

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICA
SPERIMENTALE (C.I.I.C.S.)

PRESIDENTE: Prof. Dr. Antonio Maria LAPENTA

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA
E SPERIMENTALE - TORINO
(Fondatore: Prof. F. Granone)

Corso Base anno 2011

TESI DI DIPLOMA

“L’utilizzo dell’ipnosi nella terapia dei disordini cranio-
cervico-mandibolari (D.C.C.M.)”.

Relatore: Dr. Angelo Gonella

Candidato: Dr. Lorenzo Bonacossa

INTRODUZIONE.

Il distretto articolare temporo-mandibolare è afflitto da una svariato numero di patologie, classificate (5) in:

- anomalie di sviluppo
- affezioni traumatiche
- processi flogistici e flogistici-degenerativi
- anchilosi dell'articolazione
- neoplasie
- sindromi algico-disfunzionali o disordini cranio-cervico-mandibolari.

In questa tesi verranno presi in considerazione i disordini cranio-cervico Mandibolari (DCCM) anche detti più semplicemente disordini temporo-mandibolari.

DISORDINI CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARI: DEFINIZIONE ED EZIOLOGIA.

Per disordini cranio-cervico-mandibolari (DCCM) si indicano un gruppo eterogeneo di disturbi clinici interessanti l'articolazione temporo-mandibolare e la muscolatura masticatoria il cui sintomo clinico più frequente è il dolore localizzato all'articolazione, alla zona pre-auricolare e ai muscoli, spesso esacerbato dalla funzione, e spesso associato a escursioni mandibolari limitate o asimmetriche, a rumori articolari di schiocco o crepitio, a male-occlusioni e parafunzioni quali il bruxismo.

La struttura anatomica dell'ATM risulta costituita dal condilo della mandibola, dalla fossa glenoide e dal tubercolo articolare, dal menisco o disco articolare e dalla capsula con i suoi legamenti di rinforzo.

Il disco è collocato tra le superfici articolari del condilo e dell'osso temporale ed è una struttura fibro-cartilaginea. E' costituito da una porzione posteriore spessa, una intermedia sottile ed una anteriore più spessa. Le fibre collagene decorrono in direzione antero-posteriore eccetto nella zona intermedia dove si dirigono in tutte le direzioni. Il disco è collegato alla capsula in tutto il suo perimetro.

La zona posteriore del disco o legamento retro-meniscale è ricca di fibre elastiche, terminazioni nervose e vasi sanguigni; per questo motivo il

dislocamento posteriore del condilo, schiacciando questa zona, provoca dolori e fenomeni infiammatori.

La zona anteriore del disco si inserisce al capo superiore del legamento pterigoideo laterale e per questo motivo l' ipertono del muscolo pterigoideo laterale è un fattore scatenante del cosiddetto internal-derangement o incordinazione condilo-meniscale in cui il disco articolare viene dislocato anteriormente, con stiramento della zona bilaminare posteriore e comparsa di un rumore di schiocco; se non adeguatamente trattata può progredire fino alla scomparsa del rumore e alla comparsa di un "locking" o blocco articolare in cui il paziente rimane con l' articolazione bloccata in apertura o in chiusura. Da questo si evidenzia che i muscoli masticatori (muscolo massetere, muscolo temporale, muscolo pterigoideo laterale e pterigoideo mediale), pur non essendo parte integrante dell' ATM, sono direttamente interessati nelle disfunzioni temporo-mandibolari attraverso un aumento del loro tono e della loro attività muscolare.

I fattori che più possono provocare questo ipertono sono:

- eventi stressogeni (3);
- disturbi psicologici (7,12,20,24,29,33,37,38,39);
- problemi occlusali (10);

-problemi ortopedici;

-posture errate con lavori muscolari di tipo prevalentemente isometrico (21,26);

-riflessi propriocettivi dell'articolazione sottoposte a carico eccessivo o errato (5,41);

-traumi (41).

I fattori eziologici (5,22) dei disordini temporo-mandibolari sono tutte le componenti fisiche, comportamentali e psico-sociali capaci di predisporre, iniziare e perpetuare i disordini cranio-mandibolari.

Prima fra tutte è la malocclusione dentaria che è considerata il fattore predisponente principale; mentre i traumi all'articolazione, al collo e alla testa o le malformazioni anatomiche dell'articolazione stessa o le abitudini parafunzionali con sovraccarico delle strutture masticatorie sono i fattori iniziati.

Vengono, invece, considerati fattori perpetuanti tutte quelle problematiche emotivo-comportamentali, sociali e cognitive che comprendono difficoltà familiari, di lavoro, economiche, emotive; per questo motivo, oggi, come ormai unanimamente accettato in letteratura (1), le DCCM vengono annoverate tra le cosiddette "malattie psicosomatiche"(1,33), intendendo nella definizione il pieno dualismo del suo significato: da un lato disturbo della psiche che può esprimersi attraverso il "soma" con la disfunzione, e

dall'altro la rottura di un equilibrio anatomo- funzionale che può rappresentare un elemento di disturbo a livello neuropsichico.

A questo riguardo l'ipnosi si propone come un valido ausilio terapeutico attraverso gli effetti somatici ottenuti durante la trance ipnotica quali il miorilassamento, l'analgesia, la stimolazione del complesso psiconeuro-endocrino-immunologico, il recupero di una primitiva relazione centrica prima della noxa patogena.

L'obiettivo del trattamento dei pazienti affetti da DCCM consiste nel restituire alle strutture dell'apparato stomatognatico la fisiologica funzionalità attraverso la riduzione del dolore, dell'ipertono muscolare e del sovraccarico articolare ed al paziente il ritorno ad una vita quotidiana normale.

L'approccio clinico- terapeutico tradizionale comprende (2,23,41):

- l'educazione e l'informazione: il paziente deve essere consapevole ed informato della sua patologia e delle aspettative di successo alle quali egli deve partecipare attivamente, ottenibili solo attraverso un programma di motivazione e ripetizione esaltando un percorso di autocontrollo e rilassamento progressivo;
- la terapia farmacologia con antinfiammatori, analgesici, miorilassanti, anti-depressivi, ansiolitici;
- la terapia fisica (termo-terapia applicando caldo secco o caldo umido

sull'articolazione nelle fasi croniche e crioterapia nelle fasi acute);

-training posturale per riequilibrare la postura di testa, collo, spalle, lingua mandibola;

-i mio-esercizi atti a riabilitare le funzioni muscolo-scheletriche (vengono distinti in esercizi isometrici per rafforzare ed isotonici per incrementare la mobilità e la coordinazione);

- la terapia oclusale che consiste dapprima nell'utilizzo di placche di stabilizzazione e/o di riposizionamento e poi nella terapia protesica e/o ortodontica per riequilibrare i carichi oclusali e correggere le male-occlusioni;

-la chirurgia maxillo-facciale nei casi più gravi.

Oggi è ormai scientificamente assodato che un grande ruolo nella patogenesi e di conseguenza della terapia dei DCCM lo svolge la "psiche": infatti la bocca è la zona del corpo più direttamente e fortemente correlata con l'estrinsecazione dei nostri sentimenti, delle passioni, dell'amore, ed è particolarmente coinvolta nella vita sessuale. Qualunque insoddisfazione di carattere emotivo-erotico, dall'infedeltà ai dispiaceri, dai fallimenti delle relazioni familiari a quelli delle attività professionali si riflettono sulla bocca.

Come affermato da Gonella (16) "i simbolismi inconsci che nell'adulto sono legati alla bocca, originano dalla rilevante importanza che il cavo

orale ha nello sviluppo emotivo e sessuale del bambino. Tali simbolismi sono tanto più radicati e limitanti, quanto più risultano esaltati e quanto più è stato turbato il fisiologico progredire dello sviluppo alle altre zone erogene; rimarrà in questi casi un senso di eccessiva apprensione e di protezione verso la bocca, che continuerà a rivestire un ruolo che prevarica le funzioni fisiologiche a cui dovrebbe essere deputata nell'adulto. In questo senso il dentista, tradizionalmente visto come estrattore, assumerebbe per il maschio il ruolo di castratore, mentre la donna si sentirebbe "violata" nell'intimità dalla mano introdotta in bocca, come se subisse simbolicamente uno stupro". E' quindi chiaro come il fattore psicologico assuma un ruolo determinante nella eziologia, nella prognosi e nell'efficacia terapeutica del mantenimento a lungo termine. Salter (40) ha dimostrato che il miglioramento della terapia non è correlato alla gravità del sintomo ma al livello di stress del paziente. Beaton e Nakagawa (3) hanno riscontrato più frequenti disturbi somatici, psicologici e comportamentali nei pazienti disfunzionali. Per Graber (20) le malattie psichiche che più frequentemente aggrediscono il sistema temporo-mandibolare sono le depressioni latenti, endogene, manifeste prevalentemente a livello somatico, quindi mascherate. Graber distingue una depressione "agitata, con forti componenti organiche

di aumento del tono muscolare e una depressione inibita a livello psicomotorio, caratterizzata invece da rilassamento muscolare.

Graber (20) classifica i pazienti affetti da patologie disfunzionali in quattro gruppi eziopatogenetici:

- gruppo I: fattori occlusali primari;
- gruppo II: effetto stressogeno cronico;
- gruppo III: vere malattie psichiche;
- gruppo IV: fattore articolare primario.

Gruppo I: i disturbi occlusali provocano un primario aumento di origine riflessa del tono muscolare, cui fa seguito la compensazione adattiva del sistema che si esprime attraverso la parafunzione: digrignamento con formazione di faccette di usura, trauma occusale reversibile e spostamento dei denti, al fine di stabilizzare un'occlusione fisiologica perfettamente funzionale. Se però a questo ipertono muscolare primario si aggiunge un ipertono secondario da cause diverse quali lo stress o riflessi propriocettivi originati da un ATM compressa, allora si instaura un circolo vizioso che sfocia nel bruxismo che consiste nel digrignamento e serramento con forza delle arcate dentarie che determina una grave ed irreversibile usura delle superfici occlusali dei denti, affaticamento e dolore dei muscoli masticatori, del collo e delle spalle con un

deterioramento della struttura articolare.

Il bruxismo può avvenire sia durante il giorno che di notte ma è molto più frequente di notte e si manifesta con periodi di digrignamento della durata di circa 25 secondi ogni ora solamente nella fase di sonno leggero caratterizzata da movimenti oculari rapidi (fase REM) e da sogni onirici. Frisch (9) ha rilevato che il muscolo massetere si contrae 20 volte per ora nel sonno REM e 5 per ora in quelle non rem. Il sonno profondo è caratterizzato da rilassamento muscolare.

Gruppo II: l'iperattività muscolare responsabile della disfunzione ha un'eziologia psichica: l'occlusione non è più un trigger point ma la sede somatica di emergenza per l'ipervalenza psichica e quindi le tensioni emotive vengono simbolicamente triturate attraverso il comportamento di digrignamento e serramento.

Gruppo III: questi pazienti considerano l'occlusione la causa primaria del loro problema, sviluppano una nevrosi occlusale in seguito alla quale qualunque trattamento odontoiatrico, seppur di minima entità e che tra l'altro esigono, diventa una causa aggravante del loro malessere; si instaura così un circolo vizioso che conduce qualunque tipo di terapia a non essere accettata e ad aggravare il disturbo depressivo-ossessivo che a sua volta aumenta l'ipertono muscolare.

Gruppo IV: l'artropatia stimola riflessi propriocettivi articolari che determinano ipertono e/o iperattività muscolare.

Da questi studi, come già più volte ribadito in questa trattazione, si evince l'importanza di un approccio diagnostico e terapeutico plurispecialistico in cui l'ipnosi può essere di grande aiuto sia nel controllo del dolore, che del rilassamento muscolare, che nel controllo dello stress e nell'auto-determinazione dell'IO.

CENNI STORICI SULL'IPNOSI.

L'ipnosi, usata fin dall'antichità dai sacerdoti egiziani e greci, è rimasta rilegata in ambiente magico-religioso fino al 1700 quando Mesmer di Parigi pubblica il testo "Memorie sulla scoperta del Magnetismo animale" che approfondisce il concetto di magnetismo e di fluido magnetico.

Un suo allievo, il marchese Chastenet de Puysegur sperimenta che il paziente ipnotizzato può rispondere alle domande del terapeuta e che se è in grado di raggiungere una trance sonnambolica, non ricorda nulla al risveglio.

Nel 1829 J. Cloquet effettua il primo intervento in anestesia ipnotica asportando un carcinoma mammario.

Nel 1839 Jean Victor Dudet estrae il primo dente in analgesia ipnotica.

Il primo ad utilizzare la parola ipnosi è il chirurgo James Braid che nel 1843 intuisce il concetto di suggestione e di monoideismo, cioè la concentrazione dell'attenzione su di un unico oggetto; egli afferma che le manifestazioni ipnotiche non dipendono dall'operatore ma dalle facoltà psichiche del soggetto ipnotizzato; inoltre afferma che si può indurre in trance un paziente ad occhi chiusi con suggestioni verbali; nasce così l'interpretazione dell'ipnosi come uno stato fisiologico diverso da quello

di sonno e veglia. Braid non riscuote grande seguito ma in Francia Liebault, 1823-1904, medico di Nancy conduce migliaia di esperimenti con risultati sorprendenti. Dalla collaborazione di Liebault e Bernheim nasce la scuola di Nancy in cui vengono fatti numerosi studi e pubblicazioni sull'ipnosi. Bernheim afferma che l'ipnosi è un grado di suggestionabilità esaltata, per cui ogni idea suggerita ed accettata tende a realizzarsi. Le differenze individuali di ipnotizzabilità sono dovute a livelli basali di suggestionabilità proprie delle persone stesse.

Alla scuola di Nancy si contrappone quella di Salpetriere(1878-1884) di cui il neurologo Charcot diventa il direttore. Egli considera l'ipnosi come uno stato patologico, una nevrosi isterica artificiale, di fatto difficilmente ottenibile in soggetti normali: queste teorie fanno di fatto compiere un passo indietro all'ipnosi, creando una forte antitesi tra le due scuole.

Freud inizialmente è entusiasta delle tecniche ipnotiche ma successivamente le abbandona sostenendo che l'ipnosi sopprime i sintomi delle psicosi e assume connotazioni sessuali nel rapporto paziente - operatore. Con la morte di Charcot nel 1893 e con l'avvento di anestetici locali come l'etere e la diffusione della psicoterapia nel trattamento dei disturbi emotivi e nevrotici, lo studio dell'ipnosi si arena fino alla prima guerra mondiale quando si rende necessario per curare le psicosi da guerra.

Nel 1920 Hadfield conia il termine di “ipnoanalisi” per indicare il procedimento da lui adottato per ridurre, durante la trance, le emozioni negative legate a situazioni belliche.

Nel 1949 nasce in USA la Society for Clinical and Experimental Hypnosis e nel 1957 l’American Society for Clinical Hipnosis fondata da M. H. Erickson le cui capacità personali lo renderanno una figura fondamentale nel campo della psicoterapia.

Nel 1958 l’American Medical Association legittima l’uso dell’ipnosi in odontoiatria e medicina, seguendo di tre anni la decisione della British Medical Association.

Nel 1956 Moss conia il termine di “ipnodonzia” come ramo dell’odontologia che si occupa ed utilizza l’ipnosi.

In Italia nel 1960 si costituisce l’Associazione Medica Italiana per lo Studio dell’Ipnosi (A.M.I.S.I.) con Presidente Palazzi, vicepresidente Pavesi e segretario Mosconi; fu Presidente anche il Prof. F. Granone, primario di neuropsichiatria, che nel 1965 fonda il primo Centro di Ipnosi Clinica e Sperimentale Ospedaliero italiano annesso ad una divisione neurologica presso l’Ospedale Generale di Vercelli; questo centro si trasferisce poi a Torino dove diventa una società autonoma nel 1979 con la denominazione di Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale

(C.I.I.C.S.), sotto la presidenza dello stesso Prof. F. Granone.

Nel 1985, nell'Istituto di Clinica Odontostomatologica di Torino, il dottor A.Gonella, allievo di Granone e Nagar, inizia un nuovo filone di studi sulle tecniche ipnotiche nella riabilitazione delle articolazioni ed in particolare dell'ATM (articolazione Temporo-mandibolare). In quell' anno, si ritiene per la prima volta a livello mondiale, il Dottor Gonella dimostra che la rivivificazione ipnotica dei pazienti sonnambulici, consente modificazioni delle funzioni psico-neuro-muscolo-articolari, che possono condurre anche a modificazioni anatomiche.

Nel 1994 la RAI affida ad Aureliano Pacciolla e ad Angelo Gonella uno studio sperimentale sui possibili collegamenti tra rivivificazione ipnotica nei sonnambulici, reincarnazione ed ESP (Esperienze Pre Morte).

Nel 1995 e nel 1966 seguono due trasmissioni televisive, mandate in onda su reti nazionali, nelle quali i dottori Gonella e Pacciolla illustrano i risultati delle loro tecniche, che portano a chiarire che le "presunte vite" vissute dai pazienti non sono altro che manifestazioni di personalità multiple.

Nei primi anni 90 il dr. Gonella tiene lezioni di ipnositerapia in Odontostomatologia agli allievi dell'ultimo anno del corso universitario in odontoiatria presso la facoltà di Medicina e chirurgia di Torino.

Per un decennio, tra la fine del XX secolo e l'inizio del XXI, il dottor Aldo Nagar, medico chirurgo, dirige un ambulatorio di disassuefazione dal fumo con tecniche ipnotiche nelle strutture pubbliche dell'Ospedale Molinette di Torino.

Concludendo questo rapido excursus storico possiamo mettere in evidenza che pur riconoscendo a M. Erickson il merito di aver portato l'ipnosi ad essere una sublime arte, bisogna ammettere che con il prof. Granone l'ipnosi ottiene la sua consacrazione definitiva e incomincia ad essere scientificamente studiata nelle sue caratteristiche psico-neuro-biologiche.

DEFINIZIONE, CARATTERISTICHE E TECNICHE DI IPNOSI.

Granone (20) intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psico-fisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questo e l'operatore. Più nel dettaglio si parla di ipnotismo per parlare del fenomeno ipnotico considerato in stretto rapporto all'operatore, e di ipnosi per la semplice sindrome ipnotica, per certi versi estranea all'operatore stesso. Occorre fare anche chiarezza sulla differenza tra trance e ipnosi, spesso erroneamente chiamata trance ipnotica. Si parla di "trance" quando compaiono fenomeni di scissione intrapsichica dell'io per particolari stimoli emotivi, suggestioni, innamoramento, transfert; mentre nell'ipnosi per una prevalenza delle funzioni rappresentativo-emotive dell'emisfero destro su quelle critico-intellettive dell'emisfero sinistro, si realizza un monoideismo plastico, cioè l'attenzione viene focalizzata e indirizzata su di un'unica idea (monoideismo) che determina un processo fisiologico dinamico a livello psichico, somatico e viscerale. Tale monoideismo può essere autoindotto oppure eteroindotto e può riguardare il comportamento personale e sociale del soggetto oppure una sua situazione viscerale.

Granone già nel 1962 afferma che ogni individuo predisposto possiede delle ben precise capacità di sviluppare un fenomeno ipnotico e la definisce suggestionabilità di organo e di apparato, indipendente dalla profondità di “sonno ipnotico” raggiunta. Il soggetto in ipnosi, nonostante possa apparire avulso dalla realtà, sente ogni cosa ed è capace di mantenere il contatto con il mondo circostante. Granone per esigenze pratiche distingue 8 gradi di ipnotismo, anche se spesso nella trance leggera si sviluppano fenomeni della trance profonda e viceversa:

1) torpore, difficoltà ad aprire le palpebre e pesantezza delle membra per suggestione;

2) torpore più profondo con catalessi di breve durata;

3) distacco dall’ambiente circostante e catalessi di maggiore durata;

4) avulsione più profonda dallo spazio circostante e dal tempo;

5) attenzione concentrata sull’ipnotizzatore; l’ipnotizzato può ricordare solo ciò che è intercorso con l’ipnotizzatore, qualora si dia questa suggestione;

6) contrattura suggestiva; in genere anche analgesia suggestiva e discreta amnesia;

7) obbedienza automatica; si oppone l’obbedienza passiva assoluta la particolare personalità del soggetto; amnesia più profonda ma non

sempre assoluta;

8) Allucinazione positiva, amnesia spontanea, sonnambulismo;

9) Allucinazione negativa durante la trance e post-ipnotica. Possibilità di eseguire, a distanza di molto tempo delle sedute di ipnosi, le suggestioni date durante la seduta stessa o di realizzare intense somatizzazioni suggestive.

Granone (20) precisa che in molti casi più che di “gradi di ipnotismo” si debba parlare della già citata “suggestionabilità di organo ed apparato” costituzionale.

Anche se puramente teorico si può distinguere un'ipnosi leggera ed una profonda; alcuni autori (Dessoir, Moll, Servadio) parlano di stati superficiali e profondi dell'ipnosi, mentre altri (Benussi, Romero 37) ritengono improprio il concetto di profondità dell'ipnosi. Granone distingue un'ipnosi profonda caratterizzata dal permanere di amnesia al risveglio e un'ipnosi media o leggera dove le diverse suggestionabilità non sono seguite da amnesia. Sempre Granone definisce l'ipnosi vigile come una condizione di suggestiva passività psicosomatica durante la quale si possono avere importanti modificazioni somatiche (analgesia, contrattura, rilassamento, catalessi), rimanendo integra la coscienza del soggetto ed entro certi limiti la sua capacità di riflessione e di critica.

Ogni metodo induttivo indipendentemente dal tipo di approccio predisposto, si pone il fine di esaltare la suggestionabilità del soggetto, sollecitando l'emisfero destro all' accettazione delle idee suggerite dall'operatore per raggiungere il monoideismo plastico. In generale si ritiene di fondamentale importanza basare la propria tecnica sulla particolare sensorialità del soggetto (visivo, uditivo, cenestesico), tenendo conto dei suoi bisogni, dei suoi desideri, valendosi anche delle sue risposte e del suo atteggiamento all'istante dell'induzione, senza mai opporvisi (Granone 20).

Inoltre si dovrà approfittare ogni volta delle resistenze e delle risposte, che a volte possono anche essere negative, offerte dall'individuo, usando il ricalco per fargli credere che i suoi comportamenti siano dovuti alle suggestioni che si stanno somministrando. La comunicazione usata per l'induzione deve essere, dal punto di vista del linguaggio, chiara e comprensibile per il paziente, oltre ad essere adeguata al suo livello culturale, senza mai dimenticare che la sua carica suggestiva può dipendere anche dall'espressione mimica, dalle pause e dal timbro della voce. Affinchè si realizzi il monoideismo si deve suggerire una sola idea per volta, tenendo conto che la suggestione si realizza spesso in modo letterale (ad esempio suggerendo la rigidità del braccio la mano può

rimanere inerme). Infine il soggetto deve essere rassicurato prima della seduta che la sua personalità sarà rispettata. E' indispensabile che tra l'operatore e il paziente si instauri la migliore possibile empatia cosicchè saranno verosimilmente ben accette ed efficaci sia la comunicazione verbale che quella non verbale: quindi molte tecniche induttive diverse potranno essere usate a scelta dell'operatore che spesso, più che indurre, deve approfondire una trance che quasi si "innesca" da sola.

Esistono tecniche induttive dirette ed indirette. Esse hanno tutte un denominatore comune che è quello di esaltare la suggestionabilità, sicchè le idee enunciate dall'operatore vengano accettate dal soggetto ed eseguite rinunciando alla critica.

Alcune delle tecniche induttive dirette più usate sono:

1) metodo della fissazione del punto: si invita il paziente a fissare un punto, generalmente in alto rispetto alla posizione della testa del paziente, in tal modo da costringere i bulbi oculari ad una rotazione verso l'alto e ad una certa convergenza. Si suggeriscono quindi al paziente idee di affaticamento e di pesantezza delle palpebre e ben presto il desiderio di chiuderle diverrà una necessità inderogabile;

2) metodo della fissazione dell'indice dell'ipnotista: il soggetto viene invitato a fissare il dito dell'operatore che lentamente si avvicina alla

sua fronte, creando un senso di fatica nella messa a fuoco fino a portarlo alla chiusura delle palpebre. L'associazione di parole come pesantezza e l'effettiva stanchezza del paziente dovuto anche allo strabismo convergente indotto, rappresenteranno una modalità suggestiva di induzione;

4) al metodo della fissazione dell'indice può seguire il metodo del blocco dei globi oculari: in cui l'operatore posiziona il suo indice a livello della gabella ed invita il paziente a convergere e ruotare gli occhi verso l'alto e a chiudere le palpebre; intanto comprimerà i bulbi oculari in senso latero-mediante evocando il riflesso oculo-cardiaco di Diagnini-Aschner che produrrà uno stimolo vagale con conseguente alterazione della frequenza e della pressione arteriosa; a questi effetti fisiologici si assoceranno suggestioni di calma, serenità, rilassamento;

5) metodo della compressione del seno carotideo con conseguente stimolazione vagale; controindicata nei cardiopatici;

6) metodo di Kline che consiste nel suggerire al paziente di appoggiarsi al muro su di un fianco con i muscoli del braccio e della mano contratti; successivamente lo si inviterà a scostarsi dal muro e a restare con le braccia lungo il tronco: il braccio che ha subito lo sforzo si solleverà e si suggeriranno quindi suggestioni di levitazione che indurranno il soggetto

in uno stato ipnotico;

7) tecnica della quadro visualizzazione per i bambini: si sfrutta la grande capacità di immaginazione dei bambini suggerendogli di rivivere un'avventura o un film e/o una musica da lui preferita.

8) metodo di Adler e Seconda con conteggio sincrono alla respirazione e suggestione di avvicinamento delle due prime dita: con il paziente seduto e rilassato sulla poltrona e a occhi chiusi si inizia a contare sincronizzando la conta con la respirazione del paziente e si suggerisce che man mano che la conta procede il pollice e l'indice si avvicineranno fino a toccarsi e che contemporaneamente si realizzerà un profondo rilassamento;

9) tecnica del conteggio alla rovescia da 300 (Hartland), suggerendo al paziente un senso di stanchezza agli occhi, pesantezza alle palpebre e un senso generale di rilassamento;

10) metodo della fissazione diretta dello sguardo dell' ipnotista;

11) tecnica della moneta che cade (Hartland): basata sulla fissazione dello sguardo e sulla suggestione fisica della moneta posta sulla mano; con il rilassamento fisico fisiologico del braccio la moneta cadrà segnando l'ingresso del soggetto in trance.

Il padre delle tecniche indirette è Erickson (9) che definisce tecnica indiretta un modo di indurre in trance attraverso particolari rapporti

comunicazionali in cui la suggestione indiretta apre le porte all'esperienza inconscia del soggetto lasciandogli piena libertà di scelta inconscia della risposta, quindi maggiore creatività e partecipazione al processo ipnotico.

Le principali sono:

1) attenzione responsiva: attraverso aneddoti si adombra l'attenzione del paziente sui suoi problemi in modo da richiamarne e concentrarne l'attenzione;

2) confusione: crea sorpresa; ad esempio fissare il proprio sguardo aldilà del paziente oppure stringere la mano senza far prevedere quando la si rilascerà;

3) truismo: domande ed affermazioni ovvie indeboliscono gli atteggiamenti rigidi e negativistici del paziente ("tu sicuramente non faresti...");

4) doppio legame: si comunica al paziente che accadrà qualcosa senza il suo intervento conscio e senza che lui decida di agire;

5) segnalazione ideomotoria: il paziente indica con movimenti diversi del suo corpo (annuisce, muove le mani, muove le dita, batte le palpebre) l'efficacia delle suggestioni;

6) metafora: è il confronto tra due cose che si identificano reciprocamente (Pacciolla 34,35): si identifica ogni volta che si

sovrappone il significato di due termini appartenenti a due campi associativi diversi (gambe di un tavolo e quelle di una persona per esempio), ed essendoci un elemento di significato comune, si sostituisce un termine all'altro.

Una volta indotta la trance occorre valutare la capacità ipnotica del soggetto attraverso alcune verifiche:

- a) suggestione di pesantezza degli arti e profondo rilassamento ottenute con suggestioni verbali a volte accompagnate con “passi” cioè sfioramento della zona corporea su cui il soggetto dovrà sviluppare il rilassamento;
- b) levitazione di un arto: si forniscono al paziente suggestioni di leggerezza;
- c) catalessi: ad esempio delle palpebre o di un arto;
- d) inibizione dei movimenti volontari complessi: camminare, alzarsi dalla sedia;
- e) suggestione rotatoria delle braccia;
- f) contrattura muscolare fino al ponte catalettico;
- g) iperalgesia e analgesia spesso associata a vasocostrizione;
- h) fascinazione;
- i) illusioni sensoriali che possono essere allucinazioni positive o negative a

seconda se si vede ciò che non c'è oppure non si vede ciò che c'è;

j) amnesia;

k) tecnica della conta su e giù;

l) suggestioni e comandi post-ipnotici.

Una volta ultimata la seduta si danno al paziente condizionamenti post-ipnotici che permetteranno un ingresso molto più veloce e più profondo in trance nella seduta successiva (ancoraggio), ritrovando subito il livello già raggiunto in quella precedente; successivamente si “risveglia” il paziente dandogli delle suggestioni positive di benessere e di serenità e si valuteranno le sue impressioni e si valuterà l'eventuale amnesia spontanea (indice di una raggiunta trance sonnambolica). Granone (20) suggerisce una formula mnemonica per ricordare la successione dei fenomeni ipnotici : ”Le.Ca.Mo.I.A.S.Co:” cioè Levitazione, Catalessi, Movimenti automatici rotatori, Inibizione di movimenti volontari, Analgesia, Sanguinamento e Condizionamento.

Se il paziente al risveglio manifesta amnesia spontanea, nelle sedute successive si possono ricercare le tipiche manifestazioni dell'ipnosi sonnambolica che sono:

a) allucinazioni positive: percepisce qualcosa che non c'è;

b) allucinazioni negative: non percepisce ciò che c'è;

c) il soggetto può parlare, aprire gli occhi e muoversi senza uscire dalla trance;

d) rivivificazione: il paziente non solo ricorda ma rivive situazioni somatiche e viscerali proprie del passato. Alcuni pazienti regrediscono a presunte vite passate ma questo secondo Gonella e Pacciolla (35,36) è indiscutibilmente frutto di esperienze di tipo onirico in stato dissociativo sonnambulico e dovrebbe interpretarsi come confabulazioni di pazienti potenzialmente affetti da personalità multipla.

L'IPNOSI COME TERAPIA NEI DISORDINI CRANIO-CERVICO-MANDIBOLARI: STUDI E PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE.

In letteratura vi sono molti articoli che si occupano dell'utilizzo dell'ipnosi in odontoiatria, ma solo pochi ne esaminano l'applicazione terapeutica nelle disfunzioni cranio-cervico- mandibolari.

Silimbani (1961) ribadisce l'utilità dell'ipnosi nei pazienti bruxisti.

Simon e Abrahamsen sostengono l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento delle sindromi disfunzionali dell'articolazione temporo-mandibolare.

Granone (20)(1970) considera l'ipnosi un valido ausilio terapeutico nella correzione delle abitudini viziate quali il bruxismo.

Craslineek, Hall e Muzaffer descrivono l'utilità dell'ipnosi nel bruxismo e nei pazienti che non tollerano la protesi totale.

Mongini, Capurso e Fiore (1983)(32) considerano utile l'ipnosi, le tecniche di rilassamento e il training autogeno in associazione alla terapia tradizionale.

Stam e collaboratori (1984)(50,51) in uno studio randomizzato su 61 pazienti con diagnosi accertata di patologia disfunzionale dell'ATM e dolore cranio-facciale, propongono l'uso di tecniche di rilassamento e ipnosi abbinate alla psico-terapia.

Nel 1986 Leone pubblica la prima tesi in Italia sull'uso clinico

dell'analgesia ipnotica facendo riferimento all'attività clinica e di ricerca del dr. Gonella Angelo, presso l'università di Torino.

Golan (14-15)1989 riporta la guarigione di una paziente di 17 anni bruxista in cui la terapia convenzionale non aveva avuto successo, con una terapia integrata all'ipnosi.

Cohen e Hillis (8) descrivono due pazienti disfunzionali dell'ATM trattati con ipnosi abbinata alla terapia classica.

A.Gonella e A.M. Gonella (1990) (19) descrivono l'utilizzo dell'ipnosi nella correzione della componente psicosomatica delle parafunzioni e della patologia dell'ATM in generale.

Somer (48)(1991) cura con l'ipnosi una paziente bruxista placca dipendente (la rimozione della placca le creava dolore persistente e debilitante).

Giangregorio utilizza l'ipnosi non solo nei bruxisti ma anche nelle sindromi dell'ATM di natura psicogena.

Tigoli e coll. (1992) (52) a Venezia affermano che l'ipnosi influisce sulla regolazione posturo-mandibolare.

Gastone (12) utilizza l'ipnosi nel bruxismo di natura psico-somatica.

L'American Accademy of cranio-mandibular disorders annovera l'ipnosi tra le possibili scelte terapeutiche da utilizzare per il fattore psicologico

predisponente le disfunzioni dell'ATM.

Rolle, Gonella et all.(18) confermano la possibilità di poter ottenere in ipnosi anestesi, ipotonie muscolari e/o mio-rilassamento utili nella terapia della patologia disfunzionale dell'ATM con prevalente iperfunzione muscolare.

Nel 1995 il dr. D. Pasqualini (38) con il dr. R. Pepe e il dr. A. Gonella ha eseguito uno studio randomizzato su 60 pazienti affetti da disfunzione dell'ATM, per verificarne l'utilità terapeutica dell'ipnosi .Utilizzando dei tests Cognitive Behavioural Assesment (50) interpretati dal prof. A.

Paciolla e attraverso l'esperienza clinica del dr. A.Gonella si è circoscritto un gruppo di pazienti affetti da DCCM classificati come tipo psicologico-disfunzionale la cui caratteristica principale è una condizione ansiosa-depressiva dovuta a problematiche esistenziali e di realizzazione personale nel contesto sociale con una modica tendenza alla somatizzazione. A questi pazienti vengono proposte suggestioni di leggerezza (levitazione) , pesantezza, movimenti reiterati e ripetitivi e catalessi. 5 di questi pazienti entrano in uno stato sonnambulico con amnesia al risveglio. In seguito vengono date suggestioni di rilassamento muscolare, benessere, serenità e rafforzamento della personalità. Da questo studio si è evidenziato che nei pazienti di tipo muscolare con un'incordinazione condilo-meniscale da

meno di 6 mesi si ottiene la scomparsa, in stato di trance ipnotica, del rumore di schiocco a livello dell'articolazione, interpretata come la conseguenza della riduzione, in stato di profondo rilassamento, dell'ipertonìa del muscolo pterigoideo laterale il cui capo inferiore si inserisce sul menisco articolare, controbilanciando la trazione esercitata dallo stesso sul legamento retro-discale (avvalorando così l'importanza della componente muscolare dello pterigoideo laterale nella dislocazione antero-mediale del menisco).

Un altro caso eclatante documentato audiovisivamente e realizzato dal dr. A.Gonella (21) è quello di una paziente articolare del reparto di chirurgia Maxillo-Facciale del Prof. Modica dell'Ospedale Molinette di Torino, trattato con l'ipnosi dal dr. A.Gonella. La paziente, adulta, è afflitta da una grave latero-deviazione della mandibola, e viene riabilitata grazie alla rivivificazione dell'età infantile precedente alla noxa patogena che per lei è l'estrazione di due molari; attraverso la rivivificazione la paziente corregge la sua laterodeviazione con il riposizionamento della mandibola in una posizione centrata e corretta, in stato di trance sonnambulica, secondo la memoria neuromuscolare dell'età rivivificata. Fissata tale posizione con una placca oclusale ed associata a cicli di fisioterapia eseguiti in trance, progressivamente sempre più impegnativi, si

è notata nel tempo una nuova posizione con rimodellamento dei capi ossei articolari. Si è, quindi, utilizzato il condizionamento funzionale con rimaneggiamento osseo al fine di ottenere una più corretta organizzazione dei residui anatomici dei capi articolari: ciò è avvenuto dapprima esclusivamente durante l'ipnosi profonda e poi, anche durante la veglia.

CONCLUSIONI.

Alla luce di questa revisione della letteratura, si può affermare che l'ipnosi sia un valido ausilio nel protocollo terapeutico integrato e multidisciplinare del paziente disfunzionale. Grazie all'ipnosi possiamo infatti ottenere:

-una migliore compliance del paziente che diventa padrone della propria patologia e partecipa più attivamente e consapevolmente alla propria terapia;

-rilassamento muscolare, in particolare riduzione dell'ipertono del muscolo pterigoideo laterale, con conseguente possibile riduzione dello schiocco a livello articolare;

-riduzione della componente algica sia con l'analgesia che con la riduzione del tono muscolare dei muscoli masticatori, del collo e mimici in senso più generale, e per riduzione della compressione della parte posteriore del disco articolare trazionato in avanti dall'ipertono dello pterigoideo laterale;

-effetto ansiolitico sia immediato nella stessa seduta ipnotica che a lungo termine per il rafforzamento individuale agli stress psico-sociali;

-effetto psico-terapeutico cognitivo-comportamentale con rafforzamento della personalità e dell'Io;

-correzione delle abitudini viziate;

-induzione all'autocontrollo e al rilassamento auto-indotto;

Tutti questi benefici psicologici e somatici ottenuti in ipnosi giocano sicuramente un ruolo non marginale nell'influenzare la diagnosi, la prognosi e la terapia a lungo termine delle disfunzioni dell'ATM..

Comunque consapevoli del fatto che l'ipnosi in se stessa è sempre un atto psicoterapico, e quindi è a tutti gli effetti un' interferenza dell'operatore sul paziente, consigliamo agli odontoiatri di limitarsi alla sedazione dell'ansia, all'analgesia e al miorilassamento, lasciando ad un esperto psicoterapeuta le implicanze psicologiche vere e proprie quali la terapia cognitivo-comportamentale, il rafforzamento delle personalità e la resistenza agli stimoli stressogeni psicosociali.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento particolare va al dottor Angelo Gonella per la disponibilità e la generosità con cui mi ha aiutato nella stesura di questa ricerca scientifica.

INDICE

- Introduzione: pagina 2
- Disordini cranio-cervico-mandibolari: definizione ed eziologia: pagina 3
- Cenni storici sull'ipnosi: pagina 12
- Definizione, caratteristiche e tecniche di ipnosi: pagina 17
- L'ipnosi come terapia nei disordini cranio-cervico-mandibolari: studi e pubblicazioni scientifiche: pagina 28
- Conclusioni: pagina 33
- Bibliografia: pagina 37

BIBLIOGRAFIA.

- 1- Abraham G.: "Clinica Psicosomatica"-Masson Editrice 1993
- 2 - American Accademy of Craniomandibular Disorders: "Guideline for evaluation, diagnosis and management" - Quintessence books 1991
- 3 - Beaton RD.: "Self reported symptoms of stress with tmd: comparisons to healthy men and woman" - J Prosth Dent 1991; 65:289-293
- 4 - Barber: "Ipnotismo: immaginazione, potenzialità umane"-1980 Ed. Piccin
- 5 - Bell: "Temporomandibular disorders: classification, diagnosis, management" -YBMP 1991
- 6 - Chertok L.: "L'ipnosi, teoria,pratica, tecnica" -1992 ED. Mediterranee Roma
- 7 - Clark GT.: "Screening for psychological problems in tmd patients" - J Orofacial Pain 1993; 7(2):143-149
- 8 - Cohen ES.: "The use of hypnosis in treating tmj pain dysfunction syndrome" - Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1979;48(3):193-197
- 9 - Costen: "Syndrome of ear and sinus symptoms dependant upon disturbed function of TMJ" - Ann Otol Rhinol Laryng 43,1,1934
- 10 - Erickson M.: "A scuola di ipnosi" - 1983 Boringhieri Torino
- 11 - Frisch J.: "A study of relationship between bruxism and aggression" - J. Period Dis 1960; 31:409
- 12 - Gastone L.: "Indicazioni all'impiego dell'ipnosi nella terapia del bruxismo in rapporto alla sua natura psicosomatica" - Min. Med 74 ,1983:2975-2978
- 13 - Geering Ah.: "Occlusal interferences and functional disturbances of the masticatory systems" - J. of clinical Periodontol. 1974;1:112-119
- 14 - Golan HP.: "Tmj disease treated with Hypnosis" - Am J Clin Hypn 1986; 31(4):269-274
- 15 - Golan HP.: Using hypnotic Phenomena for pshycological change - Am J Clin Hypn 1986;28(3):157-162
- 16 - Gonella A.: "L'ipnosi in odontostomatologia.Considerazioni su una casistica di 152 casi: Medica e i suoi risultati" - Min. Med 73,1982:3195-3198
- 17 - Gonella A., Falda R.: "Agopuntura e ipnosi come anestesia alternativa in odontoiatria" - Min. Stom 1985; 34:91-97

- 18 - Gonella A., Rolle G.: “Sull’uso dell’ipnosi come trattamento collaterale nelle algie muscolo-tensive dell’apparato Stomatognatico” – Min. St. 35, 1986:995-997
- 19 - Gonella A., Gonella AM.: “Indicazione all’utilizzo delle tecniche ipnotiche in odontostomatologia” – Osp.Fatebenefratelli 1991;91(3):78-93
- 20- Gonella A., Musai F.: “L’ipnosi, valido supporto in odontostomatologia “– Gazz. Med. Ital-Arch sci Med 1993-152:1-31
- 21 - Gonella A., Pepe R.: “L’ipnosi clinica nel trattamento delle D.C.C.M.” - Giornale Odontognatologico 1998 pagg.11-14
- 21b - Gonella A.:”L’ipnosi in odontostomatologia”.Rassegna di ipnosi e psicoterapie.II:59, 1984
- 21c - Gonella A., Pepe R.R.:”Trattamento delle disfunzioni cranio-cervico mandibolari (DCCM) attraverso l’ipnosi clinica”.Giornale Odontognatologico, organo Associazione Italiana di Gnatologia n.15 pag.40-43, 1997
- 21d - Gonella A., Pepe R.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
- 21e – Gonella A., Pepe R.R., Gonella A.M.:”Ipnosi e trattamento dei D.C.C.M.”Doctor Os-Elle due -Milano, anno IX n.3, marzo 1998
- 21f – Gonella A.,Ferracuti S., Cannoni E.:”Studio sull'utilizzo del test di Rorschach su pazienti in ipnosi sonnambulica”.Attualità in Psicologia-Roma-in attesa di pubblicazione
- 21g – 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 Gualino 22-5-1999. In attesa di pubblicazione su Rassegna di Psicoterapie
- 21h – Gonella A.:”Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia”, atti del XVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, Siena 3-6-1999. In attesa di pubblicazione
- 22 - Granone F.:”Trattato di Ipnosi “2 vol. I 1989 Utet Torino
- 23 – Graber G.: in: Hupfauf L.: “Mioartropatie“ – cap. IV Uses
- 24 - Gold S.: “Sites of pycophysiological complaints in tmj patients “– J. Dent Res 1975; 54 (spec. issue A), 165
- 25- Hansson T.:”Disfunzioni cranio mandibolari” - Masson 1990
- 26 - Hansson T.: “Craniomandibular disorders and sequencing their treatment “- Aust Prosth J. 1988;2:9-15

- 27 - Lundth H.: "Discrepositioning onlays in the treatment of tmj disc replacement"- Oral Surg Oral Med Oral Path 1985; 60:131
- 28 - Melzack R.: "Neurophysiological foundation of pain "- Psychology of pain 2nd edit NY raven Press 1986, pages:1-25
- 29 - Mongini F.: "L'apparato Stomatognatico: funzione, disfunzione, riabilitazione" - Scienza e tecnica dentistica Edizioni Internazionali 1984
- 30 - Mongini F.: "Analisi statistica su 280 pazienti affetti da disfunzione dell'ATM" - Minerva Stom. 32, 117, 1983
- 31 - Mongini F.: "Il dolore cranio-facciale: fisiopatologia e terapia" - Utet 1994
- 32 - Mongini F., Capurso: "Tecniche di rilassamento nel trattamento delle disfunzioni dell'apparato stomatognatico" - Min. Stom. 32, 1983:109-115
- 33 - Mosconi G.: "Psicoterapia Ipnotica: principi e fondamenti" - 1993 Piccin
- 34 - Muzaffer A.: "Bruxism and treatment of hypnosis" - Balkan Journal of Stomatology 2002, vol.6, br.3, sti.201-204
- 35 - Pacciolla A.: "La comunicazione Metaforica" - 1991 Edizioni Borla
- 36 - Pacciolla A.: "Ipnosi: benessere psicofisico e risorse mentali "- 1994 ED. San Paolo
- 37 - Pancheri P.: "Trattato di medicina Psicosomatica" - Uses 1984
- 38 - Parker: "Personality characteristics of patient with tmj "- J. oral Facial Pain 1993; 7:337-344
- 39 - Pasqualini D.: "Ipnosi in odontostomatologia" - Tesi di Laurea 1994-1995 Università di Torino
- 40 - Ramfjord: "Dysfunctional Tmj and muscle pain" - J.of Prosth Dent.11,353,1961
- 41 - Romero E.: "L'ipnosi in odontoiatria" - Min. Med 57:3640;1966
- 42 - Rugh JD.: "Psychological components of pain" - Dent. Clin North am 1987; 31(4), 579-594
- 43 - Rugh JD.: "Psychological implications in tmj pain and dysfunction" - J. Dent Res 1988; 67:403
- 44 - Rugh JD.: "Psychological factors in the etiology of masticatory pain and dysfunction" - Chicago ADA 1983
- 45 - Salter MW.: "Temporomandibular pain and dysfunction syndrome "- J. Behav Med;9:97 1986
- 46 - Schwartz LL.: "Pain associated with tmj" - Jada 51,394,1955
- 47 - Solberg WK.: "Tmj problems" - Quintessence Chicago 1980
- 48 - Solberg:WK.: "Epidemiology, incidence and prevalence of tmj disorders: a review" - Chicago ADA 1983 pag.30-39

- 49 - Somer E.: "Hypnotherapy in the treatment of the chronic nocturnal use of a splint prescribed for bruxism" – Int. J Clin and Ehp Hypn 1991;39(3):145-154
- 50 - Stam HJ.: "Hypnotizability and treatment of chronic facial pain" – Int. J. Cli Exp Hypn 1986;3:182-191
- 51 - Stam: "The effects of a cognitive-behavioural treatment program on tmj pain and dysfunctional syndrome" – Psycosom. Med 1984;6:534-545
- 52 – Tigoli F.: "Postura e Ipnosi " in: Seconde giornate Internazionali su postura - Venezia 19-21 giugno 1992
- 53- Travell-Simons: "Il dolore Muscolare: diagnosi e terapia" - Ghedini Editore
- 54 - Zach GA.: "The treatment of patients with tmj pain and dysfunction syndrome" - J Can Dent Assoc 1975; 41:410-417
- 55 – ZarbG.: "Assessment of clinical treatment of patient with tmj disfunction "– J.Prosth Dent. 24,542,1970