

Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale
C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI
CLINICA E SPERIMENTALE

Fondatore Prof. F. Granone

Direttore dei Corsi Nord-Italia Dott. A.M. Lapenta

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Ipnosi e comunicazione ipnotica applicate in odontoiatria
da un neofita formato alla scuola C.I.I.C.S. di Torino:
gestione di 10 pazienti agofobici**

Allievo: dr Michele Caruso

Relatore: prof. Enrico Facco

Torino, 29 novembre - 2014

*A mia moglie Paola,
perché mi ha fatto trascorrere la vita
in un piacevole stato di coscienza
modificato dal suo sapiente silenzio.*

INTRODUZIONE

Parlare di cure dentali suscita molto spesso in chi ascolta due emozioni sgradevoli che sono l'ansia "da poltrona" e la paura del dolore. La paura del dentista è un fenomeno molto comune. La sua incidenza varia dal 10-30% della popolazione e dipende da diversi fattori quali la nazionalità , background socio-culturale, precedenti esperienze e il tipo di intervento in questione (Gatchel , 1989; Moore et al, 1993; Kaakko et al, 1998; Berggren et al, 2000; Erten et al, 2006;).

Le conseguenze sono molteplici e possono essere gravi:

- nel paziente già seduto alla poltrona portatore di un'ansia misconosciuta o francamente ignorata, si possono scatenare crisi di patologie già in atto (crisi ipertensive; asma; crisi epilettiche, etc.) o semplici crisi vaso-depressive per iperstimolo vagale che possono talvolta rivelarsi particolarmente gravi.
- nel paziente che non si sottopone ai controlli di routine per ansia/paura si arriva facilmente ad una scarsa salute orale fino ad alterare in modo significativo la qualità della vita relazionale.



Fig.1: paziente con fobia da dentista (www.studiodentisticocaruso.it)

Attingendo a piene mani da una relazione del prof. Enrico Facco, docente del CIICS, tenuta al secondo Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Odontoiatri Sedazionisti (AISOD) nell'ottobre 2012, è possibile evidenziare, all'inizio di questo lavoro, come l'obiettivo delle moderne Scuole di Odontoiatria sia la

formazione di un dentista capace di mettere in campo tutte le risorse per gestire l'ansia del paziente. Ne emerge anche come sia un obbligo dell'odontoiatra occuparsi, ancor prima della patologia orale, di questi due aspetti integrando con percorsi formativi post-laurea quanto ancora gli manca per gestire in modo efficace l'ansia e il dolore odontoiatrico.

"Il Comitato Consultivo per la Formazione dei Dentisti negli Stati membri della Comunità europea in due rapporti sulla formazione odontoiatrica di base (doc. III/D/1189/4/82 e doc. III/D/1127/4/84) indicava come obbligatorio, la *Capacità di trattare il **dolore e l'ansia***.

Nel 1997 il *General Dental Council (GDC)* ha definito la competenza richiesta al dentista nella sedazione cosciente come segue:

*"I dentisti hanno il **dovere** di assicurare ed i **pazienti il diritto** di attendersi le misure adeguate per il controllo del **dolore e dell'ansia**. I metodi farmacologici per il controllo del dolore e dell'ansia includono l'anestesia locale e le **tecniche di sedazione cosciente**".*

L' *Association for Dental Education in Europe (ADEE)* è l'organizzazione che dal 1975 ha la missione di promuovere la professionalità in odontoiatria e che ha pubblicato nel 2009 *Il Profilo delle Competenze del Dentista Europeo (PCD)* che prevede odontoiatri capaci di gestire l'ansia e il dolore.

La Normativa Italiana ha recepito le indicazioni dell'ADEE e i manifesti degli studi LS-52 (Corso di Laurea Specialistica a Ciclo Unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria) e LM-46 (Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria) hanno recepito le direttive europee assegnano l'anestesiologia al IV anno di corso.

Nell'Ordinamento Didattico del CLMOPD LM-46 si legge:

*"I laureati magistrali della classe, **al termine degli studi saranno in grado di applicare la gamma completa di tecniche di controllo dell'ansia e del dolore** connessi ai trattamenti odontoiatrici (nei limiti consentiti all'odontoiatra)".*

I contenuti dell'insegnamento sono stati suddivisi in:

- sei ambiti nell'Ordinamento Didattico della LS-52;
- sette domini con diversi livelli di competenza nel PCD:

Conoscenza di:

(5.22) Il ruolo e le indicazioni per *l'uso della **sedazione** nel trattamento dell'adulto e del bambino non collaborante.*

(6.22) Identificare le origini e i meccanismi di perpetuazione dell'ansia e della paura odontoiatrica e **trattare quest'ansia e paura con tecniche comportamentali.**

(6.23) Scegliere e prescrivere *farmaci per il trattamento del dolore e dell'ansia pre- intra- e postoperatori.*

(6.70) **Tecniche di sedazione** cosciente inalatorie, endovenose e **per altre vie** per le procedure odontoiatriche negli adulti, nei bambini, nei disabili e nei pazienti con malattie sistemiche."

Questa introduzione serve quindi a giustificare l'interesse di un odontoiatra moderno alle tecniche di sedazione farmacologica (benzodiazepine), tecniche comportamentali come la iatrosedazione e la PNL, l'EMDR (Shapiro F. 1999; 2001; 2002a; 2002b;) e in particolare alle tecniche ipnotiche, come risorse imprescindibili per la prevenzione delle complicanze legate ad uno stato ansioso mal gestito e come completamento del proprio percorso formativo in ottemperanza a quanto previsto dalla LS-52 e dal Profilo Europeo delle Competenze del Dentista (PCD).

In questa sede non si tratterà delle ottime possibilità offerte dalle metodiche citate (sedazione cosciente endovenosa con benzodiazepine, iatrosedazione, etc.), ma si valuterà il ruolo che ha l'ipnosi in odontoiatria e che sempre più emerge come preziosa risorsa per gestire l'ansia e il dolore.

Con l'ipnosi è possibile portare il paziente a sviluppare fenomeni di analgesia tali da consentire interventi di natura chirurgica in assenza di qualsiasi anestesia (Facco et al. 2013) ma, lasciando da parte questa possibilità, l'ipnosi rimane un prezioso strumento per abbassare il livello di ansia/fobia (Granone F. 1970; 1974) del paziente odontoiatrico (Granone F. 1972).

SCOPO DEL LAVORO

Poiché l'ipnosi è una risorsa importante per abbassare il livello di "ansia da dentista", si pone il problema di valutare se una scuola post-universitaria di ipnosi clinica sia in grado di formare un professionista seriamente interessato e motivato e renderlo abile in questa disciplina, oppure se resta una pratica destinata a pochi operatori particolarmente dotati.

Questo lavoro si propone di verificare quali risultati può ottenere nella pratica odontoiatrica quotidiana un neofita dell'ipnosi che ha frequentato la Scuola del CIICS di Torino. In particolare si valuterà come gestire una fobia molto diffusa in odontoiatrica come la paura dell'ago.

A tal fine, dopo aver descritto in modo dettagliato una delle tecniche ipnotiche insegnate presso la Scuola, il neofita la applicherà e valuterà se impiegando tali insegnamenti sarà possibile creare stati di ipnosi grazie ai quali migliorare l'agofobia di 10 pazienti selezionati in base a parametri di ansia noti.

PRESENTAZIONE DELL'OPERATORE NEOFITA

L'autore di questa tesi ha sperimentato presso i propri pazienti odontoiatrici gli insegnamenti del CIICS. Nel suo curriculum vitae, che si snoda dal novembre 1982 al novembre 2013 non vanta precedenti formazioni relative alle tecniche di ipnosi ed arriva a questo ciclo di studi senza conoscenze specifiche. Tutto quello che ora conosce relativamente a questo argomento, lo ha appreso dai docenti della citata scuola nel corso del 2014 e dagli scritti del suo fondatore (F. Granone 1972; 1983).

La scelta di frequentare questo ciclo di studi relativi all'ipnosi e alle tecniche di comunicazione ipnotica gli è nata come bisogno naturale per completare un percorso già iniziato presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Padova dove ha frequentato il master di "Sedazione cosciente ed emergenze in odontoiatria" diretto dal prof. Enrico Facco che ha a tema centrale la gestione dell'ansia e del dolore nel paziente odontoiatrico.

1. IPNOSI

1.1 COSA L'IPNOSI NON E'

All'inizio di questa tesi, è opportuno dimostrare di aver ben chiaro a cosa ci si riferisce quando si parla di ipnosi, così che, quando necessario, la si possa spiegare al paziente che risulta spesso confuso e affetto da preconcetti che nascono da molti anni di cattiva comunicazione mediatica.

A tal fine il professor Franco Granone, fondatore della Scuola CIICS di Torino, attraverso il suo manuale, i suoi allievi e in particolare il professor A.M. Lapenta, attuale direttore della Scuola, ricorda cosa soprattutto l'ipnosi non è.

L'ipnosi non è:

Sonno: (sebbene dal greco ipnos = sonno). Lo si può pensare perché il paziente sta con gli occhi chiusi, non risponde a tutti gli stimoli, ma in realtà non dorme affatto (Granone F 1970) come dimostrato dagli esami medici strumentali (Casiglia E, Lapenta AM et al. 2006; Casiglia E, 2007) e mantiene uno stretto contatto con il "qui e ora".

Conseguenza di fluidi del medico ma di tecnica: come si propone questa tesi, lo stato ipnotico lo si ottiene trasformando il medico in un buon conoscitore di alcune dinamiche mentali e quindi in grado di applicare una tecnica efficace per modificare e focalizzare l'attenzione del paziente (Lapenta AM, Tosello M., Casiglia E, et al. 2006).

Siero della verità: non si possono ottenere informazioni se non quelle che vuol dare il paziente.

Succubanza di volontà: per lo stesso motivo. Alcuni delitti sono erroneamente attribuiti all'ipnosi ma non è reale. Non si può far fare niente al paziente che non sia già nel suo superego o etica morale. Si può far prostituire una prostituta, ma non una persona che non lo ritiene etico. Se si impartisce un ordine contro la sua etica morale, la sua reazione sarà o di non lo registrarlo o di svegliarsi (es. della suora di Charcot: la suora sopportava la vicinanza di bracieri ardenti, ma quando il dr Charcot faceva un passo, - cioè portare l'attenzione su una parte del corpo sfiorandola perché la si vuole rilassare -

sfiorando la gamba, la suora si svegliava perché era contro il suo superego e veniva violata la sua morale).

Forzatura della volontà: non confondere l'induzione (tutti quegli atti che portano a scivolare in uno stato di ipnosi) con l'ipnosi. L'induzione può essere forzata (pressione dei globi carotidei, globi oculari, ecc.) ma non c'entra con lo stato ipnotico dove resta comunque vigile il super-io.

Suggestione: cioè non è *accettazione acritica dell'idea di un altro*. Al contrario è accettazione critica dell'idea di un altro. Per l'ipnotista suggestionare il paziente significa proporre immagini (un mare azzurro, calmo, un prato verde, ecc.): se il paziente liberamente accetta la proposta, allora risponde con segni ben precisi.

Non è qualsiasi altra cosa che tolga la libertà di scelta.

In sintesi l'ipnosi lascia intatto il libero arbitrio del paziente che decide liberamente se fidarsi o meno e di entrare in uno stato di coscienza modificato come conseguenza della sua relazione con il medico.

1.2 DEFINIZIONE DI IPNOSI

Si definisce ipnosi la contemporanea presenza delle tre seguenti condizioni:

1. relazione operatore/paziente
2. stato di coscienza modificato
3. espressione di un monoideismo plastico con comparsa di uno o più fenomeni (F.Granone 1972).

1.3 VERIFICA DI UNO STATO DI IPNOSI

1: Relazione con l'operatore:

Il fattore più importante nel generare uno stato di ipnosi è la *relazione tra medico e paziente* che è basata su un rapporto di fiducia. La fiducia fa cadere ogni critica da parte del paziente (v. sequenza/fiducia) che può così essere aiutato dall'operatore ad arrivare ad uno stato di coscienza modificato.

2: Stato di coscienza modificato in conseguenza alla relazione con l'operatore: verifica dello stato di ipnosi.

Per non confondere l'ipnosi con un semplice stato di profondo rilassamento, occorre osservare e verificare i cambiamenti che avvengono nel paziente (stato di coscienza, stato fisico, ecc.) così da essere sicuri che lo stato ipnotico si è effettivamente realizzato.



Fig.1: stato di coscienza ordinario a confronto con lo stato di coscienza modificato

Coscienza modificata

La persona diviene:

- distaccata dall'ambiente in modo intelligente, selezionando gli stimoli e percependo che non ci sono atti disturbanti (v. suora di Charcot),
- mantiene il libero arbitrio e il contatto con il "qui e ora"
- stato di benessere psichico
- frequenza respiratoria rallentata
- frequenza cardiaca rallentata (dopo una breve tachicardia iniziale)
- lieve dissociazione psico/fisica
- isolamento dall'ambiente
- distorsione temporale (paziente in ipnosi percepisce un tempo molto più breve di quello che trascorre effettivamente).

Condizione fisica modificata

- stato di benessere fisico: muscoli rilassati (v. ratifica)
- capo reclinato
- espressione del viso modificata: è rilassata, diversa da quella dello stato di veglia e diversa da quella del sonno
- inerzia fisica
- degluttizione
- flutter (movimenti incontrollati delle palpebre)

Mentre lo stato fisico modificato lo si può vedere e misurare (polso, frequenza respiratoria, ecc.), lo stato di coscienza modificato deve essere raccontato dal paziente al suo rientro allo stato di coscienza normale: *"ero presente ma non mi importava di nulla e stavo bene"*.

Questo stato è proprio dell'ipnosi con rilassamento. Vi sono altre forme, per es. quella sportiva dove il paziente aumenta le sue potenzialità fisiche ed altre ancora che in questa sede non verranno menzionate.

3. presenza di almeno un fenomeno

Si ha cioè la realizzazione del monoideismo plastico, cioè la concentrazione del paziente su un'unica idea che diviene reale, plastica, e che genera un fenomeno: per esempio levitazione, braccio pesante, ecc.

I fenomeni (v. "LECAMOIASCO" – F. Granone 1972), vanno verificati nella fase della "ratifica" e della "sfida" (v. ratifica).

Queste condizioni devono essere tutte presenti contemporaneamente e verificate per convincere sia il paziente che l'operatore che lo stato ipnotico c'è stato.

2. COME GENERARE UN MONOIDEISMO PLASTICO

2.1 SEQUENZA PER GENERARE UNO STATO DI IPNOSI SECONDO I DOCENTI DEL CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE (C.I.I.C.S.) DI TORINO

IPNOSI: come ottenere uno stato ipnotico e come riconoscerlo una volta procurato.

IL FINE: indurre la costruzione di un monoideismo plastico nell'ambito di una relazione medico/paziente. Dal monoideismo plastico si generano uno o più fenomeni (levitazione, analgesia, catalessi, ecc.).

Una volta ratificato un fenomeno, lo stato di ipnosi può essere successivamente riprodotto rapidamente evitando la fase dell'induzione mediante l'ancoraggio finale del paziente.

SETTING: corretto ambiente e corretta disposizione spaziale medico/paziente.

PRESENTAZIONE DELL'IPNOSI AL PAZIENTE: solo se è necessario spiegare cos'è l'ipnosi: impiegare non più di un minuto. Per evitare questo aspetto definire quel che si sta facendo con un sinonimo: tecnica di rilassamento, sofrologia, ecc. per evitare le resistenze legate all'opinione comune negativa dell'ipnosi data dalla cattiva pubblicità mediatica.

NICKNAME: aiuta nella costruzione di un rapporto empatico.

OBIETTIVO: dichiarazione chiara delle finalità. Il bisogno rende più disponibile il paziente.

CONOSCENZA DELLE VIE DI COMUNICAZIONE DEL PAZIENTE

(visivo, uditivo, cenestesico) mediante:

-Occhi

-Linguaggio

-Test polso: pesante/leggero

FIDUCIA: è essenziale per abbassare la critica.

Usare:

- Ordini
- Descrizione
- Ricalco

COSTRUZIONE DELL'IMMAGINE: costruzione del monoideismo plastico.

Uso contemporaneo di:

- Ricordo
- Descrizione
- Tocco (passi)

RATIFICA /SFIDA: verifica e conferma per il paziente e l'operatore del reale stato di ipnosi

FASE RESPIRO: approfondimento dello stato ipnotico.

FASE MENTALE: creazione di uno stato di particolare benessere mentale.

ANCORAGGIO del paziente/dell'operatore.

RITORNO ALLO STATO DI COSCIENZA ORDINARIO.

2.2 SETTING

Come preparare l'ambiente ove avverrà l'induzione e che posizione assumere nei confronti del paziente; come posizionarlo sulla poltrona.

A. POSIZIONE OPERATORE/PAZIENTE

Stare a una distanza che consenta di toccare il paziente senza attivare la critica del paziente (es. passare col proprio corpo sul corpo del paziente per toccargli il braccio sinistro). Il contatto è necessario nell'ambiente odontoiatrico. Gli psicoterapeuti stanno distanti perché non toccano il paziente.



Fig.1: Posizione che per la distanza non consente il contatto odontoiatra/paziente

Paziente e odontoiatra stanno seduti su binari paralleli e vicini che consentano di toccare la fronte, la nuca, la spalla, il braccio. Il contatto deve essere molto facile da eseguire.



Fig.2: posizione a "binari paralleli"

E' ottima nel caso dell'ambiente odontoiatrico anche una posizione perpendicolare rispetto al paziente (90°).



Fig.3: posizione dell'operatore perpendicolare rispetto al paziente



Fig.4: posizione che consente un facile contatto che non aumenta la critica del paziente

La mano sulla spalla è utile per:

-*sentire il respiro.*

-*tensione muscolare del collo:* è la zona che cede per ultima (se si lascia andare con la testa si è già lasciato andare su tutto il resto) e che si contrae per prima se paziente entra in tensione. Quindi un dito sui muscoli del collo è fondamentale.

-*la mano può imprimere un leggero basculamento al tronco:* un piccolo ritmo appena percettibile o impercettibile all'altro.

Altre posizioni aumentano la critica (es.: uno davanti all'altro).

Con una posizione corretta l'odontoiatra può:

1. ascoltare le parole del paziente
2. osservare il volto e i suoi cambiamenti
3. toccare il paziente

Toccare è sempre una violazione dello spazio fisico (Mastronardi VM, 2012): quindi avvisare sempre che si sta per toccare il braccio, il polso, ecc. E' difficile lasciarsi andare se arriva un contatto inaspettato.

La posizione della *cassa toracica e del suono della voce del medico* è percepito in modo diverso dal paziente a seconda che sia vicino o distante da lui.

E' importante porre attenzione alla posizione del corpo e alla comunicazione non verbale per creare un clima di collaborazione con il paziente.



Fig.5: posizione che trasmette al paziente distacco da parte dell'operatore

La comunicazione non verbale della posizione piegata verso di lui gli fa percepire: "sono qui per te".



B. POSIZIONE DEL PAZIENTE SULLA POLTRONA

- Invitare il paziente a scavallare le gambe, se sono incrociate e a distendere le braccia sulle cosce
- Accertarsi che il paziente sia nella posizione più comoda possibile: *"si metta in una posizione che la faccia stare il più possibile comodo"*.
- Guardare negli occhi il paziente mentre gli si parla e non altrove.

C. AMBIENTE

Quando è possibile, rendere l'ambiente tranquillo, privo di rumori, con musiche leggere di sottofondo (Granone F, 1973).

2.3 CONOSCERE

Questa fase richiede 15 secondi. Nell'urgenza questa sequenza si salta.

1. **Nickname**

"Come ti chiamano in famiglia o gli amici?" Chiamare una persona in modo diverso da quello abituale innalza la critica.

Creare un ***rapporto empatico*** è essenziale per la riuscita.

2. **Obiettivo**

Cosa voglio ottenere? Deve essere chiaro e dichiarato. Es.: analgesia. Più è chiaro per il paziente che può essere la soluzione ad un suo ***bisogno***, per es. ottenere l'analgesia per un intervento chirurgico in un paziente allergico all'anestetico, più sarà disposto ad impegnarsi per riuscire.

Empatia, bisogno e fiducia sono elaborate nell'emisfero destro, lo stesso dell'immagine. Maggiormente si dilatano queste aree e meno spazio operativo resta alla critica che risiede nell'emisfero sinistro.

3. **Canale comunicativo**

I tre canali comunicativi principali che una persona utilizza sono:

-visivo (questo paziente tende ad essere "leggero")

-uditivo

-cenestesico (questo paziente tende ad essere "pesante")

Distinguere tra il paziente *visivo/leggero* e *cenestesico/pesante* è fondamentale per la scelta del monoideismo da fargli realizzare.

Per individuare quale canale è utilizzato dal paziente osservare:

A. **occhi**

Quando il paziente in risposta ad una domanda secca dell'operatore (es.: di che colore è la tua macchina?), volge lo sguardo:

-in alto: se è visivo (leggero),

-in centro: se è uditivo,

-in basso: se è cenestesico (pesante).

B. linguaggio

Quando il paziente parla, *ascoltare i termini che utilizza.*

-visivo: "vedo che non mi ascolti..."

-uditivo: "sento che potrei accettare..."

-cenestesico: "prendo il toro per le corna..."

La gente quando parla si autodenuncia mostrando il canale preferenziale.

C. atteggiamento

Osservare l'atteggiamento, la postura. Il paziente visivo è seduto in modo composto. Il cenestesico è scivolato sulla sedia, con i gomiti sul tavolo, ecc.

D. aspetto

Osservare l'aspetto del paziente: se si tratta di un giovane muscoloso si proporranno immagini relative alle sue esperienze di sport, se un a donna di casa si penserà a immagini relative al far la spesa; se una giovane mamma, si proporranno immagini di bimbo in braccio, ecc.

4. Test: aggiustare le mani sulle gambe (pesante/leggero)

Sollevarle per pochi istanti e per pochi cm. entrambe le mani del paziente afferrandole per i polsi e poi lasciarle ricadere sulle cosce con il pretesto di aiutarlo ad assumere una corretta posizione sulla poltrona.

-nel paziente visivo/leggero le mani afferrate dall'operatore scattano come una molla verso l'alto e, lasciate andare, ricadono delicatamente sulle cosce.

-nel paziente cenestesico/pesante sono pesanti al tatto e, lasciate andare, ricadono pesantemente sulle cosce.

Si può già anticipare che la tecnica induttiva sarà diversa a seconda del caso:

-se è visivo, cioè leggero, è tendente alla levitazione. Si userà un'induzione che punta verso l'esterno di sé: "*fissa un punto..*", "*guarda in alto...*", "*guarda il dito...*"

-se è cenestesico cioè pesante, va guidato verso l'interno: "*chiudi gli occhi...*" e lo si fa concentrare sul respiro, sul braccio, cioè all'interno del corpo.

Nelle urgenze non c'è il tempo di studiare se pesante o leggero e si va per tentativi in modo molto veloce, cambiando rapidamente da una tecnica all'altra in base a come risponde il paziente, cercando di guadagnare la fiducia e sfruttando la naturale tendenza allo stato ipnotico di chi è traumatizzato da un evento acuto.

2.4 FIDUCIA

Sequenza:

- A. ORDINI
- B. DESCRIZIONE
- C. RICALCO

E' necessario **aumentare la fiducia del paziente** che serve ad **abbassare la critica** e quindi ad ampliare la sua capacità immaginativa. *La fiducia è l'antidoto della critica: maggiore è la fiducia e minore è la critica.*

Contribuiscono ad aumentare la fiducia:

-*L'immagine che si da di sé, (passa-parola, internet, curriculum, attestati appesi ai muri, ecc.) è determinante per iniziare un rapporto di fiducia. Es.: "vado da quel dentista perché c'è stato un passa parola che dice che è bravo...", "perché ho visto dei suoi lavori", ecc.*

-L'empatia ("patire con"), cioè entrare in relazione positiva con il paziente aumenta la fiducia. Aiutano le tecniche di PNL, in particolare il "*pappagallare*". Si ripetono, senza che l'altro se ne accorga, singole parole o piccoli pezzi di frase appena pronunciate dal paziente. Per es.: "dottore ieri mi ha fatto male il dente che mi deve curare oggi", la risposta potrebbe essere: "è una fortuna che oggi le debba curare il dente che ha fatto male". Questo crea l'idea che si è al centro dell'attenzione dell'altro, quindi crea empatia, quindi fiducia, quindi abbassa la critica.

-Impartire ordini al paziente che arriva alla poltrona aumenta la fiducia. Devono essere chiari e semplici da eseguire. L'ordine deve essere motivato e dato con garbo al fine di ottenere risposte affermative. In seguito all'esecuzione di ordini semplici da parte del paziente si aumenta la fiducia in conseguenza al fatto che verifica che sono atti facili da eseguire ai quali può adeguarsi senza difficoltà.

A. ORDINI:

Si danno subito almeno 4 o più ordini *facili*:

1. "si accomodi sulla poltrona"

2. "si metta comodo"
3. "per favore metta le mani sulle cosce"
4. "chiuda gli occhi"
5. "mi ascolti"
6.

In realtà gli ordini cominciano già da prima; si potrebbe dire che cominciano già dal momento dell'appuntamento telefonico. Occorre curare questo aspetto fin dall'inizio della relazione.

CERCA

Lo strumento "cerca" si può impiegare in attesa di cominciare e può rappresentare una scorciatoia.

Dà anche l'opportunità all'operatore di riordinare le proprie idee e le strategie che seguirà.

Si fanno chiudere gli occhi al paziente: ***"vorrei che tu chiudessi gli occhi perché se chiuderai gli occhi ti concentrerai meglio su quello che adesso ti succederà nel tuo braccio destro dalla spalla al gomito, dal gomito fino alla mano e alle dita"***, e si osservano:

-flutter

-degluttizione (tipica in entrata ed uscita dall'ipnosi)

-se piega la testa

-...e tutto quello che succede.

Da queste osservazioni, se il paziente è già ben disposto, si può cominciare l'induzione lasciandolo con gli occhi chiusi e passando alla fase del ricalco e della creazione di immagini.

B. DESCRIZIONE

Si descrive al paziente ciò che si vede: *"vedo che hai la testa appoggiata all'appoggiatesta"*, che ascolta e può condividere. Però la descrizione, al contrario del ricalco, non passa attraverso una sua esperienza diretta.

C. RICALCO

E' più efficace della descrizione: ***"tu puoi sentire la testa appoggiata all'appoggiatesta, ecc."***. Descrive la sua esperienza in

quel momento che egli può verificare e constatare che è vera, aumentando così la fiducia verso l'operatore.

Essendo più efficace conviene evitare la fase della descrizione e utilizzare subito la tecnica del ricalco.

E' necessario divenire molto abili a fare ricalchi inoppugnabili, cioè senza aggettivi che alzino la critica. Occorre cioè stare molto attenti ad evitare i *giudizi di merito* su quello che sta succedendo. E' errato esprimersi così:

*"vedo che sei seduto **comodamente** su quella sedia e che sei **rilassato**".* Infatti non è dato sapere se è effettivamente comodo o se qualche oggetto dietro la schiena del paziente e che l'operatore non può vedere lo infastidisce. Inoltre che sia rilassato è un parere dell'operatore. In realtà il paziente può essere preoccupato perché sta pensando ad un appuntamento imminente o altro. E' corretto invece usare espressioni neutre: **"vedo che sei seduto su quella sedia"** o meglio usando il ricalco: **"puoi sentire che sei appoggiato con le spalle allo schienale della sedia"**.

Nell'usare il ricalco sfruttare i 5 sensi e passarli in rassegna:

Udito. Se ha gli occhi chiusi, partire con l'udito: *"puoi sentire i rumori della stanza, la mia voce, ecc."*

Vista. Se ha gli occhi aperti partire con la vista: *"puoi vedere davanti a te la parete bianca, ecc..."*

Tatto: *"puoi sentire (tatto) il tuo corpo appoggiato sulla poltrona, la tua testa appoggiata sull'appoggiatesta, le tue mani sulle cosce, puoi sentire il tuo respiro, ecc..."*

Lasciare olfatto e gusto da parte salvo qualche situazione particolare ed evidente.

Ricalcare respiro: ad occhi chiusi:

- ricalcare movimenti toracici
- ricalcare flusso aria nelle narici
- ricalcare il senso di benessere espirando

Se possibile sincronizzare il ricalco sulla fase di espirazione del paziente.

Incertezza: nel pronunciare la frase essere suadenti e sicuri. Il tono incerto e insicuro *uccide* la fiducia.

Immagine positiva di sé, sicurezza nella voce, empatia, ordini semplici e ricalco, aumentano la fiducia che abbassa la critica.

2.5 CREAZIONE DELL'IMMAGINE

Lo scopo dopo il ricalco di dire: "*Immagina*" è di dare **suggerzioni**.
In questa fase occorre creare immagini mediante suggestioni al fine di realizzare il monoideismo plastico.

Le immagini mirano ad ottenere un effetto fisico e quindi un fenomeno: per es. un braccio inerte.

Questa fase deve durare da 15 secondi a 1 minuto massimo nel resistente e non oltre.

Per aiutare a realizzare l'immagine occorre descriverla con una voce impostata e quindi **parlare con enfasi come se si recitasse**. Evitare di parlare a voce troppo bassa da non farsi sentire per non attivare la critica.

Applicare **contemporaneamente** la sequenza:

1. Ricordo
2. Descrizione
3. Contatto (passi)

1. RICORDO

"Vorrei che tu immaginassi" è la formula di inizio costante perché scarica sul paziente la capacità di immaginare e quindi di riuscita e la relativa responsabilità del fallimento. Mette in chiaro che si cerca una abilità del paziente e non dell'operatore.

Es.: se l'operatore dice: "fra 5 secondi il braccio sarà pesante" e poi non succede, il paziente perde fiducia perché pensa che *il medico non sia stato in grado* di realizzare il braccio pesante.

SUGGERZIONI E CREAZIONE DI IMMAGINI NEL PAZIENTE "PESANTE":

"vorrei che tu chiudessi gli occhi perché se chiuderai gli occhi ti concentrerai meglio su quello che adesso ti succederà nel tuo braccio destro, dalla spalla al gomito fino alla mano e alle dita. Vorrei che tu immaginassi questo braccio destro dalla spalla al gomito dal gomito al polso fino alla punta delle dita..." quindi inserire serie di aggettivi che descrivano peso. Più

parole si mettono, con tono tranquillo e sicuro che non faccia trasparire insicurezza e più risultato si ottiene: **"...rilassato, morbido, tutti i muscoli lunghi, caldo, pesante, abbandonato, come quando..."** ora inserire il ricordo:

"quella volta che eri così stanco che ti sei lasciato andare e sei rimasto fermo così per qualche minuto, come quando...."
(Dott.ssa M.Muro).

Suggerire le immagini valutando la persona che si ha davanti:

-se è una signora di famiglia: **"...era pesante perché portavi le borse della spesa"**

-se è una mamma che ha un bimbo piccolo: **"...hai tenuto in braccio il tuo bambino che non voleva giocare"**

-se è un ciclista/sportivo: **"eri alla fine di quella salita in bicicletta e proprio eri sfinito"**

Per descrivere, o si conosce l'altro benissimo e si sa cosa indicargli oppure si può dare genericamente una suggestione di diverse immagini e lui riconoscerà qd più affine alle sue esperienze. Si può dire: **".....abbandonato, sa cosa può fare? andando a cercare nei suoi ricordi una sensazione di grande, completo rilassamento muscolare. Lei sa che cosa, io non la conosco, ma qualcuno mi dice: "per me il massimo è la sauna" altri l'acqua calda al punto giusto con il profumo dei sali e del sapone. Altri: "ma no, mi basta un asciugamano al sole che mi scalda sulla spiaggia" o in montagna, altri "il mio divano", altri "il mio letto in quella posizione di completo abbandono dei muscoli che hanno appena prima di precedere il sonno"** (dr Regaldo G.).

Altro es.: **"vorrei che immaginassi una situazione in cui già sei stato profondamente rilassato con i tuoi muscoli"**

-come quando posi per terra una pesante borsa dell'acqua presa al supermercato

-come quando sei rilassato sul divano

-come quando sei nella vasca d'acqua calda.

Altrimenti se si ha fretta o non si conosce affatto il paziente conviene essere vaghi:

"Vai a cercare tra le tue esperienze precedenti quella che meglio per te significhi il più completo e piacevole rilassamento muscolare che tu hai mai provato e ricrealo adesso qui nel tuo braccio destro finché non sentirai i muscoli molli, rilassati, abbandonati".

2. DESCRIZIONE

Aggettivi: usare aggettivi che non prevedano un *no* come risposta cioè aggettivi che non siano un giudizio: "puoi accorgerti come il braccio è diventato *rilassato*" e magari è solo fermo; "vedo che sei seduto *comodamente* sulla poltrona" e magari ha un oggetto che gli preme sul sedere che il medico non vede.

Non è possibile parlare senza usare aggettivi ma occorre fare attenzione a quello che si dice: caldo, freddo, pesante, ecc. Subito far seguire una serie di aggettivi che descrivano come è il braccio: ***"...in modo che il braccio tu lo possa sentire molle, sciolto, lungo, caldo, rilassato."***

3. TOCCARE (Passi)

Mentre si elencano gli aggettivi, (pesante, rilassato, liscio, molle, ecc.) toccare il paziente (Prof F. Granone 1972) dalla spalla al braccio fino alla mano con un'azione di "mungitura" (evitare gli sfioramenti) per aumentare la sensazione di "pesante".

Il tocco deve essere pesante come per "spremere", come fa il fisioterapista senza che lasci spazi alla critica. E' un messaggio non verbale di muscolo del braccio pesante. Prima di toccare il braccio avvisare sempre il paziente per non alzare la critica: ***"adesso toccherò il braccio che sentirai dalla spalla al gomito, dal gomito al polso e dal polso fino alla punta delle dita sempre più pesante, molle, sciolto, lungo, caldo, rilassato."***

Notare che quando dovrà riemergere, il movimento sarà dal basso verso l'alto.

Dopo questa fase è necessario fare la ratifica per essere certi e rassicurare sia il medico che il paziente che è accaduto veramente qualche cosa (fenomeno/monoideimo plastico).

SUGGERIMENTI E CREAZIONE DI IMMAGINI NEL PAZIENTE "LEGGERO":

In questi pazienti si fa concentrare l'attenzione fuori dal proprio corpo e si utilizzano quindi tecniche che iniziano con gli occhi aperti come: **"fissa un punto"** o **"guarda il dito"**.

Quindi:

-*descrivere sensazioni degli occhi*: "sentirai un leggero fastidio..., possono lacrimare..., puoi desiderare di chiudere gli occhi..."

-*invitare a chiudere le palpebre*: "se chiudi gli occhi potrai meglio immaginare..."

Oppure la tecnica **"apri chiudi occhi"**

-Fissa un punto

-descrivere sensazioni occhi

-senti respiro

-quando ispiri apri gli occhi

-quando espiri chiudi gli occhi

-suggerimento palpebre pesanti e benessere

Una volta chiusi gli occhi:

1. **Ricordo**: *"Vorrei che tu immaginassi una sensazione per te consueta di piacevole grande leggerezza. Una cosa che hai già provato che per te significa leggerezza. E vorrei che noi attaccassimo a questo polso con una fettuccina qualche cosa che tira su..."*
2. **Descrizione**: *"scegli dei palloncini, scegli una mongolfiera, o qualche cosa che spinga da sotto come i braccioli dell'acqua."*
3. **Tocco**: mettere le dita sotto la mano e delicatamente spingerla verso l'alto: "Vorrei che immaginassi tutti questi palloncini di vari colori, rossi, gialli, che tirano su il braccio".

Se l'immagine è adeguata si vede perché la faccia cambia espressione.

Per costruire immagini si porta via energia alla gestione del corpo, del respiro.

Più il paziente riesce a dare potenza a questa immagine e più si solleva il braccio.
Ratificare appena possibile.

2.6 RATIFICA

E' la verifica che si è effettivamente realizzato un fenomeno.

Si ha ipnosi solo se, oltre che all'aspetto fisico (capo reclinato, muscoli del viso rilassati, respiro più lento, ecc.), si è realizzato un fenomeno. Altrimenti è solo un profondo rilassamento.

E' fondamentale. Tutto il lavoro precedente non serve se non si porta a livello di consapevolezza del paziente che qualche cosa è effettivamente cambiata mediante la ratifica.

Il medico dà delle suggestioni (pesante, leggero, analgesia, ecc.) ma **a ratifica fa capire a entrambi, soprattutto al paziente** che qualche cosa di diverso è accaduto.

La ratifica convince entrambi che c'è stato un fenomeno, perché lo hanno verificato. La ratifica conferma che qualche cosa è avvenuto grazie ad un'interazione che c'è stata tra loro (**RELAZIONE**). Entrambi sanno che è frutto della mente del paziente e non di compiacimento del paziente verso l'operatore.

La ratifica fa capire al paziente che **ha una potenza** che fino ad ora non conosceva e che può usare.

Se si convince, la impiegherà per altri obiettivi.

Se non si convince di questo non potrà usare questa forza per i futuri obiettivi. Poiché non ci crederà abbastanza, **non li esprimerà.**

FENOMENI: memorizzare l'acronimo "lecamoiasco":

LEvitazione

CAtalessi

MOvimenti automatici rotatori

Inibizione movimenti volontari

Analgesia

Sanguinamento

Condizionamento (ancoraggio)

Differenza con il ricalco: nella ratifica si descrive una cosa che ha fatto il paziente ma che ha provocato il medico: "**potresti sentire il braccio così pesante che faccio fatica a sollevartelo**"

Esempi di ratifica (cioè di una cosa così evidente che non ha bisogno di altro):

-“le palpebre sono così pesanti che fai fatica a sollevarle”
-“il braccio è diventato così leggero che sta in aria da solo”
-“Il braccio è diventato così pesante che faccio fatica a sollevarlo”
(ricadendo sulla coscia fa “plof”. Quel rumore convince il paziente).
-“ti do un pizzicotto da lasciare il segno per qualche giorno ma il paziente non sente nulla” (fenomeno dell’analgesia)
-“*tant’è che io adesso andrò a sollevare il tuo polso senza che tu mi aiuti in nessun modo e insieme vedremo quanto sei stato capace di rendere pesante il braccio*”.

Verificare/ratificare senza mettersi in ansia da prestazione ma scaricando sempre al paziente la responsabilità di aver creato una buona immagine.

Rilassamento Rapido

Se la ratifica è positiva, allargare l’effetto del rilassamento a tutto il corpo: **“*adesso copia questa sensazione anche all’altro braccio*** (e glielo si verifica), ***allargala alla schiena, al bacino, alle cosce, alle gambe fino ai piedi e a tutto il corpo*”**. Le braccia sono ora entrambe molli e la testa comincia un po’ a piegarsi.

Se è ancora dritta, far piegare la testa.

2.7 SFIDA

Deve essere **assolutamente vinta**. La si esegue solo quando si è **assolutamente certi di vincere**.

Rafforza moltissimo la convinzione personale del paziente: se sente un pizzico e non sente male, si convince moltissimo.

E' molto più potente della ratifica perché il paziente crede di essere solo rilassato ma si accorge che anche se ci prova non riesce a modificare uno stato: per es. non riesce ad aprire gli occhi. Questo lo convince moltissimo del cambiamento e del fenomeno in atto.

Esempio di sfida:

-“le palpebre sono così pesanti che anche se vuoi sollevarle NON CI RIESCI”

-“il braccio è diventato così leggero che sta in aria da solo che anche se ci provi ad abbassarlo NON CI RIESCI”

-“Il braccio è diventato così pesante che anche se vuoi alzarlo NON CI RIESCI”

“Se sento che mi stai pizzicando ma non ho male, questo mi convince che posso affrontare il dentista”. Deve sperimentare ed essere sicuro prima di avere questa capacità altrimenti, quando arriverà dal dentista/sala operatoria titubante sulle sue capacità, fallirà.

Differenza tra ratifica/sfida

Es. di ratifica “pesante”:

“talmente pesante che non ti viene voglia di alzarlo (o se lo alzo io dal polso lo sento pesante)”. Diviene sfida se: “anche se ce la metti tutta non riesci ad alzarlo (o provo io e non lo sollevo)”.

Es. di ratifica “leggero”:

“il tuo braccio è diventato talmente leggero che sta in aria sospeso”. Diviene sfida se: “se tento di tirartelo giù e non riesco”.

Es. di ratifica e sfida: “do un pizzico forte da lasciarti le unghie e tu non senti niente (paziente analgesico)”.

Esempio di sfida: in paziente molto rilassato si verifica se è in ipnosi.

“mentre conto da 3 a 1 (serve solo per dargli il tempo di appesantire e non per approfondire l’ipnosi) **questo braccio può diventare pesante ed inerte, così pesante e così inerte, che arrivato all’1 se proverai a sollevarlo probabilmente non ce la farai più. 3, (tocca il braccio) sempre più pesante, sempre più inerte, sempre più sciolto, 2 (tocca il braccio) completamente privo di forze, 1 talmente privo di forze, pesante e abbandonato che se ora provi a sollevarlo possiamo tutti vedere quanta fatica farai, qualcuno addirittura non ci riesce più.”** Si possono allora osservare piccoli movimenti della mano che non riesce a muoversi. Questo è convincente per il paziente e per il medico.

E’ una sfida. Concludere con: **“Puoi smettere di provare e tornare a rilasciarti completamente”**

A questo punto ci sono tutte e tre le caratteristiche. Il paziente riporterà l’esperienza che voleva ma non riusciva a sollevarlo.

Senza la ratifica/sfida resterebbe sempre il dubbio che fosse solo un rilassamento o che il paziente volesse solo **compiacere** l’operatore e non era un vero fenomeno.

La sfida è più potente della ratifica. Entrambe rendono certi che qualche cosa è avvenuto.

A questo punto, passare al respiro.

2.8 FALLIMENTO

COME GESTIRE IL FALLIMENTO DELLA RATIFICA/SFIDA

Che succeda o meno **il fenomeno** non è **né merito né colpa del medico**.

Durante la ratifica il medico non deve perdere la credibilità esponendosi con frasi del tipo: **"adesso sentirai che il braccio è divenuto più pesante"** perché se non lo è il paziente penserà che l'operatore non è stato capace.

Es: Se il paziente che lo si credeva cenestesico/pesante, durante la ratifica invece di essere appesantito, è leggero si dice: **"guarda invece hai fatto tutt'altro, questa immagine di pesantezza non l'hai immaginata bene però sei stato bravo, perché hai fatto proprio quello che ti piace e se lo senti leggero proviamo a vedere se riesci ad immaginare il braccio leggero"**. Non si era capito che era un leggero e semplicemente si procede con la levitazione.

Se invece il braccio sta giù perché è divenuto pesante, si dice: **"bravissimo ci sei riuscito è proprio rilassato e abbandonato"**.

Es.: **"la tua mano è così incollata alla gamba che non riesci ad alzarla"**. Se il paziente la alza si continuerà con disinvoltura: **"vedi, io posso dirti tutto quello che voglio, ma il tuo potere, la tua capacità di controllo è così potente che farai sempre tutto quello che vuoi, anzi adesso ti rendi conto di come ti senti perfettamente leggero"**. L'importante è che il paziente ne esca sempre *vincente e senza aver perso fiducia nella relazione con il medico*.

COMPETENZA DELL'OPERATORE

Espressioni come: *"ci sono riuscito ad ipnotizzarlo"*, *"ce l'ho fatta"*, sono errate perché presuppongono che sia abilità dell'operatore mandare in ipnosi. Non è semplice eradicare questa convinzione perché ci si porta dentro un io che fa dire: *"ci sono riuscito ad ipnotizzarlo"*.

La competenza dell'operatore è conoscere i meccanismi della mente, come funziona il linguaggio e portare a termine una tecnica.

Il "potere" del medico è solo nell'avere le conoscenze e le competenze necessarie.

Occorre capire che è il paziente che realizza l'ipnosi. La forza è della mente del paziente.

Si può somministrare l'antibiotico ad un paziente, ma che la terapia agisca o il paziente si riveli resistente a quel farmaco non è né merito né colpa del medico che non deve mettersi in discussione per l'insuccesso della terapia antibiotica/ipnotica.

USO DEI VERBI: CONDIZIONALE

E' possibile che non si realizzi il fenomeno durante la ratifica ma *non si deve interrompere la relazione* tra paziente e medico caricando a quest'ultimo la responsabilità del fallimento.

E' essenziale per entrambi comprendere che la **responsabilità della riuscita** è del paziente e non dell'operatore. L'ipnotista è *un mezzo* per realizzare quello che è nella mente del paziente: non è l'ipnotista che ha il **potere** ma il paziente.

Non è il medico che fa diventare il braccio pesante ma è il paziente capace o meno di realizzare il peso, il monoideismo plastico, trasferendo una buona immagine.

Per comunicare questo concetto al paziente in modo non verbale ci si esprime usando sempre il **condizionale**: "***potresti accorgerti del cambiamento che hai nel tuo braccio, potresti ... di peso del tuo braccio, potresti davvero sentire che piano piano diventerà sempre più pesante...***" segue la ratifica: "***e sarà davvero molto bello se quando ti solleverò il braccio afferrando il tuo polso...***"

Usando il condizionale non fallisce il terapeuta ma soprattutto non fallisce nemmeno il paziente perché non è riuscito a realizzare l'immagine di peso/leggerezza. Non interrompendosi la relazione si può ricominciare con suggestioni nel senso opposto.

Dall'uso dei vocaboli "**cerca**" e "**prova**" nasce l'immagine di un possibile fallimento e vanno banditi dal vocabolario dell'ipnotista.

2.9 RESPIRO

Ottenuto il rilassamento del corpo qualche frase sul respiro: ***"Bene adesso che sei così rilassato, porta tutta la tua attenzione sul tuo respiro e senti come ogni volta che l'aria esce ti fa stare sempre meglio"***.

2.10 FASE MENTALE

In questa fase si creano IMMAGINI di benessere.

La creazione di immagini può essere usata:

-per dare suggestioni al fine di realizzare il *monoideismo plastico* (braccio pesante)

-per lavorare con metafore immaginative *per terapia*:

Gli psicoterapeuti dalla dissociazione mente/corpo del momento della ratifica in poi, lavorano con l'immagine per motivi terapeutici parlando solo in maniera metaforica: "immagina un luogo dove ti senti sicuro e protetto..."

Anche in odontoiatria, dopo la ratifica si possono suggerire immagini solo mentali che creano un benessere psichico. In questo momento si può lavorare anche sulla mente e non solo sul corpo rendendo l'effetto molto più potente. Che significa: "Adesso che hai scoperto tutte le qualità e capacità del tuo corpo e della tua mente puoi lasciar perdere l'attenzione dal corpo". Si può dire: ***"distaccati mentalmente, usa le tue capacità e vai a cercare (immagina) un luogo, una situazione, una condizione, una dimensione, un'esperienza che ti sia davvero stata gradevole così da poter trovare quella condizione, quella situazione, quell'esperienza, quel luogo che ti fa stare bene"***.

Oppure: ***"lascia che la mente ti mostri immagini passivamente ... cerca tra i ricordi situazione di benessere... immagina luogo sicuro e perfetto..."***

E puoi farlo come? Di nuovo usando il:

- ricordando: ***"...come se tu scegliesti tra 1000 fotografie, come se tu guardassi il tuo film a ritroso"***.

oppure

- creando/inventando: ***"...nuovi ingredienti, colori nuove luci, un ambiente tutto diverso. Puoi costruirti un angolo di paradiso tutto tuo". "...puoi proteggerti..."***. Se è un ragazzino per esempio si può dare la suggestione della protezione del mantello di Harry Potter (metafora) ***"...per cui tu puoi guardare tutti ma nessuno ti può vedere"***.

Rischio del lavoro sulla mente: che la creazione di immagini accenda situazioni dolorose/fobiche che solo lo psicoterapeuta può gestire. Evitare l'ipnosi nei soggetti con personalità instabile.

2.11 ANCORAGGIO DEL PAZIENTE

Serve a svincolare il paziente dall'ipnotista ed autonomizzarlo. Consiste nel dare un **segnale simbolico** per il quale il paziente possa rientrare a piacimento in questo stato di benessere: **"Ogni volta che farai questo gesto (es. metti a contatto indice e pollice della mano destra) quando lo vorrai e solo se lo vorrai, potrai ritrovare queste tue capacità di stare in questo stato"**

Fatta la prima ipnosi e consegnato l'ancoraggio, fare provare subito l'autoinduzione facendolo uscire (uscita autogena) e rientrare da solo per provargli che funziona e anche perché ogni volta che rientra si potenzia e approfondisce il livello di ipnosi. Uscire e rientrare dallo stato di ipnosi per approfondirne il livello è detta "tecnica del frazionamento" (Casiglia E, Tosello MT, Regaldo G, Facco E, 2012). Fargli anche provare che il gesto non funziona se lui non vuole.

Nel cervello del paziente si crea un percorso neuronale privilegiato che gli ha fatto scoprire quella condizione piacevole e che il paziente decide di ricreare quando impiega il segno simbolico convenzionale.

Per cui molto spesso anche se l'ipnotista non ha fatto nessun ancoraggio simbolico quando il paziente lo rivede o lo sente parlare o si ricrea la situazione di bisogno (seduta dall'odontoiatra), questo è portato ad andare in ipnosi, perché sa che in quella situazione gli è di aiuto. Es: "ho sentito la sua voce in corridoio e mi sono subito calmato".

Il simbolo quindi ha una funzione didattica, per infondere fiducia e fargli capire che ce la farà a rientrare in quello stato, ma non è essenziale.

Il gesto è solo simbolico. In realtà è *inutile* perché è la mente che decide se accedere a questo stato o meno. Nel tempo il gesto diviene inutile. Si riallaccia alle situazioni dei cani di Pavlov: campanellino = cibo = salivazione, campanellino = cibo = salivazione, campanellino niente cibo ma uguale salivazione.

Talvolta si lascia come ancoraggio il pugno stretto della mano destra e il paziente a casa stringe la sinistra e va ugualmente in autoipnosi. Ciò dimostra che è solo un segno didattico ma che è in realtà si tratta di una decisione mentale e non di un automatismo.

Tutte le volte che fa il gesto simbolico e va in autoipnosi non rivive però la stessa situazione che ha immaginato in seduta (es. bosco/mare, ecc.), ma accede ad uno stato mentale e fisico diverso dall'ordinario che gli permette, secondo le necessità, di raggiungere esperienze diverse e non solo esperienze di rilassamento (es. maggiore concentrazione nello studio, ecc.). Il gesto è come un reostato che può essere utilizzato come una manopola della radio che permette di scegliere un canale qualsiasi e l'intensità del volume. L'ancoraggio funziona sempre e non si perde nel tempo.

Talvolta il paziente fa fatica a rientrare in ipnosi da solo. Il rientro spontaneo pone il paziente in una situazione di scelta. E' come in bicicletta: esiste un momento in cui si deve alzare il secondo piede che è a terra e partire. Deve volere lasciarsi andare. Il volume è proprio l'intensità di quanto desidera rientrare in uno stato diverso.

Alcuni pazienti bravissimi ad entrare in ipnosi, non riescono ad avere rientro ipnotico da soli ma necessitano sempre dell'operatore. Questo succede perché da soli non si sentono abbastanza sicuri.

2.12 ANCORAGGIO DELL'OPERATORE

Prima di uscire dall'ipnosi il medico può dare un secondo ancoraggio, un segno simbolico, che eseguito da lui e solo da lui, può far ritornare rapidamente il paziente in uno stato di ipnosi in un momento successivo, senza dover rifare tutto il procedimento dell'induzione: ***"tutte le volte che farò..., dirò..., toccherò..., ritornerai in questo stato di benessere"***.

Ancoraggio e condizionamento post-ipnotico sono la **stessa cosa** espressi con termini diversi.

Es. di condizionamento post-ipnotico: "non avrai più un mal di pancia nei prossimi tre giorni" è di nuovo una cosa simbolica che la mente fa legata a quel momento. Se tutto è stato vero sarà vero anche il resto.

2.13 USCITA DALL'IPNOSI

Contare alla rovescia (da 5 a 1) per far riemergere il paziente è scenico. Può servire per mantenere un certo "potere" nei confronti del paziente per motivi terapeutici, ma non serve dire: "solo quando lo dico io".

E' sufficiente dire: **"...e adesso, appena lo vorrai, farai un bel respiro profondo e riaprirai gli occhi"**.

1. Il paziente riemerge dall'ipnosi.

Il paziente riemerge se l'obiettivo è chiaro (es fare l'intervento in analgesia), appena si dà l'ultimo punto il paziente torna spontaneamente ad uno stato di coscienza ordinaria.

Anche se racconta che con la mente era in montagna, ha sempre una relazione con il presente, con il qui e ora che gli consente di riemergere al momento che si raggiunge l'obiettivo. In caso contrario nessuno avrebbe la possibilità di richiamare il paziente.

Tutti i pazienti in ipnosi (anche nei sonnambulici che sono i più dissociati) se sentono che si dice: "al 5 vieni fuori", vuol dire che hanno mantenuto il contatto con la parte di realtà che gli serve e ha lasciato da parte la realtà che non gli serve.

2. Il paziente non riemerge dall'ipnosi.

Può succedere quando:

- a- l'obiettivo non è chiaro e definito
- b- quando si fa ipnosi per fini terapeutici (psicoterapia)
- c- quando si ha uno stato di benessere che non si vuole abbandonare (come quando non ci si vuol svegliare al suono della sveglia la domenica mattina).

In questo caso occorre dare un input al paziente per risvegliarlo: **"Sarai davvero curioso di scoprire come farai da solo con questo gesto adesso che apri gli occhi a ritornare in questa condizione ogni volta che vorrai e solo se lo vorrai"**.

Si stimola cioè il desiderio di superare una situazione.

3. MATERIALI E METODI

3.1 CRITERI DI RECLUTAMENTO DEI PAZIENTI

I pazienti sono stati reclutati tra coloro che presentano un alto livello di ansia da dentista (quindi un "bisogno") e con una particolare fobia odontoiatrica: l'agofobia.

I pazienti non sono stati precedentemente selezionati con test che ne indicassero la predisposizione all'ipnosi (Frischholz EJ, Nichols LE 2010; Spiegel H 2010).

Per determinare il livello di agofobia e poterla così misurare prima e dopo l'ipnosi, è stata usata la Scala dell'Analogo Visivo (VAS).

Cos'è la "Scala dell'analogo visivo" (VAS)

Il concetto di scala dell'analogo visivo (VAS) è stato introdotto nel 1960 per misurare stati psicologico (Aitken, 1969) e dolori (Ohnhaus & Adler, 1975). Oggi è ampiamente accettata come misura dell'intensità del dolore, ma è utilizzata anche per valutare altre esperienze soggettive.

Poiché è rapida e semplice da eseguire in pochi secondi, è stata ampiamente utilizzata in svariati studi clinici.

E' stata introdotta nel 1976 (Hornblow & Kidson , 1976) ed è stata testata in pazienti odontoiatrici nel 1988 (Luyk et al, 1988).

Da allora è stata usata per valutare ansia dentale (Stopperich et al, 1993;) ma anche per testare l'ansia generale di moltissime altre condizioni mediche, come la sindrome dell'intestino irritabile (Bengtsson et al. , 2007), artrite reumatoide (Tamiya et al. , 2002), disturbi pelvici (Coolen et al, 2006), taglio cesareo (Morgan et al, 2000), ed altro.

La VAS è un test non verbale ed è quindi non è influenzato interpretazioni personali di parole e frasi; non ha bisogno di traduzione ed è più facile da capire che un test verbale (Facco E et al 2011b).

In odontoiatria si chiede al paziente di indicare con una x un punto su una linea non millimetrata ma di lunghezza nota (10 cm.), immaginando che stia per essere eseguito un atto chirurgico nella sua bocca del piano di trattamento che effettivamente dovrà essere effettuato: per esempio un'estrazione dentale.

Dopo che il paziente ha posto il segno sulla linea, si misura dal punto 0 al segno e si registra il valore.

ANALOGO VISIVO VAS _____

Se ora dovesse estrarre un dente quanta ansia avrebbe? Segni con una X un punto sulla linea tra 0 (nessuna ansia) e 10 (massima ansia) per indicare l'ansia che proverebbe.

NESSUNA ANSIA 0 _____ 10 MASSIMA ANSIA

Fig.1: Scala dell'analogo visivo (VAS)

- Valori compresi tra 0 e 5: paziente non ansioso
- Valori compresi tra 5 e 7.5: paziente ansioso
- Valori compresi tra 7.5 e 10: paziente fobico

L'uso di routine del test sopra menzionato consente una valutazione rapida del livello di ansia dentale e permette di identificare i pazienti che necessitano di particolare attenzione e/o farmaci ansiolitici per le cure dentistiche.

Per queste caratteristiche questo test è stato scelto per il reclutamento dei pazienti i cui casi sono discussi in questo lavoro.

3.2 PROTOCOLLO APPLICATO PER LA RICERCA

1. Vengono selezionati 10 pazienti con VAS significativa che alla domanda: "*se dovesse indicare su questa linea che va dallo 0 a 10 il livello di paura che prova al vedere l'ago per l'anestesia, dove metterebbe un segno?*" rispondono con un valore di VAS superiore a 5.
2. Ai pazienti si applica la tecnica di induzione ipnotica insegnata dal CIICS ed esposta nel capitolo precedente.
3. Una volta ottenuto lo stato di ipnosi si lascia il comando post-ipnotico che da quel momento in poi l'ago verrà osservato senza timore
4. Viene fatta ricompilare la VAS dopo aver riproposto la stessa domanda esposta al punto 1
5. Si misura la differenza di valore di VAS tra prima e dopo l'ipnosi
6. Il protocollo esposto si applica in un'unica seduta.
7. Valutazione dei risultati

Ad ogni paziente sarà dedicato un tempo totale inferiore o al massimo pari a *20 minuti* per rendere la pratica ipnotica compatibile con gli impegni di studio. Se non si otterranno risultati in questo lasso di tempo, il paziente verrà escluso dalla ricerca.

3.3 DESCRIZIONE DI DUE INDUZIONI IMPIEGATE DAL NEOFITA PER QUESTA RICERCA

3.3.1 1° CASO DI PAZIENTE CENESTESICA CON AGOFOBIA

-E' preferibile usare lo stesso canale comunicativo del paziente. In questo caso evitare di usare parole diverse dal suo canale comunicativo come: vediamo di cominciare; sento che risponderai, ecc.

-Le finalità: inizialmente di rilassare la paziente da un evidente stato di tensione e quindi gestire la sua fobia per l'ago

1. Contratto terapeutico

Come la chiamano gli amici? A casa? Pina. Bene Pina, lei ha paura dell'ago e della relativa anestesia. E questo le impedisce di venire serenamente dal dentista a fare delle buone cure. Sarà davvero piacevole per lei scoprire che se vuole può fare le cure con il massimo controllo. Per questo desidero aiutarla con una nuova tecnica di rilassamento che è davvero molto, molto semplice e molto, molto piacevole. E quando grazie a questa tecnica sarà profondamente rilassata sarà molto più facile farle le cure di cui ha bisogno.

2. Ordine motivato

Le cose da fare sono davvero molto facili per sentirsi rilassata ora: si metta in una posizione più comoda con le gambe distese e le mani appoggiate. Molto bene e adesso Pina chiuda gli occhi per concentrarsi meglio su quello che le dirò.

3. Attenzione focalizzata

Brava Pina, ora concentrati su tutte le parti del tuo corpo che sono a contatto con la poltrona. Il contatto del tuo capo con l'appoggiatesta; delle tue spalle con lo schienale, e poi del bacino, delle cosce, delle gambe e giù, giù, fino alla punta dei piedi. Concentrati e percepisci su come tutto il tuo corpo è a contatto con la poltrona.

4. Descrizione: *dico quello di cui mi accorgo. Uso i miei sensi.*

Vedo che qualche cosa sta cambiando: le palpebre si muovono (flutter) e non riesci a tenerle ferme. Bene. Hai appena deglutito e non hai potuto evitarlo.

5. Ricalco. Dico ciò di cui il paziente si accorge. Uso i suoi sensi.

E tu stessa Pina puoi renderti conto come con gli occhi chiusi tutto è diverso. Puoi accorgerti come qualcuno passa ora in corridoio, che la mia assistente si muove vicino a te, che la radio è accesa.

Puoi accorgerti come le tue labbra sono socchiuse (o sono chiuse e a contatto tra di loro).

E se fai molta attenzione, puoi notare come anche le tue spalle, che sono appoggiate alla poltrona, appena appena si muovono insieme al tuo respiro. E potrai provare una sensazione piacevole quando l'aria esce dalle tue narici perché ti puoi rendere conto che le spalle e un pochino tutto il corpo si lasciano andare.

Senti come il peso del corpo, sprofonda, e le mani si abbandonano, piacevolmente nelle cosce così che ora puoi accorgerti di quanto è cambiato l'abbandono dei muscoli e lascia andare la mano...

6. Ratifica

...mentre la sollevo per verificare quanto sei più rilassata e, Plof molto bene.

7. Suggerimenti. *Suggerisco esperienze possibili.*

E così come i muscoli si sono distesi immagina di essere completamente distesa in una condizione di perfetto benessere e puoi immaginare, ora, di stare così, bene, che niente e nessuno ti può disturbare, così bene, nemmeno la cosa più strana; sarà come essere lontani, protetti, magari da un vetro e i rumori rimangono fuori, e sei protetta come quando indossiamo dei guanti che ci lasciano muovere ma le percezioni sono diverse, sappiamo di toccare ma non sentiamo davvero, con i guanti siamo protetti così sei protetto su questa mano ed è diverso e piacevole come quando...

8. Fase mentale

...guardi la tua mano in uno specchio e se tocchi la mano nello specchio tu sai che quello che sai di vedere lì nello specchio è diverso, molto diverso da ciò che provi, bene, stai molto bene, .

9. Sfida

E sei sicuro, lontano e distaccato, e niente ti può disturbare (pungo, pizzico, ecc.) è diverso, particolare

10. Ancoraggio

E ora che hai scoperto questa capacità della tua mente, ogni volta sarà sempre più facile e veloce sperimentare questa capacità e saprai che ti basterà unire pollice e indice della tua mano sinistra per entrare in contatto con questo modo di stare bene.

11. Riorientamento

E sarai davvero curiosa di scoprire come è facile per te ogni volta unendo pollice e indice solo se lo vorrai.

E ora quando decidi tu, dopo aver fatto un bel respiro profondo potrai riaprire gli occhi e sentirti perfettamente presente.

Cosa provi? (ascolto ciò che mi dice) poi:

12. Verifica autoipnosi/Frazionamento

Puoi verificare quanto sei abile ora; usa il tuo gesto e lascia che accada di ritornare in quell'esperienza di distacco che hai appena provato.

13. Suggerione per agofobia e anestesia

E mentre sei così distaccata sarebbe davvero bello per te immaginare di essere in un posto molto caldo dove hai piacere di mangiare una granita per raffreddarti, e mi chiedo di che colore è e il profumo, e com'è il gusto e quanto è gelata fredda ghiacciata e puoi tenerla tra la guancia e la gengiva e la senti sciogliere e più si scioglie più ti senti gelare tutta quella parte ,fredda gelata, e si scioglie e tutta questa zona (passi) diventa insensibile gelata, fredda e insensibile completamente gelata e il profumo e il gusto piacevolissimi ,e ti senti bene il profumo buono di quel gusto e il freddo gelato e niente, non senti niente altro che quel piacevole profumo di gelato (intanto continuo a toccare e a stimolare prendendo la guancia tra pollice e indice come quando si fa l'anestesia e faccio l'anestesia confondendo le sensazioni che arrivano così la puntura dell'anestesia arriva tra una stimolazione e l'altra mentre continuo a picchiettare ecc).

E ora che hai sperimentato che quest'oggetto è utile per fare l'anestesia e ogni paura da adesso in poi scompare, svanisce perché, puoi controllare il tuo stato e la tua capacità di controllo è grandissima. Da adesso in poi ogni volta che guarderai un ago, richiamerai a te questa esperienza e la gengiva diventerà insensibile e così sarai tranquilla e serena perché saprai che l'ago non ti darà nessun fastidio e potrai andare dal dentista tranquillamente. E ora sapendo che potrai usare questa tua capacità quando vuoi lascia che io conti da 5 a 1 e quando dirò uno tu farai un bel respiro profondo e tornerai perfettamente presente, serena, tranquilla, felice di aver scoperto quanto la tua mente è potente.

5.....1. Un bel respiro e apri gli occhi.

Il neofita ha utilizzato anche altre sequenze di induzione per pazienti visivi e cenestesici. Nel prossimo esempio di induzione la realizzazione del "**monoideismo plastico**" è del tipo "braccio pesante" in paziente cenestesica.

3.3.1 2° CASO DI PAZIENTE CENESTESICA CON AGOFOBIA

1. Contratto terapeutico

Come la chiamano gli amici? A casa? Gina. Bene Gina, lei ha paura dell'ago e della relativa anestesia. E questo le impedisce di venire serenamente dal dentista a fare delle buone cure. Sarà davvero piacevole per lei scoprire che se vuole può fare le cure con il massimo controllo.

Per questo desidero aiutarla con una nuova tecnica di rilassamento che è davvero molto, molto semplice e molto, molto piacevole.

E quando grazie a questa tecnica sarà profondamente rilassata sarà molto più facile farle le cure di cui ha bisogno.

2. Ordine motivato

Le cose da fare sono davvero molto facili per sentirsi rilassata ora: si metta in una posizione più comoda con le gambe distese e le mani appoggiate. Molto bene e adesso Gina chiuda gli occhi per concentrarsi meglio su quello che le dirò.

3. Attenzione focalizzata

Brava Gina, ora concentrati su tutte le parti del tuo corpo che sono a contatto con la poltrona. Il contatto del tuo capo con l'appoggiatesta; delle tue spalle con lo schienale, e poi del bacino, delle cosce, delle gambe e giù, giù, fino alla punta dei piedi. Concentrati e percepisci su come tutto il tuo corpo è a contatto con la poltrona.

4. Descrizione: *dico quello di cui mi accorgo. Uso i miei sensi. Se posso in questa fase faccio già anche delle ratifiche descrivendo dei fenomeni.*

Vedo che qualche cosa sta cambiando in te: vedo che muovi gli occhi sotto le palpebre e sono sicuro che se cerchi di fermarli ti è impossibile. Basta, lascia che si muovano. Anche le palpebre si muovono (flutter) e non riesci a tenere ferme neanche queste. Vedo che hai appena deglutito e non hai potuto evitarlo.

5. Ricalco. *Dico ciò di cui il paziente si accorge. Uso i suoi sensi.*

E tu stessa Gina puoi renderti conto come con gli occhi chiusi tutto è diverso. Puoi accorgerti come qualcuno passa ora in corridoio, che la mia assistente si muove vicino a te, che la radio è accesa.

Puoi accorgerti come le tue labbra sono socchiuse (o sono chiuse e a contatto tra di loro).

E se fai molta attenzione, puoi notare come anche le tue spalle, che sono appoggiate alla poltrona, appena appena si muovono insieme al tuo respiro. Si alzano quando l'aria entra e si abbassano quando l'aria esce. E potrai provare una sensazione piacevole quando l'aria esce dalle tue narici perché ti puoi rendere conto che le spalle e un pochino tutto il corpo si lasciano andare.

6. Suggestioni. *Suggerisco esperienze possibili.*

E mentre percepisci tutto questo, permetti alla tua mente di immaginare una situazione in cui ti sei sentita con tutto il tuo corpo e tutti i tuoi muscoli piacevolmente stanchi, rilassati, come capita quando ci sono quei momenti di piacevole abbandono sul divano alla fine di una lunga giornata di lavoro, o in spiaggia sull'asciugamano d'estate al sole, o durante un bel bagno caldo o qualsiasi altra situazione simile che tu ricordi dove i tuoi muscoli erano molto, molto rilassati. E potresti immaginare di percepire il tuo braccio destro completamente fino in fondo stanco e abbandonato così piacevolmente che proprio sta bene lì appoggiato dove è ora; e puoi verificare il contatto della tua mano piacevolmente sprofondata sulla tua coscia e sarebbe davvero troppo faticoso ora alzarla tanto sta bene e tu non farai nessuno sforzo e la lascerai lì, piacevolmente, completamente sprofondata sulla coscia.

Concentra sempre di più non solo sulla mano ma su tutto il tuo braccio destro questa sensazione di muscoli completamente e piacevolmente rilassati, braccio che adesso ti tocco, dalla spalla fino al gomito, all'avanbraccio e giù, giù fino alla mano e alla punta delle dita ("mungo" il braccio della paziente: passi) e potresti davvero sentire che piano piano diventerà sempre più pesante.

Ora ti sollevo delicatamente il polso e senza che tu mi aiuti in nessun modo vedremo insieme quanto sei stata brava a rendere rilassato e pesante il braccio (sollevo il polso e lo lascio andare con un "pumf" sulla coscia). Molto bene! Sei stata molto brava. E' proprio rilassato e abbandonato.

Ora che il tuo braccio è così rilassato e pesante, copia la stessa condizione anche al braccio sinistro. Verifichiamo insieme che anche il braccio sinistro è diventato pesante e abbandonato, rilassato (ratifico alzando il polso sinistro). Molto bene! E adesso espandi questo stato di muscoli rilassati e completamente abbandonati anche ai muscoli del collo, ai muscoli del viso, delle spalle, del tronco, del bacino e giù, giù fino alle gambe, e giù fino alla punta delle dita dei piedi, fai diventare ogni muscolo del corpo piacevolmente rilassato e abbandonato come i muscoli delle braccia.

Goditi questo stato di rilassatezza e approfondiscilo sempre di più. Nota come ogni volta che respiri e l'aria esce, approfondisci la tua rilassatezza e vai sempre più in profondità. Sempre di più. Sempre di più. Ogni volta che l'aria esce sentiti sempre più rilassata e serena (ripeto per alcune volte).

7. Sfida

E ora che sei così rilassata, anche se volessi, sarebbe veramente difficile aprire gli occhi, e anche se tu provassi sarebbe veramente faticoso. Prova, prova! E' troppo faticoso, lasciali chiusi.

8. Fase mentale

Adesso puoi lasciar perdere l'attenzione dal corpo, distaccati mentalmente e con la tua immaginazione vai a cercare un luogo, una situazione, un'esperienza che ti sia davvero stata gradevole.

Una situazione, una condizione, una dimensione, un luogo, un momento che è stato particolarmente piacevole e sicuro per te. Immaginala adesso e goditi questa situazione di rilassatezza e benessere. Sai che nessuno e nulla ora ti può disturbare. Immagina ogni particolare di questo bel ricordo, dove eri, i colori, gli odori, con chi eri, quello che facevi, quello che provavi e goditi questo momento. Immergiti sempre di più nella serenità di questo momento. Scendi sempre più in profondità. Sempre di più. Sempre più profondamente come se scendessi una scala. Scendi e vai sempre più in profondità. Scendi. Sei serena e nulla ti può disturbare. Stai così...

9. Ancoraggio

Ora che hai scoperto questa capacità della tua mente, ogni volta che da sola vorrai tornare in questo stato lo potrai fare sempre meglio e sempre più profondamente quando lo vorrai e solo se lo vorrai, con un gesto semplice che adesso ti insegno: stringi tra le dita della tua mano destra il tuo pollice destro.

10. Riorientamento

E sarai veramente curiosa di scoprire come farai da sola a riportarti in questa condizione ogni volta che vorrai e solo se lo vorrai usando il gesto che ti ho appena insegnato. E ora quando decidi tu, dopo aver fatto un bel respiro profondo potrai riaprire gli occhi e sentirti perfettamente presente.

11. Verifica autoipnosi/Frazionamento

Vorrei vedere quanto sono potenti le tue capacità. Ora puoi fare quel gesto e lasciare che accada di tornare in quello stato di benessere che hai appena sperimentato.

12. Suggerione per agofobia e anestesia

E mentre sei così distaccata sarebbe davvero bello per te immaginare di essere in un posto molto caldo dove hai piacere di mangiare una granita per raffreddarti, e mi chiedo di che colore è e il profumo, e com'è il gusto e quanto è gelata fredda ghiacciata e puoi tenerla tra la guancia e la gengiva e la senti sciogliere e più si scioglie più ti senti gelare tutta quella parte, fredda gelata, e si scioglie e tutta questa zona (passi) diventa insensibile gelata, fredda e insensibile completamente gelata e il profumo e il gusto piacevolissimi, e ti senti bene il profumo buono di quel gusto e il freddo gelato e niente, non senti niente altro che quel piacevole profumo di gelato (intanto continuo a toccare e a stimolare prendendo la guancia tra pollice e indice come quando si fa l'anestesia e faccio l'anestesia confondendo le sensazioni che arrivano così la puntura dell'anestesia arriva tra una stimolazione e l'altra mentre continuo a picchiettare ecc).

E ora che hai sperimentato che quest'oggetto è utile per fare l'anestesia e ogni paura da adesso in poi scompare, svanisce perché, puoi controllare il tuo stato e la tua capacità di controllo è grandissima. Da adesso in poi ogni volta che guarderai un ago, richiamerai a te questa esperienza e la gengiva diventerà insensibile e così sarai tranquilla e serena perché saprai che l'ago non ti darà nessun fastidio e potrai andare dal dentista tranquillamente. E ora sapendo che potrai usare questa tua capacità quando vuoi lascia che io conti da 5 a 1 e quando dirò uno tu farai un bel respiro profondo e tornerai perfettamente presente, serena, tranquilla, felice di aver scoperto quanto la tua mente è potente.

5.....1. Un bel respiro e apri gli occhi.

4. RISULTATI

4.1 RISULTATI DELLA RICERCA

10 pazienti che mostravano ansia alla vista dell'ago per l'anestesia locale sono stati valutati con la Scala dell'Analogo Visivo (VAS). I seguenti risultati tutti espressi in centimetri, sono stati ottenuti con misurazioni del livello di ansia, prima dell'ipnosi:

Paziente	Valore della VAS prima dell'induzione
Paziente n.1	6.7
Paziente n.2	8.3
Paziente n.3	6.9
Paziente n.4	7.9
Paziente n.5	9.3
Paziente n.6	8.7
Paziente n.7	7.3
Paziente n.8	9.9
Paziente n.9	10
Paziente n.10	8.9

Tab.1: valori prima dell'ipnosi

Gli stessi pazienti che mostravano ansia per la puntura di anestesia locale sono stati rivalutati con la VAS dopo l'ipnosi e un comando post-ipnotico che gli ordinava di non avere timore alla vista dell'ago. Tutti e dieci i pazienti sono stati reclutati poiché tutti hanno mostrato la comparsa di uno stato di coscienza modificato nei tempi previsti dallo studio (minore o pari a 20 minuti). Sono stati ottenuti i seguenti risultati:

Paziente	Valore della VAS dopo l'induzione
Paziente n.1	4.8
Paziente n.2	5.2
Paziente n.3	4.7
Paziente n.4	3.8
Paziente n.5	5.2
Paziente n.6	4.3
Paziente n.7	3.5
Paziente n.8	6.1
Paziente n.9	4.3
Paziente n.10	5.1

Tab.2 valori dopo l'ipnosi

La differenza è stata quindi:

Paziente	Valore della VAS prima dell'induzione	Valore della VAS dopo l'induzione	Differenza	Percentuale riduzione ansia
Paziente n.1	6.7	4.8	1.9	28.4%
Paziente n.2	8.3	5.2	3.1	37.4%
Paziente n.3	6.9	4.7	2.2	31.9%
Paziente n.4	7.9	3.8	4.1	51.9%
Paziente n.5	9.3	5.2	4.1	44.0%
Paziente n.6	8.7	4.3	4.4	50.6%
Paziente n.7	7.3	3.5	3.8	52.0%
Paziente n.8	9.9	6.1	3.8	38.4%
Paziente n.9	10	4.3	5.7	57.0%
Paziente n.10	8.9	5.1	3.8	42.7%

Tab.3: confronto delle tabelle 1 e 2 e percentuale di riduzione dell'ansia (VAS).

La riduzione media del livello di ansia rilevato con la Scala dell'Analogo Visivo (VAS) è stata del **43.4%** con un valore minimo del 28.4% e un valore massimo del 57.0%.

La riduzione media del livello di ansia del **43.4%** è decisamente un risultato che giustifica il tempo dedicato dall'odontoiatra al paziente al fine di migliorare la sua agofobia. Inoltre aumenta la fiducia e la stima da parte del paziente in quanto sono pratiche pressoché sconosciute ai dentisti e quindi nuove per praticamente tutti i pazienti.

Paziente	Valore della VAS prima dell'induzione	Valore della VAS dopo l'induzione	Differenza	Percentuale riduzione ansia
Paziente n.1	6.7	4.8	1.9	28.4%
Paziente n.2	8.3	5.2	3.1	37.4%
Paziente n.3	6.9	4.7	2.2	31.9%
Paziente n.4	7.9	3.8	4.1	51.9%
Paziente n.5	9.3	5.2	4.1	44.0%
Paziente n.6	8.7	4.3	4.4	50.6%
Paziente n.7	7.3	3.5	3.8	52.0%
Paziente n.8	9.9	6.1	3.8	38.4%
Paziente n.9	10	4.3	5.7	57.0%
Paziente n.10	8.9	5.1	3.8	42.7%

Non tutti però hanno raggiunto un livello di ipnosi profonda.

I pazienti 1,2,3,8 sono stati quelli con un risultato meno brillante e che hanno dichiarato in realtà uno stato di profondo rilassamento e a parere dell'autore, hanno in parte voluto compiacere il medico con le loro risposte.

Molto soddisfacenti e evidente stato di profondo coinvolgimento per i pazienti 4,6,7,9 che hanno ridotto il valore della VAS di oltre il 50%. Si può affermare quindi che il **40%** ha avuto riduzioni di ansia **superiore al 50%**.

I pazienti 5 e 7 hanno avuto un buon risultato che si è tradotto in una miglior possibilità di affrontare l'anestesia.

Per tutti c'è stato un atteggiamento decisamente diverso alla vista dell'ago rispetto a quello del prima induzione.

DISCUSSIONE

L'ansia e la paura del dolore sono i due avversari principali dell'odontoiatra. L'ipnosi è una risorsa che può aiutare a gestire entrambi questi problemi. È noto che l'ipnosi può sviluppare fenomeni come l'analgesia ipnotica (Granone F, 1982) che può essere utile in procedure chirurgiche odontoiatriche (Gonella A, 1982) e non (Facco E et al, 2013). Precedenti studi hanno dimostrato che uno stato ipnotico può essere efficacemente raggiunto ai fini della chirurgia orale, portando nella maggioranza dei casi ad una soglia del dolore molto più alta: alcuni Autori sostengono che si può aumentare la soglia del dolore dentale media di circa del 220% e garantire la piena analgesia in fino a 45% degli individui (Casiglia E, Facco E et al, 2012).

Dovendo valutare l'utilità dell'ipnosi in odontoiatria e in particolare in quella di tutti i giorni di uno studio dentistico qualsiasi, la presente ricerca non ha voluto concentrarsi sul controllo del dolore, perché è convinzione dello scrivente che nella normalità lo si possa eliminare con efficaci tecniche anestesilogiche.

Si è voluto invece valutare l'efficacia delle tecniche ipnotiche sul controllo dell'ansia che il paziente odontoiatrico prova, specie nel periodo pre- e post-anestesia loco-regionale e in generale alla vista dell'ago. Questo è infatti il momento in cui si hanno il 50% delle complicanze odontoiatriche (Reed KL, Malamed S. et al. 2012) e che quindi deve essere gestito con particolare attenzione nel paziente fobico soprattutto mediante una corretta comunicazione e informazione (Manani et al, 2010).

Un dentista che non tenesse conto del trauma psicologico che può procurare ignorando l'ansia e il dolore del paziente e come questi possono avere risvolti a distanza, in ambiti completamente diversi da quelli odontoiatrici, sarebbe oggi anacronistico. La generalizzazione infatti è un processo fisiologico che induce gli individui ad estendere la paura che hanno vissuto in circostanze traumatiche (per es. estrazione forzata e/o dolorosa di un dente) ad altre situazioni mediche e/o odontoiatriche o altre ancora, dando origine a fobie apparentemente non correlate, come la claustrofobia o la paura di soffocamento (Facco et al. 2012)

Per questo lavoro è stata scelta una fobia semplice come l'agofobia perché è particolarmente diffusa in odontoiatria. Il protocollo applicato per indurre uno stato ipnotico è stato quello indicato all'inizio di questo lavoro e corrisponde a uno di quelli insegnati alla Scuola CIICS di Torino.

I risultati ottenuti sono stati incoraggianti e, a fronte di un tempo dedicato a questa metodica accettabile dal punto di vista della gestione di uno studio privato, si è ottenuto un risultato significativo. La riduzione media del livello di ansia rilevato con la Scala dell'analogo visivo (VAS) è stata del 43.4% con un valore minimo del 28.4% e un valore massimo del 57.0% dove il 40% ha avuto riduzioni di ansia superiore al 50%.

Tutti e dieci i pazienti della ricerca hanno mostrato quindi una significativa diminuzione della loro fobia e in tutti e dieci è stato possibile eseguire l'anestesia loco-regionale senza che vi fossero scatti e movimenti del capo che possono talvolta rendersi particolarmente pericolosi al contrario di quanto avveniva prima dell'esperienza ipnotica.

Da tutto ciò si deduce che la scuola ha formato un professionista in grado di applicare, seppure con i limiti dati dalla scarsa esperienza, degli stati di ipnosi magari superficiali ma in grado di abbassare l'ansia del paziente odontoiatrico.

Resta evidente la necessità di approfondire con altri corsi e seminari permanenti le nozioni acquisite.

Un'altra importante acquisizione da parte del neofita è stata l'applicazione sistematica di una **comunicazione ipnotica** fatta di parole attentamente valutate e di una comunicazione non verbale positiva (eliminando segni di chiusura, individuando e copiando le vie comunicative del paziente, ecc.) al fine di creare un rapporto empatico e così aumentare la fiducia del paziente. Questo ha avuto un forte riscontro nella qualità delle relazioni con i pazienti che sono risultati molto più fidelizzati, soddisfatti e ben disposti nei confronti dell'operatore rispetto a quelli precedentemente trattati in modo convenzionale.

Il **linguaggio ipnotico** si è rivelato utile anche durante la presa dell'impronta, quando il paziente risulta essere disturbato

dall'ingombro dell'oggetto estraneo nel cavo orale. Nonostante ciò, lo stesso il soggetto raggiungeva un livello di tranquillità notevole e stati di profonda rilassatezza che gli hanno sempre consentito di arrivare alla fine del tempo di presa dell'impronta (5 minuti) in uno stato di estrema tranquillità, rivelandosi una preziosa risorsa. Infatti un altro impiego importante nella pratica quotidiana è la capacità dell'ipnosi di ridurre o eliminare il gag reflex che può ostacolare i trattamenti dentali (Patel et al, 2000; Gaspar et al, 2002; Eitner et al, 2005), ma che non è stato possibile valutare in questo lavoro.

CONCLUSIONI

Nello spirito di instaurare una relazione con la persona "in toto" e non solo con un problema dentale, ogni risorsa per gestire l'ansia e la paura è auspicabile, anzi necessaria per un professionista che non voglia limitarsi a curare una malattia.

Questo studio conferma che nelle mani del dentista moderno, ben addestrato e competente nella valutazione e gestione dell'ansia, l'ipnosi diviene uno strumento sicuro ed efficace. Si rivela in grado, non solo di migliorare la sicurezza del paziente, ma di ridurre la risposta cardiovascolare, limitando il rischio di sincope senza quasi la necessità di usare farmaci sedativi per prevenire le modificazioni emodinamiche indotte da stimoli dolorosi (Casiglia et al, 2007; Facco et al, 2009) come durante l'esecuzione dell'anestesia loco-regionale.

Tra i benefici secondari ma estremamente importanti relativi all'apprendimento tecnico dell'ipnosi clinica e in particolare dell'insegnamento che il CIICS fornisce al neofita, vi è la **maggior consapevolezza dell'uso delle parole**. Se anche non si ottiene uno stato di ipnosi, il percorso formativo intrapreso ha portato ad applicare normalmente un linguaggio ipnotico, cioè un uso quotidiano consapevole delle parole; la ricerca appropriata di ogni singola parola e della comunicazione non verbale opportuna al fine di stimolare reazioni favorevoli (avendo consapevolezza di ciò che è contrario al fine empatico), ha aumentato il clima di fiducia dei pazienti testati.

L'applicazione della tecnica del **ricalco di eventi ordinari** della pratica odontoiatrica quotidiana, si è osservato che aumenta la fiducia del paziente che percepisce la situazione ben sotto controllo da parte del dentista.

La scelta delle parole nel momento terapeutico in cui il paziente è alla poltrona è dunque divenuta molto più accurata e attenta proprio in conseguenza di questa maggior consapevolezza. Questo ha dato vantaggi anche nella vita comune e di relazione ordinaria.

Si conclude che la tecnica è ben insegnata al neofita che ottiene così tutti gli strumenti necessari per realizzare l'ipnosi. Risulta ovvio che, proprio perché definito neofita, nel tempo dovrà migliorare mediante

l'esperienza e una **formazione continua** come la scuola del CIICS già propone con seminari permanenti e gruppi di lavoro stabili per consentire anche ai meno dotati di raggiungere un livello valido e quindi essere di aiuto ai propri pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Aitken RC (1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 62: 989–993.
- Bengtsson M, Ohlsson B, Ulander K (2007). Development and psychometric testing of the Visual Analogue Scale for Irritable Bowel Syndrome (VAS-IBS). *BMC Gastroenterology* 7: 16.
- Berggren U, Pierce CJ, Eli I (2000). Characteristics of adult dentally fearful individuals: a crosscultural study. *European Journal of Oral Sciences* 108: 268–274.
- Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N, Regaldo G, Facco E, Marchetti P, Schiff S, Tosello MT, Giacomello M, Rossi AM, De Lazzari F, Palatini P, Amodio P. (2012). Relaxation versus fractionation as hypnotic deepening: do they differ in physiological changes? *Int J Clin Exp Hypn.* 60(3):338-55.
- Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V, Haxhi Nasto H, Azzi M, Rempelou P, Giacomello M, Bolzon M, Bascelli A, Scarpa R, Lapenta AM, Rossi AM. (2007). Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. *Am J Clin Hypn.* Apr;49(4):255-66.
- Casiglia E, Rossi A, Tikhonoff V, Scarpa R, Tibaldeschi G, Giacomello M, Canna P, Schiavon L, Rizzato A, Lapenta AM. (2006). Local and systemic vasodilation following hypnotic suggestion of warm tub bathing. *Int J Psychophysiol.* Oct;62(1):60-5. Epub 2006 Feb 28
- Coolen JC, Florisson JM, Bissett IP, Parry BR (2006). Evaluation of knowledge and anxiety level of patients visiting the colorectal pelvic floor clinic. *Colorectal Disease* 8: 208–211.
- Eitner S, Wichmann M, Holst S (2005). A long-term therapeutic treatment for patients with a severe gag reflex. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 53: 74–86.
- Eli I, Schwartz-Arad D, Bartal Y (2008). Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. *Journal of Dental Research* 87: 65–68.
- Erten H, Akarlan ZZ, Bodrumlu E (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence International* 37: 304–310.
- Facco E, Pasquali S, Zanette G, Casiglia E (2013). Case Report. Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia*, 68, 961–965
- Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M, Zanette G (2011a). Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 59: 454–468.

- Facco E, Casiglia E, Zanette G, Masiero S, Bacci C, Lapenta AM (2009). Effects of hypnosis on dental pain threshold. Preliminary report. *Pain Practice* 9: 47–48.
- Facco E, Manani G, Zanette G (2012). The Relevance of Hypnosis and Behavioural Techniques in Dentistry. *Contemporary Hypnosis and integrative therapy* 29(4): 332–351
- Facco E, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivoletta S, Cavallin F et al. (2011b). Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. *Anesthesia Progress* 58: 8–13.
- Facco E, Zanette G, Manani G (2008). Italian version of Corah's Dental Anxiety Scale: normative data in patients undergoing oral surgery and relationship with the ASA physical status classification. *Anesthesia Progress* 55: 109–115.
- Facco E, Zanette G, Casiglia E. (2014). The role of hypnotherapy in dentistry. *SAAD Dig.* Jan;30:3-6.
- Facco E, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivoletta S, Cavallin F et al. (2011b). Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. *Anesthesia Progress* 58: 8–13.
- Gaspar J, Fejerdy L, Fabian TK (2002). Psychic aspects of the overactive gag reflex (gagging) in connection with a clinical case. *Fogorvosi Szemle* 95: 199–203.
- Gatchel RJ (1989). The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *Journal of the American Dental Association* 118: 591–593.
- Gonella A. (1982). Hypnosis in dentistry. Analysis of 152 cases. Methods and results. *Minerva Med.* Nov 24;73(45):3195-8.
- Granone F. (1970). Hypnosis and sophrology. Terminology and essence of hypnosis. *Minerva Med.* Dec 26;61(103):5984-9.
- Granone F.: Hypnosis and modern dentistry. *Riv Ital Stomatol.* 1970 Jan;25(1):57-65.
- Granone F. (1972). L'ipnosi in odontoiatria. *Trattato di Ipnosi.* UTET; vol.2 576-578.
- Granone F. (1983). The School of the Italian Center for Clinico-Experimental Hypnosis in the didactics of Italian hypnosis therapy. *Minerva Med.* Sep 29;74(37):2167-70.
- Granone F. (1982). Temporary resistance to burning in relation to psychic factors. *Minerva Med.* Nov 24;73(45):3217-8.
- Granone F. (1981). Regression and revitalization in hypnosis. Doubts and certainties, therapeutic utility. *Minerva Med.* May 12;72(19):1179-88.
- Granone F. (1974). Physiopathology, clinical aspects and therapy of pain in the light of hypnosis. *Minerva Med.* Sep 12;65(63):3296-302.

- Granone F. (1973). Music as a facilitating factor in psychotherapy processes. *Minerva Med.* Feb 10;64(7):320-2.
- Frischholz EJ, Nichols LE. (2010). A historical context for understanding "An eye roll test for hypnotizability" by Herbert Spiegel, M.D.: *Am. J. Clin. Hypn.* Jul;53(1):3-13
- Hornblow AR, Kidson MA (1976). The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 10: 339–341.
- Kaakko T, Milgrom P, Coldwell SE, Getz T, Weinstein P, Ramsay DS (1998). Dental fear among university students: implications for pharmacological research. *Anesthesia Progress* 45: 62–67.
- Lapenta AM, Tosello M, (2006). Ipnosi Sperimentale e Clinica. *Editrice Artistica Bassano*
- Luyk NH, Beck FM, Weaver JM (1988). A visual analogue scale in the assessment of dental anxiety. *Anesthesia Progress* 35: 121–123.
- Manani G, Facco E, Favero G, Favero L, Mazzoleni S, Stellini E et al. (2010). Patients' appreciation for information on anesthesia and anxiolysis in dentistry. *Minerva Stomatologica* 59: 489–506.
- Mastronardi V.M., (2012). Manuale di comunicazione non verbale. *Professioni Sanitarie Ed. Carrocci-Faber*
- Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brodsgaard I, Scheutz F (1993). Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 21: 292–296.
- Morgan PJ, Halpern S, Lam-McCulloch J (2000). Comparison of maternal satisfaction between epidural and spinal anesthesia for elective Cesarean section. *Canadian Journal of Anesthesia* 47: 956–961.
- Ohnhaus EE, Adler R (1975). Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain* 1: 379–384.
- Patel B, Potter C, Mellor AC (2000). The use of hypnosis in dentistry: a review. *Dental Update* 27: 198–202.
- Reed KL, Malamed SF, Fonner AM. (2012). Local anesthesia part 2: technical considerations. *Anesth Prog. Fall*; 59(3):127-36;
- Shapiro F (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders* 13: 35–67.
- Shapiro F (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. *New York: Guilford Press.*
- Shapiro F (2002a). EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *Journal of Clinical Psychology* 58: 1–22.

- Shapiro F, Maxfield L (2002b). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology* 58: 933–946.
- Spiegel H. (2010). An eye-roll test for hypnotizability. 1972. *Am J Clin Hypn.* Jul;53(1):15-8.
- Tamiya N, Araki S, Ohi G, Inagaki K, Urano N, Hirano W et al. (2002). Assessment of pain, depression, and anxiety by visual analogue scale in Japanese women with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16: 137–141.

SITOGRAFIA

www.adee.org

www.bolognaprocess.it

www.ciics.it

www.studiodentisticocaruso.it

www.youtube.com/watch?v=bqZUogcWE1I

INDICE

Introduzione.....	pag.03
Scopo del lavoro.....	pag.05
Presentazione dell'operatore neofita.....	pag.07
1. Ipnosi	
1.1 Cosa l'ipnosi non è.....	pag.08
1.2 Definizione di ipnosi.....	pag.10
1.3 Verifica di uno stato di ipnosi.....	pag.10
2. Come generare un monoideismo plastico	
2.1 Sequenza generale.....	pag.13
2.2 Setting.....	pag.15
2.3 Conoscere.....	pag.20
2.4 Fiducia.....	pag.23
2.5 Creazione delle immagini.....	pag.27
2.6 Ratifica.....	pag.32
2.7 Sfida.....	pag.34
2.8 Fallimento.....	pag.36
2.9 Respiro.....	pag.38
2.10 Fase Mentale.....	pag.39
2.11 Ancoraggio del paziente.....	pag.41
2.12 Ancoraggio dell'operatore.....	pag.43
2.13 Uscita dall'ipnosi.....	pag.44
3. Materiali e metodi	
3.1 Reclutamento dei pazienti.....	pag.45
3.2 Protocollo applicato per la ricerca.....	pag.47
3.3 Descrizione di due induzioni impiegate dal neofita per questa ricerca.....	pag.48
3.3.1 1° caso di paziente cenestesico con agofobia.....	pag.48
3.3.2 2° caso di paziente cenestesico con agofobia.....	pag.51
4. Risultati	
4.1 Risultati della ricerca.....	pag.55
Discussione.....	pag.59

Conclusioni	pag.63
Bibliografia e Sitografia	pag.65
Indice	pag.69