

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2016

Efficacia dell'ipnosi per il controllo dell'ansia e del dolore durante la terapia causale parodontale.

Candidato:

Dr. Leopoldo Bozzi

Relatore

Prof. Dr. Enrico Facco

Introduzione

In ambito odontoiatrico, le patologie più frequenti per le quali un paziente richiede aiuto e si rivolge al dentista sono la carie e le patologie parodontali.

Entrambe sono infezioni opportunistiche collegate alla formazione di biofilm sulle superfici dentali, il cui trattamento, inclusi l'eliminazione o il controllo dell'infezione del biofilm e l'introduzione di accurate misure di controllo della placca, sfocia nella maggioranza dei casi, se non in tutti, in uno stato di salute dentale e parodontale.

La terapia igienica, non chirurgica, è la terapia eziologica, il cui obiettivo è di raggiungere una condizione di pulizia e assenza d'infezione nel cavo orale. Lo scopo si ottiene attraverso la totale rimozione di tutti i depositi molli e duri lungo le superfici radicolari dei denti affetti e dei relativi fattori di ritenzione.

Benché tale stato non sia sempre realizzabile, né ottenuto, l'arresto della progressione patologica che segue al trattamento deve essere l'obiettivo di ogni moderna terapia dentale.^(1,2)

Questa prima fase terapeutica è importante perché deve anche puntare a motivare il paziente in vista del raggiungimento del controllo ottimale della placca, e si conclude con una nuova valutazione a distanza di qualche settimana e con la pianificazione delle terapie supplementari (terapia correttiva) e di quelle di supporto.

La rimozione del biofilm, della placca e del tartaro si esegue con diversi strumenti: curettes e scalers manuali per rimuovere il tartaro e per la levigatura delle radici, ablatori sonici e a ultrasuoni, strumenti reciprocanti e la laserterapia ablativa.

In base alla localizzazione dei depositi, la detartrasi avviene tramite strumentazione sopra e/o subgingivale.

La strumentazione sub-gingivale (e a volte anche quella sopra gengivale in caso di denti sensibili resistenti alle paste desensibilizzanti) deve essere eseguita preferibilmente in condizioni di anestesia locale.

Infatti, durante la terapia parodontale non chirurgica si manifesta un trauma locale, che può innescare i meccanorecettori locali e i nocicettori polimodali, la cui attivazione conduce al rilascio di mediatori chimici infiammatori come le prostaglandine, la bradichinina e l'istamina e infine alla percezione del dolore nel sistema nervoso centrale, nell'immediato e nel postoperatorio.

Tuttavia gli studi che si riferiscono all'esperienza del dolore dopo la terapia non chirurgica sono limitati, la valutazione del dolore tramite misurazione obiettiva è impossibile e la sua percezione conseguente ad uno stimolo è altamente variabile da individuo a individuo.

Attualmente, il dolore è definito come: “una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata a un danno attuale o potenziale o descritto in termini di tale danno” dalla International Association for the Study of Pain.⁽¹³⁾ Un’esperienza quindi, strettamente connessa all’influenzabilità e non legata solo al danno tissutale,

Dato che emotività e dolore sono inseparabili, all’aumento della vigilanza, dell’ansia e della paura corrisponde un abbassamento della soglia del dolore e un aumento della sua intensità. Questo è particolarmente vero in odontoiatria, dove ogni procedura è percepita come stressante e provoca un aumento dell’ansia, dell’aspettativa di sofferenza e dolore prima dell’intervento stesso.

Di fatto, uno studio ha rilevato che dopo la detartrasi e la levigatura radicolare i pazienti avvertono dolori di durata e intensità variabile. Il picco è localizzato fra le due e le otto ore successive alla terapia e quasi il 25% dei pazienti ricorre a farmaci antidolorifici. Oltre al dolore, dopo la terapia non chirurgica i pazienti possono accusare sensibilità radicolare. Nonostante le buone misure d’igiene orale prima del trattamento - e i conseguenti bassi indici di placca - possano ridurre la sensibilità dentale radicolare, questa può insorgere come effetto collaterale dell’accurata levigatura radicolare e permanere a lungo, anche se con sempre minor intensità.^(5,6)

Numerosi studi clinici indicano come ansia, depressione e lo stress siano connessi alla percezione del dolore in generale ed in particolare fattori psicosociali possono influenzare l’esperienza del dolore e il bisogno di farmaci dopo la terapia parodontale non chirurgica, nonché dopo quella parodontale chirurgica.⁽⁷⁾

Uno studio sull’esperienza del dolore durante la diagnosi e il trattamento non chirurgico della parodontite dimostra che l’esperienza del dolore durante la strumentazione diagnostica è significativamente correlata all’esperienza del dolore durante la strumentazione della radice.⁽⁸⁾

Dopo il trattamento non chirurgico, un terzo dei pazienti trattati ha assunto farmaci antidolorifici, circa la metà del totale ha lamentato indolenzimento e dolore gengivale e due terzi di quelli addirittura ha sperimentato problemi durante la masticazione^(8,9).

Queste spiacevoli esperienze e/o il racconto di simili episodi dolorosi e patimenti fa sì che molti pazienti interessati a mantenere una dentatura sana non si sottopongono a regolari cure dentali proprio a causa dello stato ansioso e dell’apprensione connessi a tali trattamenti.

Tale stato ansioso è definito fenomeno universale, perché riguarda dal 10% al 30% della popolazione mondiale, causato da diversi fattori socio-culturali, etnici, precedenti esperienze negative o dal tipo d’intervento⁽¹⁰⁾.

Nonostante i pazienti presentino diversi livelli di ansia rispetto all’intervento odontoiatrico, sono comunque convinti che le cure comportino sempre e comunque dolore intra o postoperatorio. Questa preoccupazione li accompagna dai giorni precedenti l’intervento, aumentando l’affaticamento e l’ansia e rendendoli sempre meno tolleranti verso lo stress operatorio.

Perciò il controllo degli stati d'ansia e del dolore è importante: non solo per la compliance del paziente alle cure e al rispetto dei controlli programmati, ma anche per evitare l'insorgere di risposte fisiologiche e psicologiche avverse che possono esitare in un'emergenza medica anche potenzialmente fatale.⁽¹¹⁾

Questo possibile pericolo ha motivato una generale attenzione al trattamento dell'ansia e del dolore, tanto che il General Dental Council ha affermato che gli odontoiatri hanno il dovere di fornire e i pazienti hanno il diritto di aspettarsi un adeguato controllo dell'ansia e del dolore.⁽¹²⁾

Fra le tecniche di controllo dell'ansia e del dolore in odontoiatria, l'ipnosi si è dimostrata capace di giuocare un ruolo molto importante.

L'ipnosi è uno stato modificato della coscienza che può indurre nel paziente un'ampia gamma di manifestazioni fisiche e psichiche e di modificare la percezione, in particolare del dolore fino a realizzare una vera analgesia chirurgica, consentendo di ottenere un profondo rilassamento con amnesia, simile a quello della sedazione farmacologica profonda⁽¹²⁾. Particolarmente importante per l'ambito odontoiatrico è la possibilità di ridurre fino ad eliminare l'ansia e il dolore, assieme alle reazioni avverse di tipo neurovegetativo da questi indotte, come la sincope vasovagale.

Inoltre l'ipnosi non richiede l'uso di farmaci e non crea limitazioni al paziente ansioso o fobico, come ad esempio l'inabilità temporanea alla guida dei veicoli dopo somministrazione di benzodiazepine.

Scopo di questa tesi è dimostrare l'efficacia dell'ipnosi e dell'induzione di un'analgesia ipnotica nella somministrazione della terapia causale parodontale.

Materiali e metodi

Nel mio studio professionale, la raccolta dei dati rilevanti delle persone che richiedono una visita è effettuata seguendo un processo iatrosedativo, come insegnato dalla scuola medica patavina che l'ha formulato. Questo approccio permette di effettuare una valutazione clinica ed emozionale del paziente e di determinarne il grado di ansietà rispetto alle procedure odontoiatriche. I dati raccolti permettono di stabilire le misure comportamentali e materiali da attuare sia per l'ansiolisi ed il benessere del paziente, sia per la prevenzione delle emergenze. Non solo: permette di ridurre significativamente l'ansia e la paura nel paziente e instaura e migliora il rapporto che si crea col curante.^(13, 14)

La procedura inizia con un'intervista generale al paziente, la misurazione non invasiva della pressione sanguigna e la compilazione di una cartella che comprende una parte anagrafica, una parte d'indagine anamnestica e farmacologica, e un questionario per la valutazione dello stato ansioso determinato con la Modified Dental Anxiety Scale (MDAS secondo Facco e coll.) e con una scala analogica visuale (VAS) di controllo⁽¹⁵⁾.

Il questionario MDAS è composto da cinque domande con cinque possibili risposte ognuna, per un punteggio totale variabile da un minimo di 5 a un massimo di 25 punti. Questa procedura permette di identificare i soggetti non ansiosi se il valore del punteggio MDAS é compreso fra 5 e 13, ansiosi per punteggio da 14 a 18 e fobici per punteggio da 19 a 25. Il VAS è una linea orizzontale lunga 10 cm, dove a sinistra è indicato il valore "nessuna ansia" e a destra "massima ansia possibile", sulla quale

il paziente traccia a penna un trattino corrispondente alla sua percezione del livello di ansia provata, se quello fosse il momento in cui sta per essere operato. La misurazione della lunghezza del tratto da sinistra restituisce un valore metrico, tale da catalogare il soggetto come ansioso se il tratto è lungo da 5 cm a 7,5 cm, e fobico da 7,5 cm a 10 cm.^(16, 17)

A ogni paziente diagnosticato come ansioso si prospetta la possibilità di ottenere l'ansiolisi (A.) in una o più modalità combinate: A. farmacologica con somministrazione titolata di benzodiazepine (BZD) per via gastrointestinale e/o endovenosa; A. inalatoria tramite la somministrazione di una miscela titolata di ossigeno e protossido d'azoto; A. tramite ipnosi.

Trattandosi la detartrasi di una terapia quasi sempre di breve durata, spesso inferiore all'ora, raramente invasiva, spesso incruenta e di solito molesta, più che dolorosa, si preferisce adottare procedure e strumenti che siano di facile e rapido utilizzo e non comportino disagi al paziente.

Anzi, piuttosto gli permettano di riprendere le normali attività immediatamente dopo la dimissione. Perciò si ricorre a mezzi chimici semplici come le paste desensibilizzanti, oppure più sofisticati ed efficaci come l'analgesia relativa con protossido d'azoto, o l'ipnosi.

Il protossido d'azoto ha numerosi vantaggi: è titolabile, può essere utilizzato nella quasi totalità dei pazienti afferenti lo studio dentistico e ha un effetto analgesico, ansiolitico e miorilassante. Purtroppo richiede specifiche e costose attrezzature, il tempo di una visita preliminare per la titolazione e questi lo rendono un sistema molto poco diffuso negli studi odontoiatrici.

L'ipnosi è uno strumento che, nelle mani dell'operatore ipnotista, è documentato capace di indurre nel paziente odontoiatrico sia uno stato di grande rilassamento muscolare, eliminando ansia e dolore e portando l'organismo del paziente in omeostasi, sia una sensazione di anestesia più o meno profonda nella intera bocca e in tutti i denti. In questo modo, si riducono a zero i rischi di incappare in emergenze. Solo il 20% circa della popolazione non è ipnotizzabile, mentre la restante parte si divide fra un 20% di soggetti molto sensibili e facilmente ipnotizzabili e un 60% di soggetti sensibili e potenzialmente ipnotizzabili, con diversi gradi di efficacia.

Per stabilire se il paziente è ipnotizzabile, si considerano le risposte date dal paziente al test di Spiegel. Il test di Spiegel correla la capacità del paziente di muovere gli occhi verso l'alto - up-gaze - e la misura di quanta sclera sia visibile tra il bordo della palpebra inferiore e quello dell'iride - eye-roll - con la sensibilità all'ipnosi. Tanta più sclera è visibile, tanto più alto il punteggio in una scala da 0 a 4, tanto maggior il grado d'ipnotizzabilità.

Associato ad altre risposte soggettive e comportamentali: test di levitazione, differenze sensoriali fra gli arti superiori, il test permette di costruire il grado del profilo ipnotico (Hypnotic Induction Profile, HIP), determinazione in verità più utile in campo sperimentale che nella pratica odontoiatrica quotidiana.

Per l'induzione dell'ipnosi, ottenuto il consenso informato alla metodica e dopo una valutazione delle caratteristiche del soggetto in termini di "pesantezza" o "leggerezza", sollevando dai polsi gli

avambracci per “sistemare le mani” appoggiate ai braccioli della poltrona dove giace in posizione semisdraiata, si è utilizzato una tecnica d’induzione basata sulla focalizzazione dell’attenzione con un comando semplice, come fissare un punto in alto, controllando la comparsa di segni di stanchezza, somministrando tempestivi ricalchi e la ratifica precoce delle condizioni apparenti del paziente.

La fase successiva è stata quella di indurre e comprovare il rilassamento muscolare, e una volta osservate le condizioni di calma e completo rilassamento corporeo del paziente, si è dato il segnale di ancoraggio: stringere a pugno le dita della mano destra sul pollice.

Dopodiché si è provveduto a verificare la riuscita dell’ipnosi, deipnotizzando il soggetto, e invitandolo a rientrare da solo nello stato ipnotico sfruttando il segnale appena appreso. Verificato col sollevamento e ricaduta delle mani sulle gambe il grado di rilassamento del paziente, osservata la tranquillità espressa dal ritmo respiratorio e dalle pulsazioni carotidee visibili la condizione d’ipnosi realizzata, gli si è data una suggestione di freddo: “Immagina di mangiare una granita, e di tener il ghiaccio in bocca finché tutta la bocca si è gelata...” rinforzando il comando passando con un dito sui denti e le gengive che sarebbero state di lì a poco interessate dalla procedura. Chiesto al paziente di segnalare, muovendo un dito della mano sinistra, il momento in cui si fosse sentito pronto, al suo via si è proceduto alla terapia con un ablatore ultrasonico (Cavitron Soft-touch 30K, Dentsply, USA), aspirando l’acqua di raffreddamento con una cannula. Alla fine della terapia, riordinato lo strumentario, si è suggerito al paziente uno stato di pieno benessere, in assenza completa di dolore prima di invitarlo a ritornare allo stato di veglia, una volta completato un semplice conteggio numerico a ritroso. Dopodiché lo si è intervistato per appurare le sue sensazioni ed esperienze e il gradimento della metodica.

I quattro pazienti inizialmente trattati presentavano un indice MDAS >14 e un VAS > di 5, configurando in tutti una condizione di ansia odontoiatrica elevata, e in un caso di fobia.

Risultati

I pazienti sono stati tutti indotti in ipnosi secondo la metodica descritta, forniti di ancoraggio e deipnotizzati, prima di lasciarli ritornare spontaneamente in ipnosi eseguendo il gesto di ancoraggio. L’analgesia è stata suggerita con l’immagine di una granita che riempiva e gelava la bocca, i denti e i tessuti molli. Ai pazienti è stato chiesto di segnalare il raggiungimento di quello stato con un cenno, dopo di che si è eseguita la procedura di rimozione del biofilm, della placca batterica e del tartaro da denti e gengive. Al termine della procedura, si è chiesto al paziente di rientrare in ipnosi secondo le istruzioni ricevute dopo l’induzione ipnotica.

Tutti i pazienti hanno riferito l’esperienza come piacevole e soddisfacente, senza dolore e senza percezione del tempo trascorso. Due di loro hanno riportato come l’acuto sibilo dello strumento vibrante in funzione - dapprima sorgente di fastidio ed ansia - fosse stato intenzionalmente tramutato rispettivamente in un aereo che passava nel cielo sopra di lei e in un muratore al lavoro. La paziente fobica è stata invece alla fine travolta dall’emozione di essersi sentita sempre meglio e sempre meno ansiosa e più rilassata. Una di loro, che aveva provato in precedenza la sedazione cosciente

farmacologica con benzodiazepine, ha definito le metodiche parimenti efficaci in termini di tranquillità e assenza di dolore, ma ha manifestato un maggior apprezzamento per l'ipnosi, perché la sentiva come propria e associata a una sensazione di controllo non compromesso, diversamente da quella più artificiale ed estranea provata con l'uso di farmaci.

Tutte hanno manifestato un sentimento di soddisfazione per il successo della terapia, svolta con questa modalità.

Nessuna di loro ha riportato sensibilità e/o dolore nei giorni immediatamente successivi all'intervento, nessuna ha assunto farmaci antidolorifici.

Discussione

L'eliminazione del dolore e dell'ansia da quello indotta e il ristabilimento dello stato di salute è lo scopo della terapia medica. Questo obiettivo può essere raggiunto in odontoiatria attraverso varie metodiche, assieme alle procedure di anestesia locale: il linguaggio ed il comportamento empatico della iatrosedazione; l'ansiolisi farmacologica somministrata per via gastro intestinale, inalatoria, o endovenosa con benzodiazepine e/o protossido d'azoto; oppure tramite l'ipnosi.

Nel caso specifico, il raggiungimento ed il mantenimento della salute orale ottenuto tramite la terapia causale parodontale, la motivazione del paziente all'esecuzione delle procedure d'igiene orale domiciliare e il rispetto dei piani di controllo periodico rappresenta il pilastro fondamentale per garantire il successo nel tempo. Queste procedure richiedono attenzione e tempo per essere eseguite con accuratezza, quindi ogni metodica che permetta di ridurre i costi correlati è vista come benvenuta sia dagli operatori, sia dai pazienti.

Infatti, nella maggioranza dei casi e soprattutto nelle successive visite di controllo, una seduta di igiene orale professionale raramente richiede tempi maggiori di un'ora e soprattutto il paziente apprezza di non aver limitazioni alle sue attività, una volta dimesso dallo studio. Come per esempio si verifica in caso di sedazione cosciente con benzodiazepine.

Pertanto, le procedure di ansiolisi e analgesia adottate generalmente si restringono alle tecniche comportamentali e la iatrosedazione - quando sono note - e alla procedura di analgesia relativa con protossido d'azoto. Quest'ultima è praticata da una piccola minoranza degli operatori, a causa delle costose apparecchiature per la somministrazione titolata della miscela gassosa, ed è ancora poco diffusa fra gli odontoiatri, almeno in Italia. Non solo: richiede una seduta aggiuntiva, o un tempo dedicato maggiore, necessario infatti per determinare la titolazione del farmaco e comunque un aumento dei costi legati alla procedura, dovuti al costo dei gas, del materiale monouso necessario e del tempo/operatore impiegato nella fasi preparatorie.

Invece, il paziente può essere indotto nello stato ipnotico in pochi minuti. La realizzazione del monoideismo plastico permette al paziente di raggiungere sia il suo "luogo sicuro", sia il completo rilassamento muscolare e la suggestione di un'anestesia di tutta la cavità orale, efficace per il completamento della procedura clinica in entrambe le arcate e nel tempo strettamente necessario. Non solo: scompaiono ansia e stress, con la conseguente riduzione del rischio d'incappare in un'emergenza.

Il paziente è nella condizione apparente di poter ignorare la procedura, qualunque zona sia trattata. Il rilassamento muscolare indotto dall'ipnosi permette la facile dislocazione della lingua nel trattamento delle superfici linguali dei denti inferiori posteriori; nemmeno si sono riscontrati fenomeni di gag-reflex legati allo spray della cavitazione dell'acqua, alla fisicità degli strumenti utilizzati per la detartrasi e l'aspirazione dei liquidi intraorali. Alla fine del trattamento, la dimissione del paziente può essere immediata e non richiede alcun controllo o tempo aggiuntivo, come invece nel caso si sia somministrato il protossido d'azoto. Tutti i pazienti, intervistati, hanno espresso un sorridente e quasi estatico gradimento per la metodica, riferendo l'assenza di dolore e/o fastidio sperimentati in precedenza e connessi alla procedura.

Il meccanismo del controllo del dolore da parte del soggetto in stato ipnotico non è ancora completamente definito, ma sia che si tratti di un'inibizione del talamo da parte della corteccia prefrontale, oppure dell'attivazione di fibre corticali inibitorie top-down che bloccano l'ingresso dello stimolo doloroso a livello del corno dorsale del midollo spinale, o di una dissociazione dello stimolo dalla coscienza, per cui esisterebbe un Io che sente il dolore ed un Io che afferma di non sentirlo, non c'è alcun dubbio che l'ipnosi sia efficace nel ridurre la sensibilità e l'intensità del dolore, fino alla sua completa e profonda abolizione nei soggetti più sensibili, come dimostrano i casi di chirurgia maggiore risolti con efficacia da tanti colleghi.

L'ipnosi utilizzata come strumento si è dimostrata efficace per ottenere il rilassamento corporeo, la riduzione fino alla scomparsa dell'ansia e un grado di analgesia più che sufficiente per superare senza danni la terapia causale parodontale.

Il breve lasso di tempo richiesto per l'induzione; l'ancoraggio offerto al paziente e la riprova della sua efficacia nel rientro volontario nella condizione ipnotica con realizzazione del monoideismo plastico; le conseguenze di tale fenomeno in termini di collaborazione e risposta alla terapia ha forse stupito di più l'operatore di quanto abbia meravigliato e rincuorato i pazienti.

Com'è noto, migliaia di pazienti sono stati curati con l'ipnosi, riducendo in essi le tensioni fisiche ed emotive, l'ansia e il dolore in tutte le forme in cui si può presentare, aiutandoli a liberarsi di fastidiose patologie psico-somatiche, a controllare lo stress e la qualità del sonno, migliorando la loro qualità di vita.

Conclusioni

L'ipnosi e l'analgesia con essa conseguita si è dimostrata in grado di realizzare nel paziente ansioso o odontofobico una condizione di benessere, di ansiolisi e analgesia per la terapia causale parodontale. In nessun caso si è dovuto ricorrere ai tradizionali farmaci ansiolitici e/o all'anestesia locale. Pur con la limitatezza del campione, l'atteggiamento di calma e rilassamento dei pazienti sotto strumentazione; l'assenza del minimo segno di sofferenza e il benessere da loro riferito come grande, assoluto, estremamente piacevole, sia durante che dopo il trattamento; la trasformazione di un trattamento per alcuni stressante in una terapia ben accettata rende l'ipnosi uno strumento fondamentale nel trattamento olistico del paziente .

L'ipnosi può essere utilizzata su una grande percentuale di persone e indotta rapidamente.

È una procedura semplice e assolutamente compatibile con i tempi della terapia odontoiatrica, e può essere praticata da tutti gli operatori sanitari che abbiano conseguito l'adeguata formazione.

Questo aspetto la rende particolarmente utile nella terapia causale odontoiatrica, che vede come attori l'odontoiatra medico e soprattutto l'igienista dentale, al quale è preclusa l'induzione dell'ansiolisi farmacologica e l'anestesia locoregionale.

Semplice non vuol dire facile, ma con un poco di costanza e d'applicazione, è possibile migliorare la qualità della vita dei nostri pazienti e anche la nostra, utilizzando uno strumento efficace, sicuro e non costoso.

Bibliografia:

1. Salvi GE, Lindhe J, Lang NP. Pianificazione del trattamento di pazienti affetti da patologie parodontali. In: Parodontologia clinica e Implantologia orale, Lang NP e Lindhe J Editors, Edizione 2009;vol.2(31):673-691
2. Axelsson P, Nyström B, Linde J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004;31:749-757
3. Lindhe J, Nyman S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of oral health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. *J Clin Periodontol* 1975;2:67-79
4. Nyman S, Lindhe J, Rosling B. Periodontal Surgery in plaque-infected dentitions. *J Clin Periodontol* 1977;4:240-249
5. Philstrom BL, Hargreaves KM, Bouwsma OJ, Myers WR, Goodall MB, Doyle MJ. Pain after periodontal scaling and root planing. *JADA* 1999; 130: 634-639
6. Tammaro S, Wennstrom JL, Bergenholtz G. Root dentine sensitivity following non-surgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 2000;27:690-697
7. Klooster PW, Eber RM, Wang HI, Inglebart MR. Surgical versus non-surgical periodontal treatment: psychosocial factors and treatment outcomes. *J Perio* 2006;16:1253-1260
8. van Steenberghe D, Garmin P, Geers L, Hendrickx E, Marechal M, Huizar K, Kristofferson A, Meyer-Rosberg K, Vandenhoven G. Patient's experience of pain and discomfort during instrumentation in the diagnosis and non-surgical treatment of periodontitis. *J Perio* 1996;74:1465-1470
9. Chung DT, Bogle G, Bernardini M, Stephens D, Riggs ML, Egelberg JH. Pain experienced by patients during periodontal maintenance. *J Perio* 2003;74:1293-1301
10. Dauri M. I contenuti teorici e pratici dell'anestesiologia in odontoiatria. In: Manani G, Facco E, Zanette G. Anestesia odontoiatrica ed emergenze. III ediz. Idelson - Gnocchi 2011;2:17-34
11. GDC. New guidelines for sedation. *SAAD* 1999;16:17
12. Facco E, Zanette G, Manani G. Italian version of Corah's dental Anxiety scales normative data in patients undergoing oral surgery and relationship with the ASA psychical status classification. *Anesth Prog* 2008;55(4):109-115
13. Manani G. Anestesia Odontoiatrica ed emergenze. III edizione. A cura di Facco E, Manani G e Zanette G. Idelson-Gnocchi 2011
14. Friedman N. Iatrosedation: the treatment of fear in the dental patient. *J Dent Educ* 1983;43:91-95
15. Friedman N, Wood GJ. An evaluation of the iatrosedative process for treating dental fear. *Comped Contin Educ Dent* 1998;19:434-40
16. Facco E, Gonella A. Ipnosi nella pratica odontoiatrica. In: Casiglia E.: Trattato d'Ipnosi e altre modificazioni di coscienza. CLEUP Padova 2015:439-442
17. Merskey H. Logic, truth and language in concepts of pain. *Qual of Life Res* 1994;3(Suppl. 1):S69-S76

18) 17. Facco E, comunicazione personale, 2016