CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE

C.I.I.C.S

ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI

CLINICA E SPERIMENTALE

UTILIZZO DELL'IPNOSI PER LA CURA DEL BRUXISMO

RELATORE

Dott. Gianni Miroglio

CANDIDATO

Dott. Enrico Maria Barbini

Anno di Studi 2019

“Non è mai stato così importante trovare il tempo di concentrarsi,
di scoprire la ricchezza e la complessità del nostro mondo interiore,
di recuperare le risorse utili e positive che non sapevamo di possedere.
L’ipnosi non lo garantisce, ma offre a ciascuno di noi questa occasione.”

Michael D. Yapko
Le basi dell’Ipnosi

INDICE

Introduzione.....1

IPNOSI

Definizione, Aspetti fenomenologici ed Applicativi.....2
Cenni storici.....3
Considerazioni personali.....4

BRUXISMO

Introduzione.....5
Revisione della Letteratura 6
Eziologia del Bruxismo.....7
Diagnosi clinica del Bruxismo.....10
Il Bruxismo come causa di disordini temporomandibolari (TMD).....11
Terapia del Bruxismo:.....13

IPNOSI E BRUXISMO

Revisione della letteratura.....16
Indagine clinica personale.....17
Materiali e metodi.....18
Risultati.....21
Discussione.....22
Conclusioni.....23

INTRODUZIONE

La professione di Medico Dentista mi ha permesso, nel corso degli anni, di capire quanto sia centrale l'aspetto umano nel contratto terapeutico con il paziente.

Gli aspetti tecnici di questa professione medica infatti, tendono talvolta a prendere il sopravvento, facendoci dimenticare il paziente nella sua globalità: le sue paure, le sue aspettative, le sue speranze.

Il Bruxismo fa parte di quelle fenomenologie "borderline" dove il dentista è costretto ad uscire dal suo ruolo di "operatore artigiano", per affrontare un problema dove l'aspetto odontoiatrico evidente (l'usura dentale a volte grave), non è che il risultato di qualcosa più profondo.

Gli approcci meccanicisti in voga nelle decadi passate infatti, si sono rivelati nella maggior parte dei casi inutili e privi di prove scientifiche, lasciando quindi aperte nuove strade per la comprensione ed il trattamento di questa para-funzione così diffusa oggigiorno.

L'IPNOSI dal canto suo, riveste un ruolo di importanza centrale come complemento terapeutico a molteplici disfunzioni, dove soma e psiche si intersecano per dare origine a forme patologiche che richiedono un trattamento multidisciplinare.

Gli effetti ansiolitici e di autocontrollo tipici della condizione ipnotica (ipnosi indotta ed autoipnosi), ben si collocano all'interno di un programma terapeutico dove il medico e lo psicoterapeuta possono esercitare al meglio le loro competenze.

L'idea quindi di utilizzare la comunicazione ipnotica per la ricerca del vissuto individuale come causa scatenante della fenomenologia, ha sicuramente validità scientifica. Il miglioramento dei sintomi ed un maggior controllo del digrignamento e del serramento dentale sono una conseguenza diretta.

Come clinico, ho cercato di verificare sul campo quali potessero essere le potenzialità dell'uso dell'ipnosi sul bruxismo affiancando questa metodologia a quella normalmente utilizzata nella pratica quotidiana e di osservare se da terapia complementare potesse assumere il ruolo di terapia sostitutiva. Le mie impressioni cliniche rimangono comunque da validare con studi dotati di protocollo e casistica ben più ampie di quelle sotto riportate.

IPNOSI

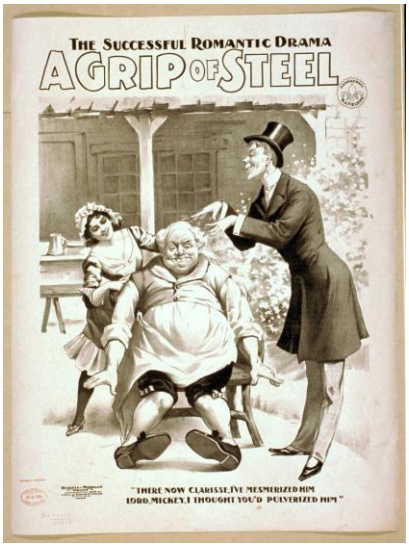
- DEFINIZIONE, ASPETTI FENOMENOLOGICI ED APPLICATIVI

Possiamo definire l'ipnosi come uno stato di coscienza modificato che interviene all'interno di uno speciale rapporto tra due individui, paziente ed ipnologo, in un ambito terapeutico di libera scelta.
L'ipnosi non corrisponde al sonno, come confermano dati fisiologici e strumentali, non è effetto di particolari fluidi o poteri, non è magia.
Chiunque può essere ipnotizzato se lo desidera ma non è possibile far compiere al paziente atti estranei alla sua volontà o alla sua morale.
In sostanza il soggetto in ipnosi non perde mai il controllo.
L'ipnosi può essere quindi considerata a tutt'oggi una potente tecnica terapeutica per intervenire su molti problemi psicologici come ansia, disturbi dell'umore, traumi, dipendenza da fumo, alcool ecc.
Viene altresì utilizzata in ambito medico chirurgico per innalzare la soglia del dolore ed in alcuni casi creare una vera e propria anestesia.
L'alta motivazione del soggetto è un fattore favorevole; in questa condizione il paziente presenta un'aumentata sensibilità che influisce sulle condizioni psico-fisiche e comportamentali.
Per meglio capire l'ipnosi è importante differenziare l'induzione ipnotica dal fenomeno stesso.
La condizione ipnotica raggiunta dopo l'induzione, altrimenti definita trance, è un aspetto naturale della mente in cui si manifesta una coscienza limitata del mondo (esterno o interno), mentre focalizziamo l'attenzione su un'idea, una sensazione o un'emozione suggerita dall'ipnotista.
Il monoideismo plastico (Prof. Franco Granone 1989)*[1] è il prodotto che si genera e che ci permette di elicitare emozioni, produrre azioni, attivare cambiamenti.
Durante lo stato ipnotico, l'attenzione del paziente è rivolta all'ipnologo ed il suo campo di consapevolezza si restringe. Il soggetto ipnotizzato assume parziale distacco dall'ambiente ed un diminuito livello di vigilanza. Le modificazioni della memoria sono variabili: il paziente può provare amnesie cioè non ricordare l'accaduto, oppure ipermnesie, cioè ricordare ogni minimo dettaglio.
Per quanto riguarda gli aspetti odontoiatrici, è ben documentata l'efficacia dell'ipnosi come mezzo per comunicare con il paziente. Il dentista sa benissimo che la maggior parte di pazienti non guarda certo con entusiasmo il fatto di doversi recare presso il suo ambulatorio e che l'atteggiamento assunto varia da semplice riluttanza fino alla fobia conclamata.Ridurre l'ansia quindi può risultare molto efficace e conveniente ai fini terapeutici. Oltre alla soglia di dolore modificata come sopra già accennato viene talvolta sfruttata la capacità di creare vasocostrizione controllata nelle zone da operare con notevole vantaggio in termini di efficienza operativa riducendo notevolmente il sanguinamento

[1] * Con "monoideismo plastico" si vuole intendere la focalizzione dell'attenzione su una sola idea; idea dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado i suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali.

- CENNI STORICI

Benché nei secoli abbia cambiato diverse denominazioni, il fenomeno ipnotico è sempre esistito.
Presente già presso gli antichi egizi dal XV secolo A.C., le tecniche utilizzate per l'induzione erano molto simili a quelle utilizzate oggi nella consulenza psicologica moderna: luoghi appartati, focalizzazione dello sguardo, suoni ritmati e cantilene, in questo modo la persona, in trance, entrava in contatto con l'oracolo per vivere sogni, sensazioni, immagini.
L'ipnosi moderna comunque coincide con la figura di Anton Mesmer (1734-1815), il quale pensava esistesse un fluido che riempie l'universo il grado di mettere in connessione 'l'uomo, la terra, i corpi celesti, e uomo con uomo.
L'abate Faria (1746-1819), sostenne per primo che la condizione ipnotica (sonno magnetico), non dipende dal magnetizzatore, ma dalla volontà dell'ipnotizzato.
Egli diede valore fondamentale alla suggestione verbale, liberando in tal modo l'ipnosi da pratiche inutili che contribuivano a renderla magìa.
Fu James Braid, chirurgo di Manchester, a coniare il termine Ipnosi nel 1841. Egli sosteneva che l'induzione avvenisse per sovraccarico del sistema nervoso.
Per Jean Martin Charcot (1825-1893), l'ipnosi era una forma di malattia nervosa coincidente grosso modo con l'isteria.
Sigmund Freud attorno al 1885-1886 si convinse della realtà del fenomeno ipnotico.
La utilizzò come mezzo terapeutico per alcuni anni, abbandonandola poi in quanto non corrispondeva più ai suoi metodi di indagine dell'inconscio (Casiglia 2015).



Clark Leonard Hull (1884-1952), studioso e sperimentatore, raccoglie e pubblica decine di ricerche sperimentali inerenti la suggestione ipnotica ed è considerato lo studioso che ha fornito al comportamentismo il contributo metodologico e la analisi teoriche più rigorose (Perussia, 2013).
Milton Erikson (1901-1980), rappresenta il fondatore moderno dell'ipnosi. Per Erikson "l'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi". Corrisponde ad uno stato modificato di funzionamento che il soggetto utilizza per trovare risorse inconsce utili per risolvere le sue problematiche. L'ipnosi non modifica la persona né la sua passata esperienza di vita ma serve a permetterle di imparare di più su se stessa. L'ipnosi terapeutica aiuta le persone a superare i limiti appresi così da poter pienamente utilizzare le proprie risorse.

- CONSIDERAZIONI PERSONALI

A questo proposito ritengo per me importante riferire qualche cenno alle motivazioni e alle aspettative che mi hanno spinto ad intraprendere questo cammino ed a scegliere questo corso.
Da circa 10 anni mi occupo di sedazione cosciente endovenosa per il trattamento dell'ansia e della fobia del dentista. Pur essendo molto soddisfatto della tecnica, quando sono venuto a conoscenza delle potenzialità dell'ipnosi in tal senso, ho subito pensato ai vantaggi pratici in termini di maggior rapidità, assenza di effetti collaterali pre e post terapia e della minor complessità in termini organizzativi e perché no... di costi. Venendo a conoscenza poi della possibilità di indurre analgesia e di poter controllare il sanguinamento (in alcuni casi controllati), mi sono convinto della validità della tecnica ipnotica.

L'idea di utilizzare inoltre l'ipnosi per la cura del bruxismo, mi è venuta considerando che negli ultimi anni sono emerse nuove conoscenze riguardo l'eziologia ed il trattamento di questa patologia che può essere considerata a tutti gli effetti un disturbo psico somatico mentre le cause di tipo meccanicistico focalizzate sull'occlusione dentale hanno perso importanza perchè non supportate da sufficienti evidenze scientifiche.
Ho cominciato il corso con entusiasmo e devo dire che ho trovato molta passione nei docenti sia per le parti teoriche che pratiche. Sicuramente alla fine del percorso mi sono reso conto di essere solo all'inizio, ma la passione penso sia il motore che spinge ad approfondire le mie ricerche e ad utilizzare subito la tecnica sul campo sia per l'ansiolisi che per il trattamento del bruxismo
Non riuscirò subito ad ottenere effetti eclatanti ma con tempo e dedizione i risultati arriveranno...

BRUXISMO

- INTRODUZIONE

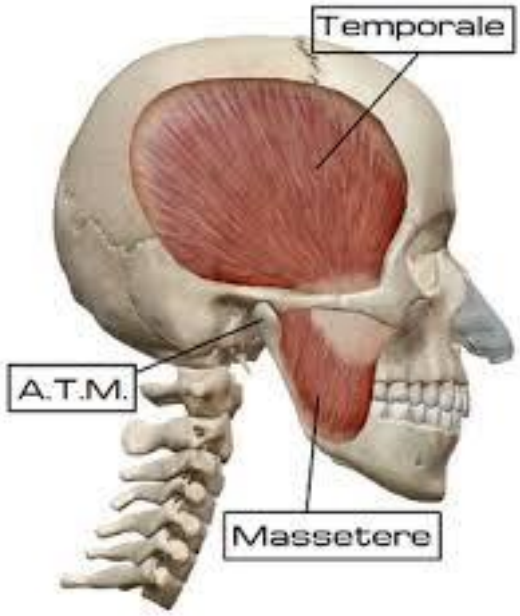
Il bruxismo è una condizione del cavo orale che coinvolge l'interesse di clinici e ricercatori che si occupano di odontoiatria, neurologia, psicologia e medicina del sonno.
Di frequente viene chiamato in causa per le conseguenze cliniche potenziali come il dolore oro facciale, l'usura dentale, fallimento di restauri odontoiatrici e di implantologia.
Nonostante l'interesse delle diverse comunità di professionisti operanti in campo medico permangono alcuni aspetti da approfondire e chiarire al fine di gestire correttamente questa condizione.
Il primo aspetto è che le diverse accademie facciano riferimento a diverse definizioni per il bruxismo.
Ad oggi le definizioni più diffuse fanno capo a quelle dell'ottava edizione del Glossario dei Termini Prostodontici, della seconda edizione dell'International Classification of Sleep Disorders, e della quarta edizione delle linee guida sul dolore oro facciale pubblicate dall'American Academy of Orofacial Pain.
Senza entrare nei dettagli specifici di ogni definizione che potrebbe fuorviare dallo scopo di questo lavoro, resta comunque importante sottolineare la necessità che ne è derivata, ossia quella di trovare una definizione comune dalla quale partire.
A tale scopo nel 2013, un panel di dieci esperti internazionali hanno contribuito alla stesura di una nuova definizione condivisa di Bruxismo[2]
Secondo la nuova definizione proposta dal Bruxism panel (2013), il bruxismo è un'attività ripetitiva dei muscoli della mandibola caratterizzata dal serramento o dal digrignamento dei denti e/o dalla pressione in posizione fissa della mandibola. Il bruxismo ha due distinte manifestazioni circadiane, in quanto può manifestarsi durante il sonno (sleep bruxism) o durante lo stato di veglia (awake bruxism).
L'aspetto interessante ed innovativo da sottolineare è che il bruxismo può manifestarsi a prescindere dalla dentizione dove la mandibola, magari edentula, *viene mantenuta fissa con la muscolatura attivata attraverso identici schemi di reclutamento motorio rispetto al serramento dentale.*
E' auspicabile quindi che questa definizione venga al più presto adottata nei vari ambiti clinici e di ricerca ed in particolare che venga specificato a quale forma di bruxismo si faccia riferimento (sonno, veglia o entrambi).

[2] Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros A, Kato T, Koyano K, Lavigne Gj, de Leeuw R, Manfredini D, Swensson P, Winocur E. Bruxism Defined and Graded: an International Consensus. J Oral Reabil 2013 ; 40:2.4.

- REVISIONE DELLA LETTERATURA

Analisi epidemiologiche e statistiche volte ad agevolare le interpretazioni della letteratura, hanno identificato come la clinica dei disordini temporo-mandibolari (TMD), sia l'area odontoiatrica più soggetta all'introduzione di approcci pseudo-scientifici basati spesso su convincimenti ed esigenze commerciali del clinico e poco incentrati sulle necessità del paziente e sulla validità scientifica.[3]

In particolare, approcci odontoiatrici basati sulla valutazione e correzione dell'occlusione, da anni sminuiti nella loro importanza in ambiti scientifici, sono ancora in uso, a causa anche dei disincentivi economici per il professionista che abbandona strade meccanicistiche, per una meno remunerativa e più difficilmente applicabile medicina del dolore in contesto biopsicosociale.



Il Bruxismo nella pratica clinica, a seguìto negli ultimi anni un cammino identico a quello dei disturbi temporomandibolari. I paradigmi occlusali del passato infatti, sono stati progressivamente smantellati dalle prove scientifiche, ma non sono stati ancora abbandonati nella pratica quotidiana odontoiatrica. Tutto ciò contrasta con la facile accessibilità alle informazioni della letteratura internazionale, dove ogni singolo professionista può facilmente reperire le linee guida più recenti.

In particolare, le meta analisi e le revisioni sistematiche della letteratura, sono la tipologia di pubblicazione che fornisce le informazioni più solide su cui basare la pratica clinica perché analizzano sistematicamente e sintetizzano tutte le pubblicazioni di un determinato argomento.

Nel caso specifico del bruxismo, il numero di pubblicazioni che sintetizzano la letteratura è ridotto, infatti, a fronte di più di 2600 pubblicazioni sono presenti solamente meno di una ventina di revisioni della letteratura di alto livello di cui circa 10 soddisfano i criteri per essere considerate revisioni sistematiche e fornire raccomandazioni cliniche di tipo A ossia del livello più alto. (Manfredini D. 2015).

[3] Brunette DM. Critical thinking: understanding and evaluating dental research, 2nd Ed. Chicago, Quintessence Publishing, 2007.

- EZIOLOGIA DEL BRUXISMO

Due revisioni sistematiche della letteratura riguardante l'eziologia del bruxismo, riguardano rispettivamente il ruolo potenziale della dentizione e dell'occlusione[4] e dei fattori psico-sociali[5].
Per anni, l'ipotesi più diffusa sull'eziologia del bruxismo era che la presenza di una malocclusione e più specificatamente di un'interferenza nei contatti dentali, creasse un irritabilità del sistema neuromuscolare così ampia da scatenare un'attività para funzionale reattiva con lo scopo di eliminare la noxa patogena. Fino all'ultima decade del secolo scorso quindi noi odontoiatri siamo stati educati seguendo un paradigma occlusale secondo cui la cura del bruxismo era basata sul riequilibrio dell'occlusione dentale secondo uno schema ideale.[6]
La revisione della letteratura però non ha riscontrato un rapporto causa effetto tra occlusione e bruxismo (per esempio interferenze occlusali statiche o dinamiche) o caratteristiche di tipo scheletrico (tipo dolicocefalo o brachicefalo).
La pratica clinica di correggere l'occlusione tuttavia, viene a tutt'oggi applicata da non pochi professionisti, nonostante sempre più prove contrarie a tale approccio si siano accumulate nel corso dei vari decenni.
L'altra revisione sistematica della letteratura riguardante le cause del bruxismo, è incentrata sul ruolo dei fattori psico-sociali. Sono infatti aumentate le ricerche volte ad investigare le cause centrali (sistema nervoso) e ambientali per la fisiopatogenesi del bruxismo al decrescere delle ipotesi di tipo morfologiche e dentali.[7] Tra questi la componente psichica e le implicazioni sociali sono state molto investigate. Sono state descritte dalla letteratura dettagliate informazioni sulle caratteristiche del temperamento dei soggetti bruxisti (aggressività, sensibilità allo stress, perfezionismo) e l'elevata prevalenza di disordini della sfera psicosociale (soddisfazione sul luogo di lavoro, problemi coniugali, situazioni economiche e culturali).
La revisione sistematica condotta a tale scopo ha dato origine a risultati controversi, ma in realtà una indagine più approfondita ha messo in evidenza l'influenza dei diversi approcci diagnostici al bruxismo (ad esempio: valutazione clinica, questionari, polisonnografia notturna) e di problemi metodologici per assenza di riferimento a bruxismo del sonno o della veglia.
La maggioranza dei dati sull'associazione tra bruxismo e disordini psicosociali derivano da studi eseguiti attraverso questionari dove il paziente era invitato a rispondere, ed in generale tali studi riportavano una associazione stretta tra bruxismo e ansia, sensibilità allo stress, depressione ed altre caratteristiche personologiche e temperamentali.

---

[4] Lobbezoo F, Ahlberg J, Manfredini D, Winocur E. Are the bruxism and bite causally related? J Oral Rehabil. 2012; 39: 489-501
[5] Manfredini D, Lobbezoo F. Role of the psychosocial factors in the etiology of bruxism. J Orofac Pain 2009; 23: 153-166.
[6] Ramfjord S, Ash MM. Occlusion,3rd Ed Philadephia Saunders Company 1983.
[7] Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally and not peripherally. J Oral Rehabil 2001; 28:1085-1091.

Questi studi erano in apparente contrasto con quelli condotti nei laboratori del sonno dove questo tipo di associazione non era stata riscontrata (studi condotti tramite indagini polisonnografiche).
L'esistenza di questi contrasti si spiegherebbe con il fatto che gli studi basati su questionari ed indagini cliniche sono più indicati per investigare il bruxismo della veglia per il quale una relazione con l'emotività sembra avere razionale fondamento; al contrario studi per la misurazione del bruxismo del sonno sembrano escludere una semplice associazione lineare con le variabili psichiche.
Tutto ciò ha comunque contribuito lentamente ad accrescere tra i vari professionisti la diffusione dell'idea che le caratteristiche neuro psichiche e temperamentali siano più importanti di quelle anatomiche e morfologiche nel determinare l'insorgenza del bruxismo.
E' molto dubbia l'insorgenza di bruxismo di natura iatrogena, provocato ossia da precontatti artificiali prodotti da restauri dentali non congrui[8] in quanto sembrerebbero piuttosto instaurarsi meccanismi per evitare il dolore partendo da stimoli protettivi.
Il bruxismo del sonno invece si ritiene sia parte di un'attivazione del sistema nervoso autonomo: conseguente a reflusso gastroesofageo[9], oppure un fenomeno atto ad interrompere un episodio apnoico*, ed in alcuni casi essere conseguenza di un'alterazione dl sistema dopaninergico[10]
Apnee ostruttive del sonno e bruxismo.
**(Obstuructive Sleep Apnea Syndrome, OSAS): è una sindrome caratterizzata dall'ostruzione delle vie aeree parziale o completa durante il sonno, provocata da un collasso delle pareti faringee tale da indurre ipopnea o apnea con sintomi quali roncopatia e soffocamento. Sono coinvolti fattori di tipo anatomico e di tipo neuromuscolare con il risultato di un alterato mantenimento della pervietà delle vie aeree superiori.[11] Nella popolazione adulta, roncopatia ed OSAS sono state riportate in più del 30% dei soggetti affetti da bruxismo[12]. In generale, esistono sufficienti evidenze a supporto dell'associazione delle OSAS e del bruxismo con fenomeni o di arousal, ossia microrisvegli governati centralmente, infatti, molti eventi apnoici terminano con arousals caratterizzati da aumento della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna.[13]*

[8] Michelotti A, Farella M, Gallo LM, Palla S, Martina R. Effect of occlusal interference on habitual activity of human masseter. J Dent Res 2005; 84:644-8.
[9] Ohmure H, Oikawa K, Kanematsu K, Saito Y, Yamamoto T, Nagahama H, Tsubouchi H, Miyazaki S. Influence on experimental esophageal acidificazione on sleep bruxism: a randomised trial. J Dent Res. 2011; 90: 665-71.
[10] Lobbezoo F, Lavinge GJ, Tanguay R, Montplaier JY. The effect of the catecholamine precursor l-dopa on sleep bruxism: a controlled clinical trial. Mov Disord 1997; 12: 73-78
[11] Park JG, Ramar K, Olson EJ. Updates on definition, consequences, and management of obstructive apnea. Mayo Clin Proc 2011, 86:549-54.
[12] Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. Chest 2001;11 9:53-61
[13] Macaluso GM, Guerra P, Di Giovanni G, Boselli M, Terzano MG. Sleep bruxism is a disorder related to periodic arousals during sleep.

Dal punto di vista clinico è tuttavia importante sottolineare che il ruolo dell'odontoiatra rimane di primaria importanza per gestire le conseguenze cliniche del bruxismo in quanto gli effetti sull'apparato stomatognatico sono prima di tutto di gestione odontoiatrica.

Resta quindi di importanza fondamentale che le nuove comunità di odontoiatri debbano essere educate allo studio e valutazione del bruxismo secondo paradigmi non occlusali.

Come affermato da Lobbezoo e Naeije [14], il bruxismo è un fenomeno centrale, non periferico.

Le conclusioni che si possono trarre per il medico e l'odontoiatra sono di non soffermarsi sull'occlusione dentale ma di considerare il bruxismo come una manifestazione centrale legata ad un sovraccarico emotivo e a fenomeni di aurosals (risposta di attivazione) durante il sonno.

E' oltremodo importante capire che non esiste una relazione lineare tra bruxismo ed i suoi effetti in quanto non esiste un unico fenomeno di bruxismo e che la fisiopatologia dipende da molteplici fattori individuali. Tutto ciò con lo scopo di evitare una semplificazione e comprendere come il significato patologico delle attività muscolari tipiche delle diverse forme di bruxismo sia da valutare attentamente a livello individuale.

[14] Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally not peripherally. J Oral Rehabil 2001; 28:1085-1091.

- DIAGNOSI CLINICA DEL BRUXISMO

Come già accennato precedentemente,con il termine bruxismo intendiamo almeno due attività non funzionali dei muscoli masticatori: la prima, di tipo tonico isometrica che si strinseca con il serramento dentale e/o nel mantenimento della mandibola in posizione fissa con i muscoli masticatori in tensione; la seconda di tipo fascio isotonica che si estrinseca con il digrignamento e/o con piccoli movimenti mandibolari senza contatto dentale.
Sebbene lo standard di riferimento diagnostico sia rappresentato dalla registrazione dell'attività elettromiografica e polisonnografica, le possibilità di impiego di tali metodiche sono limitate a causa dei costi elevati e dello scarso numero di laboratori adeguatamente equipaggiati.
Pertanto l'approccio diagnostico al bruxismo è a tutt'oggi basato sulla valutazione clinica ed anamnestica.
Da un punto di vista clinico, i segnali più frequenti si riscontrano a livello dentale con marcata usura delle superfici masticatorie (anche se da un punto di vista ananmnestico è bene indagare su eventuali altre concause quali ad esempio frequente uso di bevande gasate o acide, reflusso gastrico o particolari tipi di dieta), frattura di restauri estesi o di elementi dentari restaurati.
A livello dei tessuti molli e delle mucose orali sono frequenti fenomeni di scalloping linguale (ossia impronta marcata dei denti sulle superfici laterali della lingua) o sulla mucosa geniena, quest'ultimo associato all linea alba. E' presente una marcata ipertrofia di muscoli masseteri.[15]

[15] Da Silva K, Mandel L. Bilateral temporalis muscle hypertrophy : a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2006;102:e1-e3.

- IL BRUXISMO COME CAUSA DI DISORDINI TEMPORO-MANDIBOLARI

Un argomento importante riguarda il bruxismo come fattore di sovraccarico muscolo scheletrico.
Le attività parafunzionali dell'apparato stomatognatico sono ritenute causa di patologia ATM e tra queste il bruxismo (nella sua componente isometrica) è considerata la più dannosa, essendo comunemente descritto come uno dei maggiori fattori di rischio per l'insorgenza di disordini temporomandibolari ed algia muscolare.
Alcune caratteristiche della morfologia facciale sembrano favorire l'insorgenza di TMD .
I soggetti dolicocefali con marcato over jet ed angolo mandibolare aperto hanno caratteristiche predisponenti, essendo dotati di un condilo mandibolare di piccole dimensioni con una ridotta capacità a sopportare i carichi masticatori; l'articolazione temporomandibolare inoltre è meno stabile a causa della scarsa corrispondenza reciproca dei capi articolari e conseguente maggior insorgenza di ano-

Figg 5.8a,b I soggetti con crescita mandibolare in post-rotazione, caratterizzati da ramo mandibolare corto ed apertura dell'angolo mandibolare *(a)*, e possibile tendenza al morso aperto anteriore *(b)*, hanno una morfologia facciale poco adatta a tollerare carichi da serramento. Ciò esita in una maggior frequenza di sintomi da rimodellamento articolare degenerativo rispetto a soggetti "short-face".

malie posizionali del menisco articolare.[16]

[16] Van Spronsen PH. Long Face craniofacial morphology: cause or effect of weak masticatori musculature? Semin Orthod 2010;16: 99-117
Ferrario VF, Sforza F,SartoriM, Ciusa V. The mechanical advantage of the masseter muscle in subjects with different vertical and sagittal facial morphology . Clin Orthod Res 1999: 2: 162-70

Ci troviamo quindi di fronte ad un meccanismo di tipo multifattoriale che integra caratteristiche di tipo anatomico (Dolicocefalo iperdivergente) con caratteristiche di tipo bio psico sociale (soggetti con anormale sensibilità allo stress e dalla personalità ansiosa) in cui l'attività muscolare isometrica protratta si manifesta con maggior frequenza determinando sintomatologia algica a livello muscolare e articolare.

- TERAPIA DEL BRUXISMO

La terapia del bruxismo così come quella delle altre parafunzioni dovrebbe avere lo scopo di eliminare i fattori eziologici. Purtroppo, a tutt'oggi, i meccanismi di insorgenza non sono ancora del tutto chiari.

Inoltre, stanno emergendo sempre maggiori prove a supporto della tesi che il bruxismo non rappresenti un disordine di per sé ma costituisca un insieme di fattori raggruppati in un'unica definizione, nonostante siano caratterizzati da differenti attività muscolari e da differenti significati clinici.

La terapia a tutt'oggi dunque, è fondamentalmente sintomatica avendo come principale fine il controllo e la prevenzione delle conseguenze a volte anche importanti sulla salute dell'apparato masticatorio. Tali conseguenze possono manifestarsi a diversi livelli ed includono problematiche a livello muscolare come dolore o ipertrofia, problematiche articolari come dolore rumore o blocco dell'articolazione e molto evidenti problematiche dentarie con i classici segni di usura fino alla completa abrasione della corona dentale, fratture dentali, mobilità o migrazioni di elementi dentari.

Per quanto riguarda i principi terapeutici è bene precisare che si distinguono due diverse forme di bruxismo : quello effettuato durante il sonno e quello effettuato durante la veglia. Infatti queste due condizioni sono molto diverse per eziologia , diagnosi ed effetti prodotti e quindi richiedono approcci terapeutici differenti. Nel caso del bruxismo notturno, anche se l'eziologia rimane non completamente chiara, l'origine del fenomeno si individua nel sistema nervoso centrale ed è associata ai cosiddetti microaurosal ossia momenti di brusche superficializzazioni del sonno accompagnato da un aumento dell'attività del sistema nervoso simpatico.[17]

Il bruxismo che avviene durante la veglia, è comunemente considerato una forma di attività di serramento semi automatico o di digrignamento, un'abitudine viziata che avviene spesso in risposta allo stress quotidiano correlata la tensione emotiva e a fattori psico-sociali.[18]È stata ipotizzata l'esistenza di un profilo della personalità del bruxista in stato di veglia, strettamente correlato alla sfera dell'umore e disturbi dell'ansia[19]

Le metodiche terapeutiche proposte letteratura possono essere suddivise in differenti categorie: terapia comportamentale, fisioterapia, terapia occlusale e terapia farmacologica.

[17] Lobbezoo F, Hamburger HM, NaejeM. Etiology of bruxism in : Bruxism:Theory and practice. Ed. Paesani DA , Quintessence; 2010:53-65

[18] Ahlberg J, Savolainen A, Lindholm H, Kononen M. Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: a longitudinal study. Comm Dent Oral Epidemiol. 2004;32: 307-311

[19] Manfredini D. Emotional factors in the etiology of bruxism. In: Bruxism: Theory and Practice. Ed. Paesani D. A, Quintessence, 2010: 87-98

Terapia comportamentale

Quando la parafunzione si manifesta in stato di veglia, è molto importante che il paziente sia informato ed educato. Tutto ciò allo scopo di prevenire danni alla salute del sistema masticatorio attraverso un percorso che mira ad aumentare la consapevolezza della presenza di questa para funzione stimolando il paziente ad un comportamento di autocontrollo. Il punto chiave di questo approccio terapeutico è quello di istruire il paziente a mantenere la posizione di riposo mandibolare e a individuare la differenza tra stato di contrazione e di rilassamento dei muscoli masticatori. Queste terapie vengono effettuate anche con il supporto di psicologi e psicoterapeuti ed affiancate a tecniche di rilassamento allo scopo di controllare i fattori emozionali e di ridurre l'ansia.

Viene data molta importanza alla qualità del sonno, si istruisce e quindi il paziente, ad evitare o limitare l'assunzione di alcol tabacco e caffeina. Si raccomanda inoltre di evitare di svolgere attività stimolanti nelle ultime ore di veglia. È suggerito inoltre di andare a dormire con un orario regolare e di compiere delle attività rituali come bere tisane per indurre il sonno.

Fisioterapia

La fisioterapia viene utilizzata quando sono presenti dolore all'articolazione ed ai muscoli masticatori. Tutto ciò con lo scopo di ridurre il tono muscolare, controllare il dolore, ridurre l'infiammazione, ripristinare una normale funzione.

Terapia occlusale

La terapia occlusale viene generalmente suddivisa in reversibile e non reversibile.

Per quanto concerne la terapia irreversibile, Il molaggio selettivo può causare seri e ingiustificati danni alla dentatura che in questi casi è già spesso compromessa. Si tratta di una procedura che ormai ha un significato storico ed è correlata a idee e concezioni risalente ai tempi in cui si riteneva che la causa del bruxismo fosse correlata a fattori periferici come l'attivazione di recettori parodontali per la presenza di pre contatti e interferenze che avrebbero causato un iper attività dei muscoli elevatori della mandibola.[20]

La terapia ricostruttiva è necessaria nei casi in cui soggetto ha perso diversi elementi dentari oppure una buona parte delle corone sono irrimediabilmente consumate dal movimento determinato dalla para funzione. A tutt'oggi non esistono sufficienti dati scientifici per quanto riguarda la scelta del miglior materiale di restauro da utilizzare. Recentemente le tecniche adesive hanno rappresentato una svolta con l'uso di materiali compositi che permettono delle riabilitazioni meno invasive e parzialmente reversibili.

[20] Clark GT, Adler RC. A critical evaluation of occlusal therapy: occlusal adjustment procedures. J Am Dent Assoc. 1985; 110:743-750

Terapia occlusale reversibile : Lo strumento senza dubbio più utilizzato e studiato per la terapia reversibile è la placca occlusale. Si tratta di un dispositivo su misura che ha lo scopo di interporsi tra le arcate dentali aumentando la dimensione verticale di occlusione che molto spesso si è ridotta nei pazienti bruxisti.

La placca occlusale a diversi scopi: proteggere i denti dall'usura, ridurre il sovraccarico dell'apparato parodontale, della muscolatura masticatoria e delle articolazioni. Ha inoltre lo scopo di modificare l'attività muscolare e quindi ridurre l'attività para funzionale.

Terapia Farmacologica

Sono stati proposti diversi farmaci per il trattamento del bruxismo notturno come le benzodiazepine La L-dopa gli anticonvulsivanti gli antipsicotici.[21]

Un altro farmaco utilizzato proposto è la tossina botulinica: questa molecola influenza la funzione muscolare esercitando un effetto paralitico attraverso l'inibizione del rilascio dell'acetilcolina nella giunzione neuromuscolare. Le benzodiazepine possono essere utilizzate per brevi periodi in particolare quando è presente dolore. Gli effetti di questi farmaci sono molteplici infatti riducono il bruxismo per la loro attività sull'ansia, sul sonno o direttamente tramite i loro effetti il mio rilassanti sul sistema masticatorio.

Per quanto riguarda la gestione delle conseguenze sull'apparato stomatognatico di tipo algico, tipiche dei disturbi temporo mandibolari sono indicati farmaci quali FANS soprattutto in fase acuta ed antinfiammatori topici.[22]

È importante ribadire che il dentista solitamente è il primo medico a diagnosticare il bruxismo notturno e diurno . Il suo ruolo è di primo piano non sono in fase diagnostica ma anche nelle successive fasi di terapia finalizzata al trattamento della para funzione e alla cura delle lesioni che essa ha provocato. Ritengo pertanto di cruciale importanza una corretta informazione per gli operatori sanitari odontoiatri sia a livello universitario sia post lauream.

---

[21] Saletu A, Parapatics S, Saletu B, Andeder P, Prause W. On the pharmacotherapy of sleep bruxism: placebo-controlled polysomnografics and psychometric studyes with clonazepam. Neuropsychobiology 2005; 51:214-225.

Ghanizadeh A. Treatment of bruxism with hydrozyne: preliminary data. Eur Rev Med pharm Sci. 2013; 17:839-841

[22] Hersh EV, Balasubramaniam R, Pinto A. Pharmacologic management of temporomandibular disorders. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2008; 20:197-210.

IPNOSI E BRUXISMO

- REVISIONE DELLA LETTERATURA

Come già accennato nell'introduzione, l'idea di utilizzare l'ipnosi per il trattamento del bruxismo e di alcune sue conseguenze cliniche è interessante. Le potenzialità della condizione ipnotica stessa ben si prestano a migliorare alcune delle potenziali cause di questa para funzione (stress, ansia, iperattività) sia nella sua forma diurna che notturna.

Da una ricerca in letteratura, (Pub Med), i lavori che trattano di questo argomento sono pochi, di cui solo uno recente ; gli altri risalgono agli anni 80 e 90 del secolo scorso.

Il lavoro più recente, del 2013,[23] eseguito dal dipartimento di psicologia dell'università statale del Kent (USA), descrive un caso di trattamento di bruxismo notturno con ipnoteapia.

Dopo 7 sedute di ipnoterapia in cui vennero considerati aspetti del vissuto del paziente compresi alcune difficoltà avute i durante l'infanzia, il bruxismo scomparve. Al controllo dopo un anno non vennero riscontrate recidive.

Un altro studio risalente al 1994 ,[24] considera l'uso dell'ipnosi come terapia nel cambiamento del bruxismo notturno associato con psicoterapia. Il follow up a 2,3,5 anni rivela assenza di sintomi residui.

Uno studio israeliano del 1991[25] mira ad eliminare il bite notturno in caso di bruxismo mi ha dato lo spunto per la mia tesi.

In questo studio viene reclutato un paziente di 55 anni bruxista e portatore di bite notturno da 10 anni. Le problematiche di tipo psicologiche indagate mediante ipnosi di questo paziente erano riferibili a problemi di tipo lavorativo, responsabili di costante tensione muscolare e ansia.

La terapia psicologica effettuata in ipnosi ha comportato un miglioramento del sonno e contemporaneamente una disaffezione all'utilizzo del bite notturno.

Gli articoli più interessati comunque riguardano comunque due studi: uno del 1991[26]ed uno del 1983[27]; il primo riporta 8 casi e misurazioni dell'attività muscolare mediante elettromiografia e conclude un miglioramento dei sintomi dolorosi, una diminuzione dell'attività elettromiografica; il secondo che, quasi quarant'anni orsono, si pone l'obbiettivo di considerare l'ipnosi come terapia di un disturbo che allora era considerato squisitamente odontoiatrico e dipendente dall'occlusione dentale ipotizzandone una natura di tipo psicosomatica.

---

[23] Down ET. Nocturnal bruxism and Hypnoterapy: a case study. INT J Clin Hypn. 2013; 61: 212-25

[24] La Crosse MB. Understanding change: five years follow up of brief hypnotic treatmentt of chronic bruxism. Am J Clin Hypn.1994 Apr; 36(4): 276-81.

[25] Somer E. Hypnotherapy in the treatment of the chronic nocturnal use of a dental splint prescribed for bruxism Int J Clin Exp Hypn. 1991; 39:145-54

[26] Clarke JH, Reynolds PJ. Suggestive Hypnotherapy foe nocturnal bruxism:a pilot study. Am J Clin Hypn.1991;33: 248-53

[27] GastoneL. Indications for the use of hypnosis in the treatment of bruxism in relation to its psychosomatic nature. Minerva Med 1983 30: 74(51-52): 2975-8.

- INDAGINE CLINICA PERSONALE

L'indagine clinica da me effettuata come medico dentista presso l'ambulatorio odontoiatrico da me diretto, ha preso forma gradualmente durante il corso di ipnosi clinico sperimentale. Come operatore sanitario in campo odontoiatrico sono quotidianamente in contatto con pazienti che, pur presentando differenti problematiche cliniche, sono accomunati da un senso di disagio per il semplice fatto di trovarsi dal dentista.

Potremmo dire in altre parole che dal dentista l'ansia si percepisce nell'aria. Nel corso degli anni della mia professione, il mio interesse per tale aspetto è cresciuto progressivamente e come medico inizialmente mi sono rivolto a protocolli di tipo farmacologico per la gestione clinica dell'ansia. Dopo aver conseguito il diploma di esperto in sedazione endovenosa a Padova patrocinato dall'AISOD (associazione nazionale sedazionisti odontoiatri) sono venuto a conoscenza delle potenzialità dell'ipnosi medica e dei notevoli vantaggi che essa può dare nei confronti dei farmaci.

L'idea dell'uso dell'ipnosi per le parafunzioni di origine psicosomatica è scattata quando una paziente bruxista mi ha raccontato in anamnesi di far uso saltuario di ansiolitici (benzodiazepine) prescritti dal medico curante per il controllo della componente ansiosa attribuita alla parafunzione e per l'effetto miorilassante tipico di questa categoria di farmaci.

La condizione ipnotica porta il paziente in uno stato di calma profonda e di conseguente rilassamento muscolare, l'auto ipnosi permette al paziente di ottenere tali effetti in maniera autonoma ogni qualvolta sia necessario. L'assenza di effetti collaterali e di effetti indesiderati, come ad esempio l'assuefazione al farmaco, rappresenta un vantaggio indiscusso.

Lo scopo di questo lavoro è di trovare un'alternativa terapeutica per sostituire l'uso dei farmaci, ed in seconda battuta, vedere se possibile eliminare, se già in uso, o di non utilizzare quegli ausili terapeutici occlusali di tipo reversibile (bite plane, apparecchi ortottici ecc).

Il risultato possiede aspetti positivi su differenti prospettive: offrire al paziente un'alternativa terapeutica che, oltre a combattere i sintomi (disordini temporomadibolari), agisce anche sulle potenziali cause psicoemotive; rendere il paziente partecipe in maniera attiva alla risoluzione del problema aumentando la consapevolezza delle proprie capacità di controllo, far conoscere al paziente l'ipnosi medica e le sue potenzialità.

-MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati per questo studio un totale di 8 pazienti tutti di sesso femminile che si sono presentati presso il nostro ambulatorio per disturbi temporomadibolari dal periodo di gennaio- giugno 2019

A tutti i soggetti è stato fatto compilare un questionario anamnestico e sono state raccolte le informazioni necessarie a formulare la diagnosi di bruxismo.

I pazienti sono stati successivamente suddivisi in due gruppi distinti:

Gruppo A, formato da 3 pazienti sintomatici già portatori di in precedente ausilio occlusale reversibile

Gruppo B, formato da 5 pazienti sintomatici che si recavano per la prima volta dal medico per questo motivo o che comunque non facevano uso di bite.

Non sono state fatte distinzioni tra bruxismo notturno e diurno perché in questo caso specifico i pazienti riferivano di manifestare la parafunzione sia di giorno che di notte (riferita da familiare).

L'analisi clinica del paziente ha considerato le seguenti informazioni:

Forma del cranio (Brachicefalo, Dolicocefalo), e classe scheletrica facendo riferimento a parametri ortognatodontici[28]

Forma del viso compresa la valutazione clinica di presenza di ipertrofia della muscolatura masticatoria (in particolare masseteri e temporali anteriori)

Valutazione della dolorabilità alla palpazione sia muscolare che articolare.

L'esame del cavo orale era rivolto alla ricerca di segni e sintomi della parafunzione sia a livello mucoso (impronta dei denti sulla lingua che sulla mucosa geniena >linea alba), che a livello dentale (faccette di usura dentale, microcrepe della corona, fratture dentali o di restauri protesici di vario tipo), perdita della dimensione verticale dovuta a grave usura degli elementi dentari.

Valutazione della cinematica mandibolare con particolare riferimento alla simmetria del tragitto in apertura e chiusura della bocca e al grado di apertura massima.

A livello articolare è stata valutata la eventuale presenza di rumori articolari.

In un caso di rilevante asimmetria di movimento mandibolare è stata eseguita una tomografia bilaterale dell' ATM in apertura e chiusura.

Tutti i pazienti del presente studio hanno accettato di sottoporsi ad ipnosi medica dopo una breve ma esauriente informazione riguardo le potenzialità di questa tecnica e la firma di consenso informato all'ipnosi.

Ad ogni paziente sono state rilevate delle impronte in idrocolloide irreversibile (Alginato marca GC Aroma fine plus) di entrambe le arcate dentarie ed è sta registrata l'occlusione abituale (centrica) con cera dentale (Alluwax). E' stata inoltre registrata un occlusione terapeutica con aumento della dimensione verticale di 2mm circa, sempre con cera, per la costruzione di una placca ortottica in resina (bite) come ausilio terapeutico di tipo reversibile. La decisione di procedere ugualmente con la costruzione di un presidio protesico per l'occlusione (bite) è stata presa per dare al paziente la

[28] Giannì, la Nuova Ortognatodonzia. Ed. Piccin volume primo.

massima assistenza possibile riguardo al suo problema essendo l'ipnosi un'alternativa da valutare nel corso dello studio.

Ai pazienti di gruppo A sono state richieste informazioni riguardo la frequenza con cui indossavano il bite, (saltuario o continuativo), gli effetti terapeutici ottenuti e la eventuale dipendenza dagli stessi (soprattutto per usa notturno).

Ad entrambi i gruppi è stato confezionato da laboratorio odontotecnico un dispositivo rimovibile in resina trasparente (bite) con il fine di aumentare la dimensione verticale di centrica (relazione cranio mandibolare terapeutica) e di escludere il contatto interdentale tra le arcate.

Il fatto di cambiare il Bite ai pazienti portatori è stato pensato al fine di standardizzare la terapia ed avere identico trattamento per tutti i pazienti oggetto dello studio.

Ipnoterapia:

Ogni paziente è stato sottoposto ad un numero variabile da 1 a 4 sedute di ipnosi.

La prima seduta ipnotica aveva come scopo la verifica delle capacità del paziente e nello specifico valutare le sue abilità ipnotiche eventuali fenomeni ipnotici specifici come analgesia, (di particolare importanza in ambito chirurgico odontoiatrico), che potevano essere utili a dopo terapeutico per i disturbi temporomandibolari). A tutti i pazienti, prima della deinduzione, è stata eseguita una procedura di "ancoraggio", fondamentale per permettere al paziente di raggiungere in autonomia la condizione ipnotica desiderata e di eseguire pertanto una autoterapia volta al rilassamento muscolare con particolare attenzione al distretto cranio-mandibolare. Le successive sedute sono servite al paziente per consolidare il risultato e per avere riscontro dal paziente sull'effettiva capacità ed efficacia della tecnica.

La tecnica ipnotica utilizzata può essere idealmente suddivisa come segue

-Informazioni (pre talk): il colloquio iniziale è di fondamentale importanza perché permette di dare al paziente le corrette informazioni riguardo all'ipnosi, eliminare la paura dell'ipnotismo (ostacolo principale alla realizzazione dell'ipnosi), stabilire un rapporto di reciproca fiducia con il paziente e cercare di individuare il suo canale comunicativo preferenziale (visivo, cenestesico, uditivo).

-Induzione che potremmo idealmente suddividere in:

Focalizzazione dell'attenzione, al fine di tenere una diversa ripartizione delle risorse energetiche mentali.

Monoideismo plastico, ossia l'immagine creata dal paziente diventa così potente da sembrare reale e divenire pertanto "plastica" cioè capace di produrre effetti psichici e fisici. Ciò si verifica quando la parte critica dell'attività mentale si riduce notevolmente a favore di quella immaginativa dove arrivano la maggior parte delle risorse energetiche. Il paziente in questo momento presenta quindi anche uno stato di coscienza modificata.

Ratifica: cioè portare ad uno stato di consapevolezza il cambiamento ottenuto; questo è importante per il paziente al fine di diminuire ulteriormente la critica, per l'operatore per verificare l'effettivo raggiungimento la condizione ipnotica.

-Terapia: sono state suggerite al paziente immagini di rilassamento del distretto muscolare del volto (muscoli mimici e masticatori) e, nei casi di dolore muscolare ed articolare, immagini atte a indurre diminuzione della sensibilità ed analgesia.

-Ancoraggio: una procedura molto importante perchè permette al paziente di rientrare in ipnosi istantaneamente ed autonomamente eseguendo un semplice gesto simbolico (in questo caso si è insegnato a tutti i pazienti di unire il pollice e l'indice della mano destra).

- **Deinduzione**
- **Intervista** finale: di notevole importanza al fine di valutare le impressioni del paziente riguardo la seduta stessa e la sua volontà nel proseguire la terapia.

- RISULTATI

Di otto pazienti che si sono prestati a questo studio una paziente (gruppoA), molto diffidente nonostante il lungo colloquio iniziale, ha mantenuto una critica molto elevata durante la prima seduta e non è stato possibile raggiungere la condizione ipnotica; non si è presentata al successivo appuntamento dicendo di non essere più interessata.

Altre due pazienti (1gruppo A 1 gruppo B), dopo aver raggiunto la condizione ipnotica comprensiva di ancoraggio hanno preferito per motivi personali (lavoro, impegno con i figli) non continuare le successive sedute. Ciò nonostante dopo essere state intervistate due settimane dopo, hanno riferito di aver sperimentato l'autoipnosi presso il loro domicilio/luogo di lavoro e di aver ottenuto miglioramento in termini di minor stress, maggior autocontrollo, e soprattutto migliorata consapevolezza della tensione dei muscoli masticatori durante le ore lavorative, entrambe attualmente portano il bite ad uso notturno.

Quattro pazienti (gruppo B) si sono sottoposte a 3 sedute di ipnosi. Tutte e quattro hanno riferito dopo 2 settimane dall'ultima seduta miglioramento dei sintomi a livello muscolare (minor dolore spontaneo mattutino al risveglio) tutte portano il bite di notte. Intervistate, riferiscono maggior consapevolezza e migliore controllo della tensione muscolare diurna, non sanno attribuire una percentuale di efficacia ipnosi vs bite per quanto riguarda il miglioramento del bruxismo notturno.

L'ultima paziente del gruppo A, che ho personalmente definito entusiasta della proposta, ha immediatamente risposto alla terapia ipnotica, devo dire ben oltre le mie aspettative, essendo in grado di manifestare molte abilità ipnotiche (levitazione, catalessi ecc.) ed è stata in grado nel corso della seconda seduta ipnotica, di manifestare un elevato grado di analgesia a livello delle corone dentale (molare inferiore destro) dopo essere stimolata con il Pulp Tester[29] associate ad un rilassamento muscolare paragonabile al sonno ipnotico (vista la mia scarsa esperienza in materia non posso definirlo tale).

Quest'ultima paziente, pur continuando a portare il bite di notte, riferisce comunque un netto miglioramento nella gestione complessiva del sonno, essendo in grado di addormentarsi molto più facilmente e di riuscire a riprendere sonno pressoché istantaneamente in caso di risveglio durante la notte, cosa che richiedeva prime molto tempo, difficoltà e ricorso a farmaci ansiolitci miorilassanti (Triazolam).

[29] Digitest Parkell pulp vitality tester

- DISCUSSIONE

L'ipnosi, nonostante possa essere utilizzata in molteplici contesti come complemento per velocizzare o migliorare l'efficacia delle terapie, può essere essa stessa considerata come terapia a se stante. La condizione ipnotica e l'auto ipnosi è infatti caratterizzata da miglior autocontrollo, migliore gestione delle emozioni, miglior gestione delle risorse fisiche, in alcuni casi gestione parziale e completa del dolore.

L'idea di utilizzarla come ausilio per la cura del bruxismo trova fondamento da queste premesse.

La letteratura più recente ha modificato molto le conoscenze riguardo le cause del bruxismo.

Da un approccio di tipo esclusivamente meccanicistico, dove la malocclusione sembrava essere la principale causa scatenante, si è passati a considerare l'eziologia di questa malattia come multifattoriale, coinvolgendo l'inconscio e la sfera psicoemotiva. Il dentista resta sempre in prima linea per la diagnosi precoce e tardiva riconoscendo sintomi e conseguenze che si manifestano sul sistema stomatognatico ma la terapia coinvolge anche sanitari che operano in campi alquanto differenti come psicologi e psicoterapeuti.

E' sicuramente vantaggioso pensare di poter risolvere le cause scatenanti diminuendo l'uso di farmaci, sia a livello periferico (analgesici per il dolore artromuscolare) che centrale (ansiolitici , antidepressivi). Sicuramente le terapie usate in passato come il molaggio selettivo sui denti e le terapie protesiche volte a cambiare l'assetto occlusale di tipo non reversibili non trovano più alcuna giustificazione scientifica.

Le prime applicazioni utilizzate nello studio qui descritto non sono che un inizio. Le competenze di un medico dentista inoltre non sono sufficienti per affrontare la parte psicoemozionale del bruxismo. Infatti, in questo ambito sono state sfruttate le qualità intrinseche della condizione ipnotica stessa senza andare ad indagare la componente emotiva. Ciò nonostante i risultati sono stati positivi su quasi tutti i soggetti, in un caso addirittura sorprendenti.

Su otto pazienti in effetti solo uno non ha prodotto alcun risultato, nei restanti 7 casi gli effetti positivi dell'ipnosi e dell'addestramento delle pazienti all'autoipnosi domiciliare ha comportato notevoli vantaggi. Senza considerare il fatto che i soggetti,una volta sperimentata la condizione ipnotica, hanno la possibilità di applicarla negli ambiti più diversi...

- CONCLUSIONI

Con questo studio eseguito in ambulatorio odontoiatrico si è voluto testare l'efficacia dell'ipnosi nel migliorare la condizione clinica dei pazienti affetti da bruxismo.
Trattandosi di una patologia di tipo funzionale ad eziologia multifattoriale è stato necessario anzitutto inquadrarla clinicamente per sapere da che punto partire con la sperimentazione.
Una revisione della letteratura più recente è stata quindi necessaria onde evitare interpretazioni non corrette.
La terapia con ipnosi è stata inserita all'interno di un protocollo clinico già in uso presso il mio ambulatorio dove le strategie terapeutiche sono soprattutto mirate al controllo dei sintomi mediante l'uso di placche in resina atte a modificare la dimensione verticale dell'occlusione.
In questo modo sia i muscoli che l'ATM (articolazione temporo mandibolare) sono costrette a funzionare secondo schemi motori differenti interrompendo o diminuendo notevolmente la tendenza alla parafunzione.
La placca occlusale inoltre ha lo scopo di proteggere i denti preservando l'anatomia che è sottoposta ad usura o frattura e microcrepe.
Per i pazienti con disturbi temporomandibolari con sintomi dolorosi si fà normalmente ricorso a FANS ed antinfiammatori di tipo steroideo a basso dosaggio.
L'ipnosi in questo ambito presenta notevoli vantaggi potenziali: la condizione ipnotica di per sè migliora le capacità di autocontrollo del soggetto aumentando la consapevolezza dello scatenarsi del bruxismo e alla sua interruzione; agisce direttamente sulla causa scatenante aumentando il rilassamento muscolare e funge da ansiolitico. Permette, se usata da operatori competenti in materia, di risalire alle cause psicologiche a livello inconscio istaurando così una guarigione completa.
In questo caso specifico la terapia ipnotica è stata testata soprattutto per valutarne l'efficacia in ausilio e sostituzione ai presidi terapeutici sopra elencati.
Trattandosi di uno studio condotto da un neofita in materia e su di un campione ristretto di pazienti non pretende di arrivare a conclusioni che abbiano validità scientifica. Tuttavia da un punto di vista clinico ho potuto verificare con mano l'efficacia della tecnica e di avere nella maggior parte dei casi un riscontro positivo da parte dei pazienti trattati.
Ulteriori indagini importanti dovrebbero essere condotte a livello multidisciplinare con l'aiuto di psicoterapeuti e mediante la misurazione strumentale dei risultati (elettromiografia, kinesiografia, bio feedback, polisonnografia).