

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA
DI IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.**

Presidente dr. Antonio M.Lapenta

**L'IPNOSI NELLA SEDAZIONE
IN ODONTOIATRIA E CHIRURGIA MAXILLO-
FACIALE
“ DATI PRELIMINARI “**

Relatore prof. **Enrico FACCO**

Candidato dr. **Gabriele BOSCHIERI**

ANNO 2011

Sommario

INTRODUZIONE	3
Definizione Di Ipnosi	10
L'Ansia In Odontoiatria.....	13
Il Riconoscimento Del Paziente Ansioso.....	18
REVISIONE DELLA LETTERATURA	28
La Storia Dell'ipnosi	28
TRATTAMENTO DELL'ANSIA	36
Tecniche Per Il Controllo Dell'ansia	36
IPNOSI IN ODONTOIATRIA	44
I Correnti Metodi Dell'ipnosi	49
L'Induzione, L'Approfondimento e Il Risveglio.....	54
L'Auto-Ipnosi	57
L'Ancoraggio.....	60
Revisione Della Letteratura In Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale.....	62
SCOPO DELLO STUDIO	67
Materiali e Metodi.....	68
Risultati	72
Discussione e conclusioni	82

INTRODUZIONE

La storia dell'ipnosi nasce nell'antichità e si confonde con la magia, la religione, la stregoneria e lo sciamanesimo, dottrine che hanno in comune l'interesse per il mondo dello spirito e l'utilizzo delle potenzialità della mente umana: gli antichi indù, fachiri e sciamani riuscivano a modificare o abolire la sensibilità al dolore e al calore con riti che, verosimilmente realizzavano una sorta di autoipnosi, mentre non si possono escludere componenti ipnotiche nei racconti di prodigi, incantesimi e guarigioni della storia antica.

Nel XVIII secolo, il medico svizzero Franz Anton Mesmer iniziò studiare e sperimentare l'ipnosi ed ipotizzò la sua origine nell'esistenza di un ipotetico magnetismo animale. Nel 1841 James Braid iniziò ad analizzarne gli aspetti psicologici, ponendo le basi per il moderno studio scientifico della fenomenologia dell'ipnosi. Successivamente, a Parigi Charcot, osservando i fenomeni di catalessi, immobilità e apparente insensibilità degli stati ipnotici più profondi, liquidò l'ipnosi come una sorta di nevrosi sperimentale o uno stato patologico inducibile nelle persone isteriche. Anche Freud utilizzò inizialmente l'ipnosi, ma in seguito decise di abbandonarla. Si può quindi osservare come la storia dell'ipnosi ne ha condizionato pesantemente l'immagine: infatti, l'idea di un misterioso e non definibile magnetismo animale e quella di un'isteria sperimentale indotta giocarono un ruolo non secondario nel connotare l'ipnosi in modo negativo, contribuendo a creare forti pregiudizi e scoraggiarne lo studio e l'impiego

clinico. A questo si deve aggiungere l'immagine prodotta dalla cosiddetta ipnosi da spettacolo, gestita da istrioni o sedicenti maghi, la quale non poco ha contribuito nel passato a screditare l'ipnosi e suscitare diffidenza verso quella, che di fatto, è una valida ed interessante tecnica terapeutica. L'ipnotista da baraccone infatti, per fare spettacolo e potersi guadagnare da vivere, deve millantare un inesistente potere di suggestionare, condizionare violentemente ed irretire le persone (non di rado suoi compari): la millanteria del potere personale equivale ai trucchi che usano i maghi, che non devono essere svelati per non perdere il lavoro. E' tuttavia evidente come le millanterie degli ipnotizzatori da spettacolo abbiano contribuito non poco a creare i pregiudizi e impressioni negative sull'ipnosi.

Nel XX secolo l'ipnosi, pur nello scetticismo generale, ha subito una notevole evoluzione ed oggi è chiaramente riconosciuta come una tecnica terapeutica valida, ben definita, studiata scientificamente ed utilizzata in tutto il mondo. Il più grande contributo alla sua corretta definizione ed evoluzione in ambito clinico è stato dato dallo psichiatra americano Milton Erickson, senza dubbio il più grande studioso di ipnosi del XX secolo, al punto da essere stato soprannominato Mr. Hypnosis. Erickson a 17 anni fu colpito dalla poliomielite che lo immobilizzò a letto per lungo tempo: tale sfortunata condizione fu l'origine del suo futuro interesse per l'ipnosi, inducendolo, nella lunga inattività della malattia, a studiare attentamente le sensazioni del proprio corpo e a sviluppare un profondo interesse per la struttura della comunicazione. Fu fondatore dell'American Journal for

Clinical Hypnosis e delle tecniche indirette di ipnosi, oggi dette anche Ericksoniane.

In Italia l'ipnosi è stata introdotta e sviluppata a partire dagli anni '50 da Granone, primario neurologo presso l'ospedale di Vercelli, dove fondò il primo Centro Italiano di Ipnosi Clinica Sperimentale (CIICS), attualmente con sede a Torino. Erickson e Granone (1989), sostenevano, giustamente, che l'induzione ipnotica e l'impostazione terapeutica non potessero seguire rigidi schemi dottrinali e che la tecnica dovesse adeguarsi alle esigenze profonde di ogni singolo paziente: in altre parole, non è il paziente che deve adattarsi al protocollo dell'ipnologo, ma è il terapeuta che deve entrare nel mondo del paziente per guidarlo nel percorso terapeutico. Questo atteggiamento è senz'altro il più corretto, anche se molto più difficile ed impegnativo rispetto all'uso di protocolli standard. Nel 1957 fu praticato il primo intervento chirurgico in ipnosi, che contribuì a suscitare una certa curiosità scientifica per questa tecnica e i suoi campi di applicazione: il fatto di eseguire un intervento chirurgico senza anestesia era infatti un evento così eclatante, da attenuare tutti i pregiudizi sull'utilità ed efficacia clinica dell'ipnosi; una situazione analoga si verificò negli anni '70 per l'agopuntura, che riuscì a fare la prima breccia nei pregiudizi e nella resistenza culturale della medicina occidentale, proprio dimostrando di poter realizzare un'analgesia tale da consentire l'esecuzione di interventi chirurgici.

Finalmente nel 1958 l'American Medical Association riconobbe l'ipnosi come legittimo metodo di trattamento in medicina e odontoiatria. Da allora l'ipnosi

ha subito un continuo sviluppo scientifico ed oggi una grande mole di studi è disponibile nella letteratura scientifica internazionale (oltre 9.000 pubblicazioni), rendendo l'ipnosi una tecnica terapeutica di sicura e dimostrata efficacia.

Questa breve descrizione delle tappe fondamentali della storia dell'ipnosi permette di spiegare le ragioni della diffidenza e dello scetticismo che ancora oggi essa ingiustificatamente suscita nei non "addetti ai lavori"; infatti l'ipnosi è stata per oltre due secoli erroneamente associata a meccanismi oscuri (sconfinanti nella parapsicologia) e fenomeni negativi (quali l'idea della nevrosi sperimentale o della capacità di irretire le persone).

Il termine "ipnosi", introdotto da Braid nella prima metà del secolo XIX, deriva dalla parola greca *hypnos*, che significa sonno: la ragione della scelta di questo termine, oggi non più soddisfacente, deriva dal fatto che all'epoca l'ipnosi era percepita soprattutto come catalessi, con le conseguenti manifestazioni di inibizione motoria e di apparente perdita di coscienza. Il termine stesso di ipnosi, ormai storicamente consolidato e difficilmente modificabile anche se inadeguato, ha a sua volta contribuito a una sua connotazione negativa, suggerendo che l'ipnosi equivalesse a perdita di coscienza, mentre è oggi definitivamente chiaro che l'ipnosi non ha nulla a che fare con il sonno.

Nella terminologia tradizionale dell' ipnosi sopravvivono ancora altri termini oggi non più soddisfacenti, quali il concetto di "trance" (che ancora suggerisce

elementi esoterici o parapsicologici) o di profondità dello stato ipnotico, che appaiono sempre più indefinibili.

L'ipnosi è parte della fisiologia della mente e della comunicazione. Tutti i giorni succede di utilizzare inconsapevolmente elementi di tipo ipnotico: ad esempio, nell'innamoramento, nella comunicazione pubblicitaria, in quella politica, nell'abilità del venditore, nel guardare un film o leggere un libro con grande partecipazione, possono essere rintracciati elementi di quel modo fisiologico di funzionare della mente comprendente l'ipnosi. Per Erickson infatti l'ipnosi è un influenzamento reciproco onnipresente, inevitabile tra gli interlocutori in ogni tipo di relazione, tanto da fargli concludere che "l'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi" e che "l'ipnosi è sempre autoipnosi" (essendo una facoltà del soggetto che percepisce).

L'essenza dell'ipnosi è costituita dalla potenzialità dell'immaginazione e dalla manifestazione plastica della rappresentazione mentale, è quindi *immaginazione eidetica*: è un dinamismo psicosomatico particolare in grado di realizzare una particolare partecipazione mente-corpo, attraverso il quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche.

Nell'ipnosi è di fondamentale importanza la giusta motivazione e potenzialità di apprendimento da parte del soggetto associata ad un buon rapporto interpersonale fra il soggetto e l'operatore: solo così è infatti possibile consentire l'orientamento dell'attenzione e dell'immaginazione verso gli obiettivi terapeutici. In altre parole, si tratta di una particolare e privilegiata modalità di comunicazione, in cui le situazioni immaginate vengono vissute

consapevolmente e intensamente, quasi come se fossero reali: le immagini e le metafore utilizzate permettono di mettere in movimento il paziente, portandolo a superare pregiudizi, limiti e convinzioni errate, consentendo così di fare nuove scelte, elaborare nuove soluzioni e rimodellare i comportamenti. L'ipnosi non è quindi altro che una forma particolare di comunicazione orientata al paziente su base verbale e non verbale, che nulla ha a che fare con il sonno.

L'ipnosi ha una ampia gamma di applicazioni cliniche che va dalla psicoterapia alla ansiolisi e sedazione per interventi chirurgici ed odontoiatrici ed infine alla terapia del dolore e di diversi disturbi funzionali e neurovegetativi. In ambito anestesilogico, l'ipnosi è in grado di produrre rapidamente e senza farmaci una risoluzione dell'ansia e della paura ed una riduzione della percezione del dolore, consentendo di eseguire manovre invasive e piccoli interventi in anestesia locale, in uno stato di profondo e piacevole rilassamento. Di particolare vantaggio è il suo utilizzo in ambito odontoiatrico, data l'elevata frequenza della paura del dentista nella popolazione (oltre un terzo dei pazienti). L'ipnosi può infatti consentire l'eliminazione dell'ansia, allontanare psicologicamente il paziente dall'ambiente dello studio, ridurre o abolire il fastidio dell'anestesia locale, indurre un grado variabile di amnesia delle fasi dell'intervento e mantenere una buona stabilità cardiocircolatoria; può essere inoltre utilizzata per abolire il riflesso del vomito (pazienti che non tollerano gli strumenti in bocca, rendendo impossibile l'intervento) e di risolvere stabilmente la

paura, che, in molti casi, origina da brutte esperienze con il dentista avvenute nel passato, anche in epoche remote (spesso nell'infanzia).

In conclusione, l'ipnosi è oggi una tecnica ben definita, efficace, assolutamente priva dei connotati che nel passato ne hanno pesantemente condizionato l'immagine ed è da considerare una forma di terapia a pieno titolo in ambito medico e psicoterapeutico. La possibilità di utilizzare le potenzialità dell'immaginazione creativa rende possibile interventi psicoterapeutici efficaci in tempi nettamente più brevi di quelli richiesti da altre forme di psicoterapia, mentre la sua capacità di modulare l'attività somatica, neurovegetativa, l'ansia e la percezione del dolore apre interessanti e molto promettenti prospettive nella terapia non farmacologica di molti disturbi e nella sedazione in ambito medico ed odontoiatrico. Scopo di questa tesi è di valutare l'efficacia dell'ipnosi nella sedazione per gli interventi di chirurgia orale maggiore.

Definizione Di Ipnosi

Il termine “ipnosi”, introdotto da Braid nella prima metà del secolo XIX, deriva dalla parola greca *hypnos*, che significa sonno: la ragione della scelta di questo termine deriva dal fatto che all’epoca l’ipnosi era percepita soprattutto come catalessi, con le conseguenti manifestazioni di inibizione motoria e di apparente perdita di coscienza. Oggi, invece, è definitivamente chiaro che l’ipnosi non ha nulla a che fare con il sonno.

L’essenza dell’ipnosi è costituita dalla potenzialità dell’immaginazione e dalla manifestazione plastica della rappresentazione mentale: è un dinamismo psicosomatico particolare in grado di realizzare una particolare partecipazione mente-corpo, attraverso il quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche. Nell’ipnosi è di fondamentale importanza la giusta motivazione e potenzialità di apprendimento da parte del soggetto, associata ad un buon rapporto interpersonale fra il soggetto e l’operatore: solo così è infatti possibile consentire l’orientamento dell’attenzione e dell’immaginazione verso gli obiettivi terapeutici. L’ipnosi non è quindi nient’altro che una forma particolare di comunicazione orientata al paziente su base verbale e non verbale.

Le definizioni dell’ipnosi sono numerose e varie: tra le più autorevoli si ricordano quella della British Psychological Society (BPS) e quella della American Psychological Association (APA). La British Psychological Society prende in considerazione la seguente definizione¹: “Il termine ‘ipnosi’ denota un’interazione tra una persona, l’ipnoterapeuta, e un’altra persona, il ‘soggetto’. In questa interazione l’ipnoterapeuta prova a influenzare le percezioni del ‘soggetto’, le sue sensazioni, i suoi pensieri e il suo atteggiamento, semplicemente chiedendogli di concentrarsi su idee e immagini che possono evocare gli effetti desiderati. Le comunicazioni verbali che l’ipnoterapeuta utilizza per ottenere questi effetti prendono il nome di ‘suggestioni’. I soggetti

possono anche imparare a percorrere le procedure dell' ipnosi da soli, e questa tecnica prende il nome di 'auto-ipnosi' ". Recentemente è stata preparata dal comitato esecutivo dell' "American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis" l'ultima versione della definizione e delle descrizione dell'ipnosi, che costituisce pertanto la definizione ufficiale dell'APA². Questa definizione recepisce in maniera chiara ed esaustiva il fenomeno ipnotico come modalità di rapporto comunicativo tra due persone consenzienti: a differenza della prima versione, all'ipnotista non è assegnato alcun titolo oltre quello di persona/soggetto e non c'è alcun richiamo al fatto che debba necessariamente essere medico, psicologo o psichiatra. "L'ipnosi tipicamente richiede un'introduzione alla procedura, durante la quale al soggetto è detto che gli saranno presentate suggestioni per esperienze fantasiose. L'induzione ipnotica è una suggestione iniziale estesa per l'uso della propria immaginazione, e può contenere ulteriori elaborazioni dell'introduzione. Una procedura ipnotica è utilizzata per promuovere e valutare le risposte alle suggestioni. Quando si utilizza l'ipnosi, una persona (il soggetto) è guidato da un altro (l'ipnotista) per rispondere alle suggestioni di modifica all'esperienza soggettiva, alle alterazioni della percezione, delle sensazioni, dei pensieri o del comportamento. Le persone possono anche imparare l'autoipnosi, che è l'atto di somministrare a se stessi le procedure ipnotiche. Se il soggetto risponde alle suggestioni ipnotiche, se ne deduce generalmente che l'ipnosi è stata indotta. Mentre alcuni ritengono che non sia necessario utilizzare la parola "ipnosi" come parte dell'induzione ipnotica, altri lo vedono come essenziale. I dettagli delle procedure ipnotiche e delle suggestioni saranno diversi a seconda degli obiettivi del professionista e delle finalità della ricerca clinica o delle finalità della ricerca. La definizione più appropriata del termine "ipnosi" parla di questo concetto come di una particolare interazione comunicativa, fondata sull'instaurazione e conservazione di un legame relazionale, che permette una sostanziale modificazione dell'esperienza personale tale da poter produrre effetti fenomenologicamente registrabili e in larga parte prevedibili a priori. Da questa definizione risulta che l'ipnosi presenti

delle manifestazioni esterne, tuttavia essa rimane fondamentalmente un'esperienza soggettiva. Inoltre, poiché essa viene considerata un'interazione, risulta molto importante l'analisi della comunicazione sotto due aspetti: 1) le modalità con cui i soggetti riportano la loro esperienza sia durante lo stato ipnotico sia successivamente, al fine di rilevarne le caratteristiche essenziali e permettere quindi la raccolta di dati scientifici comparabili, 2) capire le caratteristiche principali della comunicazione ipnotica, al fine di comprendere come essa giunga ad agire in profondità sui vissuti esperienziali del soggetto.

Per quanto concerne il secondo punto, si può dire che la comunicazione ipnotica è contestuale, ossia crea, coordinando consapevolmente e coerentemente l'insieme delle componenti dell'atto comunicativo (comunicazione verbale, vocale non verbale, gestuale e così via), un determinato contesto all'interno del quale specifici processi psicologici permettono il prodursi di effetti desiderati.

L'Ansia In Odontoiatria

L'ansia viene definita come uno stato di apprensione, tensione e disagio che scaturisce dall'anticipazione di un pericolo, la cui provenienza è in parte sconosciuta o non riconosciuta. L'ansia si distingue dalla paura che invece rappresenta una risposta emotiva ad un pericolo riconosciuto e solitamente esterno. Come per la paura anche l'ansia è caratterizzata da manifestazioni tipiche a carico del sistema nervoso autonomo: tachicardia, iperventilazione e dispnea, sudorazione, secchezza delle fauci, scosse muscolari, urgenza e aumento della frequenza minzionale, diarrea, nausea e vomito. Sono presenti sintomi soggettivi come apprensione, agitazione, irritabilità e paura di perdere il controllo. L'ansia diventa patologica quando interferisce con la funzione sociale e lavorativa dell'individuo.

Soprattutto in campo odontoiatrico, nonostante le tecnologie avanzate e il relativo stato di comfort di cui oggi i pazienti possono beneficiare, la paura e l'ansia odontoiatrica restano un serio problema per molte persone, con una prevalenza che varia dal 10 al 15% della popolazione ^{3, 4}. Questi risultati mostrano come l'odontoiatra possa incontrare persone la cui ansietà può essere di grado variabile, e tale da interferire con le procedure chirurgiche e con lo stesso benessere del paziente. Nel caso dell'ansia da dentista, essa può essere misurata in funzione di quanto un paziente eviti la visita del dentista o in funzione della minore o maggiore intensità degli stimoli psicologici evocati nel paziente.

Deriva principalmente dalla paura delle iniezioni e del trapano, mentre tra gli altri stimoli responsabili di paura e di risposte ansiose si enumerano il senso di claustrofobia, di soffocamento e di impotenza, gli strumenti odontoiatrici e la sala operatoria.

L'ansietà odontoiatrica si distingue per alcune caratteristiche principali.

Un primo aspetto è rappresentato dalla novità: quando si presenta un'esperienza nuova, questa crea molta più apprensione rispetto a quando la stessa esperienza è

divenuta abituale. Un ruolo molto importante è rivestito anche dall'informazione appropriata e precisa che il dentista deve esporre al paziente. Un secondo aspetto è rappresentato dalla mutevolezza e dall'incertezza, in quanto possono contribuire ad aumentare lo stato di attenzione e di eccitazione, e quindi la stessa ansia. Il terzo aspetto è invece rappresentato dalla prospettiva causata da parenti e amici, le cui esperienze negative possono aiutare ad aumentare sia la paura che l'ansia.

Tra le cause dell'ansia odontoiatrica possono essere comprese le cause vicarie e l'esperienza personale, in accordo con Rankin e Harris⁵, le quali contribuiscono a definire l'ansia esogena descritta da Sheehan e Sheehan⁶, mentre tra le cause organiche di ansia è molto importante l'ansia endogena. L'ansia esogena può derivare da cause vicarie, ovvero da parenti che hanno avuto un'esperienza odontoiatrica sfavorevole o anche semplicemente un rapporto ostile nei confronti del dentista, ma può derivare anche dalla propria esperienza personale. Questa, soprattutto per quanto riguarda il dolore accusato o per quanto riguarda altre esperienze traumatiche tra i 2 e i 18 anni, può rappresentare un elemento molto favorevole all'insorgenza di ansia⁷.

Kleinknecht e coll.⁸ osservarono che le cause di ansia potevano essere suddivise in quelle che determinano la fuga dall'odontoiatra, in quelle collegate con stimoli dentali specifici e in quelle che determinano risposte fisiologiche da aumento dell'attività simpatica. Tra queste si possono ricordare l'aumento della frequenza cardiaca e l'aumento della pressione arteriosa, la sudorazione ed il cardiopalmo: questi ultimi sintomi possono essere essi stessi causa di ansietà.

Tutte le forme di ansia esogena dovrebbero essere studiate valutando ogni singolo individuo, la sua famiglia, mediante indagini epidemiologiche che possano identificare le origini e la prevalenza di paure multiple associate.

L'ansia può manifestarsi attraverso le seguenti categorie principali: 1) segni di comportamenti verbali nell'ambiente: spesso infatti quando il paziente entra in contatto con l'ambiente odontoiatrico, modifica la tonalità della voce, può balbettare o addirittura assumere un atteggiamento taciturno, espressione

evidente di una correlazione fra ansia e riduzione della fluidità dell'eloquio. Per quanto riguarda il tono della voce, la persona persuasiva usa una vasta gamma di tonalità vocali ed un ritmo regolare, mentre l'elevata velocità dell'eloquio, le interruzioni ed i raschiamenti della voce esprimono imbarazzo;

2) segni di comportamenti non verbali nell'ambiente: si tratta di gesti, atteggiamenti posturali e mimica facciale che sfuggono al controllo della coscienza e che comunicano contenuti ed emozioni latenti aventi il carattere della inevitabilità e della involontarietà⁹. Il comportamento non verbale si manifesta con atteggiamenti interpersonali che denotano il grado di confidenza raggiunto o attraverso emozioni espresse attraverso la mimica facciale che possono significare paura, tristezza, collera o gioia. La persona allegra, ad esempio, presenta l'angolo della bocca rivolto verso l'alto; le persone molto comunicative hanno una gestualità marcata che permette di comunicare con maggiore efficacia. I movimenti delle mani di chi parla possono rilevare condizioni emotive diverse: ad esempio, l'ansioso mantiene spesso le mani contratte e tese, mentre nel paziente in stato di collera la gestualità è brusca, poco armoniosa ed associata ad eloquio veloce. Anche la distanza interpersonale, ovvero lo spazio che separa due o più persone, può esprimere sentimenti diversi come l'intimità oppure la diffidenza, quando lo spazio tra le persone è tale da confermare il detto "mantenere le distanze".

Un osservatore attento potrebbe identificare comportamenti che denotano uno stato ansioso semplicemente osservando il paziente in sala d'attesa notando dei caratteri posturali standard, come il sedere sul bordo della poltrona, lo stare a braccia conserte con le gambe accavallate, il guardare spesso l'orologio e lo stare in piedi o attendere il proprio turno con giacca e cappotto indossati.

Allo stesso modo, è ancora più facile individuare il paziente ansioso, quando, fatto accomodare nella poltrona del riunito, non si sente comodo, non adatta il suo corpo alle forme anatomiche della sedia odontoiatrica, tiene il capo appoggiato al poggiatesta con un certo grado di inclinazione e con i muscoli del

collo contratti. Le gambe sono accavallate o talvolta una gamba, specialmente la destra, rimane penzolante, evidentemente per facilitare l'istinto alla "fuga".

3) gli atteggiamenti al di fuori dell'ambiente odontoiatrico: nell'adulto, consistono nel far fronte ad una situazione che procura ansia semplicemente evitandola. Una consistente percentuale di persone accusa paura da dentista, sempre maggiore dopo aver a lungo evitato il dentista e dopo aver disdetto gli appuntamenti piuttosto che averli effettuati regolarmente. L'ansia odontoiatrica ha un'ampia gamma di conseguenze psicologiche, biologiche, comportamentali e sociali (Cohen et al. 2000⁶⁵). Un'indagine recente condotta nel Regno Unito su pazienti adulti ha concluso che circa il 10% dei soggetti sono sufficientemente timorosi dell'odontoiatra da evitare o ritardare l'appuntamento, mentre uno studio su oltre 1000 pazienti italiani ha dimostrato che circa il 25% raggiunge livelli elevati di ansia e il 10% di fobia odontoiatrica (Facco et al. 2008⁶⁶).

Non sempre esiste correlazione fra le diverse componenti comportamentali dell'ansia. Persone che sono estremamente ansiose non fanno mai attendere e sono molto cooperanti mentre altre, dotate di un livello di ansietà identico, sono dirompenti. La mancanza di correlazione fra le componenti comportamentali dell'ansia induce spesso in errori di valutazione, in primo luogo a causa della difficoltà dell'osservatore nel distinguere gli atteggiamenti delle sensazioni che il paziente prova, in secondo luogo a causa della difficoltà di quantificare il comportamento stesso del paziente ansioso.

4) i segni fisiologici: i segni fisiologici di una stimolazione del sistema simpatico sono rappresentati dall'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, dalla secchezza in bocca e dalla liberazione di catecolamine. Non vi è tuttavia uniformità di vedute tra i fisiologi sul fatto che le risposte simpatiche siano secondarie ad uno stato d'ansia preesistente o che le risposte simpatiche scatenino la sensazione d'ansia. Sembra però che le risposte fisiologiche siano secondarie all'ansia probabilmente attraverso la liberazione di catecolamine.

L'ansia endogena è una condizione aggiuntiva dell'ansia odontoiatrica i cui sintomi sono quelli dei comuni stati di ansietà, ma che sono espressione di un

disordine di natura organica piuttosto che la conseguenza di esperienze precedenti. Gli attacchi di ansia endogena si presentano spontaneamente e sono contraddistinti da una quantità di sintomi ben più gravi di quelli provocati dall'ansia esogena: tra questi ricordiamo una sensazione di debolezza o brevi periodi di vertigine, iperventilazione, respiro difficoltoso, nausea e vomito, sensazione di soffocamento, dolori al torace o episodi di sudorazione. È molto importante sottolineare il fatto che i sintomi di ansia possono durare da due minuti fino a 12 ore. Gli attacchi, che vengono distinti in attacchi minori (uno o due), e attacchi maggiori (tre o quattro di seguito), si possono verificare con una frequenza minima di un attacco al mese, mentre la diagnosi viene effettuata sulla base di tre attacchi nell'arco di tempo di tre mesi. L'ansia endogena, qualora non venisse opportunamente curata, seguirà una progressione di aggravamento passando attraverso diversi stadi: attacchi di sintomi da subpanico, attacchi di panico polisintomatico, ipocondriasi, fobie specifiche, polifobie, fino a sfociare nelle depressione.

Risulta fondamentale quindi il ruolo dell'odontoiatra, il quale deve essere in grado di riconoscere l'ansia endogena e di saperla distinguere da quella esogena: entrambe possono essere misurate e prevenute mediante eventuali trattamenti farmacologici prima che il paziente raggiunga lo studio odontoiatrico.

Il Riconoscimento Del Paziente Ansioso

Per riconoscere il paziente ansioso ci si avvale oggi di test conoscitivi che hanno lo scopo di identificare le possibili cause che hanno indotto paura ed ansia, e di quantificare il livello di ansietà. I metodi per la misurazione dell'ansia consistono nell'autovalutazione dello stato d'ansia, nella misura del comportamento mediante i test dell'osservazione e nella misura delle risposte fisiologiche.

I questionari sono dei test che vengono impiegati nella valutazione delle risposte date dal paziente ad una serie di domande precise: tra quelli più utilizzati si ricordano il test di Scott et al.¹⁰, il test ideato da Kleinknecht et al.¹¹, il Dental Anxiety Scale (DAS) illustrato da Corah et al.¹², l'Interval Scale of Anxiety Response (ISAR) proposto da Mendola et al.¹³, il test descritto da Shoben e Borland¹⁴ e il test di Forgione e Clark¹⁵, molto utile per identificare forme di ansia endogena.

Il test di Scott et al.¹⁰ permette l'identificazione di livelli "bassi", "medi" o "elevati" di ansietà: valori medi corrispondono a punteggi medi pari a 2,4 circa, mentre punteggi inferiori o superiori a 2,4 indicano rispettivamente livelli minori o più elevati di ansietà.

Tabella I – Test di Scott et al.¹⁰
Il paziente viene invitato a rispondere alle domande poste da una serie di
35 items, assegnando punteggi compresi tra 1=no e 6=moltissimo

1. Si sente ansioso quando deve apprestarsi ad affrontare un trattamento odontoiatrico?
2. Escludendo l'ansia o la paura causata dal dentista, in quale misura altre cause possono essere responsabili di ansia o paura?
3. In quale misura ha trascurato la cura dei suoi denti?
4. Ha mai annullato gli appuntamenti dal dentista per qualche ragione particolare?
5. Può definire il massimo livello di dolore che ha sperimentato nel corso di tutti gli interventi odontoiatrici che lei ha subito?
6. Come può definire il livello di dolore che lei accusa nel corso dei trattamenti odontoiatrici in genere?
7. Sa definire il grado di paura in lei provocato dal dolore dentario?
8. Sa definire il grado di paura in lei provocato dal dolore in genere?
9. Sa definire il grado di paura o di timore causato in lei dai trattamenti medici in genere?
10. Sa definire il suo stato di ansietà in relazione all'iniezione effettuata dal dentista?
11. Sa definire il suo stato di paura in relazione ad altri tipi di punture che non siano quelle praticate dal dentista?
12. Ricorda se furono traumatizzanti nei suoi confronti talune esperienze odontoiatriche da lei subite in passato?
13. Si è mai sentito limitato nelle sue facoltà mentre stava per essere sottoposto ad un intervento odontoiatrico?
14. Si è mai sentito indifeso mentre stava per essere sottoposto ad un intervento odontoiatrico?
15. In quale misura si è sentito pieno di paura ed atterrito, nel passato, mentre stava per essere sottoposto ad intervento odontoiatrico?
16. Le è mai sembrato di incorrere in una specie di dramma mentre stava per essere sottoposto ad intervento odontoiatrico?
17. In generale le piace il suo dentista come persona?
18. Ritieni che il suo dentista tenga in considerazione lei come persona?
19. Come giudica la professionalità del suo dentista?
20. Si sente riluttante a parlare con il suo dentista del proprio stato di ansia causato dall'intervento odontoiatrico?
21. Ha mai temuto i rimproveri del suo dentista in relazione alla pulizia della sua bocca?
22. Ha mai ritenuto che il suo intervento odontoiatrico fosse stato non corretto o non appropriato?
23. Ritieni che il suo dentista abbia provveduto a sollevarla dal dolore in modo corretto?
24. Ritieni che il suo dentista sia stato intenzionalmente responsabile delle sue sensazioni dolorose o dei suoi disagi?
25. In quale misura ritieni che sua madre abbia potuto causare paura ed ansietà nei confronti del dentista?
26. In quale misura ritieni che suo padre abbia potuto causare in lei ansietà o paura nei confronti del dentista?
27. In quale misura gli altri componenti della sua famiglia hanno potuto causare in lei ansietà o paura nei confronti del dentista?
28. Qualche componente della sua famiglia ebbe esperienze traumatiche con il dentista?
29. Mentre cresceva con l'età, i suoi amici manifestarono forse qualche segno di ansietà nei confronti del trattamento odontoiatrico da loro subito?
30. In quale misura ebbe a sperimentare qualche esperienza traumatizzante con un odontoiatra?
31. In quale misura qualche componente della sua famiglia ebbe un'esperienza ritenuta traumatizzante con un medico non odontoiatra?
32. In quale misura accusò timori o paura quando ebbe ad ascoltare i trattamenti odontoiatrici subiti da qualche persona?
33. È mai stato criticato da qualcuno in relazione al suo stato di ansietà o di paura nei confronti del trattamento odontoiatrico?
34. Ha mai accusato imbarazzo a parlare della sua paura o ansia nei confronti dell'odontoiatra?
35. Ha mai subito traumi sul proprio viso o sui propri denti durante un intervento odontoiatrico?

Il test ideato da Kleinknecht et al.¹¹ è più particolareggiato rispetto al precedente, in quanto è composto da 2 items riguardanti la “fuga dal dentista”, da 6 items riguardanti le risposte fisiologiche alla paura causata dal dentista, da 15 items riguardanti il livello di paura causato dalle diverse componenti odontoiatriche e da 4 items riguardanti l’ansia vicaria. Valori medi totali di punteggio corrispondenti a 2,3-2,4 circa indicano livelli medi di ansietà odontoiatrica.

Tabella II - Test di KleinKnecht et al.¹¹. Il paziente viene invitato a rispondere alle domande contenute in 27 items, assegnando punteggi da 1 punto (no, mai) o da 5 punti (intensamente, sempre)

FUGA DAL DENTISTA

1. Le succede frequentemente di evitare un appuntamento con il dentista?
2. Le è successo di annullare o di non presentarsi ad un appuntamento con il dentista?

RISPOSTE FISIOLOGICHE

3. Le succede di contrarre i muscoli, durante l’intervento?
4. Le pare di aumentare la frequenza del respiro durante l’intervento?
5. Le succede di sudare?
6. Accusa nausea durante l’intervento
7. Le pare di accusare batticuore durante l’intervento?
8. Le pare di aumentare la produzione di saliva, durante l’intervento?

TIMORE DEGLI STIMOLI

9. Le crea apprensione fissare l’appuntamento con il dentista?
10. Le crea apprensione l’atto di inoltrarsi verso l’ambulatorio odontoiatrico?
11. Le crea apprensione il sostare in sala d’attesa?
12. Le crea apprensione la poltrona operatoria?
13. Le crea apprensione l’odore dell’ambulatorio?
14. Le crea apprensione la vista del dentista?
15. Le crea apprensione la vista dell’ago?
16. Le crea apprensione la puntura dell’ago?
17. Le crea apprensione la vista del trapano?
18. Le crea apprensione la sensazione provocata dal trapano mentre funziona nella sua bocca?
19. Le crea apprensione sentire il rumore del trapano?
20. Non accusa mai una sensazione, durante l’intervento odontoiatrico, come di chi è imbavagliato?
21. Le crea apprensione la pulizia dei denti (detartaggio)?
22. Le crea apprensione accusare dolore durante l’intervento, malgrado sia già stata effettuata l’anestesia locale?
23. In generale, le incute timore il dentista?

ANSIA VICARIA

24. Ricorda se in passato sua madre aveva paura del dentista?
25. Ebbe paura del dentista suo padre?
26. Ebbero paura del dentista i suoi fratelli o le sue sorelle?
27. Ricorda se qualche suo compagno o compagna di infanzia aveva paura del dentista?

Invece attraverso il Dental Anxiety Scale (DAS)¹², che non contempla la valutazione dell'ansia vicaria, è possibile identificare nel punteggio corrispondente a valori medi pari a 17 una situazione di fobia odontoiatrica tale da richiedere un trattamento farmacologico, nei punteggi corrispondenti a 10-11 uno stato di ansia elevato, ed infine nei punteggi corrispondenti a valori medi da 6 a 9 uno stato ansioso di media entità.

Tabella III - Il Dental Anxiety Scale (Corah et al. 1978)¹²

Il test è stato usato sia per gli adulti che per i bambini (Murray et al. 1989; Locker et al. 1991).

Versioni alternative del test sono disponibili in quattro lingue europee (Kunzelmann e Dunniger 1990; Neverlien 1990; Eijkman e Orlebeke 1990; Facco et al. 2008⁶⁶).

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

- 1) Mi sentirei come colui il quale deve affrontare un'esperienza abbastanza piacevole...
- 2) Non mi preoccuperei molto degli eventi che dovrei affrontare...
- 3) Mi sentirei un po' a disagio...
- 4) Sarei timoroso perché l'esperienza potrebbe essere spiacevole e crearmi paura
- 5) Sarei molto impaurito di ciò che mi potrebbe fare il dentista

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

- 1) Rilassato...
- 2) Un po' a disagio...
- 3) Teso
- 4) Ansioso...
- 5) Così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato...

3° Quando lei si trova seduto sulla poltrona operatoria, in attesa che il dentista prepari il trapano per iniziare il lavoro nella sua bocca, come si sente?

- 1) Rilassato...
- 2) Un po' a disagio...
- 3) Teso
- 4) Ansioso...
- 5) Così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato...

4° Se lei si trova già sistemato sulla poltrona operatoria in attesa di iniziare la pulizia dei suoi denti, in attesa che il dentista prepari gli strumenti che userà per pulire i suoi denti tutto intorno alle gengive, come si sente?

- 1) Rilassato...
- 2) Un po' a disagio...
- 3) Teso
- 4) Ansioso...
- 5) Così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato...

Un altro test in grado di identificare l'ansia da dentista è stato descritto da Shoben e Borland¹⁴, e consiste in 15 items con risposte a 5 punti.

Questo test identifica l'ansia esogena dei pazienti in relazione alle esperienze odontoiatriche del passato.

Tabella IV - Test di Shoben e Borland¹⁴ per l'identificazione dell'ansia esogena nel paziente odontoiatrico ambulatoriale.
Le cifre a lato di ogni item corrispondono a 0=no; 1=un po'; 2=moderatamente; 3=marcatamente; 4=severamente.
Il paziente apporrà un cerchio sul numero corrispondente alla condizione nella quale egli si identifica.
Quanto è maggiore il punteggio ricavato tanto maggiore sarà la gravità dello stato di ansia esogena.

Le crea apprensione fissare l'appuntamento?	0 1 2 3 4
Si sente come intrappolato sulla poltrona operatoria?	0 1 2 3 4
Ha paura di sentirsi solo a casa propria?	0 1 2 3 4
Ha paura degli spazi chiusi?	0 1 2 3 4
Ha paura dei bus, dei sottopassaggi o delle auto?	0 1 2 3 4
Ha paura del rumore del trapano?	0 1 2 3 4
Ha paura di andare a casa da solo?	0 1 2 3 4
Ha paura di mangiare, bere o scrivere in pubblico o di sentirsi osservato o di essere al centro dell'attenzione?	0 1 2 3 4
Le causa turbamento il non essere stato informato dal dentista circa il tipo di intervento cui verrà sottoposto?	0 1 2 3 4
Ha paura degli aghi in bocca?	0 1 2 3 4
Ha paura di una cattiva esperienza come quella eventualmente accusata in passato?	0 1 2 3 4
Ha paura di leggere o di sentire argomenti relativi a malattie o alla salute in genere?	0 1 2 3 4
Ha paura dei luoghi affollati?(teatri, magazzini, sedi per incontri sociali)	0 1 2 3 4
Ha paura degli strumenti e delle procedure odontoiatriche?	0 1 2 3 4
Ha paura di luoghi, cose o attività di ogni giorno, diverse da quelle sopra elencate?	0 1 2 3 4

La discriminazione tra i sintomi dell'ansia esogena e quelli dell'ansia endogena permette al dentista di prendere gli opportuni provvedimenti, in particolare psichiatrici. Per identificare tali forme di ansietà endogena è utile l'impiego del test di Forgione e Clark¹⁵.

Tabella V - Test di Forgione e Clark¹⁵ per l'identificazione dei sintomi e delle turbe accusate dai pazienti affetti da paura endogena.
Le cifre a lato di ogni item corrispondono a 0=niente; 1=un po'; 2=moderatamente; 3=marcatamente; 4=severamente.
Il paziente viene invitato a rispondere alle domande assegnando il punteggio corrispondente.

Accusa talvolta senso di tensione allo stomaco?	0 1 2 3 4
Accusa talvolta sudore al palmo della mano?	0 1 2 3 4
Accusa talvolta senso di caldo generalizzato?	0 1 2 3 4
Accusa talvolta senso di mancamento al cuore?	0 1 2 3 4
Le tremano talvolta le mani?	0 1 2 3 4
Accusa talvolta senso di secchezza in bocca?	0 1 2 3 4
Si sente malsicuro?	0 1 2 3 4
Accusa momenti di debolezza o di vertigine?	0 1 2 3 4
Accusa senso di dolore o di oppressione al torace?	0 1 2 3 4
Accusa talvolta senso di soffocamento?	0 1 2 3 4
Accusa senso di ronzio o di torpore al corpo?	0 1 2 3 4
Accusa difficoltà a respirare o respiro breve?	0 1 2 3 4
Accusa talvolta momenti di sudorazione eccessiva?	0 1 2 3 4
Ha paura della morte, della malattia o di un collasso?	0 1 2 3 4
Accusa sensazioni di irrealtà o di distacco dal corpo?	0 1 2 3 4
Accusa episodi di diarrea?	0 1 2 3 4
Accusa livelli variabili di nervosismo?	0 1 2 3 4

Gli attacchi di ansia e di paura costituiscono una situazione intollerabile o una evenienza che può scatenare alcune reazioni come la fuga o l'evitare qualcuno allo scopo di eliminare la sensazione di malessere. L'attacco di ansia può giungere senza preavviso o senza causa alcuna o può verificarsi in situazioni specifiche. In genere, un attacco di ansia è associato ad alcuni o a tutti i sintomi o segni sopra menzionati: includa con un cerchietto il numero che meglio descrive il fastidio provocato dagli attacchi di ansia che potrebbero verificarsi, sia in ambulatorio odontoiatrico, sia in qualsiasi altra parte ove lei possa trovarsi:

0 1 2 3 4

Si sente infastidito dagli attacchi di ansia o di panico quando la causa è facilmente identificabile?

0 1 2 3 4

Si sente infastidito dagli attacchi improvvisi di ansia o di panico che si verificano quando la causa non è identificabile. La infastidiscono gli attacchi di ansia e di panico i cui sintomi si verificano ogni volta senza alcuna specifica ragione?

0 1 2 3 4

Se ha scelto il punteggio 1 o 4 nella seconda domanda, indichi se le sue improvvise ed imprevedibili sensazioni di ansia o di paura durante la sua attività giornaliera giocano un ruolo determinante nell'evitare il trattamento odontoiatrico.

SI NO

Qualora il paziente rispondesse affermativamente all'ultima domanda del test, dovrebbe essere ipotizzata la presenza di ansia endogena, e come tale il paziente dovrebbe essere invitato ad abbandonare il trattamento

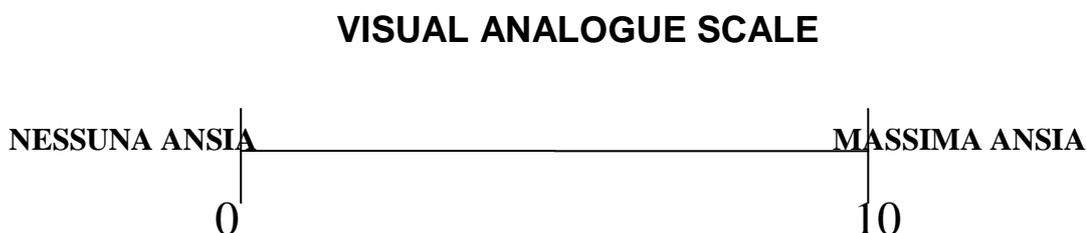
odontoiatrico affinché possa iniziare cure psichiatriche specifiche.

I test scelti per identificare l'ansia esogena o endogena dovrebbero essere effettuati in tutti i pazienti che si presentano per la prima volta

dall'odontoiatra, essere inclusi nella cartella clinica del paziente, e rappresentare un termine di confronto per eventuali visite future. Nel caso in cui venissero rilevati valori medio-alti di ansietà odontoiatrica il dentista dovrebbe prendere in considerazione tutti i provvedimenti necessari a sua disposizione e, tra questi, principalmente i farmaci ansiolitici o il ricorso ad un medico specialista.

Oltre ai questionari sono disponibili altri metodi per quantificare l'ansia, come ad esempio l'analogo visivo. L'analogo visivo con scala a centimetri (Visual Analogue Scale¹⁶) viene impiegato per misurare l'intensità del dolore e le sue variazioni in funzione del trattamento con analgesici, per valutare il sonno provocato da farmaci ipnotici e l'effetto ansiolitico dei benzodiazepinici nel paziente odontoiatrico ambulatoriale. Consiste in una scala analogica molto elementare: su un segmento di 10 cm, di cui un estremo corrisponde a "assenza di paura" e l'altro a "massimo grado di paura immaginabile", il paziente deve indicare il proprio stato. Il VAS è stato impiegato con successo anche per valutare l'ansia del paziente odontoiatrico nel corso della visita preoperatoria, e la sua diffusione è legata alla sua facilità di comprensione e maneggevolezza.

Tabella VI - Analogo visivo per l'ansia



Dai dati della letteratura risulta che il test di Corah (DAS)¹² è il metodo più ampiamente usato per la valutazione dell'ansia in odontoiatria (Corah et al. 1978; Murray et al. 1989; Locker et al 1991) per la sua validità, affidabilità, e facilità di somministrazione. Malgrado l'uso diffuso di test per l'ansia nella ricerca odontoiatrica, il problema è ancora lungi dall'essere risolto: proprio l'ampio numero di scale proposte evidenzia che nessuna di queste ha caratteristiche ideali. Lindsay e Jackson (1993) hanno dimostrato che le misurazioni attuali sulla paura dell'odontoiatria non riescono a identificare in modo appropriato tutti i fattori che contribuiscono all'ansia, specialmente il ruolo dei "pensieri negativi". Le misure esaminate, sono basate per la maggior parte sulle manifestazioni fisiologiche dell'ansia, con relativa poca importanza data alle risposte comportamentali e cognitive.

I test generici per l'ansia negli adulti sono utili per identificare l'ansia odontoiatrica, ma non sempre permettono di distinguere questa componente da eventuali disturbi d'ansia di altra origine.

Il test di Spielberger è stato usato ampiamente sia in ambito odontoiatrico che per altre casistiche, ed è disponibile come questionario ridotto, che potrebbe essere utile sia nella ricerca che nella pratica clinica.

La maggior parte dei test citati mostra valori adeguati di coerenza e correlazione. La scelta di un questionario rispetto ad un altro dipende in parte dallo scopo per cui il test è stato creato e quindi dalle situazioni di ansia dentale che si vogliono

accertare. I questionari con più domande tendono a fornire una maggiore sensibilità e valutare con maggiore precisione cambiamenti nel tempo o differenze fra gruppi diversi (per esempio, il Dental Anxiety Inventory DAI o l'indagine sulla paura odontoiatrica di "Kleinknecht"). Altre scale, quale il test di Corah, chiedono ai partecipanti di valutare situazioni odontoiatriche particolari in modo da consentire di pianificare alcuni interventi, alleviando così l'ansia del paziente. La maggior parte dei test per adulti riguardano la sfera psicologica, mentre le scale per i bambini tendono a stimarne di più gli aspetti comportamentali.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

La Storia Dell'ipnosi

L'ipnosi presenta una storia complessa e molto estensiva, che risale fino all'antica Grecia e all'antico Egitto. Nel secondo secolo A.C., un medico greco antico ellenista, Galeno di Pergamo (216-129), ipotizzò una teoria scientifica sulle malattie che afferma : “E' presente un fluido invisibile che ha colmato l'universo e che scorre attraverso il corpo e la mente di ogni persona, che mantiene una buona salute sia fisica che mentale. La malattia è causata da un'interruzione di questo flusso e la guarigione dipende ancora una volta dal raggiungimento di un equilibrio soddisfacente.”¹⁷

Prima del 1530, anno in cui Paracelso (1490-1541) traendo dall'occultismo alcune intuizioni ingegnose formulò la teoria relativa all'influenza degli astri sugli esseri umani e sulle malattie, tutti i fenomeni che oggi conosciamo come specifici della potenzialità dell'immaginazione erano considerati isolatamente come manifestazioni divine o diaboliche, oppure il risultato di pratiche magiche. Successivamente Athanasius Kircher (1602-1680), gesuita, filosofo, storico tedesco, erudito universale del XVII secolo, propose l'idea che non erano solo le stelle ad influire sull'uomo, ma che anche gli uomini potevano influenzarsi reciprocamente attraverso poteri magnetici.

Franz-Anton Mesmer (1734-1815), medico tedesco, laureato in medicina e filosofia a Vienna, fu il responsabile di aver riunito insieme tutte queste teorie.

Egli stesso postulò il concetto del “magnetismo animale” nel 1774. Questa teoria sostiene che il fluido suggerito da Galeno potrebbe essere manipolato attraverso il corpo mediante l'uso di magneti. Questi magneti, che si suppone riguardino il flusso di questo fluido etereo, sono situati sulla superficie del corpo che necessita di guarire e ripristinano l'equilibrio necessario per consentire la guarigione al soggetto. Nel corso degli anni Mesmer scoprì che i magneti non erano necessari

al fine del trattamento e iniziò a supporre di essere egli stesso il magnete, e di essere in grado di controllare il flusso di questo fluido, da cui il termine “magnetismo animale”. Questo fluido rappresentava l'equilibrio all'interno del corpo umano, e la sua assenza o distribuzione non omogenea provocava malattia; lo scopo del medico era di conseguenza quello di restituire l'equilibrio attraverso un “campo di forze” generato e messo in atto dal contatto tra malato e curante, come se fossero i poli di misteriose forze risanatrici.

Il magnetismo animale agiva dunque come un complesso sistema di vasi comunicanti, con movimenti di flusso e di reflusso provocati da scambi asimmetrici tra terapeuta e paziente.

Un'altra grandiosa intuizione di questo personaggio consistette nella sua attenta osservazione di quello che lui definì “contromagnetismo”, ossia la presenza nel paziente di forze ostili alla cura: questo non è altro che un problema che da Freud in poi viene definito “resistenza” alla terapia.

Le teorie di Mesmer furono contrastate dall'ambiente scientifico di allora e furono sottoposte ad un'indagine di validità scientifica da parte di due commissioni nominate dal Re di Francia Luigi XVI nel 1784. Il verdetto delle commissioni fu di condanna per la teoria del magnetismo animale e tutta l'azione terapeutica del magnetismo fu attribuita all'immaginazione : “L'immaginazione senza magnetismo può produrre convulsioni ... il magnetismo senza l'immaginazione non produce nulla¹⁸”. Mesmer, perduta la reputazione, fu costretto ad abbandonare Parigi e successivamente anche la medicina ufficiale di Vienna lo accusò di praticare magia obbligandolo a lasciare l'Austria.

Verso la metà del XIX secolo l'ipnosi fu ripresa da medici come James Braid (1785-1860): egli propose un'importante e radicale revisione teorica del mesmerismo, dimostrando che i fenomeni ipnotici dipendono esclusivamente da “un'impressione sui centri nervosi”, senza ipotizzare l'influenza specifica di un fluido magnetico.

Secondo Braid, infatti, la realizzazione dello stato ipnotico dipende dalla concentrazione su un'unica idea (monoideismo) e da un affaticamento del sistema nervoso che si ottiene con la fissazione prolungata dello sguardo.

Nel corso della sua vita riformulò più volte la sua teoria dell'ipnosi e arrivò alla conclusione che la suggestione fosse il mezzo per provocare i fenomeni ipnotici, anche se da sola non è sufficiente per spiegarli. È con Braid che si può dire abbia origine l'ipnosi scientifica moderna: egli coniò infatti i termini di "ipnosi" e di "ipnotismo" e respinse la teoria magnetica dando importanza alla suggestione.

Gli sviluppi successivi di interpretazione dell'ipnosi si devono ai lavori di Ambrosie-Auguste Liébeault (1823-1904), un medico di Nancy, e di Hippolyte Bernheim (1837-1919), famoso neurologo parigino, che insieme fondarono la scuola di Nancy. La scuola di Nancy si trovò a dover opporre studi e teorie sull'ipnosi alla scuola di Jean-Martin Charcot (1825-1893), che operava all'Ospedale della Salpêtrière di Parigi. Mentre per la scuola di Nancy l'ipnosi era un fenomeno psicologico normale e tutti i suoi fenomeni potevano essere spiegati con la suggestione, Jean-Martin Charcot considerava l'ipnosi un fenomeno patologico, una nevrosi isterica artificiale. Charcot ipotizzò che l'ipnosi avesse tre stadi distinti (letargico, catalettico e sonnambulico): nel primo stadio si realizza il rilassamento, dove è presente un sonno profondo e assenza di attività intellettuali; nel secondo si alternano rigidità e flaccidità muscolare; nel terzo ed ultimo stadio si raggiunge lo stato di sonnambulismo, dove il paziente esegue gli ordini dell'ipnotizzatore. Secondo Charcot esistono anche persone che non sono suscettibili ad essere ipnotizzate e ritiene perciò la suggestionabilità una sorta di "debità mentale" a base neurologica, connessa con la sintomatologia nevrotica di tipo isterico.

Nel 1880 Joseph Breuer (1842-1925), medico e psichiatra svizzero, rivoluzionò l'impiego terapeutico dell'ipnosi dopo aver trattato il caso di Anna O. (Bertha Pappenheim), la quale soffriva di massicci sintomi quali paralisi e disturbi della visione e della parola.

Avendo avuto a lungo la giovane in trattamento mediante ipnosi, su proposta di Freud (1856-1939) aveva iniziato ad applicarle il “metodo catartico” da questi ideato, un metodo basato su libere esternazioni del paziente in condizioni di completa tranquillità e rilassamento. Breuer notò che i sintomi diminuivano o sparivano dopo che la paziente ne parlava. Le discussioni intercorse tra Breuer e Freud a proposito di questo caso sono documentate nel libro “Studi sull'isteria” (1895), che porta la firma di entrambi, e che costituisce la base per la nascita della psicoanalisi freudiana. Infine Breuer, anche perché emotivamente coinvolto dalla relazione con la paziente, convinto dell'inefficacia del metodo catartico decise di tornare all'ipnosi, determinando un allontanamento da Freud.

Anche Sigmund Freud, che aveva studiato l'ipnosi sia con Charcot, sia alla scuola di Nancy con Bernheim, iniziò a praticarla sistematicamente nel 1877 e ne fu, in un primo momento entusiasta. Dopo il primo periodo di entusiasmo abbandonò l'ipnosi perché disperava di poter far sì che la suggestione fosse abbastanza potente e duratura per poter effettuare cure definitive: osservò infatti che, in tutti i casi gravi, le suggestioni impartite perdevano efficacia e il disturbo o qualche suo sostituto si ripresentavano. La transitorietà dei risultati terapeutici non fu però l'unico motivo che spinse Freud ad abbandonare l'ipnosi e a creare un nuovo metodo: la psicoanalisi. Altri elementi furono sicuramente la laboriosità dei procedimenti ipnotici e il suo relativo insuccesso nelle induzioni. Con la morte di Jean-Martin Charcot (1893) e l'inizio della psicanalisi cominciò per l'ipnosi un periodo di decadenza.

Un certo risveglio di interesse per l'ipnosi si ebbe durante la prima guerra mondiale quando con tale metodo si iniziarono a trattare le nevrosi traumatiche di guerra, ma soltanto dopo la seconda guerra mondiale l'atteggiamento della scienza ufficiale nei confronti dell'ipnosi migliorò.

Gli autori contemporanei che hanno contribuito ad una più profonda comprensione dell'ipnosi sono certamente F. Granone²⁰, M. Erickson e T.X. Barber²¹.

Granone, primario neurologo presso l'ospedale di Vercelli, dove fondò il primo Centro Italiano di Ipnosi Clinica Sperimentale (CIICS) attualmente con sede a Torino, considera l'ipnosi come una regressione dell'Io, indotta nell'ambito di una relazione particolare tra due persone. Precisa inoltre che la regressione è voluta ed è al servizio dell'Io e che non tutto l'Io è regredito a livello di processo primario, ma una parte di questo continua ad agire secondo il principio di realtà e specificatamente l'ipnosi è la manifestazione della potenzialità dell'immagine mentale che si realizza con monoideismi plastici (ideoplasia). E sarebbe proprio questo monoideismo plastico a costituire il fondamento di ogni stato di ipnosi²².

L'ipnosi viene vista da Granone come una condizione di modificazione "guidata", ma pur sempre "naturale" dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici tanto da considerarla l'anello di congiunzione tra mente e corpo.

Il dottor Milton Erickson (1901-1980), che fu presidente e fondatore della Società Americana di Ipnosi Clinica e membro della Associazione Americana di Psichiatria, della Associazione Americana di Psicologia e della Associazione Americana di Psicopatologia, sviluppò un'ipnoterapia chiamata "ipnosi ericksoniana", che permette di comunicare con l'inconscio del paziente.

Secondo Erickson infatti l'ipnosi è un influenzamento reciproco onnipresente, inevitabile tra gli interlocutori in ogni tipo di relazione, tanto da fargli affermare che: "L'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi". Il suo approccio all'ipnosi esclude induzioni formali: egli utilizzando ciò che stava già avvenendo nel paziente accede al potenziale subconscio del medesimo, depotenziando i pregiudizi, gli schemi e le convinzioni limitanti che attribuisce all'Io cosciente e permette al paziente di utilizzare le proprie potenzialità. L'ipnoterapia ericksoniana, o psicoterapia ericksoniana, viene definita anche come "psicoterapia breve" e si basa su alcuni assunti teorici: 1)il paziente è un individuo unico, e pertanto unico sarà l'approccio utilizzato per curare il paziente; 2)l'inconscio di ciascun individuo è pieno di risorse per risolvere i problemi del vivere quotidiano: le persone sono considerate capaci di autoguarirsi e autocorreggersi se riescono a sfruttarle; 3)qualche individuo ha bisogno di aiuto per risolvere i propri problemi

e guarire dai propri sintomi: per poterlo fare, qualche volta una persona deve prima imparare delle nuove abilità, o deve orientare la propria attenzione verso nuovi modi di vedere le cose o di pensarvi; 4) i sintomi ed i problemi comportamentali sono frutto di un'inadeguata relazione tra mente conscia e mente inconscia; 5) l'attività psicoterapeutica dell'ericksoniano è principalmente orientata alla risoluzione dei sintomi o dei problemi comportamentali portati nel setting dal paziente. Erickson è sempre stato convinto che i suoi pazienti avessero la potenzialità di funzionare in modo sano ed essendo poco interessato ad esplorare la loro psicopatologia, aveva come obiettivo l'aiutarli ad accedere alle loro risorse nascoste. Suo profondo convincimento era che “ogni ipnosi è autoipnosi”. Nell'ottica di Erickson, il ruolo dell'ipnologo ne esce ridimensionato, ma non sminuito: egli infatti diventa un catalizzatore che aiuta il soggetto a trovare la sua strada per l'ipnosi.

Il punto di vista di Barber (1927-2005) si differenzia dalla maggior parte delle teorie correnti riguardo al fenomeno ipnosi, in quanto non concepisce lo stato ipnotico come uno stato o una condizione diversi dallo stato normale di coscienza. A riprova di questa affermazione sottolinea come tutti i fenomeni che si manifestano in uno stato ipnotico possano essere anche riprodotti, in soggetti normali, nel normale stato di veglia²¹. Per Barber non sono necessarie le tradizionali modalità d'induzione, mentre considera le variabili contestuali, come il comportamento dell'operatore e la relazione inter-soggettiva, degli elementi con un'importanza fondamentale per lo sviluppo e il mantenimento dello stato di trance.

Dalle definizioni di ipnosi proposte dagli autori sopra citati, si riscontra che al fenomeno ipnosi, seppur con rilevanza diversa, sono attribuiti sia aspetti neurofisiologici riconducibili al soggetto ipnotizzato, sia aspetti di relazione tra ipnotista e ipnotizzato.

Granone propone, per maggior chiarezza, di differenziare i due aspetti definendo come “stato ipnotico” quella condizione psicofisica con le sue caratteristiche di particolare stato di coscienza nella quale viene a trovarsi il soggetto, mentre

come “ipnotismo” la relazione e le modalità di comunicazione impiegate per l'attivazione dello stato ipnotico; inoltre afferma che per le fenomenologie ipnotiche realizzate autonomamente il termine corretto da usare dovrebbe essere “autoipnosi”.

Nel 1949 venne fondata negli USA la Society for Clinical and Experimental Hypnosis e nel 1959 divenne Società internazionale. Nel 1957 venne fondata una seconda società l'American Society of Clinical Hypnosis. L'anno successivo l'American Medical Association riconobbe l'ipnosi come legittimo metodo di cura in medicina e in odontoiatria, mentre in Italia la prima Associazione scientifica per lo studio dell'ipnosi (A.M.I.S.I.) si costituì nell'aprile del 1960.

Da allora l'ipnosi ha subito un continuo sviluppo scientifico ed oggi una buona quantità di studi è disponibile nella letteratura scientifica rendendo l'ipnosi una tecnica terapeutica di sicura e dimostrata efficacia.

Questa breve descrizione delle tappe fondamentali della storia dell'ipnosi permette di spiegare le ragioni della diffidenza e dello scetticismo che ancora oggi essa ingiustificatamente suscita. Ci sono state molte diverse opinioni e credenze riguardo all'ipnosi e al suo impiego in medicina, e tuttora continua ad essere così anche se le ricerche di oggi mostrano come l'ipnosi possa essere molto utile per quanto riguarda molti aspetti dell'odontoiatria.

TRATTAMENTO DELL'ANSIA

Tecniche Per Il Controllo Dell'ansia

Le modalità di trattamento del paziente ansioso dipendono da diversi fattori, tra cui l'esperienza e le conoscenze di ogni singolo odontoiatra, la severità, la durata e natura della procedura, lo stato fisico, la condizione psicologica e il livello di paura del paziente, le sue precedenti risposte nei confronti del dolore perioperatorio e, infine, la sua esperienza personale. Un'accurata analisi della storia clinica e odontoiatrica del paziente permette di valutare quale tipo di trattamento sia necessario nei confronti di pazienti ansiosi, e l'odontoiatra dovrà scegliere i metodi più adeguati al fine di ottenere i migliori risultati per quel paziente. In letteratura sono presenti molti metodi per il trattamento dell'ansia in odontoiatria, che possono essere di tipo psicologico oppure di tipo farmacologico. Molta importanza riveste il trattamento psicologico che può essere effettuato in alternativa o congiuntamente al trattamento farmacologico e ha lo scopo di desensibilizzare il paziente. Deve inoltre mirare a stabilire un colloquio fra odontoiatra e paziente in modo tale da rendere il paziente il più partecipe possibile, andando ad esplicitare le fasi più importanti dell'intervento e puntando quindi a diminuire il suo stato d'ansia. Le scienze comportamentali hanno chiarito l'atteggiamento e le strategie necessarie per attenuare l'ansia e il dolore odontoiatrico. Proprio per questo il primo approccio dovrebbe essere esclusivamente informativo ed avvenire in un ambiente diverso da quello operatorio: è infatti noto che paura ed ansia aumentano quando il paziente accusa la sensazione di essere escluso da ogni possibilità di controllo della situazione. L'utilizzo di supporti psicologici diversi può determinare una più facile attitudine del paziente a mantenere uno stato di calma e a tollerare di più i rumori degli strumenti, permettendo inoltre di diminuire le posologie dei farmaci ansiolitici impiegati nel pre-operatorio²². Queste procedure, che possono essere associate o

meno alla somministrazione di farmaci ansiolitici, mirano anche a rendere accettabile la tecnica dell'anestesia loco-regionale impiegata e a fornire un'analgesia aggiuntiva molto utile anche quando il blocco regionale sia riuscito perfettamente. Attraverso queste procedure è possibile ridurre la necessità di ricorrere a farmaci o completare l'attività di farmaci ansiolitici, purché le tecniche della scienza comportamentale siano eseguite correttamente.

Il trattamento psicologico che l'odontoiatra pratica nei confronti del paziente deve mirare a:

- stabilire un rapporto di fiducia e di sicurezza con il paziente,
- rispettare le regole concordate con il paziente per non indurgli un senso di inferiorità durante l'intervento,
- identificare le condizioni che possono creare stati d'ansia,
- prestare attenzione al feed-back che proviene dal paziente, al fine di valutare la comunicazione tra medico e paziente,
- una comunicazione non verbale per incrementare l'empatia tra paziente e odontoiatra,
- l'utilizzo di un linguaggio appropriato, in modo da rendere il paziente partecipe,
- complimentarsi alla fine dell'intervento con il paziente per la sua sopportazione .

Il trattamento psicologico prevede anche l'impiego di tecniche di distrazione e di rilassamento, molto efficaci nell'alleviare l'ansietà e nel ridurre lo stress. La riduzione della paura da dentista può essere effettuata mediante procedure diverse: l'odontoiatra può ricorrere a procedure di distrazione chiedendo al paziente di aiutarlo a sostenere gli strumenti, oppure facendogli guardare un filmato o ascoltare musica per assicurargli un po' di rilassamento.

Oggi giorno il trattamento farmacologico di ansiolisi, a differenza di vecchie tecniche di sedazione che prevedevano l'utilizzo di barbiturici ultrarapidi, viene ottenuto attraverso l'impiego di un benzodiazepinico (diazepam) e di un

analgesico molto potente (sufentanile), somministrati per via endovenosa e combinati con l'inalazione di protossido di azoto ed ossigeno: questo trattamento fornisce risultati molto promettenti ed una buona preferenza da parte dell'odontoiatra, nonché un recupero ottimale delle prestazioni sia fisiche sia neurologiche del paziente. Questa tecnica valida e sicura, che richiede però un ricorso a cannulazioni venose, un monitoraggio continuo ed un controllo delle funzioni vitali, si identifica con la sedazione profonda, di pertinenza esclusivamente anestesiologicala. All'odontoiatra è concesso accedere a metodi che riducano la tensione nervosa e la memoria del paziente prima ancora di atturirne la coscienza: i farmaci utilizzati a questo scopo sono stati e sono tutt'ora i benzodiazepinici, che si distinguono in benzodiazepinici a emivita breve (<5 ore) come il midazolam, a emivita intermedia (5-24 ore) come il lorazepam, e a emivita lunga (>24 ore) come il clordemetildiazepam (CDDZ) e il diazepam. Quest'ultimo è il benzodiazepinico più somministrato nei pazienti odontoiatrici, e può essere somministrato come sedativo alle dosi di 20 mg i.m. nell'adulto, mentre come ansiolitico può essere somministrato a dosi minori pari a 5 mg i.m.²³. Il clordemetildiazepam (CDDZ) è una benzodiazepina dotata di attività ansiolitica e psicosedativa di potenza cinque volte maggiore di quella del diazepam. Il farmaco si presta ad essere somministrato per via gastrointestinale, in modo privilegiato nel paziente odontoiatrico, per la rapidità di insorgenza degli effetti ansiolitici i quali raggiungono il massimo effetto dopo circa 40 minuti, per rimanere inalterati per un'altra ora. Le dosi in odontoiatria variano da 1 mg nei pazienti con ansietà medio-bassa (VAS<5), fino a 2 mg nei pazienti affetti da ansietà medio-alta (VAS>5). L'attività ansiolitica è dose-effetto e tempo-dipendente e consiste nell'attenuazione progressiva dell'ansia fino alla sua totale eliminazione. Ci sono molti altri metodi utilizzati per il trattamento dell'ansia, anche se non tutti possono essere impiegati dallo stesso odontoiatra, come l'agopuntura, la sedazione profonda e l'anestesia generale: proprio queste ultime due richiedono una prestazione specialistica effettuata da un medico anestesista. Le modalità ideali per il trattamento dell'ansia e della paura del

dolore nel paziente odontoiatrico possono venire classificate nel seguente percorso ideale²⁴:

- 1) impiego dell'analgisia locale
- 2) impiego di un anestetico topico prima di eseguire l'analgisia locale
- 3) garantire un buon rapporto di cordialità con il paziente
- 4) manifestare nei confronti del paziente simpatia e cura
- 5) limitare al minimo i tempi di attesa del paziente ansioso
- 6) permettere la presenza di un amico o di un parente del paziente durante l'intervento
- 7) impiegare un rapporto gerarchico quando si voglia desensibilizzare il fobico
- 8) l'ipnosi
- 9) l'ansiolisi
- 10) la sedazione profonda (di competenza anestesiologicala)
- 11) l'anestesia generale (di competenza anestesiologicala).

Il metodo viene scelto in base all'età e alle condizioni generali del paziente, al tipo di intervento ed alle cause dell'ansietà. In alcuni casi è sufficiente una normale analgesia locale, mentre altri pazienti, temendo la puntura dell'ago, possono essere informati sull'abolizione di tale sintomo mediante l'utilizzo di specifici anestetici topici. I metodi utilizzati maggiormente nel trattamento del paziente ansioso sono di natura farmacologica, ma i criteri con i quali tali metodi vengono applicati oggi devono rispettare i fondamenti clinici e neurofisiologici nei quali si colloca l'ansiolisi, la sedazione profonda e l'anestesia generale.

I concetti di ansiolisi, di sedazione cosciente e profonda, e di anestesia generale in odontoiatria, furono proposte dal "Council on Dental Education" dell'ADA nel novembre del 1985²⁵:

ANSIOLISI: la diminuzione o l'eliminazione dell'ansia prodotta mediante metodi farmacologici o non farmacologici, o da entrambi, senza però essere associata a depressione dei livelli di coscienza.

SEDAZIONE COSCIENTE: depressione minima dei livelli di coscienza prodotta attraverso metodi farmacologici o non farmacologici, o da entrambi, che permetta il mantenimento continuo da parte del paziente, sia della pervietà delle vie aeree, sia della capacità di rispondere in modo appropriato a sollecitazioni verbali e fisiche.

SEDAZIONE COMBINATA INALATORIA ED ENTERALE: si tratta di una sedazione cosciente ottenuta dall'impiego di agenti inalatori ed agenti somministrati per via parenterale. Questa tecnica, però, non provoca semplicemente ansiolisi, ma anzi può determinare livelli più profondi di sedazione.

SEDAZIONE PROFONDA: depressione della coscienza, causata da metodi farmacologici o non farmacologici, o da entrambi, associata a perdita parziale o totale dei riflessi protettivi, tra i quali principalmente l'incapacità di rispondere a comandi verbali e l'incapacità di mantenere le vie respiratorie indipendenti in modo continuativo.

ANESTESIA GENERALE: stato di incoscienza, provocato da metodi farmacologici o non farmacologici, o tra loro combinati, associato a perdita parziale o completa dei riflessi protettivi, compresa la capacità di mantenere funzionanti le vie respiratorie e di rispondere alle stimolazioni fisiche ed ai comandi verbali.

La "sedazione cosciente" si differenzia dalla "premedicazione preoperatoria" in quanto quest'ultima è plurifarmacologica, a differenza della "sedazione cosciente" che è invece monofarmacologica, e poiché le finalità della premedicazione sono la ricerca non solo di effetti ansiolitici ma altresì vagolitici, ed effetti capaci di potenziare i farmaci induttori di sonno e gli analgesici.

La "sedazione cosciente" è uno stato neuro depressivo indotto i cui sintomi sono la conseguenza di effetti centrali ottenibili dall'azione farmacologica esercitata sul sistema limbico, il cui effetto principale è l'ansiolisi. L'ansiolisi deve essere in tutti i casi in aggiunta all'anestesia loco-regionale e supplementata da

interventi marginali anche non farmacologici, atti ad accrescere lo stato di tranquillità.

Il paziente odontoiatrico, durante l'intervento, può provare sensazioni di pressione, di trazione e di movimento che possono essere attenuate con l'impiego di farmaci ansiolitici o, in certi casi, con la somministrazione di farmaci analgesici specifici provvisti di effetti sedativi²⁶. Per tutte queste ragioni l'odontoiatra dovrebbe conoscere gli effetti farmacologici, farmacodinamici e farmacocinetici delle sostanze ad attività ansiolitica utilizzate in odontoiatria, la loro posologia ottimale, il tempo di massimo effetto farmacologico, la loro durata d'azione e, infine, la durata complessiva di tutti gli effetti collaterali. I farmaci somministrati per via gastrointestinale provvisti di effetti ansiolitici dovrebbero provocare una rapida insorgenza di effetti ed essere provvisti di una breve durata d'azione, mentre dovrebbero essere dotati di scarsi effetti collaterali e di una minima incidenza di reazioni avverse. Le dosi dovrebbero essere sempre limitate ai valori consentiti dalla scienza anestesologica e somministrate con procedure particolari specialmente quando viene impiegata la via endovenosa: questo perché durante il blocco loco-regionale dosi eccessive possono allungare i tempi della reversibilità dello stesso blocco regionale e sconfinare verso sedazioni profonde. La sedazione profonda, che è invece caratterizzata da una maggior depressione della coscienza e da un rischio derivante da una ostruzione delle vie respiratorie, suggerisce la possibilità di ricorrere a provvedimenti anestesologici di emergenza che giustifichino l'esecuzione di questa tecnica da un medico anestesista.

Altri rischi che possono derivare dall'utilizzo della sedazione profonda possono essere una depressione centrale delle funzioni respiratorie o un'alterazione cardiocircolatoria²⁷.

IPNOSI IN ODONTOIATRIA

L'ipnosi e la psicoterapia sono materie molto utili per gli odontoiatri che quotidianamente si trovano ad affrontare l'ansia e la paura dei propri pazienti e con i quali devono superare molte difficoltà di rapporto, intervenire su problemi comportamentali e discriminare le componenti psicosomatiche di diverse patologie. Se l'ipnosi è sopravvissuta come ricerca, disciplina e terapia, lo deve soprattutto agli odontoiatri che hanno sempre cercato ed adottato metodi e strumenti realmente validi: l'ipnosi in odontoiatria è stata sempre utile, non solo per la possibilità di ottenere analgesia e anestesia²⁸, ma principalmente per eliminare l'ansia e la paura²⁹. L'ipnosi è considerata molto utile soprattutto per stabilire un rapporto terapeutico ottimale con il paziente, mettendolo a proprio agio ed andando così ad eliminare l'ansia e le fobie legate alla paura³⁰; viene inoltre utilizzata per eliminare il riflesso del vomito³¹, per ridurre il flusso salivare e l'emorragia capillare, per trattare bambini³² o pazienti disabili e infine per ottenere analgesia e miorilassamento profondo³³.

Lo stato ipnotico può essere definito come uno stato di coscienza modificato, diverso dal sonno e dalla veglia, ed è contraddistinto da una fenomenologia soggettiva ed una oggettiva. Quella soggettiva è costituita da quattro punti fondamentali: il primo è rappresentato dalla modificazione dell'attenzione, che porta alla restrizione della coscienza e alla polarizzazione del soggetto sull'ipnotista e sulle suggestioni da lui impartite; il secondo punto è dato dalle modificazioni della memoria, infatti può essere indotta amnesia o ipermnesia, fino ad ottenere una regressione dell'età; seguono le alterazioni percettive, dato che si possono indurre allucinazioni positive o negative in tutte le modalità sensoriali, e la distorsione temporale, in quanto possono essere indotte dilatazione o condensazione temporale utilizzabili come strumento di terapia antalgica.

Per quanto riguarda invece la fenomenologia oggettiva dell'ipnosi, essa può essere rilevata su diversi apparati tra cui l'apparato muscolare (con paresi parziali, ipotonia o ipertonìa), l'apparato cardiovascolare (con variazioni della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa), l'apparato respiratorio (con variazioni della frequenza respiratoria e del volume polmonare), l'apparato gastrointestinale e genitourinario (con miglioramento o inibizione delle relative funzioni) e infine il sistema nervoso (con modificazioni dell'EEG, dei riflessi osteotendinei e dell'attività del SNC ed autonomo).

Dal punto di vista psicologico le interpretazioni date dagli studiosi sull'ipnosi sono varie: la teoria psicoanalitica, ad esempio, considera la trance ipnotica come una regressione adattativa al servizio dell'Io. Diversa è invece la teoria neo-dissociativa di Hilgard, che deriva da studi sull'analgèsia ipnotica e che ipotizza un modello sistemico cognitivo multiplo diretto da un Ego-Executive al quale sottostanno diversi sistemi di controllo cognitivo: durante l'induzione ipnotica verrebbe ridotta la dominanza dell'Ego-executive e diventerebbero disponibili contenuti non coscienti recuperabili attraverso un io ipnotico usualmente sopito (hidden observer). Altre teorie ipotizzano l'ipnosi come recitazione di un ruolo sulla base di un rapporto trans ferale positivo, in cui il soggetto si comporta esattamente come si comporta un soggetto ipnotizzato, mentre altri autori ritengono che la fenomenologia ipnotica palese sia riproducibile anche senza induzione ipnotica, anche se non tutta la fenomenologia ipnotica è riproducibile volontariamente.

Da un punto di vista neurofisiologico, per quanto riguarda i parametri EEG, esistono evidenze sperimentali di una correlazione positiva tra livello di ipnotizzabilità, profondità della trance ed attività del ritmo α . Durante la trance ipnotica il tracciato EEG non ha gli aspetti del sonno, tranne qualche aspetto in comune con lo stadio I (sonno leggero); durante l'ipnosi vigile-attiva si verifica infatti un aumento del ritmo α e non di quello β .

Lo studio dei potenziali evocati corticali ha messo in evidenza la riduzione dell'ampiezza dei potenziali evocati somatosensoriali corticali durante la trance ipnotica con suggestione di analgesia sotto stimolazione dolorosa periferica.

Da queste premesse nasce un modello dinamico-multifasico dell'induzione della trance ipnotica, secondo il quale ad una prima fase di modificazione dell'attenzione del soggetto fa seguito una seconda fase di accettazione acritica da parte del soggetto delle suggestioni di rilassamento dell'ipnotista, ed una terza fase di risposta ipnotica vera e propria che corrisponde ad un'attivazione relativa dell'emisfero destro. Le risposte fisiologiche caratteristiche della risposta di rilassamento sono fondamentalmente diverse da quelle riscontrate nel sonno, infatti l'ipnosi e altre tecniche di rilassamento sono caratterizzate da modificazioni dei rapporti corticodiencefalici che abilitano i centri encefalici più bassi ad attivare la risposta trofotrofica. Le variazioni fisiologiche durante la risposta di rilassamento sono indicative di una significativa riduzione dell'attività del sistema nervoso simpatico. Sono stati rilevati anche diminuzione del consumo di ossigeno e dell'eliminazione di anidride carbonica senza variazioni del quoziente respiratorio, abbassamento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, aumento del ritmo α e θ all'EEG e riduzione della secrezione acida gastrica. Rimanendo invariati i livelli ematici di norepinefrina si pensa che le variazioni descritte siano una conseguenza della minore reattività dell'organo ai mediatori simpatici. Per quanto concerne l'induzione ipnotica è opportuno sottolineare il fatto che l'induzione della trance e l'utilizzazione della trance sono considerati due processi a se stanti. Questo significa che l'induzione di uno stato di trance, anche quando fosse superficiale, può essere considerato per certi versi un fatto tecnico relativamente semplice mentre l'utilizzazione della trance, specie per fini psicoterapeutici, richiede un'adeguata preparazione e l'instaurarsi di un rapporto tra soggetto ed ipnotista.

Proprio per queste ragioni è necessario eseguire un addestramento preliminare per comprendere la profondità di trance che il soggetto da ipnotizzare può raggiungere e per concedere allo stesso soggetto di vincere i timori dell'ipnosi.

Un altro fattore molto importante dell'ipnosi è la suscettibilità ipnotica di un soggetto che viene definita come la capacità del soggetto ad essere ipnotizzato.

In caso di un soggetto refrattario si può affermare che non è stata eseguita un'adeguata metodica d'induzione per la sua personalità: infatti in realtà non esistono soggetti in assoluto non ipnotizzabili. Chiunque può sperimentare una trance almeno superficiale e può produrre una serie di fenomeni ipnotici che non sono necessariamente collegati alla profondità della trance. Per questo non è molto utile conoscere la suscettibilità ipnotica di un soggetto dato che si possono raggiungere risultati validi dal punto di vista terapeutico anche in uno stato di trance molto superficiale. La suscettibilità ipnotica sembra essere in correlazione con il ritmo circadiano, mentre varia poco con sesso ed età e trae solo parzialmente vantaggio da precedenti esperienze ipnotiche; altri fattori molto importanti sono dati dal "coinvolgimento immaginativo", tratto individuale di personalità del soggetto e dalla rapporto stabilito con l'ipnotista.

Altra caratteristica molto rilevante dell'ipnosi è l'analgesia ipnotica: l'ipnosi infatti può essere utilizzata nel trattamento del dolore con specifici interventi effettuati su ogni componente del dolore, ma l'intervento sulla componente ansioso-reattiva è più consueto ed efficace. Lo stesso rilassamento che affianca l'ipnosi, le suggestioni impartite e il coinvolgimento immaginativo richiesto permettono di ottenere un'abolizione quasi totale dell'ansia; nei casi di dolori cronici può essere indotta un'amnesia selettiva nei confronti del dolore passato allo scopo di ridurre l'ansia³⁴.

Ma l'intervento può essere mirato anche sulla sola componente nocicettiva: è possibile infatti raggiungere una riduzione o l'abolizione completa della sensibilità al dolore che sembra agire sia attraverso meccanismi periferici, sia attraverso meccanismi centrali. Attualmente gode di maggior considerazione la teoria neo-dissociativa di Hilgard secondo la quale il soggetto nega verbalmente il dolore anche se gli indicatori fisiologici involontari, specie cardiovascolari, sono conformi con il dolore.

I Correnti Metodi Dell'ipnosi

Oggi giorno sarebbe opportuno che tutti gli odontoiatri si avvalsero dell'uso della suggestione nel controllo dei pazienti soprattutto se ansiosi o fobici: due aspetti di rilievo sono dati sia dalle parole che l'ipnotista deve scegliere, utilizzando sempre parole di significato positivo, sia dalle sue azioni che devono creare nel paziente una sensazione di fiducia e di rassicurazione. Nell'indurre l'ipnosi è molto importante che, soprattutto nelle fasi iniziali, i pensieri non vadano a toccare elementi negativi: in questo caso si potrebbe causare sofferenza o turbamento, andando così ad ottenere l'effetto opposto. Al contrario possono essere usate facilmente delle suggestioni positive per rassicurare il paziente e per orientarlo verso delle sensazioni di completo rilassamento e di tranquillità. Questo uso della suggestione può essere considerato come un'induzione informale dell'ipnosi e può diventare una tecnica molto importante nella gestione del paziente. L'induzione formale dell'ipnosi è data dal riconoscimento da parte dell'operatore e del paziente che verrà seguito un percorso formato da vari passaggi per raggiungere obiettivi analoghi per entrambi³⁵. Questi obiettivi devono essere concordati prima dell'inizio del trattamento proprio perché il paziente potrebbe avere un'idea sbagliata di quello che è invece realmente l'ipnosi. È necessaria un'attenta selezione dei pazienti, ma l'esito positivo della terapia ipnotica dipende sia dalla motivazione del paziente che dal livello di rapporto raggiunto. Le suggestioni possono venire classificate in due grandi categorie: dirette e indirette³⁶. Quelle dirette consistono nell'informare il paziente su ciò che gli succederà nel corso della seduta: ad esempio ad un paziente seduto con le mani appoggiate alle ginocchia si può dire: "La tua mano destra sta diventando sempre più leggera, sempre più leggera, e presto si solleverà dal tuo ginocchio".

Al contrario con le indirette si cerca sempre di ottenere una risposta da parte del paziente e di renderlo il più possibile partecipe: per esempio gli si potrebbe dire:

“Potresti sentire la tua mano destra che diventa sempre più leggera; potrebbe anche essere che la senti sempre più pesante o potrebbe anche essere la tua mano sinistra ad esserlo. Forse non stai provando niente ed entrambe le mani restano dove sono”³⁷. In questi ultimi anni sono stati pubblicati in letteratura degli argomenti a favore della suggestione indiretta rispetto alla diretta durante la fase dell’induzione, così come in altri momenti del processo ipnotico³⁸. In ogni caso resta ancora da dimostrare quale sia meglio dell’altra: essenzialmente le procedure dell’induzione creano una serie di esperienze per il paziente in maniera da aiutarlo a definire quella situazione come ipnotica, e quindi da permettergli di focalizzarsi e di concentrarsi su determinati pensieri e immagini che possano evocare gli effetti voluti. Questi metodi inoltre accrescono le sue aspettative di essere capace di provare i benefici della procedura ipnotica.

Le applicazioni cliniche dell’ipnosi in odontoiatria possono essere classificate in:

- riduzione dell’ansia e della paura, in associazione al rilassamento
- controllo del dolore
- collaborazione da parte dei pazienti
- controllo della salivazione, del sanguinamento e del riflesso del vomito
- uso in chirurgia orale.

Per quanto riguarda la riduzione dell’ansia e della paura è stato dimostrato che l’8-15% dei pazienti sono fobici riguardo alla loro situazione dentale, mentre altri presentano paura o ansia prima e/o durante il trattamento. Sono molte le ragioni che rendono questi pazienti molto apprensivi, e tra queste presentano maggior importanza la paura di sentire dolore, la paura di un’esperienza spiacevole o addirittura sconosciuta, l’aver avuto una brutta esperienza da bambino o l’essere condizionato da parenti e familiari, la paura del rumore del trapano o delle iniezioni.

Da alcune ricerche eseguite negli Stati Uniti (Kirsch et al. 1995)³⁹ risulta che l’ipnosi, a confronto con altri trattamenti psicologici, stia diventando molto importante e utile dal punto di vista clinico nell’odontoiatria moderna. È

importante sottolineare il fatto che l'ansia da dentista è un comportamento acquisito e, anche se non può essere completamente eliminato, può venire in parte modificato. L'odontoiatra deve aiutare il paziente a tranquillizzarsi, spiegandogli tutte le procedure che verranno utilizzate prima di iniziare il trattamento, fornendogli delle informazioni specifiche nel corso della seduta, incoraggiandolo a diventare e restare calmo e avvertendolo sulla possibilità che durante il trattamento potrebbe provare disagio o dolore. Inoltre il dentista dovrà mostrarsi disponibile e soprattutto in pieno accordo con il paziente, cercando sempre di trasmettergli fiducia e sicurezza per aiutarlo a diventare più responsabile riguardo alla sua situazione orale.

Il controllo del dolore è un'altra caratteristica molto importante dell'ipnosi, e può essere raggiunto attraverso specifiche tecniche: tra queste si ricordano il trasferimento del dolore da una regione del corpo ad un'altra (ad esempio dalla regione oro-facciale ad un dito), la produzione di anestesia (anestesia di una mano mediante suggestioni, e quindi trasferimento di questa anestesia al sito desiderato), e la trasformazione del dolore in un'immagine visiva (ad esempio un pannello di interruttori, totalmente sotto il controllo del paziente, che una volta spenti fanno scomparire il dolore)⁴⁰.

Un altro dei problemi riscontrati dalla maggior parte degli odontoiatri è il riuscire ad ottenere da parte dei pazienti un'effettiva cooperazione, soprattutto per quanto riguarda il mantenimento dell'igiene orale o per l'applicazione dell'apparecchio ortodontico. In questi casi lo scopo principale consiste nel motivare il paziente e nel cercare di migliorare il comfort e la tolleranza nei confronti dell'apparecchio fisso. In alcuni casi infatti certi pazienti potrebbero non sopportare la pressione sui denti dovuta all'apparecchio, ma in uno studio (Sondhl 1980)⁴¹ è stato dimostrato che, con l'utilizzo dell'ipnosi, questi pazienti riuscivano a completare un trattamento di terapia ortodontica fissa senza presentare particolari disagi. L'uso dell'ipnosi in questi casi serve a motivare il paziente mediante l'uso di suggestioni appropriate, in maniera tale da aiutarlo ad assumere un atteggiamento positivo nei confronti di esperienze negative passate.

Il digrignamento, il serramento e l'interposizione della lingua tra gli incisivi sono alcune tra le abitudini viziate che possono essere corrette mediante l'uso dell'ipnosi⁴². Alcuni studi (Golan 1971)⁴³ hanno dimostrato l'importanza dell'ipnosi nella correzione di un'eccessiva spinta della lingua con trattamenti che potevano essere della durata di un mese fino anche ad un anno. L'ipnosi può assumere particolare importanza nel controllo del digrignamento proprio perché il rilassamento indotto e il successivo stato di calma e tranquillità risultano essere il trattamento ideale per questa abitudine, essendo ormai accreditato il fatto che il bruxismo sia associato allo stress⁴⁴. Anche la salivazione, il sanguinamento e il riflesso del vomito possono essere controllati attraverso l'utilizzo dell'ipnosi. Pazienti con salivazione eccessiva possono creare disturbo soprattutto in odontoiatria conservativa, anche se l'uso della diga in gomma in questi casi può risultare molto utile; in ogni caso, mediante delle suggestioni dirette, si riesce ad ottenere un calo del flusso salivare per il tempo necessario richiesto dall'intervento. Per quanto concerne il controllo del sanguinamento si utilizzano delle tecniche di visualizzazione che sono risultate essere un ottimo metodo per la riduzione del sanguinamento nel sito operatorio. Infatti sia la xerostomia sia l'emostasi possono essere raggiunte attraverso suggestioni ipnotiche: per il controllo della salivazione, un esempio può essere quello di visualizzarsi in un deserto in una giornata molto calda e rendersi conto della secchezza della bocca dovuta alla scarsità di acqua, mentre per quanto riguarda il sanguinamento, sono stati eseguiti degli studi (Enqvist et al. 1995)⁴⁵ dai quali è emerso che il gruppo di pazienti che aveva ricevuto suggestioni pre-operatorie e peri-operatorie presentava una riduzione del sanguinamento.

Un altro problema può essere dato dal riflesso del vomito durante la presa dell'impronta dell'arcata superiore: questa esperienza negativa può essere superata grazie a specifiche suggestioni ipnotiche, dirette al palato molle ed alla faringe superiore, in maniera da ridurne la sensibilità.

Se si esamina il ruolo dell'ipnosi nel campo della chirurgia orale, si può distinguere la sua applicazione nel pre-operatorio, durante l'intervento e nel post-

operatorio. Per quanto riguarda il pre-operatorio si riesce, inducendo uno stato di calma e tranquillità mentale, ad aumentare la soglia del dolore ed inoltre possono essere superate sia l'ansia che l'apprensione per il successivo trattamento chirurgico. Durante l'intervento chirurgico mediante ipnosi, è possibile creare analgesia e/o anestesia in modo da ridurre o addirittura da rimpiazzare tutti gli agenti chimici degli anestetici. Comunque bisogna sottolineare il fatto che la durata della risposta da parte del paziente dipende interamente dal suo grado di ipnotizzabilità in quel particolare momento; infatti è generalmente accettato che la profondità dell'ipnosi può essere influenzata da un gran numero di variabili, le quali possono incidere sulla profondità della trance in qualsiasi momento. Nel post-operatorio il recupero può essere accelerato grazie all'utilizzo dell'ipnosi, in quanto riesce ad offrire un passaggio più confortevole dall'intervento chirurgico fino alla completa riabilitazione.

L'Induzione, L'Approfondimento e Il Risveglio

L'induzione è quel processo attraverso il quale un paziente “entra” in ipnosi, quindi rappresenta il punto di partenza del trattamento ipnotico. In ogni caso prima è necessario stabilire un buon rapporto con il paziente, spiegargli la storia dell'ipnosi e rispondere ad ogni suo dubbio e timore nei confronti del trattamento ipnotico. L'odontoiatra deve apparire sicuro e tranquillo e dovrebbe utilizzare un tono di voce calmo e lento: può essere molto utile per aiutare il paziente spiegargli che durante il trattamento potrà aprire gli occhi, anche se lo stato di tranquillità sarà così piacevole da permettergli di tenerli chiusi.

Innanzitutto il terapeuta dovrà spiegare al paziente quello che gli chiederà di fare nel corso della seduta, soffermandosi sulle azioni e sullo stato di distensione nel quale verrà a trovarsi, cercando in questo modo di portare il paziente ad un livello profondo di rilassamento grazie a questo tipo di suggestioni pre-ipnotiche.

I metodi di induzione sono numerosi, e tra i più importanti si ricordano:

- fare seguire con lo sguardo una penna o uno specchietto dentale ad una distanza di 30 cm dopo averlo spostato verso l'alto;
- chiedere al paziente di ruotare gli occhi verso l'alto e di chiuderli mantenendo lo sguardo sollevato;
- fare fissare un punto sul muro e successivamente dare al paziente delle suggestioni orientate verso uno stato di relax fisico, che culmina con la chiusura degli occhi;
- il metodo del “luogo sicuro”, un metodo che comprende sia l'induzione sia le suggestioni di approfondimento e che risulta essere particolarmente utile soprattutto per i pazienti ansiosi;
- la levitazione del braccio basata sul metodo di Milton Erickson, anche se in odontoiatria il suo utilizzo è molto limitato.

Comunque, da un punto di vista teorico, vi sono un'infinità di tecniche di induzione ipnotica, alcune delle quali possono essere imparate da un punto di vista formale, mentre altre si svilupperanno con l'esperienza acquisita da parte del terapeuta. In seguito all'induzione il paziente inizierà a sentirsi in uno stato confortevole, con gli occhi chiusi, e a questo punto si potrà passare al passaggio successivo del trattamento ipnotico, ovvero alla fase dell'approfondimento. Il grado di distacco provato durante l'esperienza ipnotica è comunemente conosciuto come la profondità dell'ipnosi e ci sono molte strategie, sia formali che informali, che possono essere utilizzate per raggiungere uno stato più profondo dell'esperienza ipnotica. Comunque è importante sottolineare il fatto che lo stato di approfondimento sia parte integrante di tutto quel processo che comincia con l'instaurarsi del rapporto di fiducia tra medico e paziente, procede con l'induzione, e quindi raggiunge stadi sempre più profondi del trattamento ipnotico. In letteratura sono presenti diverse tecniche di approfondimento anche se è stato dimostrato che, data la diversa natura di questi metodi, molte delle procedure fisiche utilizzate non si prestano alla situazione dentale. In ogni caso l'ipnosi può essere utilizzata in odontoiatria in un gran numero di situazioni, come nella riduzione dell'ansia da dentista o anche come unico analgesico nell'estrazione di un ottavo incluso. Studi clinici indicano che la volontà individuale permette di raggiungere la profondità dell'ipnosi richiesta dal paziente in modo da fare fronte a quella particolare situazione: infatti, tramite la distensione, si cerca di raggiungere uno stato di profondità di ipnosi corrispondente al potenziale disagio che si potrebbe arrecare al paziente nel corso dell'intervento odontoiatrico. È altamente raccomandato che ogni procedura che richieda uno stato profondo del trattamento ipnotico dovrebbe comprendere la realizzazione di un segnale ideomotore. In ipnosi i segnali ideomotori sono definiti come dei segni nei quali pensieri e idee, accordi e disaccordi, vengono tradotti in particolari movimenti⁴⁶. Il terapeuta può insegnare al paziente una serie di segnali e di risposte mediante le quali potrà comunicare senza però dover parlare: molti pazienti trovano questa tecnica molto utile proprio perché

preferiscono non parlare durante la seduta di ipnosi per non andare a disturbare quello stato di calma e tranquillità in cui si trovano. Questa procedura consente infatti al paziente di tenere la situazione sotto controllo, e per molti pazienti questo tipo di controllo è di fondamentale importanza soprattutto per quanto riguarda la riduzione dell'ansia. Da alcune osservazioni cliniche, si è arrivati alla conclusione che un paziente che ha seguito una serie di procedure ipnotiche per un protratto periodo di tempo, riesce spontaneamente a raggiungere uno stato più profondo di trance. Infatti è dimostrato che il tempo speso nella fase del risveglio deve essere proporzionale alla durata dell'ipnosi e al grado di profondità: in questo modo si concede al paziente il tempo necessario di preparazione, sia fisica che psicologica, per il passaggio dalla dissociazione alla piena consapevolezza in una maniera confortevole. Nel momento in cui si formano delle immagini durante la procedura dell'approfondimento, il terapeuta dovrebbe dare al paziente delle suggestioni in modo da condurre queste immagini ad una conclusione piacevole, prima della fase del risveglio. Il modo in cui si risveglia un paziente alla fine di una sessione di ipnosi è cruciale per il successo o meno del trattamento. Se la procedura del risveglio non viene eseguita correttamente il paziente potrebbe sentirsi confuso, disorientato, e quindi potrebbe percepire l'ipnosi come esperienza negativa. Proprio per queste ragioni la fase del risveglio deve avvenire in maniera gentile e delicata, aiutando così il paziente a tornare alla piena coscienza di sé. Può capitare in certi casi che il paziente esca dall'ipnosi inavvertitamente durante la seduta o prima che la procedura del risveglio sia stata completata con successo: in queste circostanze il terapeuta, dopo essersi assicurato sullo stato di tranquillità del paziente, deve eseguire una procedura formale del risveglio al fine di portare la seduta ad una conclusione soddisfacente e di dissipare l'eventuale disorientamento che potrebbe provare il paziente.

L'Auto-Ipnosi

Con il termine auto-ipnosi si indica un metodo mediante il quale un paziente è in grado di usare l'ipnosi in qualsiasi momento al fine di prendersi carico della propria terapia e di rinforzare le suggestioni ipnotiche e post-ipnotiche date dal terapeuta. Attraverso l'auto-ipnosi il paziente odontoiatrico riesce a stabilire una certa autonomia e indipendenza e quindi, mediante l'utilizzo di particolari suggestioni di auto-rafforzamento, riuscirà a sviluppare fiducia in se stesso in modo da riuscire a farsi visitare dal suo dentista o da altri colleghi per trattamenti futuri. Molte persone infatti sono consapevoli della loro abilità per affrontare l'intervento, ma questo deriva soprattutto dalla capacità del terapeuta di spiegare al paziente che l'utilizzo dell'ipnosi è un'abilità acquisita e che il ruolo del terapeuta deve essere visto più come un insegnante, una guida. Come con tutte le abilità solo con la pratica si riescono ad ottenere dei miglioramenti e quindi, utilizzando l'auto-ipnosi, il paziente riesce a guadagnare fiducia in se stesso e ad incrementare la sua esperienza: di conseguenza il paziente si renderà conto alle sedute successive che la sua abilità e la sua fiducia riusciranno a facilitare il trattamento odontoiatrico. La maggior parte dei pazienti all'inizio non raggiunge lo stesso grado di profondità che riesce a raggiungere durante la seduta di ipnosi con il terapeuta, in quanto non riesce a liberarsi dal proprio controllo cosciente nella stessa misura. In parte questo è dovuto al fatto che, nel caso dell'auto-ipnosi, il paziente si trova ad assumere due ruoli contemporaneamente, sia quello del paziente sia del terapeuta. In altre parole deve essere attivo e passivo allo stesso tempo, entrando in ipnosi attraverso un processo mentale mentre simultaneamente si osserva come se si stesse guardando dall'esterno. Ciò nonostante, con la pratica e l'aumento della fiducia in se stessi, certi pazienti riescono a staccarsi dal ruolo dell'osservatore e quindi a raggiungere uno stato più profondo di ipnosi.

L'auto-ipnosi può essere utilizzata per integrare e per rafforzare ogni suggestione data dal terapeuta nel corso del trattamento: questo gioca un ruolo molto importante per ridurre l'ansia e lo stress nei pazienti⁴⁷ odontofobici, per aumentare il loro auto-controllo, per aiutarli a sviluppare e ad usare delle immagini e per il controllo del dolore. Generalmente risulta molto utile spiegare ai pazienti ad utilizzare l'auto-ipnosi nelle prime fasi del loro trattamento, anche alla prima visita. È sempre importante, innanzitutto, assicurarsi che il paziente si trovi a suo agio con l'ipnosi e che sia in uno stato di assoluta tranquillità, ma soprattutto che le procedure scelte per aiutarlo ad entrare in auto-ipnosi siano le più efficaci per quella determinata persona. Insegnare l'auto-ipnosi in forma di suggestioni post-ipnotiche si è dimostrato essere il modo più semplice, questo anche perché si riescono ad evitare quei metodi di induzione che ricorrono alle più svariate azioni fisiche, come la levitazione della mano o del braccio, che impedirebbero al paziente di usare l'auto-ipnosi soprattutto in un luogo pubblico. Molti pazienti infatti non richiederanno un rituale elaborato per la loro induzione di auto-ipnosi, ma si limiteranno a crearsi delle abitudini specifiche, in modo da riuscire così a rendere più semplice la procedura e a rafforzarla. Una volta che il paziente risulta essere più fiducioso e più a suo agio con questa tecnica, può essere introdotta una parola come "calma" o un'azione come stringere il pugno da utilizzare come un ancoraggio per uno specifico scopo terapeutico, come per esempio per superare un attacco di panico. Risulta importante spiegare al paziente, quando è ancora in uno stato di piena vigilanza, che gli verrà insegnata prima la tecnica dell'auto-ipnosi e quindi successivamente gli verranno spiegate le tecniche specifiche durante l'ipnosi in modo che sia le istruzioni sia il metodo vengano assorbiti più facilmente. Dopo la spiegazione dei processi dell'auto-ipnosi il paziente dovrebbe essere in grado di entrare con successo in ipnosi solo grazie a se stesso: questa esercitazione di ripetere l'induzione e la procedura effettuata prima dal terapeuta e di provare l'auto-ipnosi viene effettuata subito dopo la seduta, mentre il medico osserva, commenta e lo incoraggia.

Per entrare e per ricorrere all'auto-ipnosi con successo è essenziale una pratica regolare: l'uso costante infatti trasforma questo processo in un'abitudine, permettendo così al paziente di entrare in ipnosi più facilmente e più velocemente, e quindi di fruire dei vantaggi dell'auto-ipnosi. Risulta necessario, da parte del terapeuta, dare al paziente delle suggestioni di rassicurazione nel caso in cui ci fosse la necessità di un'interruzione della sessione di auto-ipnosi: questo perché alcuni pazienti potrebbero essere preoccupati di restare in trance nel caso in cui dovesse sorgere un'emergenza, così da essere messi in pericolo. Il terapeuta dovrà avvisare il paziente durante l'ipnosi, mentre lo sta istruendo sulla tecnica dell'auto-ipnosi, che nel caso in cui accadesse qualcosa da richiedere la sua attenzione, si risveglierà automaticamente e sarà pronto a rispondere se necessario. Alcuni pazienti possono anche esprimere un disagio dovuto al disturbo del mondo esterno, come il traffico, le sirene delle ambulanze o un vicinato rumoroso. Questi pazienti devono essere rassicurati che, durante l'ipnosi, sentiranno di sicuro tutti i rumori circostanti ma che allo stesso tempo si sentiranno così sicuri e a proprio agio che quei rumori scompariranno e resteranno solo un ricordo. Le distrazioni possono essere generate anche internamente: è molto difficile, per esempio, ignorare il dolore. In questo caso si può quindi insegnare al paziente sotto ipnosi di focalizzare la sua attenzione sul dolore e di iniziare ad usare una delle varie strategie apprese per affrontarlo, e nel contempo di raggiungere uno stato più profondo di ipnosi.

L'Ancoraggio

L'ancoraggio è un input sensoriale, reale o immaginario, che è inevitabilmente collegato ad un'emozione. Questo input può essere un suono, un sapore, un odore oppure una sensazione tattile, e il ricordo anche di una sola parte dell'input può ricondurre all'intera immagine che racchiude l'emozione, sia essa positiva o negativa. Il termine "ancoraggio" venne utilizzato da Bandler e Grinder⁴⁸ per descrivere quel fenomeno grazie al quale tramite uno stimolo esterno si riesce a produrre un'emozione interna, come se fosse una risposta condizionata: basti pensare, per esempio, alla straordinaria capacità di un odore di riuscire a farci collegare ad un'esperienza passata. L'ancoraggio però può anche presentare un lato negativo, e questo può rivelarsi un importante fattore nel mantenere fobie e abitudini. Le parole utilizzate dall'odontoiatra ma soprattutto l'odore particolare della sala operatoria possono agire come ancoraggi negativi: infatti, in un paziente odontofobico, già la parola "dentista" o anche il semplice odore del disinfettante possono produrre una risposta automatica che può sfociare anche in un attacco di panico. Al contrario, in un senso positivo, mediante l'ancoraggio si riesce ad insegnare al paziente ad avere una risposta condizionata, vista come un'ancora di salvataggio, per le sue emozioni nei momenti in cui viene assalito dall'ansia e dalla paura prima e durante un intervento di chirurgia orale. Per il successo del trattamento è necessario che tutti gli ancoraggi negativi vengano eliminati e successivamente rimpiazzati da altri molto più utili: l'ipnosi è risultata essere il mezzo ideale per raggiungere questo obiettivo.

Per creare un ancoraggio positivo durante l'ipnosi, come prima cosa si invita il paziente a ricordare un'esperienza passata rappresentata da sensazioni positive, confortevoli e piacevoli; quindi si prova ad intensificare questi sentimenti mediante delle suggestioni ipnotiche fino a quando il paziente segnala che sta immaginando quel determinato evento il più vividamente possibile. A questo

punto si invita il paziente a formare un collegamento “fisico” con queste sensazioni. Questo collegamento può avvenire tramite la figura del terapeuta, ad esempio appoggiando le sue mani sulle spalle del paziente, oppure tramite lo stesso paziente, come per esempio stringendo il pugno⁴⁹. Le suggestioni possono essere molto utili soprattutto per collegare tra loro l’azione fisica con lo stato emozionale vissuto dal paziente in quel determinato momento. Il terapeuta può anche incoraggiare il paziente durante l’ipnosi a provare lo stimolo negativo originale e ad eliminarlo grazie al nuovo ancoraggio acquisito. Il paziente quindi viene invitato ad esercitarsi, praticando la tecnica ripetutamente, e può utilizzare l’auto-ipnosi come rinforzo. È importante sottolineare l’importanza delle immagini che si propongono al paziente, in quanto devono essere appropriate per quella determinata persona e soprattutto per i suoi bisogni in quel momento particolare. Il terapeuta, quindi, dovrà sfruttare tutte le sue capacità per aiutare il paziente ad avere un’immagine ben definita della scena senza però dover venire a conoscenza di cosa si tratta, a meno che non sia una volontà diretta del paziente, visto che l’immagine può riguardare fatti privati e personali.

Alcuni esempi di ancoraggio possono essere:

- invitare il paziente a toccarsi il polso con le dita e massaggiarlo per un tempo di 20-30 secondi, quindi ripetere con suggestioni per rinforzare lo stato di calma e tranquillità;
- appoggiare le mani sulle spalle del paziente una volta indotta l’ipnosi e raggiunto uno stato di totale relax, e ripetere il procedimento per 4-5 volte;
- invitare il paziente a chiudere il pugno, immaginando che tutte le belle immagini e i sentimenti positivi siano racchiusi in quella mano, e che possono essere rievocati in ogni momento;
- l’utilizzo di suoni, infatti è possibile perfino utilizzare il suono del trapano come un ancoraggio positivo.

Revisione Della Letteratura In Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale

L'ipnosi sta destando un crescente interesse in ambito odontoiatrico per la sua capacità sia di ottenere una pressoché totale ansiolisi, sia di produrre un notevole incremento della soglia del dolore: tali effetti sembrano potersi estendere anche al periodo postoperatorio, contribuendo al benessere soggettivo del paziente. L'ipnosi può essere anche associata a dosi orali di benzodiazepine per facilitarne l'induzione, o anche con l'agopuntura, con la quale alcuni autori suggeriscono vi sia un possibile effetto sinergico; anche i pazienti resistenti all'ipnosi hanno dimostrato una buona compliance al trattamento odontoiatrico, combinando l'ipnosi ad una terapia farmacologica a basso dosaggio (Greff 1979; Little et al. 1980)⁵⁰⁻⁵¹. Non vi sono ancora in letteratura dati obiettivi chiari sulla capacità dell'agopuntura di modulare lo stress intraoperatorio. I dati pubblicati in chirurgia orale sono ancora sporadici, essendo in letteratura presenti per lo più editorial e case report in cui non sono presenti dati di monitoraggio emodinamico strumentale. Alcuni autori hanno ipotizzato che il riflesso faringeo sia facilitato dall'abuso di alcol (Elsberry 1992)⁵² e da precedenti esperienze negative (Conny et al. 1983)⁵³⁻⁵⁴, rappresentando così una strategia di evitamento del trattamento di origine ansiosa. È stato riportato un soddisfacente controllo del riflesso faringeo associando agopuntura ed ipnosi, anche se tale studio è limitato ad un solo case report (Eitner et al. 2005)⁵⁵. Secondo alcuni autori l'agopuntura sarebbe utile per modulare a breve termine il riflesso faringeo, mentre l'ipnosi consentirebbe un effetto a lungo termine (Weyand 1972)⁵⁶. Inoltre l'ipnosi è stata utilizzata vantaggiosamente per la consegna e l'inserzione di protesi totali nei pazienti con ipersensibilità del riflesso faringeo (Bartlett, 1971; Noble, 2002; Wilks, 1994)⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹.

Come già accennato, i dati della letteratura su ipnosi e chirurgia orale sono molto scarsi. Gow⁶⁰ ha recentemente pubblicato nel 2006 un case report su una giovane paziente di 31 anni con livelli fobici di ansia di origine multifattoriale, con indicazione all'estrazione a causa di un processo carioso penetrante: la Dental anxiety scale (DAS)¹² indicava uno score di 16 e un'anticipazione del dolore in trattamenti futuri indicato con un valore 5 sulla VAS¹⁶. Tra le diverse componenti della fobia erano presenti una paura di catastrofi, con paura di morire durante l'intervento, ed un'importante agofobia: la paziente è stata quindi sottoposta a 2 sedute di desensibilizzazione per ridurre il terrore dell'anestesia locale. Successivamente è stata sottoposta ad una seduta di ipnosi con la tecnica della fissazione degli occhi e del conto alla rovescia, seguita dalla discesa nella scala verso un "luogo speciale" dove la paziente potesse sentirsi completamente rilassata, e fornendo contemporaneamente una serie di suggestioni visive uditive, olfattive. La paziente veniva anche istruita a rispondere ad eventuali domande alzando l'indice destro per rispondere affermativamente e l'indice sinistro per rispondere negativamente. Venivano inoltre somministrate ripetute suggestioni post-ipnotiche per facilitare l'accettazione di futuri interventi. Un aspetto interessante della sua agofobia si rivelò durante la seduta ipnotica, bruscamente interrotta al momento in cui la mucosa veniva toccata dal dentista: ricondotta in ipnosi rapidamente la paziente rivelava che non le era stata fatta più alcuna puntura dal momento del parto, situazione in cui si era trovata in pericolo di vita. L'estrazione del III molare fu quindi condotta con successo in ipnosi: al termine dell'intervento la paziente riportava una DAS= 7 e una VAS= 1, mentre al follow-up dopo 4 mesi comunicava di aver continuato le cure odontoiatriche in un altro studio più vicino all'abitazione, preparandosi agevolmente mediante l'autoipnosi.

L'unico studio comprendente una casistica di 209 interventi di chirurgia orale e maxillo-facciale condotti in anestesia locale associata ad ipnosi, in pazienti

di età compresa tra i 13-87 anni, è stato eseguito nel 2005 da Hermes et al.⁶¹. In tale studio il protocollo di induzione ipnotica standard è stato realizzato con l'impiego di un CD e sua somministrazione in cuffia; al paziente era richiesto di ascoltare il CD due volte prima del suo uso in sala operatoria, in modo da iniziare un auto addestramento all'ipnosi. I risultati sono stati insoddisfacenti nel 5,6% dei pazienti e risultati molto soddisfacenti nel 93,4%: in questo gruppo di pazienti veniva registrato un livello di ipnosi medio, con marcato rilassamento, inibizione motoria e aumentata tolleranza alle manovre invasive; tali effetti erano più evidenti nei pazienti con una marcata ansia preoperatoria. Un elemento interessante è la mantenuta capacità di collaborazione del paziente in caso di necessità di cambiare la posizione della testa (ad es. per eseguire radiografie intraoperatorie). La distorsione temporale in corso di ipnosi portava i pazienti a stimare l'intervento come molto più breve della sua reale durata: una serie di pazienti aveva un'amnesia parziale, mentre 5 pazienti presentavano una completa amnesia. Un limite dell'ipnosi in questa casistica è stato in molti casi l'insoddisfacente isolamento del paziente dai rumori (trapano) e alcuni stimoli intraoperatori. Tuttavia quando questi stimoli interrompevano l'ipnosi, questa poteva essere rapidamente ripresa con una amnesia dell'episodio alla fine dell'intervento. Ciò nonostante anche questa casistica, che dimostra l'utilizzabilità dell'ipnosi in ambito chirurgico, non fornisce alcun dato sulle condizioni emodinamiche intraoperatorie.

Al momento quindi esiste solo un case report che fornisca informazioni sulla capacità dell'ipnosi di modulare le condizioni cardiocircolatorie in chirurgia orale (Eitner, 2006)⁵⁵: questo studio, eseguito su una donna di 54 anni con DAS= 13, mostra le differenze nel monitoraggio cardiorespiratorio in una serie di 6 trattamenti odontoiatrici condotti alternativamente con e senza ipnosi: in fig.1 si può osservare come l'ipnosi induca un'evidente riduzione di pressione arteriosa (diastolica e sistolica), frequenza cardiaca e respiratoria.

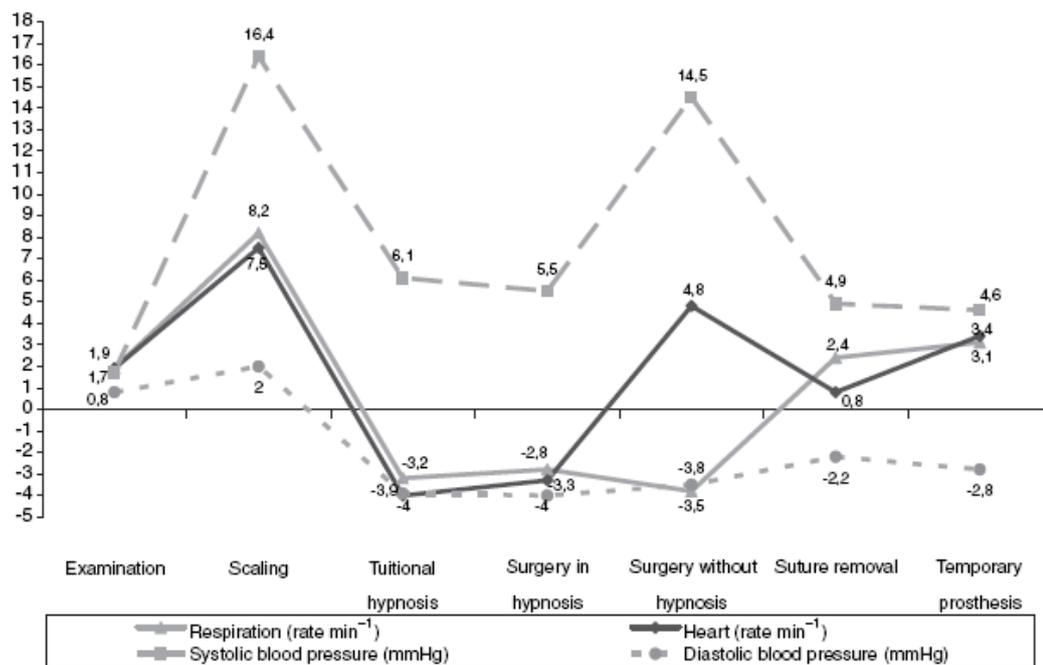


Figura 1

Dati cardiorespiratori durante 6 sedute odontoiatriche con e senza ipnosi (differenze rispetto ai valori basali) (Eitner 2006).

Dai dati della letteratura quindi emerge in generale una buona maneggevolezza e capacità sedativa dell'ipnosi, ma rimane ancora pressoché inesplorato un aspetto fondamentale in anesthesiologia, ovvero la capacità di protezione del paziente dallo stress chirurgico; questo è un aspetto fondamentale della sicurezza intraoperatoria e della prevenzione delle complicazioni ed emergenze in ambito odontoiatrico. La dimostrazione dell'efficacia dell'ipnosi non può quindi prescindere dalla valutazione delle modificazioni cardiocircolatorie durante lo stress chirurgico.

SCOPO DELLO STUDIO

Da quanto precedentemente discusso, l'ipnosi si candida come efficace tecnica sedativa in odontoiatria, ma non esistono dati salienti in letteratura sulla sua efficacia nella protezione del paziente dallo stress chirurgico: in altre parole non è ancora chiaro se l'ipnosi consenta la sedazione con un mero meccanismo di dissociazione psicologica dall'intervento o se consenta di controllare anche le reazioni neurovegetative agli stimoli chirurgici. L'obiettivo di questo studio è di valutare preliminarmente l'impiego dell'ipnosi nella sedazione del paziente sottoposto ad interventi di chirurgia orale e maxillo-facciale, determinando le modificazioni emodinamiche intraoperatorie e confrontando, quando possibile l'ipnosi alla sedazione farmacologica con benzodiazepine.

Materiali e Metodi

Sono stati inclusi nello studio 22 interventi eseguiti in 10 pazienti (tutti di sesso femminile tranne uno) di età 49.8 ± 14.8 anni (range 22-66).

In tutti i casi è stata effettuata la visita anestesiologicala preoperatoria per valutare le condizioni cliniche ed il livello di ansia, somministrare il test di Newman⁶² e fornire ai pazienti le informazioni necessarie sulle procedure adottate.

L'ansia è stata valutata mediante l'uso combinato della Corah's Dental Anxiety Scale¹² (DAS) e della Visual Analogue Scale (VAS)¹⁶: i pazienti che presentavano $DAS > 15$ o $VAS > 7,5$ sono stati considerati come fobici, mentre quelli con $DAS > 12$ o $VAS > 5$ sono stati considerati come ansiosi.

Da tutti i pazienti è stato ottenuto il consenso informato alla sedazione farmacologica e/o con ipnosi.

Tre pazienti sono stati sottoposti a un ciclo di 3-6 infiltrazioni con acido ialuronico dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM), mentre altri quattro pazienti sono stati sottoposti a sedazione farmacologica o ipnosi in sedute diverse, in modo da valutare eventuali differenze intrasoggettive di risposta alle due tecniche in interventi di chirurgia orale (implantologia, rialzo del seno mascellare, estrazione del III molare, rispettivamente).

Ulteriori due pazienti sono state sottoposte a ipnosi in condizioni di urgenza. La prima, alla visita in P.S. Odontoiatrico, presentava un riflesso del vomito che rendeva impossibile la valutazione clinica e la successiva pulpectomia, mentre la seconda è stata sottoposta ad ipnosi per risolvere un attacco di panico verificatosi prima di entrare in sala operatoria (intervento di implantologia) nonostante la premedicazione con clordemetildiazepam (2 mg per os).

L'induzione dell'ipnosi è stata ottenuta in un periodo compreso tra 5 e 8 minuti, dopo avere chiesto al paziente quale/i luoghi fossero nella sua esperienza particolarmente gradevoli.

L'induzione è stata condotta come segue:

- visualizzazione del luogo gradito (spiaggia tropicale in 6 casi, paesaggio di montagna in un caso, regata storica a Venezia nel caso rimanente);
- discesa di una scala di 10 gradini per l'approfondimento della trance ipnotica;
- suggestione di rilassamento muscolare;
- focalizzazione dell'attenzione sul proprio respiro;
- suggestioni di amnesia;
- suggestioni di analgesia nella sede di intervento;
- suggestione di inattenzione per la sede dell'intervento.

Al termine dell'induzione i pazienti sono stati sottoposti ad anestesia locale e quindi all'esecuzione dell'intervento programmato.

Per ogni paziente sono stati registrati i dati antropometrici, ovvero l'età, il sesso, il peso, l'altezza, lo stato fisico valutato mediante la classificazione dell'American Society of Anesthetists (ASA)⁶³ e i parametri cardiocircolatori di base (PAS, PAD e FC).

La premedicazione preoperatoria è stata ottenuta con dosi di clordemetildiazepam (CDDZ) pari a 1 mg per os nei pazienti con $VAS \leq 5$ cm e $DAS < 13$, o 2 mg per os nei pazienti con $VAS > 5$ cm o $DAS \geq 13$.

L'ansiolisi intraoperatoria, intesa come stato di tranquillità soggettiva massimale, è stata ottenuta, nel paziente già seduto sulla poltrona odontoiatrica, mediante titolazione di dosi crescenti di diazepam somministrate per via endovenosa (e.v.): a tale scopo è stata cannulata una via venosa alla piega del gomito con agocannule 22 o 24 G, attraverso le quali dovevano essere iniettate dosi di diazepam e.v. corrispondenti a 2 boli iniziali di 2 mg seguiti da boli di 1 mg somministrati ogni 60 secondi fino a raggiungere livelli di tranquillità soggettiva massimale.

Il metodo per l'autovalutazione dello stato di tranquillità è stato concordato con il paziente nel corso della visita preoperatoria: il paziente doveva identificare in primo luogo il livello di tranquillità raggiunto in presedazione con il CDDZ e, successivamente, quello procurato dalle dosi frazionate di diazepam mediante scala verbale da 0 (nessuna tranquillità) a 10 (massimo di tranquillità).

I parametri cardiorespiratori intraoperatori sono stati valutati per 8 pazienti mediante monitoraggio strumentale⁶⁴ che prevedeva il rilevamento continuo del tracciato ECG, della frequenza cardiaca (FC), della pressione arteriosa sistolica (PAS) e diastolica (PAD) e della saturimetria (SpO₂): per il monitoraggio è stato impiegato un apparecchio Philips Suresigns VM8. Nei rimanenti due casi ipnotizzati in condizioni d'urgenza, il monitoraggio strumentale non era disponibile al momento dell'induzione.

I dati cardiocircolatori rilevati sono stati trasferiti su di una cartella anestesologica odontoiatrica appositamente preparata: su tale cartella sono state altresì trascritte le dosi di farmaco benzodiazepinico impiegate, i tempi operatori, i farmaci aggiuntivi somministrati intraoperatoriamente e ogni altra informazione relativa al decorso perioperatorio.

Nella quasi totalità dei casi è stata utilizzata anestesia topica mediante crema EMLA (eutectic mixture of local anesthetics) applicata sulla mucosa gengivale prima dell'infiltrazione con anestetico locale. La tecnica di anestesia locoregionale è stata effettuata mediante infiltrazione sopraperiosteale o blocco del n. alveolare inferiore utilizzando in successione anestetici locali aminoamidici di durata intermedia (mepivacaina 2% ed epinefrina 1:100000) seguiti da anestetici locali di lunga durata d'azione (bupivacaina 0,5% ed epinefrina 1:200000).

Alla fine dell'intervento il test di Newman postoperatorio è stato confrontato con quello di controllo effettuato nel corso della visita preoperatoria. Il test di Newman⁶² è stato applicato al fine di valutare la normalità dello stato psicomotorio postoperatorio del paziente e di autorizzarne l'immediata dimissione: la dimissione veniva differita di 30 min nel caso il test postoperatorio rivelasse una riduzione della performance (5 o più punti omessi) .

Risultati

L'ipnosi ha consentito un'agevole esecuzione degli interventi in tutti i casi con un tempo totale di preparazione (cannulazione di vena periferica, allestimento del monitoraggio e induzione dell'ipnosi) inferiore a 15 min.

In fig. 2 è riportato l'andamento dei parametri cardiocircolatori in 4 interventi di chirurgia orale sottoposti a sedazione farmacologica. Il livello preoperatorio dell'ansia era $VAS= 4,73\pm 3,87$ e $DAS= 8,75\pm 2,22$; la sedazione è stata ottenuta con diazepam ad un dosaggio di $12,5\pm 5,97$ mg, cui, in un caso è stato aggiunto il midazolam alla dose di 6 mg.

In fig. 3 sono riportati i dati di monitoraggio emodinamico di 5 interventi di chirurgia orale condotti in ipnosi ($VAS= 3,30\pm 2,46$ e $DAS= 8,60\pm 1,52$).

Confrontando le figg. 2 e 3 si può osservare una notevole stabilità cardiovascolare in ipnosi, che appare non inferiore a quella degli interventi condotti in sedazione farmacologica; tuttavia l'esiguo numero di casi non consente una valutazione statistica delle differenze.

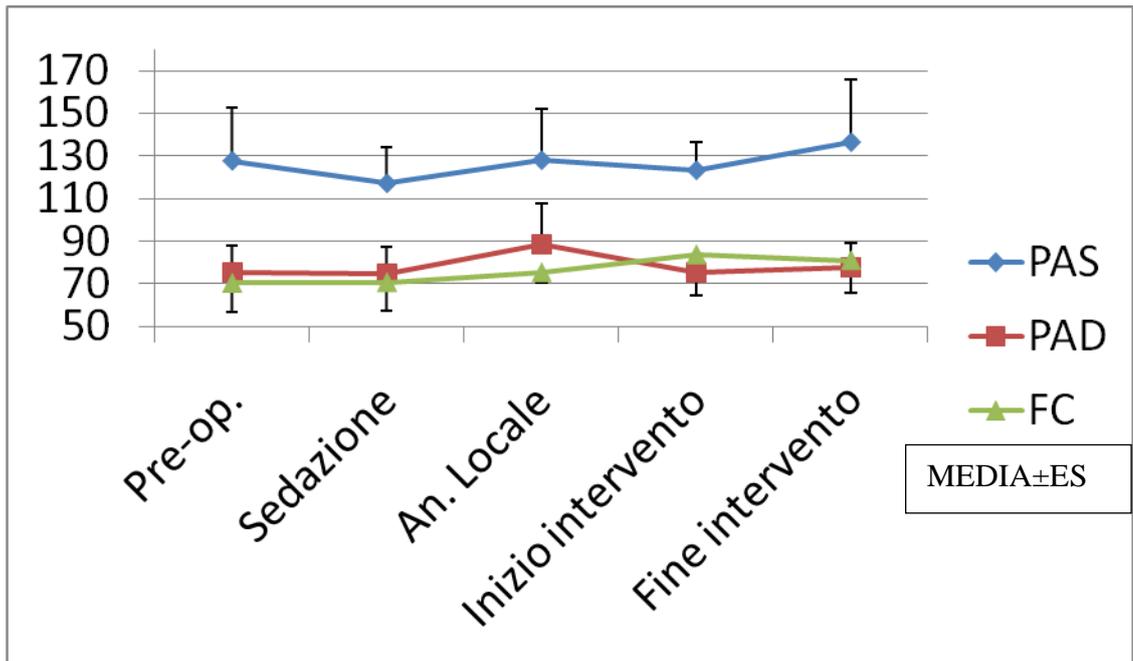


Figura 2. Monitoraggio emodinamico in 4 interventi di chirurgia orale eseguiti in sedazione farmacologica con benzodiazepine. (PAS = pressione arteriosa sistolica; PAD = pressione arteriosa diastolica; FC = frequenza cardiaca).

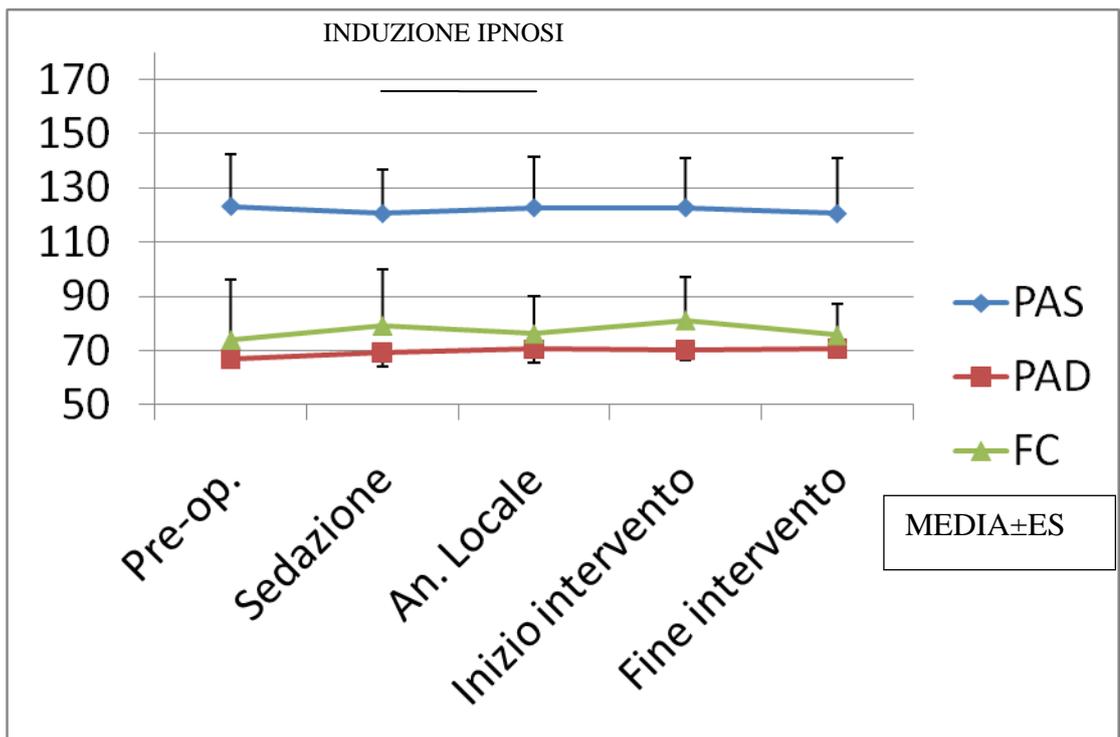


Figura 3. Monitoraggio emodinamico in 5 interventi di chirurgia orale eseguiti in ipnosi. (PAS = pressione arteriosa sistolica; PAD = pressione arteriosa diastolica; FC = frequenza cardiaca).

Analoga stabilità dei parametri cardiocircolatori è osservabile nei pazienti sottoposti ad infiltrazioni dell'ATM, che presentavano al momento della visita preoperatoria una VAS= $6,93 \pm 4,41$ (fig. 4).

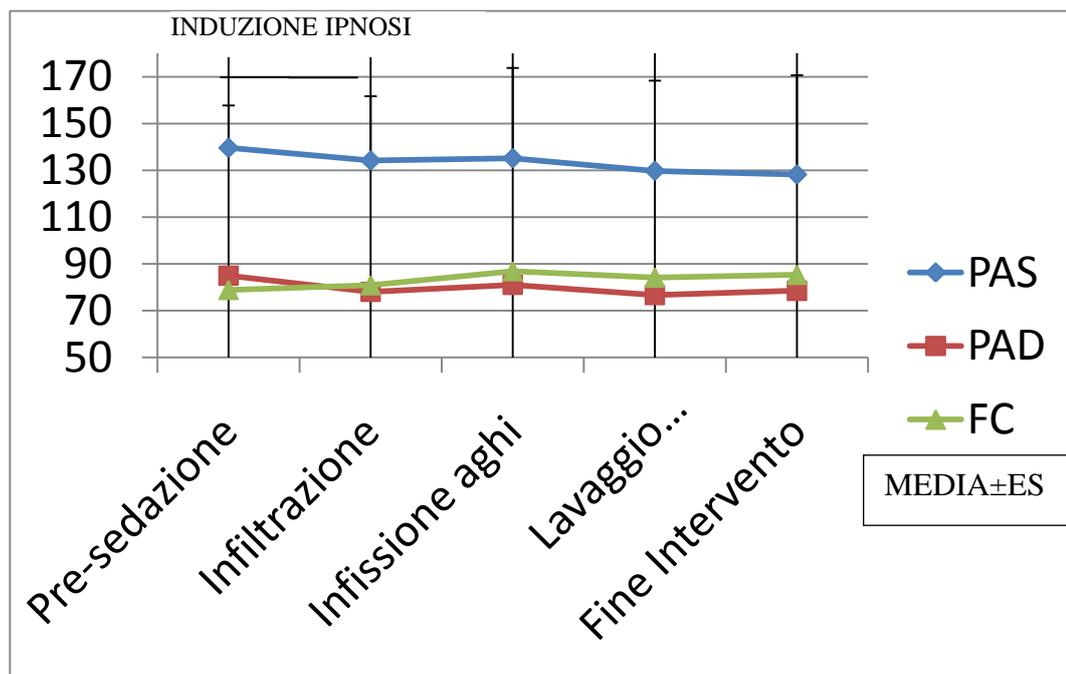


Figura 4. Monitoraggio emodinamico in 11 interventi di infiltrazione dell'ATM eseguiti in ipnosi. (PAS = pressione arteriosa sistolica; PAD = pressione arteriosa diastolica; FC = frequenza cardiaca).

Uno di questi casi (una donna di 42 anni, con una grave fobia odontoiatrica) è stato sottoposto a ipnosi dopo un primo tentativo in sedazione farmacologica interrotto per rifiuto della paziente (fig. 5).

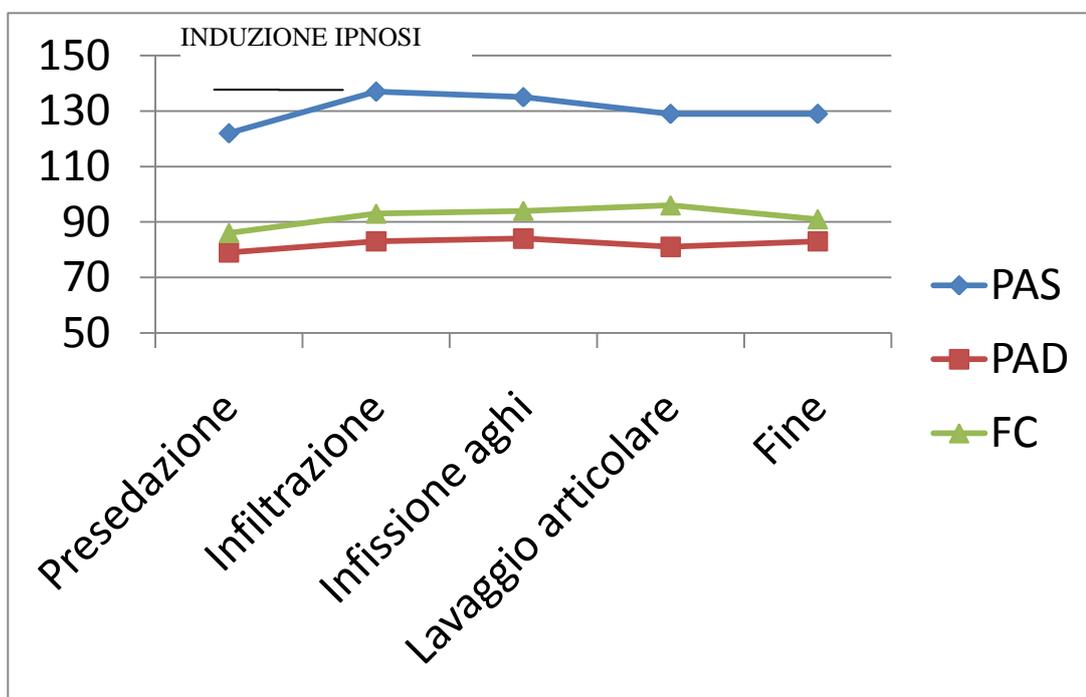
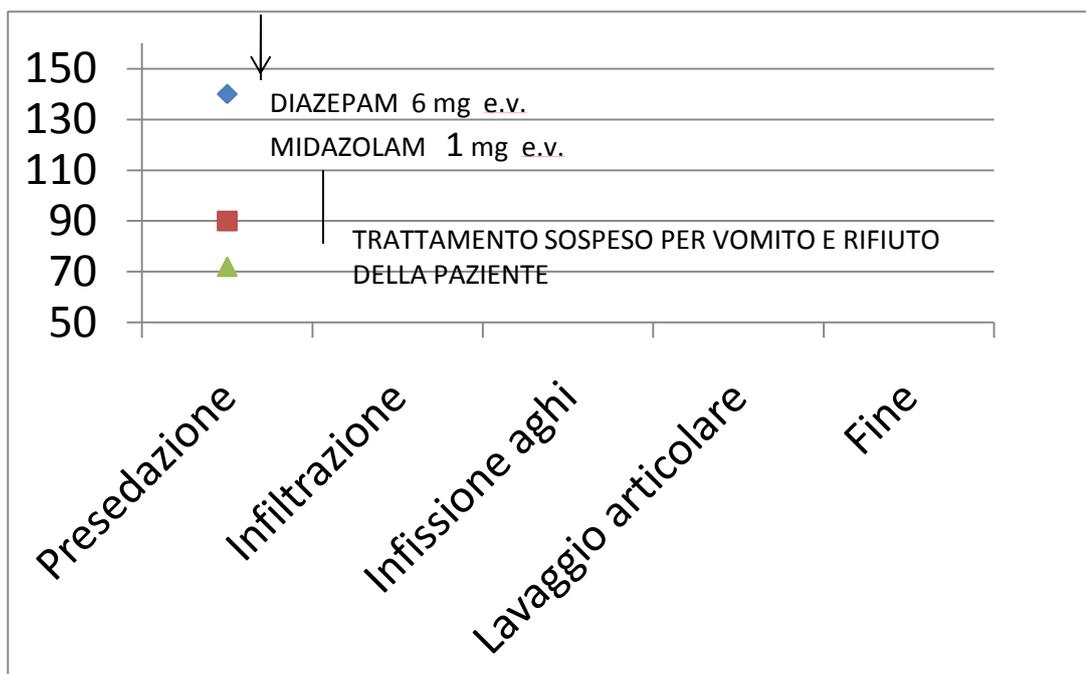


Figura 5.

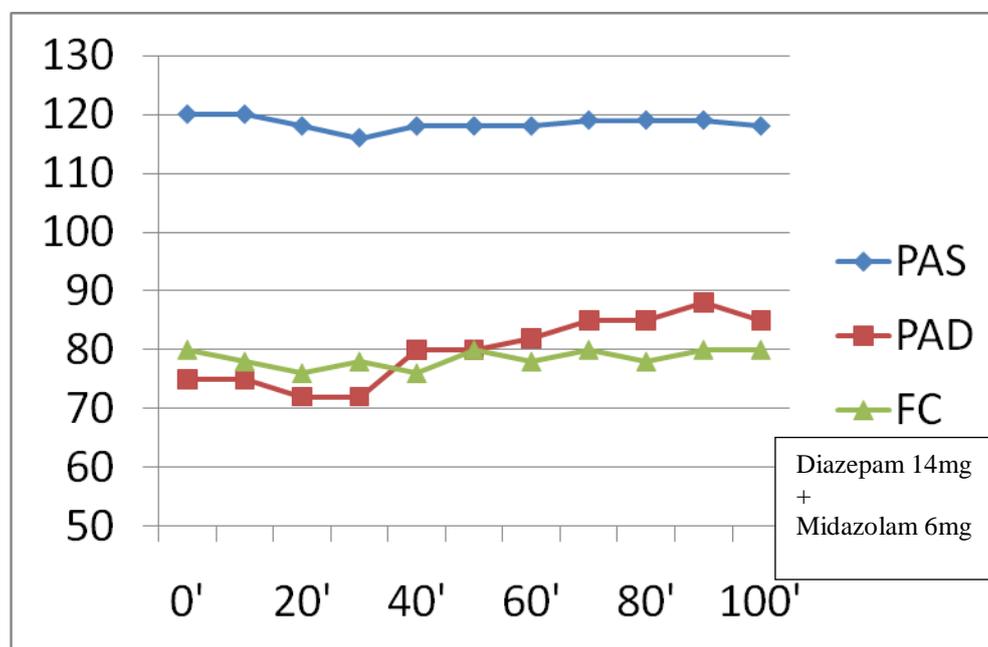
Monitoraggio emodinamico in 2 interventi di infiltrazione dell'ATM, eseguiti su una paziente fobica in due diverse sedute: durante la prima seduta, eseguita in sedazione farmacologica con benzodiazepine, il paziente ha presentato una forte reazione emotiva associata ad una crisi di vomito che l'ha indotta a rifiutare la prosecuzione dell'intervento. La seconda seduta è stata quindi condotta in ipnosi agevolmente e con piena soddisfazione della paziente: la figura dimostra la notevole stabilità cardiovascolare durante tutta la procedura (PAS = pressione arteriosa sistolica; PAD = pressione arteriosa diastolica; FC = frequenza cardiaca).

Un altro caso è una donna di 43 anni con pregressa depressione post-partum e sofferente di attacchi di panico, in terapia con Magnesio Dipropilacetato e Litio. La paziente è stata sottoposta all'estrazione del III molare inferiore incluso di entrambi i lati in due sedute successive. Il primo intervento era stato condotto in sedazione farmacologica con diazepam (12 mg) + midazolam (6 mg) previa presedazione con clordemetildiazepam (2 mg per os); nonostante la forte dose di benzodiazepine, la paziente aveva avuto momenti di ansia con crisi di pianto durante l'estrazione del dente. Al momento del secondo intervento, circa 2 mesi dopo, la paziente descriveva il primo come un'esperienza molto spiacevole, con relativo aumento dell'ansia e della paura nonostante la presedazione con clordemetildiazepam (2 mg per os). Veniva quindi proposta l'ipnosi mentre era già seduta sulla poltrona. Dopo il consenso della paziente, l'induzione veniva realizzata con tecnica rapida e approfondita nei successivi 5 min, alla fine dei quali veniva agevolmente eseguita l'anestesia locale. La paziente veniva quindi risvegliata dopo avere fornito reiterate suggestioni ipnotiche di imperturbabile serenità e di capacità di gestire senza alcun fastidio e turbamento tutte le sensazioni che avrebbe avuto nel pomeriggio. Al momento dell'inizio dell'intervento la paziente non riteneva necessaria la sedazione e si sottoponeva di propria scelta all'intervento senza ulteriori trattamenti ansiolitici: l'intervento è stato condotto agevolmente con piena collaborazione della paziente, che alla fine riferiva che l'esperienza era stata nettamente migliore di quella precedente. In due casi sprovvisti di monitoraggio strumentale è stata indotta l'ipnosi d'urgenza con tecnica di induzione rapida (in un tempo inferiore ai 5 min). Il primo caso era una donna di 42 anni che presentava un gag reflex tale da impedire la visita odontoiatrica; veniva quindi indotta l'ipnosi e l'intervento di pulpectomia del I molare superiore veniva agevolmente eseguito con una totale assenza di reazioni avverse e con notevole soddisfazione della paziente, che ha richiesto di proseguire le cure sempre in ipnosi. Alla prima seduta di endodonzia la paziente è stata quindi istruita a realizzare l'autoipnosi, che le ha consentito di

proseguire autonomamente le cure endodontiche, senza più presentare il riflesso del vomito.

Il secondo caso è una paziente di 58 anni sottoposta ad intervento di implantologia; in conseguenza della grave fobia odontoiatrica (VAS =10), la paziente andava incontro ad una crisi di panico in presala operatoria, tale da rendere non gestibile la prosecuzione della procedura, nonostante la premedicazione con clordemetildiazepam (2mg per os). La paziente veniva quindi indotta con tecnica rapida, portata ad un profondo stato di rilassamento e risvegliata dopo avere somministrato un comando post-ipnotico di mantenere un'imperturbabile tranquillità per tutta la fase di preparazione dell'intervento. La paziente è quindi entrata autonomamente in sala operatoria e, dopo essersi seduta sulla poltrona, si è sottoposta senza alcun turbamento alle procedure previste (cannulazione della vena, allestimento del monitoraggio strumentale, anestesia locale).

La fig. 6 illustra l'andamento dei parametri cardiocircolatori dei due interventi eseguiti in sedazione con benzodiazepine e in ipnosi: si può osservare che l'ipnosi, anche in questo caso, ha garantito una stabilità emodinamica non inferiore a quella della sedazione farmacologica.



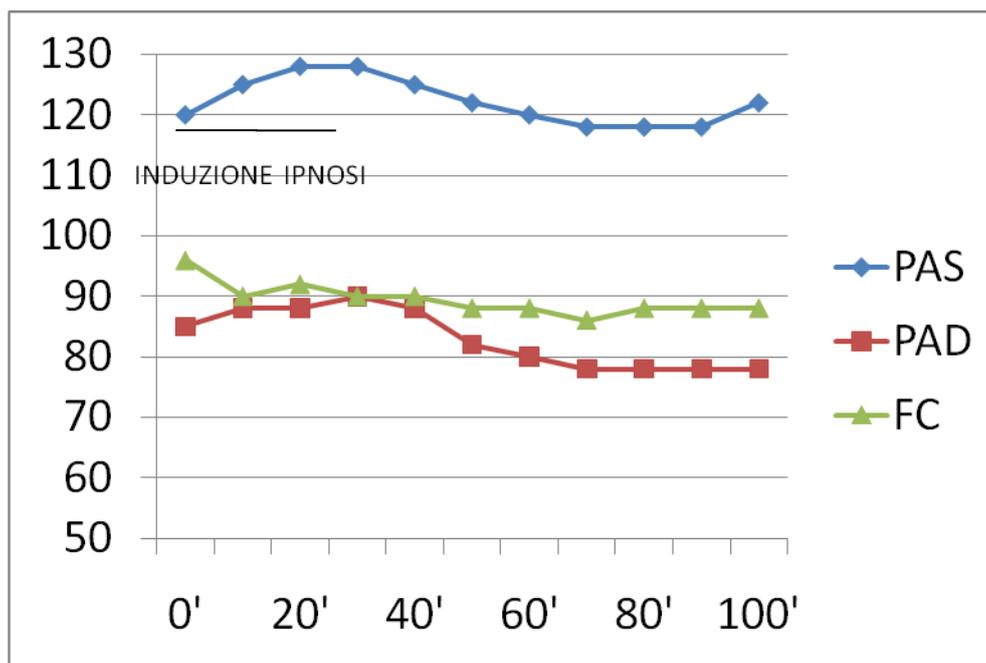


Figura 6.

Monitoraggio emodinamico in 2 interventi di chirurgia orale (estrazione chirurgica del III molare inferiore incluso di entrambi i lati), eseguiti su una paziente fobica con attacchi di panico ed una pregressa depressione post-partum, in due diverse sedute: la prima seduta è stata eseguita in sedazione farmacologica con benzodiazepine; la seconda seduta invece è stata eseguita in ipnosi. Si può osservare una notevole stabilità cardiovascolare in ipnosi, che appare non inferiore a quella degli interventi condotti in sedazione farmacologica. (PAS = pressione arteriosa sistolica; PAD = pressione arteriosa diastolica; FC = frequenza cardiaca).

La fig. 7 riporta un ulteriore caso di grave gag reflex sottoposto a due interventi di chirurgia orale rispettivamente in sedazione e in ipnosi; in ipnosi sia la pressione arteriosa (sistolica e diastolica) sia la frequenza cardiaca sembrano ancora più stabili rispetto a alla sedazione con benzodiazepine, soprattutto al momento dell'anestesia locale e all'inizio dell'intervento.

Un analogo comportamento è osservabile in un caso sottoposto a infiltrazione dell'ATM in sedazione farmacologica o in ipnosi (fig. 8).

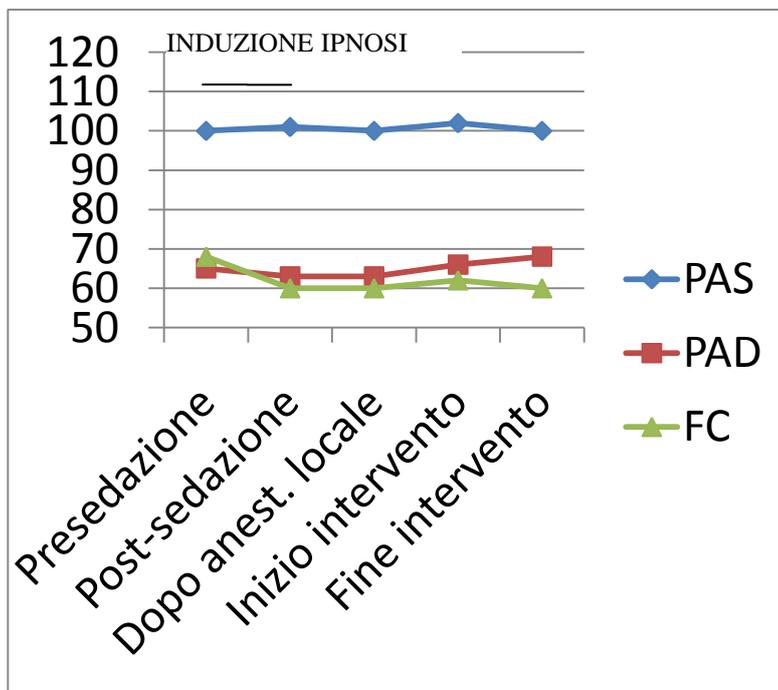
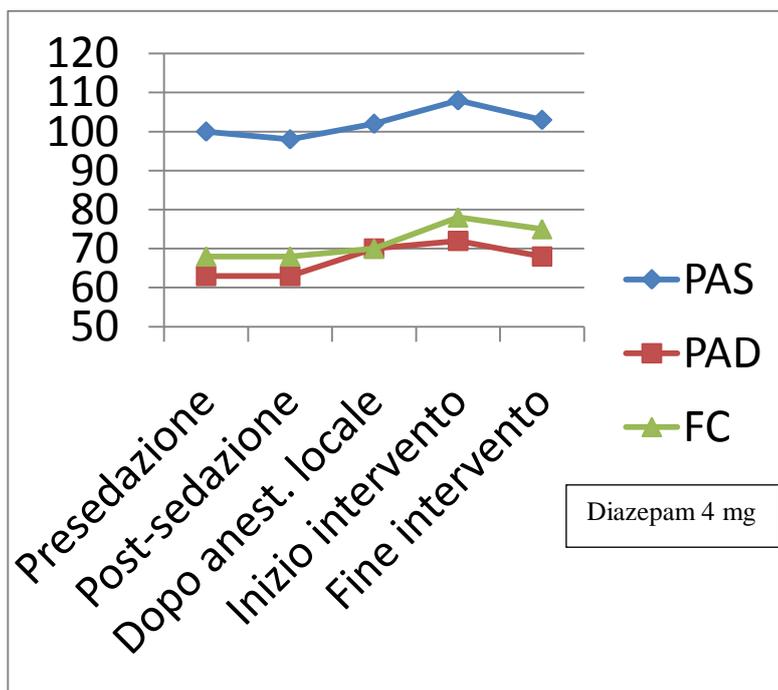


Figura 7.

Monitoraggio emodinamico in 2 interventi di chirurgia orale (estrazione degli elementi dentari 28 e 38) eseguiti in due diverse sedute: la prima eseguita in sedazione farmacologica con benzodiazepine; la seconda eseguita in ipnosi. Da questo grafico si riesce ad osservare una notevole stabilità cardiovascolare in ipnosi, che appare non inferiore a quella degli interventi condotti in sedazione farmacologica. (PAS = pressione arteriosa sistolica; PAD = pressione arteriosa diastolica; FC = frequenza cardiaca).

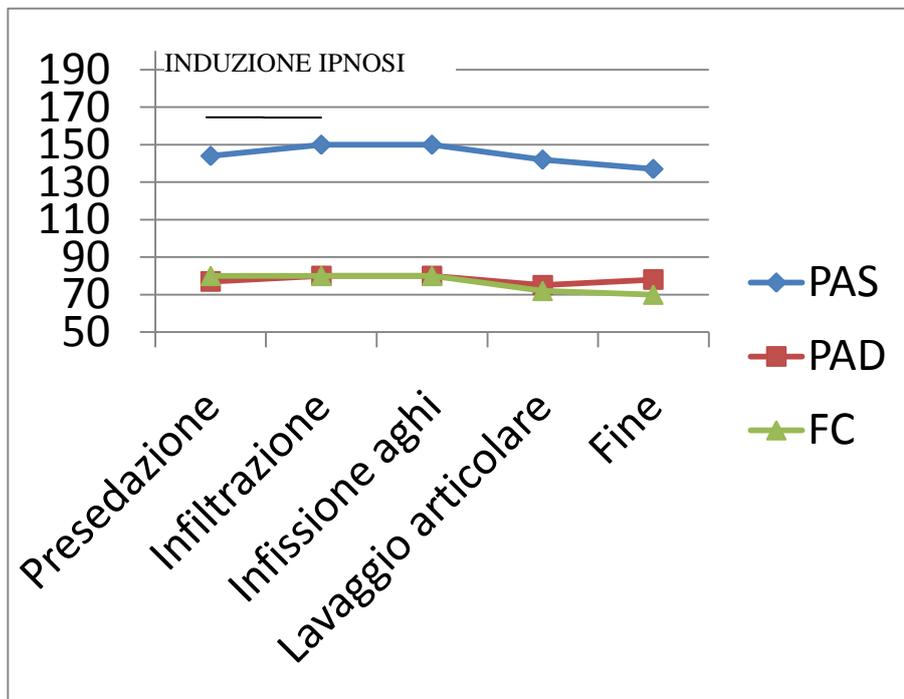
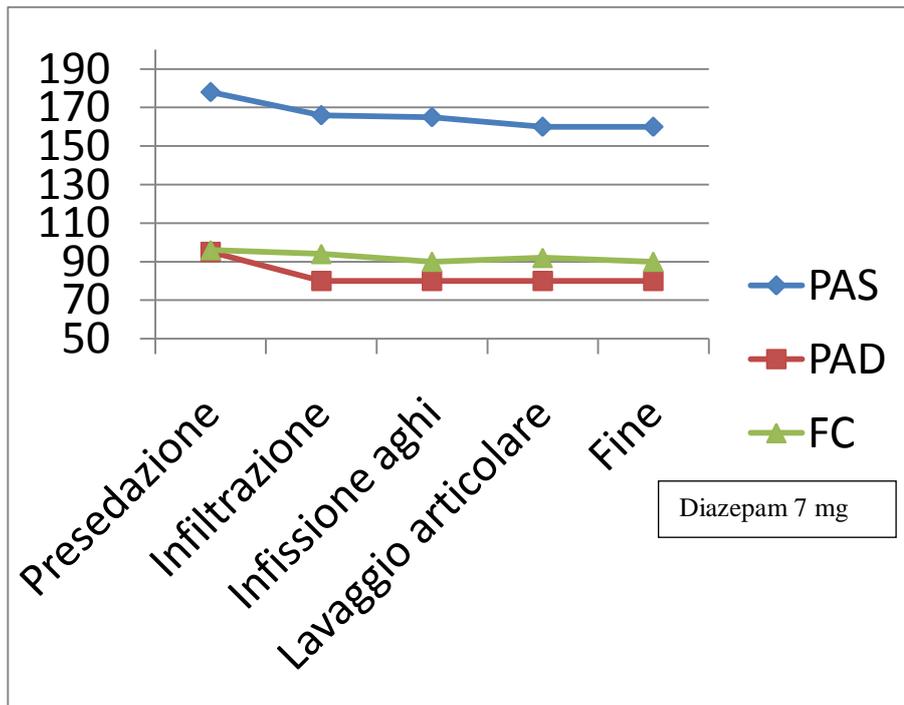


Figura 8. Monitoraggio emodinamico in 2 interventi di infiltrazione dell'ATM eseguiti in due diverse sedute: la prima seduta è stata eseguita in sedazione farmacologica con benzodiazepine; la seconda invece è stata eseguita in ipnosi. Si può valutare la rilevante stabilità dei parametri cardiocircolatori in ipnosi, non inferiore a quella degli interventi condotti in sedazione farmacologica. (PAS = pressione arteriosa sistolica; PAD = pressione arteriosa diastolica; FC = frequenza cardiaca).

Discussione e conclusioni

Come già accennato, l'ansia odontoiatrica ha un'ampia gamma di conseguenze psicologiche, biologiche, comportamentali e sociali (Cohen et al. 2000)⁶⁵. Un'indagine recente condotta nel Regno Unito su pazienti adulti ha concluso che circa il 25% dei soggetti sono sufficientemente timorosi dell'odontoiatra da evitare o ritardare l'appuntamento. Analogamente, uno studio su oltre 1000 pazienti italiani ha dimostrato che circa il 25% raggiunge livelli elevati di ansia e il 10% di fobia odontoiatrica (Facco et al. 2008)⁶⁶.

Data l'importanza dell'ansiolisi in odontoiatria, sia per il benessere soggettivo del paziente che nella profilassi delle emergenze, l'ipnosi si candida come una interessante tecnica di sedazione non farmacologica che il dentista, se adeguatamente addestrato, può gestire in completa autonomia, con un significativo miglioramento della qualità globale delle cure.

I dati della letteratura sull'utilizzo dell'ipnosi in chirurgia orale e maxillo-facciale sono tuttavia ancora molto scarsi. L'unico studio comprendente un'ampia casistica di interventi di chirurgia orale e maxillo-facciale condotti in anestesia locale associata ad ipnosi è stato eseguito nel 2005 da Hermes et al.⁶¹: tuttavia anche questa casistica, che dimostra l'utilizzabilità dell'ipnosi in ambito chirurgico, non fornisce alcun dato sulle condizioni emodinamiche intraoperatorie.

L'unico case report che mostra le differenze nel monitoraggio cardiorespiratorio in una serie di 6 trattamenti odontoiatrici condotti sullo stesso paziente, alternativamente con e senza ipnosi, è stato realizzato da Eitner nel 2006⁵⁵. In ogni caso dai dati disponibili in letteratura si può già cominciare a rilevare l'efficacia dell'ipnosi non solo per l'ansiolisi, ma anche per la terapia definitiva dell'ansia, della fobia odontoiatrica e dell'iperriflessività faringea.

Lo studio dell'ipnosi con metodo scientifico dovrebbe essere incoraggiata, per definire con miglior precisione la riproducibilità dei risultati e l'intensità

dell'analgesia; rimane comunque incredibilmente suggestiva la possibilità di indurre analgo-sedazione con il solo uso della parola, la quale sembra in grado di poter modulare in modo intenso l'attività delle vie del sistema limbico e del dolore.

Rimane ancora pressoché inesplorato un aspetto fondamentale, ovvero la capacità di protezione del paziente dallo stress chirurgico; questo è infatti un aspetto fondamentale della sicurezza intraoperatoria e della prevenzione delle complicazioni ed emergenze in ambito odontoiatrico.

La dimostrazione dell'efficacia dell'ipnosi non può quindi prescindere dalla valutazione delle modificazioni cardiocircolatorie durante lo stress chirurgico.

Questo lavoro intende valutare in modo preliminare gli effetti ansiolitici dell'ipnosi e poter ottenere una prima stima della sua efficacia, non solo sulla sedazione, ma anche sulla modulazione delle risposte neurovegetative allo stress chirurgico.

È da sottolineare il fatto che in nessuno dei casi è stata condotta alcuna preparazione ipnotica preoperatoria, e che tutti i pazienti sono stati visti per la prima volta il giorno stesso dell'intervento, già seduti sulla poltrona.

I nostri risultati suggeriscono le seguenti conclusioni:

1. In nessun caso si sono verificate difficoltà o resistenze all'induzione dell'ipnosi, suggerendo che anche senza preparazione preliminare e selezione dei pazienti l'ipnosi possa essere utilizzata nella routine.
2. Il tempo totale di induzione e approfondimento, compreso l'allestimento del monitoraggio cardiorespiratorio, è stato in tutti i casi inferiore ai 15 minuti, mentre in condizioni di urgenza l'ipnosi è stata agevolmente ottenuta in meno di 5 minuti. Tali tempi rendono l'ipnosi non meno maneggevole e rapida della sedazione farmacologica, con un buon rapporto costi/benefici.
3. Nei pazienti sottoposti a più di una seduta in ipnosi è stato somministrato un comando post-ipnotico di induzione rapidissima nel momento in cui l'ipnotista avesse esercitato una debole pressione con il dito sulla

glabella: tale manovra ha consentito una pressoché istantanea realizzazione dello stato ipnotico in pochi secondi, rendendo l'ipnosi ancor più rapida della sedazione farmacologica nei pazienti che si sono sottoposti a più di una seduta odontoiatrica.

4. L'ipnosi, al di là di eventuali pregiudizi sulla sua natura, fornisce al paziente un elevato grado di benessere soggettivo, al punto di farla preferire alla sedazione farmacologica in tutti i casi che hanno sperimentato entrambe le tecniche.
5. In tutti i casi sottoposti ad ipnosi si è osservata una totale stabilità cardiocircolatoria, non inferiore a quella rilevata in sedazione farmacologica. L'esiguo numero di casi non ha consentito di eseguire un'analisi statistica, ma i risultati suggeriscono fortemente l'efficacia dell'ipnosi nel controllo emodinamico e indicano la necessità di ulteriori studi.
6. L'ipnosi appare in grado di consentire un'agevole esecuzione del'intervento, oltre che nelle gravi fobie odontoiatriche di difficile sedazione con i farmaci, anche nel gag reflex.
7. L'ipnosi consente di superare in modo estremamente rapido momenti di impasse prodotti da emergenze improvvise come attacchi di panico in sala operatoria.
8. Oltre all'ipnosi sembra che anche il solo comando post-ipnotico di tranquillità possa essere efficace e, almeno in alcuni casi, sufficiente ad una agevole conduzione dell'intervento.

I risultati di questo studio indicano fortemente la necessità di ulteriori studi controllati sull'impiego dell'ipnosi per definire con miglior precisione la riproducibilità dei risultati, l'intensità dell'analgesia intra- e postoperatoria e le potenzialità dell'ansiolisi in condizioni post-ipnotiche.

In conclusione, i risultati ottenuti suggeriscono delle notevoli potenzialità dell'uso dell'ipnosi in odontoiatria, sia per quanto riguarda la sua applicazione

come metodo alternativo per l'ansiolisi, sia come una valida tecnica di sedazione paragonabile a quella farmacologica.

Bibliografia

1. The Nature of Hypnosis, A report prepared by a working party at the request of the Professional Affairs Board of The British Psychological Society, March 2001
2. Green JP, Barabasz AF, Barrett D, Montgomery GH, Forging ahead: The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2005, Jul. 53 (3), 259-64
3. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG, Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden, *Community Dent Oral*, 1992; 20 (2): 97-101
4. Chanpong B, Haas DA, Locker D, Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population, *Anesthesia Progress* 2005; 52 (1): 3-11
5. Ratkin JA, Harris MB, Dental anxiety: the patient point of view, *JADA* 109, 43, 1984
6. Sheehan DV, Sheehan K, Diagnostic classification of anxiety and phobic disorders, *Psychopharmacol Bull* 18, 35, 1982
7. Bernstein DA, Kleinknecht RA, Alexander LD, Antecedents of dental fear, *J Public Health Dent* 34, 113, 1979
8. KleinKnecht RA, McGlynn FD, Thorndike RM, Harkay J, Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation, *JADA* 108, 59, 1984
9. Riceputi V, Del Frate I, La comunicazione non verbale in odontoiatria, *Il dentista moderno* 14, 1455, 1996
10. Scott DS, Hirshman R, Schreder K: Historical antecedents of dental anxiety, *JADA* 108, 42, 1984
11. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD, Origins and characteristics of fear of dentistry, *JADA* 86, 842, 1973
12. Corah NL, Gale EN, Illig SJ, Assesment of a dental anxiety scale, *JADA* 97, 816, 1978
13. Mendola P, O'Shea RM, Zielezny MA, Thines TJ, Corah NL, Validity and reliability of the interval scale of anxiety response, *Anesth Prog* 34,202, 1987 80
14. Shoben JJ, Borland L, An empirical study of dental fear, *J Clin Psychol* 10, 171,1954

15. Forgione AG, Clark E, Comments on an empirical study of the causes of dental fear, *J Dent Res* 53, 496, 1974
16. Hindmarch I, Subjective aspects of the effects of benzodiazepines on sleep and early morning behavior, *Int J Med Sci* 153, 272, 1984
17. Waxman D, Hartland's Medical and Dental Hypnosis 3rd Edition, Bailliere Tindall, Oxford, 1997
18. Hellinger B, Gli ordini dell'aiuto, Tecniche nuove, Settimo Milanese, 2007
19. Crasilneck HB, Hall JA, Clinical hypnosis, principles and applications, Grune-Stratton, New York, 1975; Trad. it.: Ipnosi clinica, principi e applica-zioni, Astrolabio, Roma, 1977 (pag.27)
20. Granone F, Trattato di ipnosi, UTET, Torino, 1989
21. Barber TX, Ipnosi: un approccio scientifico, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1972
22. Moretti F, Ipnosi come sistema complesso: proposta per un modello biopsicosociale, Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale, Torino, 2005 (pag.12)
23. Baker JP, May HJ, Revicki DA, Kessler ER, Crawford EG, Use of orally administered diazepam in the reduction of dental anxiety, *JADA* 108, 778, 1984
24. Dixon HR, Robb N, Choices in anxiety control, A comparative study, *SAAD* 13, 17, 1996
25. American Dental Association House Of Delegates, Guidelines for teaching the comprehensive control of pain and anxiety in dentistry, American Dental Association, November 1985
26. Philips BK, Supplement medication for ambulatory procedures under regional anesthesia, *Anest Analg*, 64, 1117, 1985
27. National Institutes of Health (NIH),Anesthesia and sedation in the dental office, Consensus statement, 1985 Apr. 22-24, 5, 1
28. De Benedettis G, Carli G, Psiconeurobiologia dell'ipnosi, in Centro studi sull'analgesia Università degli studi di Milano, Nuova serie seminari sul dolore, 3, 1990, pp 59-116 81

29. De Luca V, Analgesia odontoiatrica in autoipnosi, II convegno nazionale Psicoterapia e Comunicazione nello studio odontoiatrico, Rimini, 12 giugno 1999, pp 145-158
30. Ciacci M, Arone Di Bertolino R, Rassegna critica delle tecniche psicologiche e comportamentali più diffuse in odontoiatria, Rassegna di Psicoterapie Vol 15 n 3, Min Med 1988, pp 56-65
31. Fuscà P, Il vomito e l'odontoiatria, I° Convegno Nazionale psicoterapia e comunicazione nello studio odontoiatrico, Rimini, 10 maggio 1997, pp 141-144
32. Bartolozzi L, Il bambino e il dentista, II Convegno Nazionale psicoterapia e comunicazione nello studio odontoiatrico, Rimini 12 giugno 1999, pp 125-130
33. Rimondini S, Mingarelli M, Tinarelli G, Postura e psiche, Importanza della psicoterapia di sostegno nella cura della disfunzione stomatognatica, Riv Med It Psicot Ip, Vol II, 1990, pp 51-56
34. Montecorboli U, Orifiammi P, Modificazioni dei livelli di ansia nei pazienti disfunzionali cranio-cervico-mandibolari durante la terapia, II Convegno Nazionale psicoterapia e comunicazione nello studio odontoiatrico, Rimini 12 giugno 1999, pp 177-206
35. Zach GA, Hypnosis Part 3: Uses in dentistry, Compendium 1990, 11, 420-426
36. Yapko MD, Essentials of hypnosis, New York, Brunner/Mazel Inc., 1995
37. Erickson ML, Rossi EL, Rossi SI, Hypnotic Realities – The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion, Irvington Publisher Inc., New York, 1976
38. Chaves JF, Recent advances in the application of hypnosis to pain management, Am J Clin Hypn, 1994, 37, 117-129
39. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G, Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta analysis, J Consult Clin Psychol 1995, 63, 214-220
44. Clark JH, The role of hypnosis in treating bruxism, in: Hypnosis in dentistry, Hypnosis International Monographs No 3, Germany, M.E.G. Stiftung, 1997, pp 79-85

45. Enqvist B, von-Konow L, Bystedt H, Pre- and peri-operative suggestion in maxillofacial surgery: Effects on blood loss and recovery, *Int J Clin Exp Hypn* 1995,43: 284-294
46. Cheek DB, Cron LML, *Clinical Hypnotherapy*, New York, Grune and Statton, 1968
47. Schultz JH, Luthe W, *Autogenic training: a psychophysiologic approach in psychotherapy*, New York, Grune and Statton, 1959
48. Bandler R, Grinder J, *The structure of magic*, Palo Alto, CA: Science and behavior books, 1975
49. Stein C, Clenched-fist as a hypnbehavioral procedure, *Am J Clin Hypn*, 1963, 2: 113-119
50. Greff JM: The nature and control of pain, anxiety and stress. In McCarthy FM (ed): *Emergencies in Dental Practice*, ed 3. Philadelphia, WB Saunders Co,1979, pp 220-233
51. Little JW, Falce DA: Behavioral consideration. In: *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. St. Louis, CV Mosby Co, 1980, pp 216-224
52. Elsberry NL: Hyperactive gag reflex linked to alcoholism. *Nurse Practitioner*, 1992, 17,8
53. Conny DJ, Tedesco LA: The gagging problem in prosthodontic treatment. Part I: Description and causes. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 1983, 49, 601-606
54. Conny DJ, Tedesco LA: The gagging problem in prosthodontic treatment. Part II: Patient management. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 1983, 49, 757-761
55. Eitner S, Wichmann M, Holst S: "Hypnopuncture" – A dental emergency treatment concept for patients with a distinctive gag reflex. *J Clinic Exp Hypn*, 2005, 53 (1): 60-73
56. Weyand JA: Three case reports in dental hypnotherapy. *Am J Clinic Hypn*, 1972, 15, 49-55
57. Bartlett KA: Gagging. A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1971, 14, 54-56
58. Noble S: The management of blood phobia and a hypersensitive gag reflex by hypnotherapy. A case report. *Dental update*, 2002, 29, 70-74 83

59. Wilks CG: The use of Hypnosis in the management of gagging and intolerance to dentures. *British Dental Journal*, 1994, 176, 332
60. Gow MA: Hypnosis with a 31-year-old female with dental phobia requiring an emergency extraction. *Contemp. Hypnosis*, 2006, 23 (2): 83-91
61. Hermes D, Truebger D, Hakim SG, Sieg P: Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery basics and first clinical experience. *Journal of cranio-maxillofacial surgery*, 2005; 33, 123-129
62. Newman MG, Trieger N, Miller JC, Measuring recovery from anesthesia, A simple test, *Anest Analg* 1969, 48:136-40
63. ASA. American Society of Anesthetists, New classification of physical status, *Anesthesiology* 1963, 24:111
64. AINOS. Raccomandazioni sul monitoraggio durante sedazione in odontoiatria, *G Anest Stomatol* 2001, 28(III): 1-6
65. Cohen SM, Fiske J, Newton JT: The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J*, 2000, Vol. 189, no.7, pp. 385-390
66. Facco E, Zanette G, Manani G: Italian Version of Corah"s Dental Anxiety Scale: Normative Data in Patients Undergoing Oral Surgery and Relationship With the ASA Physical Status Classification, *Anesth Prog* 55:109-115, 2008