggredire " il piccolo paziente facendolo sedere sulla poltrona del dentista contro la sua volontà , è quanto di più sbagliato ed eticamente scorretto si possa fare, perché ciò porta il bambino a pensare di essere imprigionato, non avere vie di fuga, e lo porta a vivere la situazione come una tortura. Ecco l'episodio traumatico che il paziente si porterà dietro per tutta la vita se non viene curato, e che per molti aspetti è simile ad un disordine post traumatico da stress.

Bisogna invece cercare di portare il paziente a decidere liberamente quello che vuole, quello che è meglio per lui, il più consapevolmente possibile. L'ipnosi può impartire delle suggestioni positive utili per prendere coscienza del fatto che la seduta odontoiatrica non è nulla di spiacevole.

"Quando aprirai gli occhi sarai con la mente lucida e serena, pronto ad affrontare quello che succederà durante la giornata in perfetto benessere, distensione, in perfetta libertà , e deciderai quello che vuoi fare nella consapevolezza che tutto quello che sentirai, o che potrai sentire, sono tutte sensazioni banali, neutre, che non ti potranno disturbare.."(Facco).

Ma al di là delle tecniche dirette in cui il paziente si trova sdraiato sulla poltrona con gli occhi solitamente chiusi, ed ascolta le suggestioni che gli vengono date, consapevole di ciò che accadrà in lui, l'ipnosi è anche comunicazione, e si può svolgere in tutti quegli scambi di parole senza che la persona se ne stia rendendo conto.

L'utilizzo della parola nel colloquio preliminare fa già parte della terapia; quando si fa compilare il questionario per la valutazione dell'ansia, non è mai una semplice raccolta di dati, ma è la base per instillare i primi dubbi : forse non tutti gli interventi sono dolorosi, e non tutte le situazioni sono paurose; forse non tutte le manifestazioni di ansia sono così acute..

L'empatia poi aiuta a relazionarsi bene con il paziente; l'uso di strumenti come il ricalco verbale fanno pensare alla persona di trovarsi di fronte ad un medico per la prima volta partecipe e che “ parla la sua lingua”. Anche nei bambini ciò è molto utile: è bene usare metafore adatte alla loro realtà in modo tale da prendere come riferimento il loro sport preferito, i loro giochi, il cartone animato più amato, eccetera.

La gestione dell'ansia con l'ipnosi è utile anche all'odontoiatra: prendersi cura di pazienti con problematiche di questo tipo è molto stressante e spesso si può incorrere nel burn-out professionale. Il dentista , con tecniche di autoipnosi o attraverso l'induzione di un operatore esperto, migliora le sue prestazioni e riduce la carica ansiogena emotiva legata al dover trattare pazienti “particolari”; il professionista tranquillo dà ancora più tranquillità al paziente, generando un circolo virtuoso che alimenta il corretto rapporto medico- paziente.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto fino ad ora raccontato, sembra evidente come il problema dell' ansia e della paura del trattamento odontoiatrico sia uno dei temi in cui l'ottica dello psicologo e quella del dentista debbano trovarsi intimamente connesse. Tali figure professionali nella realtà di tutti i giorni sono molto diverse : l'odontoiatra svolge un lavoro prettamente operativo e studia i sintomi per avere un corretto orientamento sulla diagnosi clinica per poi intervenire sul soma; lo psicologo studia il significato di questi "sintomi", cioè i comportamenti interpretandoli come i segnali con cui il paziente cerca di manifestare il suo eventuale malessere.

Quando è evidente una patologia psichica o psico-somatica dovrà intervenire lo psichiatra e/o lo psicoterapeuta. Se è pur vero che spetta allo psicoterapeuta curare la mente ed all'odontostomatologo il corpo o parte di esso , è altrettanto vero che l'approccio con il paziente da parte del dentista non dovrebbe limitarsi solo alla malattia somatica, cioè al corpo: tralasciando altri aspetti psicologici fondamentali della persona, si finirebbe con lo svilire il rapporto. Non conta solo l' ascesso dentale, ma anche l'ansia di chi ne è affetto : sarebbe importante una presa in carico effettiva e globale dell'intera persona, con le sue paure, le sue manifestazioni ansiose, il suo vissuto psicologico.. . Il paziente odontoiatrico è sì un corpo, ma è anche un'anima , e sapere con chi si ha a che fare sotto il profilo umano-esistenziale è un'esigenza sempre più sentita in vari settori professionali.

Per poter aiutare veramente un paziente occorre vedere sotto un'altra luce il rapporto medico paziente, che tradizionalmente è un rapporto di sproporzione tra dare e avere, cultura e bisogno, operatività e passività . In campo odontoiatrico più che in altre discipline mediche ad esempio la formulazione di un corretto piano terapeutico deve tener conto anche dei problemi economici del paziente; la riabilitazione del paziente edentulo che deve essere messo in grado di masticare per alimentarsi e per avere una normale vita di relazione , in molti casi richiede una attenta valutazione della persona malata, la quale anch'essa viene chiamata in causa per decidere l'approccio più appropriato, in una sorta di alleanza terapeutica tra medico e paziente.

E' importante saper inquadrare chi si ha di fronte . L'"altro" è sempre degno di attenta conoscenza , per poter instaurare con lui una relazione adeguata.

Questa conoscenza del paziente può far emergere alcune situazioni personali confidate o capite , che a volte possono essere delicate e richiedono capacità di essere gestite nel migliore dei modi da parte del medico. Egli con le sue parole può fare bene , ma può anche fare male. E' per questo che oltre all'approccio clinico è importante curare l'approccio psicologico. Se il medico lavora bene diventa l'autorità protettiva che è in grado di conservare o ripristinare l'armonia e magari anche l'analgesia ottimale, l'angelo custode del paziente. Ma se si comporta male è il torturatore, causa o scatenatore di disturbi che il paziente potrebbe portarsi dietro per tutta la vita.

L'odontoiatra con un certo bagaglio psicologico ha a disposizione un pacchetto di risorse potenzialmente utile in molte situazioni; dovrebbe riuscire a capire se il paziente che ha di fronte agisce/reagisce in modo razionale oppure irrazionale e patologico. Dovrebbe percepire i problemi dell'altro e saperne valutare la loro portata, per decidere se fare qualcosa in modo autonomo o appoggiarsi a chi ne sa qualcosa di più , o delegare il paziente alle cure specialistiche di uno psicoterapeuta.

Senza pretendere necessariamente di diventare uno psicoterapeuta né di sostituirsi a quest'ultimo, è doveroso auspicare di essere un dentista con una "buona sensibilità psicologica" , dotato quindi di qualche qualità sia introspettiva sia empatica , al fine di aiutare il paziente nel migliore dei modi.

Il corso base di ipnosi clinica medica nella scuola fondata da F. Granone ha messo in luce l'aspetto relazionale empatico e di rapport che dovrebbe essere sempre presente nella professione medica , e grazie a questi insegnamenti posso dire di aver personalmente migliorato la mia pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

- 1- **Bandler R., J. Grinder J.** - "Ipnosi e trasformazione . La programmazione neurolinguistica e la struttura dell'ipnosi" - Casa editrice Astrolabio. Ottobre 2008 (traduzione italiana).
- 2- **Bartkowiak J.** -" P.N.L. per le mamme e i papà"- Alessio Roberti editore . Bergamo, Edizione Aprile 2013.
- 3- **Buchanan H, Niven N.** - "Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety"- Int J of Paediatr Dent. 2002 Jan;12(1):47-52 .
- 4- **Bul' P.I.** - "Ipnosi e suggestione" - Firenze, Giunti Barbera edit. , 1979.
- 5- **Casiglia E., Tikhonoff V., Giordano N., Regaldo G., Facco E., Marchetti P., Shiff S., Tosello M.T., Giacomello M., Rossi AM., De Lazzari F., Palatini P., Amodio P.** - "Relaxation versus fractionation as hypnotic deepening: do they differ in physiological changes?"- Int J Clin Exp Hypn. 2012;60(3):338-55.
- 6- **Casiglia E., Rossi A., Tikhonoff V., Scarpa R., Tibaldeschi G., Giacomello M., Canna P., Schiavon L., Rizzato A., Lapenta. AM.** "Local and systemic vasodilation following hypnotic suggestion of warm tub bathing." Int. J Psychophysiol. 2006 Oct;62(1):60-5.
- 7- **Casiglia E., Schiff S., Facco E., Gabbana A., Tikhonoff V., Schiavon L., Bascelli A., Avdia M., Tosello MT., Rossi AM., Haxhi Nasto H., Guidotti F., Giacomello M., Amodio P.** - "Neurophysiological correlates of post hypnotic alexia: a controller study with Stroop test."- Am. Clin. Hypn 2010 Jan;52(3):219-33.
- 8- **Corah N, Gale E, Illig SJ** - "Assessment of a dental anxiety scale"- J. Am. Dent. Assoc., 1978.
- 9- **Corah NL.** -" Development of a dental anxiety scale"-J. Dent Res. 1969 Jul-Aug;48(4):596.
- 10- **Curci P., Camerini G.** - " Dentista, paziente e psicopatologia. Argomenti di psichiatria in odontoiatria e protesi dentaria". Ed. Guaraldi, 1993.
- 11- **Damasio A.** -" L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano" - Milano, Adelphi, 1996.
- 12- **Dauven J.** -" I poteri dell'ipnosi" - Torino, MEB casa editrice, 1975.
- 13- **D'Avenia R. , Casilli C.** -"La formazione e la persistenza della fobia del trattamento odontoiatrico" - Minerva Stomatologica, Ottobre, 1998.

- 14-**D'Avenia R., Antonini A.** – “Strumenti di indagine psicologica in pedodonzia”
- Il Dentista Moderno, VII,10, 1989.
- 15-**D'Avenia R., Baccetti T.** “ La sedazione psicologica in odontoiatria infantile”-
Giornale di anestesia stomatologica, XIII, 3 1994.
- 16-**Eli I., Uziel N., Bath R., Kleinhauz M.**- “Antecedents of dental anxiety: learned
responses versus personality traits”-Community Dent Oral Epidemiol. 1997
Jun;25(3):233-7.
- 17-**Erickson M.H.** –“ La mia voce ti accompagnerà” – Casa editrice Astrolabio,
1983.
- 18-**Erlich JC., Bush DE., Ledoux JE.**-“The role of the lateral amygdale in the
retrieval and maintenance of fear –memories formed by repeated
probabilistic reinforcement”-Front Behav Neurosci. 2012 Apr 10;6:16.
- 19-**Facco E., Casiglia E., Masiero S., Tikhonoff V., Giacomello M., Zanetta G.**-
“Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold”- Int. j Clin
Exp Hypn. 2011 Oct-Dec; 59(4):454-68.
- 20-**Falda R., Gonella A., Goti P., Cardinali C.,-** “L'agopuntura e ipnosi come
anestesia alternativa in Odontoiatria”. Minerva Stomatologia 34:91, 1985.
- 21-**Farnè M.**- “Lo stress”- Le edizioni del Mulino, 1999
- 22-**Ferracuti S, Cannoni E, De Carolis A, Gonella A, Lazzari R** – “Rorschach
measures during depth hypnosis and suggestion of a previous life” - Dec
2002.
- 23-**Franchi I, La Marca S, Damini C, Rovetto F, Bortolini S, Consolo U.** –
“Valutazione psicologica dell'atteggiamento di 664 pazienti italiani prima di
una seduta odontoiatrica : interpretazioni di un questionario clinico” – Il
Dentista Moderno, 10, 2007.
- 24-**Freeman R.**-“A psychodynamic understanding of the dentist-patient
interaction”-Br Dent J. 1999 May 22;186(10):503-6.
- 25-**Freud S.**- “ Sogno, ipnosi e suggestione” - Casa del libro, 1989.
- 26-**Gibson H.B.**- “Ipnosi medica” – Red edizioni, 2006.
- 27-**Goleman D.**-“ Intelligenza emotiva” – Rizzoli ed., Milano, 1996.
- 28-**Gonella A.** –“ L'ipnosi in odontostomatologia. Considerazioni su una
casistica di 152 casi : Medica e i suoi risultati “. Rassegna ipnosi e sofrologia.
Stati di rilassamento. Minerva Medica 73:3195, 1982.

- 29-**Gonella A.** – “ *L'ipnosi in odontostomatologia*” *Rassegna d'ipnosi e psicoterapie* II:59, 1984.
- 30-**Gonella A.**- “*L'agente terapeutico in psicoterapia*”, Atti del Convegno Nazionale della scuola post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S. , Torino, Villa Gialino, 22.05.99. *Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense. Università degli Studi di Roma “ La Sapienza”*, 1999.
- 31-**Gonella A.**- “*Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia*” –Atti del XVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica: “*Significato e senso della malattia*”, Siena 3-6.11.99. Atti del congresso. 1999.
- 32-**Gonella A.**- “*Ipnosi, suggestione, persuasione nel processo terapeutico*”. Atti del Convegno nazionale della Scuola Post Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale del C.I.I.C.S.: “*Ipnosi, suggestione e persuasione nel processo terapeutico*”, Torino, Villa Gualino, 20.05.2000. *Rassegna di psicoterapie, Ipnosi, Medicina Psicosomatica, Psicopatologia Forense*”. Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, 2002.
- 33-**Gonella A.**-“*L'ipnosi in odontostomatologia*” in “*Teoria e pratica dell'ipnosi*” . Libreria Padovana Editrice, pagg. 106-112. Padova, 2008.
- 34-**Gonella A.** “*Applicazione dell'ipnosi in ambito medico e psicoterapeutico* “, in Atti del 16° Congresso Internazionale di studi delle esperienze di confine, San Marino 2012. Pagg 65-70.
- 35-**Gonella A.** –“*Indicazioni all'utilizzo delle tecniche ipnotiche in odontostomatologia*”- *Rivista Fatebenefratelli*, Vol IV, Fasc.1, Luglio 1990.
- 36- **Gonella A., Pepe R.**-“*Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia*”- *Rassegna di psicoterapie .Ipnosi. Medicina psicosomatica. Psicopatologia Forense. Università degli Studi di Roma “La Sapienza”*, Vol II n.3, settembre-dicembre 1997.
- 37-**Gonella A., Pepe R., Gonella A.M.** –“*Ipnosi e trattamento dei D.C.C.M.*” – *Doctor os- Elle Due- Milano*, anno IX n.3, marzo 1998.
- 38-**Gonella A., Pepe R.**-“*L'ipnosi clinica nel trattamento delle D.C.C.M.*”- *Giornale odontostomatologico, Organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia* n.16 pagg. 11-14, 1998.
- 39-**Granone F.**-“ *Treatato di Ipnosi*” – Utet , Torino 1989.
- 40-**Hitschmann E.**-“*Freud conception of love*”-*Int j Psychoanal.* 1952;33(4):421-8.

- 41-**James A. Hall, Harold B. Craisilneck** –“ *Ipnosi clinica – principi e applicazioni*”
–Astrolabio Ubaldini, 1978.
- 42-**Kapoor A.,Dunn E., Kostaki A., Andrews MH.,Matthews SG.**- “*Fetal programming of hypothalamo-pituitary-adrenal function: prenatal stress and glucocorticoids*” – J. Physiol. 2006 Apr 1;572(pt 1):31-44.
- 43-**Kapoor A., Kostaki A., Janus C., Matthews SG.** –“*The effects of prenatal stress on learning in adult offspring is dependent on the timing of the stressor*”.
Behav. Brain Res. 2009 Jan 30;197(1):144-9.
- 44-**Lauria D.** –“ *Il trattamento cognitivo-comportamentale della fobia del dentista*”- Il Dentista Moderno, N° VI, 1992.
- 45-**Levrini L., Ghianda L.,Gangale M.** –“ *Pragmatica della comunicazione analitico transazionale : l'adulto integrato nella professione dell'igienista dentale*”- Rivista italiana di Igiene Dentale, maggio-agosto 2008.
- 46-**Litt MD**- “*A model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures*” – Behav Res Ther. 1996 May-jun;34(5-6):459-76.
- 47-**Musaio F., Calzavara M., De Michelis B., Gonella A.**- “ *L'ipnosi: valido supporto in odontostomatologia*”- Gazz. Med. Ital. Arch. Sci. Med. 152, 1,3. 1993.
- 48-**Ostroff LE., Cain CK., Bedont J., Monfils MH., Ledoux JE.**-“*Fear and safety learning differentially affect synapse size and dendritic translation in the lateral amygdala*”-Proc Natl Acad Sci U S A. 2010 May 18;107(20):9418-23.
- 49-**Pacciolla A, Gonella A.**- “*NDE nella regressione ipnotica: gli esiti di una ricerca*”, in atti del 16° Congresso Internazionale di studi delle esperienze di confine, San Marino 2012, pagg. 71-76.
- 50-**Pancheri P.** – “*Stress, emozioni malattia*” – Ed. Mondadori , 1983.
- 51-**Pani L., Oddoni S., Aste A., Falconi A.**- “*Considerazioni generali sulla paura nel paziente odontoiatrico*” – Il Dentista Moderno N°VI,1989.
- 52-**Pasini W.** –“ *Psicologia odontoiatrica*” - Elsevier ed., 1992.
- 53-**Pepe R.R., Gonella A.**- “*Trattamento delle disfunzioni cranio cervico mandibolari (D.C.C.M.) attraverso l'ipnosi clinica*”- Giornale odontostomatologico, organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia n°15 pag 40,43, 1997.
- 54- **Pinneri P., Ruiu M., Verona S.** – “*La programmazione neurolinguistica*”– Xenia ed., 2008.

- 55- **Plutchik R.** - "Psicologia e biologia delle emozioni" - Bollati Boringhieri ed. Torino, 1995.
- 56- **Rolle G., Gonella A., Coltelletti C., Prandi R., Borgarino S.**- "Sull'uso dell'ipnosi come trattamento collaterale nelle algie muscolo tensive dell'apparato stomatognatico. Note preliminari" *Minerva Stomatologia* 35:1, 1986.
- 57- **Seligman ME., Weiss J., Weinraub M., Schulman A.**- "Coping behaviour : learned helplessness, physiological change and learned inactivity". *Behav Res Ther.* 1980; 18(5):459-512.
- 58- **Selye H.**- " Stress senza paura" –Rizzoli ed., Milano 1976.
- 59- **Siverio P., Folegatti C., Giannini L., Maspero C.** – "L'ansia del dentista nel bambino: un approccio psicologico" – *Il Dentista Moderno*, N° VI, 2013.
- 60- **Stouthard ME., Hoogstraten J., Mellenbergh GJ.**_ "A study on the convergent and discriminant validity of the Dental Anxiety Inventory".- *Behav Res Ther.* 1995 Jun;33(5):589-95.
- 61- **Trevisani P.**- "Ansia e fobia dentale del piccolo paziente in terapia odontoiatrica" –*Il Dentista Moderno*, n°VI, 1993.
- 62- **G.Trombini** – "Come logora curare:medici e psicologi sotto stress" – Zanichelli ed., 1994.
- 63- **Turchet P.** – "Le langage universel du corps" - Les edition de l'Homme, 2009.
- 64- **Vallierès S.** –" L'arte di comunicare con i bambini" –Red edizioni, Dicembre 2009.
- 65- **Van Wijk A, Hoogstraten J**- "Anxiety and pain during dental injection" – *Journal of Dentistry* , 37, 2009.
- 66- **Versloot J,Veerkamp J.S.J, Hoogstraten J, Martens L.C.** – "Children's coping with pain during dental care"- *Community Dentistry and Oral Epidemiology* , 32, 2004.

SITOGRAFIA

- 1- **Ancona L., Filippi LS.** –“*Gli estremi antinomici della oralità e l'Eucarestia*”- http://www.aiempr.org/articles/pdf/aiempr_253-2.pdf . Visitato il 23-10-2013
- 2- **Benedek Therese**-“*La genitorialità come fase dello sviluppo*” 1959-
<http://www.sarabeschi.it/genitorialit%C3%A0%20Benedek.pdf>
- 3- **Coppola Pilar**-“*ipnosi in odontoiatria*”-
<http://www.psicoterapia.it/rubriche/approfondimenti/template.asp?cod=5270> .Visitato il 23-10-2013.
- 4- **Giusti Massimo**-“*La storia dell'ipnosi, dal mesmerismo alla psicoterapia* “ Articolo pubblicato il 19/04/2011-
<http://www.medicitalia.it/minforma/Psicologia853/la-storia-dell-ipnosi-dal-mesmerismo-alla-psicoterapia>
- 5- **Introna Monica**- “*I racconti del corpo (2)*”-
<http://www.riflessionline.it/articoli/201101%20ediz%2017%20gennaio%202011/2011-01%20nr%2017%20-%20psicologia%20-%20CORPO.html> .Visitato il 23-10-2013
- 6- **Milton Erickson Institute di Torino**- “*Ipnosi e Odontoiatria-Una soluzione alla paura, ansia, dolore*”-Ipnosi e Odontoiatria-consulenza e terapia- Milton H. Erickson Institute di Torino
<http://www.ericksoninstitute.it/it/79/ipnosi-e-odontoiatria/>
Visitato il 23-10-2013.
- 7- **Petio C., Malaguti C.**-“*Indirizzo psicodinamico: Sigmund Freud*”-
http://www.fter.glauco.it/ppd_fter/51/materiale/petio_indirizzo_psicodinamico_introduzione1.pdf .Visitato il 23-10-2013.
- 8- **Vincenzi Roberto**-“*Storia dell'ipnosi*”- 20 Nov. 2006-Articolo:
Storia dell'ipnosi www.robortovincenzi.com/storia_ipnosi.htm

9- Zaniboni M. -*“Comprendere i nostri bambini e accompagnarli nel loro percorso di crescita -0-6 anni”*-
http://www.webdiocesi.chiesacattolica.it/cci_new/allegati/37086/COMPRENDERE-I-NOSTRI-BAMBINI-dottssa-Monica-Zaniboni.pdf. Visitato il 23-10-2013

10- Zoni Marcello -*“Analisi bioenergetica: il carattere orale”*- 01 Feb 2013 -*Parma Magazine :analisi bioenergetica: il carattere orale.*
<http://www.parmamagazine.com/2013/02/analisi-bioenergetica-il-carattere.html?m=1#!>