



Fondatore: Prof. Franco Granone

Direttore A.M.Lapenta

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2021

COMUNICAZIONE IPNOTICA IN ODONTOIATRIA

Candidato

Dott.Lorenzo De Iorio

Relatrice

Dott.ssa Milena Muro

Sommario

COMUNICAZIONE IPNOTICA IN ODONTOIATRIA.....	1
1.INTRODUZIONE:	3
2.ODONTOFOBIA.....	4
3.CANALI COMUNICATIVI:.....	12
4.IATROSEDAZIONE	13
5.COMUNICAZIONE IPNOTICA.....	15
6.CONCLUSIONI:	17
BIBLIOGRAFIA	18

1.INTRODUZIONE:

L'ansia provocata dal dentista e dal trattamento odontoiatrico in generale induce spesso il paziente ad evitare le cure odontoiatriche. L'ansia associata alla preoccupazione di una visita da parte dell'odontoiatra che avesse lo scopo di programmare un intervento preventivo o una procedura odontoiatrica viene anche chiamata "ansia da dentista". L'ansia da dentista è riconosciuta da Agras et al. come la quinta in ordine, rispetto a quelle più diffuse nel mondo, fra cui la paura della morte, della malattia, del traumatismo, del viaggiare in aereo etc.

L'ansia "gioca" un ruolo chiave nella riuscita della terapia, la gestione del paziente ansioso risulta essere difficoltosa poichè se mal gestita ne determina un incremento nel tempo con il rischio che il paziente perda completamente la fiducia nella figura medica e nella salvaguardia della sua salute orale.

L'ausilio dell'ipnosi ed in particolar modo della comunicazione ipnotica andando ad enfatizzare il pretalk clinico, spesso poco utilizzato dalla maggior parte degli operatori, possono essere di grande ausilio nella gestione del paziente ansioso.

2. ODONTOFOBIA

Nella lingua italiana, il termine “fobia” dal greco “paura”, richiama uno stato psichico caratterizzato da un’irrazionale, angosciata e persistente paura di certe situazioni, cose, persone

In senso stretto “odontofobia” dovrebbe assumere il significato letterale di avversione, terrore, disgusto per il medico dentista e per tutto l’ambito odontoiatrico. Con il passare del tempo tuttavia il concetto di “odontofobia” è andato arricchendosi e ampliandosi di significato, e i suoi confini si sono fatti più sfumati; è diventato un costrutto complesso, multidimensionale, che abbraccia i concetti di ansia, paura e fobia vera e propria, e tutti gli elementi emozionali, cognitivi e somatici a questi correlati.

L’ansia è definita come la rappresentazione della risposta alla percezione di inefficacia di fronte a un evento minaccioso ed è la reazione psichica e fisica all’anticipazione di una minaccia.

La paura rappresenta una condizione di grave inquietudine e turbamento che si prova al pensiero o alla presenza di un pericolo.

La fobia è, come si è visto, un terrore di proporzioni abnormi, irrazionale, immotivato e incontrollabile nei confronti di un qualche tipo di stimolo.

I tre stati d’animo sono accomunati sia dalla reazione fisica che dalla componente affettiva, e differiscono principalmente per l’intensità di risposta all’evento stimolante.

L’ansia e la paura nascono e si sviluppano insieme all’individuo, e assumono la funzione di proteggerlo contro una varietà di pericoli. Esse divengono però problematiche quando raggiungono dimensioni sproporzionate rispetto all’effettiva minaccia, fino ad arrivare a compromettere le funzionalità quotidiane.

La disregolazione delle naturali difese dell’individuo, che è alla base del problema dell’odontofobia, può di fatto portare un’ansia fisiologica, rivolta verso un pericolo reale, a trasformarsi in un’ansia patologica rivolta verso un trattamento odontoiatrico spesso totalmente privo di dolore.

Fatte queste dovute premesse, è facile capire come sia importante operare una prima classificazione dell’odontofobia, basata sull’entità della stessa.

Si possono riconoscere tre classi:

- Odontofobia lieve, detta anche “ansia dentale”, o Dental Anxiety in letteratura, è la più frequente tra la popolazione;
- Odontofobia moderata, detta “paura dentale”, o “Dental Fear”;
- Odontofobia grave, la vera e propria “fobia dentale”,

Dental Phobia, decisamente più rara e difficile da gestire da parte dell’odontoiatra.

L’odontofobia è un fenomeno universalmente diffuso e frequente, sebbene non sempre conosciuto, e spesso sottovalutato dall’odontoiatra.

Recenti ricerche epidemiologiche suggeriscono che i suoi valori di prevalenza si attestano tra il 6 e il 15% della popolazione adulta mondiale.

Vi sono differenze significative tra i vari Paesi, legate soprattutto allo sfondo socio-culturale di ognuno, sfondo che gioca un ruolo importante nell’eziologia e nello sviluppo del problema.

Nella civiltà occidentale, dal 3 al 5% della popolazione adulta soffre di fobia dentale, mentre fino al 30% riporta un moderato livello di ansia verso il trattamento odontoiatrico.

Risulta maggiormente interessato il sesso femminile, con un rapporto maschio:femmina approssimativamente di 1 a 2.

Conoscere le possibili cause della nascita del disturbo odontofobico è importante per sapere come prevenirla, o saperne evitare lo sviluppo nel caso si stia instaurando

Le cause dell’insorgenza dell’odontofobia sono essenzialmente tre:

- Condizionamento diretto
- Apprendimento vicario (vicarious learning)
- Stato psicologico generale

Tali cause possono agire indipendentemente una dall’altra, o interagire a vicenda e aumentare in tal modo la gravità del problema.

Per condizionamento diretto si intende un’esperienza personale spiacevole avvenuta in passato.

Tale esperienza è nella più gran parte delle volte un trauma, ossia un dolore più o meno intenso accusato in età precoce nello studio odontoiatrico.

Una percentuale compresa tra il 50 e il 60% di soggetti odontofobici riconosce tale esperienza traumatica all'origine del proprio disturbo.

Nel medesimo modo, esperienze non soltanto dolorose, ma altresì eccessivamente spaventose, imbarazzanti o umilianti possono rappresentare stimoli traumatici che fungono da fattori d'innesco.

A titolo di esempio, una mancanza di empatia, di rispetto o di umanità da parte dell'odontoiatra può far scaturire sentimenti negativi di violazione o di disprezzo verso la propria persona, sentimenti che a loro volta agiscono da substrato per il successivo sviluppo di ansia, paura o fobia dentali.

L'apprendimento vicario, tipico dell'età infantile, si esprime attraverso l'osservazione e l'identificazione e la suggestione indiretta da parte del bambino di modelli comportamentali.

Tali modelli sono rappresentati prevalentemente dai genitori e dalla famiglia; non infrequentemente i pazienti odontofobici sono persone i cui familiari ebbero esperienze odontoiatriche sfavorevoli o atteggiamenti ostili o di paura nei confronti del dentista.

Ruolo negativo giocano anche i coetanei e la società, in particolar modo i media, che quasi mai smentiscono le paure tipiche dell'infanzia di provare dolore dal dentista.

Con la crescita, il bambino acquisisce e fa proprie le informazioni registrate nel periodo infantile, e associa in modo irreversibile le idee di dolore e di paura con la figura del dentista, fino a trasformarle nella sindrome ansiosa o fobica che manifesterà nell'età adulta.

Queste prime due origini sono incluse in un modello di odontofobia definito "esogeno" in relazione alla sorgente del disturbo, ovvero a situazioni o informazioni esterne all'individuo. L'arco di età compreso tra i 3 e i 14 anni è un periodo critico per l'inizio di questa tipologia, in quanto si è osservata una maggiore vulnerabilità alle esperienze negative o particolarmente traumatiche. La tipologia classificata come "endogena", invece, vede una fonte causale interna al soggetto, ovvero il suo profilo psico patologico personale.

L'odontofobia endogena è l'espressione di un disordine di natura organica, e nasce da una costituzionale vulnerabilità dell'individuo ai disturbi d'ansia.

È accompagnata da uno stato generale d'ansia elevato, da paure multiple intense, da disordini dell'umore e da stress.

Diversi studi hanno rivelato l'esistenza di un'associazione tra odontofobia e diversi tipi di ansie fobiche (agorafobia, claustrofobia, ansia sociale e attacchi di panico), ansia aspecifica (tensione, nervosismo, difficoltà di riposo), paranoia (ideazioni e pensieri paranoici, sospettosità, centralità, delusione e perdita di autonomia), disturbi ossessivo-compulsivi e, più in generale, problemi psicologici o disturbi psichiatrici.

In soggetti di questo tipo l'odontofobia tende ad instaurarsi in un'età più avanzata, ed i suoi sintomi possono essere significativamente più gravi di quelli causati da un disturbo esogeno.

È importante infine osservare che, una volta instauratasi, il problema può risolversi spontaneamente dopo un certo periodo di tempo, o anche persistere per tutto il corso della propria vita.

Le caratteristiche sintomatologiche principali del paziente odontofobico differiscono in base al livello di gravità del disturbo.

Di fatto, tutte e tre le categorie di odontofobia manifestano un quadro sindromico d'ansia.

Il paziente con fobia dentale, a differenza di quello con ansia o paura dentali, mette inoltre in atto comportamenti di evitamento fobico, al fine di non entrare assolutamente in contatto con lo stimolo, quindi con l'ambiente odontoiatrico.

Tale condotta riveste particolare importanza, in quanto comporta una generale compromissione dello stato di salute orale, con forte impatto psicologico e sociale, e con conseguenze che possono risultare anche gravi.

I pazienti odontofobici, quando forzati ad esporsi allo stimolo, presentano episodi critici d'ansia più o meno intensa.

I fattori scatenanti sono costituiti prevalentemente dall'iniezione per l'anestesia e dal rumore del trapano, ma anche dalla sola vista degli strumenti operatori o dall'odore dei medicinali.

La componente somatica del paziente con ansia dentale è rappresentata da un ampio spettro di sintomi a carico del sistema neurovegetativo.

Tra di essi, tipicamente spiccano:

- aumento del ritmo respiratorio, che può tradursi in affanno, dispnea e tachipnea;
- tensione muscolare, soprattutto al capo, al collo e al dorso;
- accelerazione della frequenza cardiaca e palpitazioni;
- tremori;
- ipersudorazione, soprattutto ai palmi delle mani;
- secchezza delle fauci;
- vasodilatazione cutanea.

Tali segni sono perfettamente riconoscibili da un odontoiatra che sappia cosa potersi aspettare mentre tratta un paziente ansioso.

Il paziente interrompe il trattamento in preda al panico, urlando e agitandosi sulla poltrona, rendendo difficoltosa la ripresa del controllo e il proseguimento della cura.

Nel paziente più grave possono manifestarsi reazioni violente clamorose, con tentativi di fuga anche aggressivi.

Si intuisce quindi la reale necessità di individuare e classificare quanto più tempestivamente possibile la presenza del disturbo odontofobico.

La componente emozionale assume un ruolo chiave nella risposta del paziente allo stimolo fobico: il paziente odontofobico vive soggettivamente l'esperienza come "minaccia esistenziale".

In questa categoria rientrano due dimensioni:

- la "minaccia di violazione", vale a dire la paura di essere vittima di eventi imprevedibili e tragici quali dolore insopportabile, danni, lesioni permanenti, cicatrici o mutilazioni dovute a errori dell'operatore. In questo caso, il paziente catastrofizza le conseguenze del trattamento odontoiatrico, e ne prova terrore al solo pensiero.
- la "perdita di autonomia e indipendenza", ossia la sensazione di perdere completamente il controllo sulla situazione che si sta verificando, la percezione di essere deboli, vulnerabili e privi di difese. In generale qui il panico deriva dall'essere completamente impotente nei confronti del dentista.

Da non sottovalutare, tra i pensieri negativi del paziente, la paura di essere considerato sciocco, debole o infantile. Spesso la mancanza di apprezzamento e di comprensione del paziente può fargli percepire la sensazione di essere stigmatizzato.

Occorre prevedere e cancellare questi pensieri per poter contenere la reazione del paziente nel corso del trattamento. Per quanto riguarda la risposta cognitiva dell'individuo, entra in gioco il meccanismo dell'iperfocalizzazione dell'attenzione su di sé, sull'esperienza vissuta in quel frangente, e su stimoli dell'ambiente e del proprio corpo: tale fenomeno amplifica le risposte somatiche e le idee catastrofiche, e aumenta la sensibilità agli stimoli dolorifici.

Un ultimo concetto rilevante è quello dell'ansia anticipatoria: quando il paziente si sente al sicuro da possibili contatti con lo stimolo fobico, l'odontofobia è asintomatica, ma, quando l'eventualità di affrontare un intervento odontoiatrico si fa più prossima nel tempo, il paziente diventa persistentemente ansioso.

Le giornate che precedono la visita odontoiatrica sono quindi caratterizzate da uno stato di apprensione, con sintomi nella sfera cognitiva e della vigilanza, insonnia e difficoltà all'addormentamento e malesseri fisici.

Man mano che l'appuntamento si fa imminente, l'ansia si fa così intensa e insopportabile da sfociare, nei casi più gravi, nella condotta di evitamento.

Tale situazione può perdurare nonostante la presenza di sintomatologia dolorifica acuta, in quanto questa risulta sempre inferiore dell'entità della fobia percepita dal paziente: i problemi dentali vengono in tal modo a essere posposti e gli appuntamenti procrastinati anche per numerosissimi anni.

La conseguenza più deleteria che comporta la fobia dentale è indubabilmente l'impatto sulla salute orale e, in modo diretto, sulla qualità di vita a questa legata (in letteratura si parla di "Oral health related quality of life", concetto che, per la sua importanza e profondità, è stato ben delineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed ha recentemente assunto ampia risonanza).

L'odontofobia rappresenta infatti la ragione cardine per gli appuntamenti odontoiatrici mancati o annullati e per l'irregolare fruizione dei servizi dentistici. Numerosi studi sono stati pubblicati al fine di porre in evidenza come i pazienti che soffrono di odontofobia siano una popolazione di importanza notevole per la salute pubblica: ciò è dovuto proprio a quei comportamenti di evitamento che i pazienti fobici mettono in atto, i quali, se protratti per un tempo prolungato, possono condurre da problemi squisitamente dentali a gravi problemi di salute generale quali

osteomieliti faciali, estensioni intracraniche degli ascessi periapicali, sinusiti, sepsi, mediastiniti, febbre, setticemie, polmoniti e infezioni del tratto urinario.

In ultimo, persone con severa paura dentale sono caratterizzate da un elevato consumo di alcol, sostanze stupefacenti e droghe illecite, e da un'alta frequenza di giorni lavorativi persi per malattia: su scala nazionale, ciò incide in modo considerevole sui costi finanziari della comunità.

Due sono i principali problemi orali del paziente odontofobico: l'elevata prevalenza di lesioni cariose e il deterioramento dello stato periodontale.

Numerosi studi hanno messo in luce come statisticamente il soggetto con fobia dentale presenti un numero significativamente più elevato di superfici cariate, elementi dentari cariati e elementi mancanti rispetto alla popolazione generale.

Gli elementi dentari funzionali sono per conseguenza ridotti di numero; tale sostanziale differenza nei gruppi di età più avanzata (il gruppo di età compresa tra i 55 e i 64 anni è risultato avere una media di 9,8 denti funzionali) indica che il soggetto con fobia dentale preferisce optare per la soluzione più drastica (la terapia estrattiva, anche sotto anestesia generale) piuttosto che affrontare un piano di trattamento conservativo. Eitner et al

La quasi totalità dei soggetti necessita di una terapia parodontale ad almeno un elemento dentario.

Il quadro clinico intraorale può raggiungere livelli di compromissione importante accompagnato d'algia diffusa e alitosi.

Ne deriva naturalmente che le ripercussioni non sono limitate al piano funzionale, ma incidono anche su quello estetico, nonché, data l'importanza del viso e della bocca nelle relazioni interpersonali, nella comunicazione e nella socialità, sul piano psico-sociale.

Il deterioramento della salute orale può di fatto diventare una seria sorgente di insicurezza, minare il rispetto di sé stessi e incrementare l'isolamento sociale, il quale, a sua volta, può causare depressione o altri problemi psichiatrici e condizioni psicosomatiche, o esacerbare quelle condizioni che sono presenti nei gruppi di individui fobici.

È certo che i soggetti odontofobici siano caratterizzati da una bassa autostima, da una scarsa sicurezza in sé stessi, La fobia dentale incide sulla qualità di vita, spe-

cialmente nelle aree del benessere psicologico, della vitalità e della volontà di socializzazione.

La vita sociale dei pazienti odontofobici può talvolta rivelarsi completamente annullata.

Viene così a instaurarsi un circolo vizioso: dove lo stato scadente di salute orale combinato con l'incapacità del paziente odontofobico di accettare il trattamento odontoiatrico genera sentimenti di vergogna, di imbarazzo e di inferiorità, tali sentimenti incrementano lo stato d'ansia fobica e rinforzano l'evitamento per paura di essere ridicolizzato, deriso e criticato. Trattare il problema, spezzando il cerchio della fobia, significa quindi non solo ripristinare la salute orale del paziente, ma, conseguentemente, migliorare la sua qualità di vita e il suo benessere.

3.CANALI COMUNICATIVI:

La specie umana si caratterizza per la propria capacità di costruire strumenti, tra i quali il principale è il linguaggio: per comunicare pensieri e sentimenti costituito dalla combinazione di suoni, gesti, simboli scritti dalla nostra struttura sociale.

Esistono tre principali canali comunicativi: Visivo, auditivo e cinestesico.

Un soggetto visivo è qualcuno che organizza la realtà prettamente per immagini e che tende a visualizzare le cose nella sua mente, la sua postura è tendenzialmente eretta della testa e con movimento degli occhi verso l'alto. Tende ad esprimersi utilizzando parole come "Guarda.." "Vedo che" "Questa cosa non mi è chiara" Statisticamente rappresenta il 40% della popolazione

Un soggetto auditivo organizza la realtà attraverso i suoni parla ad una velocità moderata e sta molto attento alle parole che usa, la postura è leggermente inclinata da una parte utilizza verbi come ascoltare, sentire ecc

Rappresenta circa il 20% della popolazione.

Cinestesico è chi utilizza soprattutto le sensazioni per organizzare la realtà, sensazioni non solo in termini emotivi ma anche tattili. Sensazioni derivate dal movimento dal contatto, dall'azione. Il cinestesico spesso guarda in basso e la sua postura è leggermente piegata su se stesso. Utilizza termini come "toccare, fare, plasmare..."

Rappresenta circa il 40% della popolazione

Risulta quindi fondamentale in ogni pretalk riuscire a riconoscere il canale comunicativo preferenziale del paziente in modo da poter migliorare l'instaurarsi di una relazione

4. IATROSEDUZIONE

La iatroseduzione è definita come il controllo dell'ansia attraverso i comportamenti del dentista, è il mattone basilare per ogni forma di psicoseduzione. Il termine psicoseduzione è stato creato tanti anni fa dal Dr. Nathan Friedman. La iatroseduzione può essere descritta attraverso alcuni passaggi:

Riconoscimento da parte del dentista dell'ansia del paziente rispetto alle procedure odontoiatriche

Gestione delle informazioni raccolte dal dentista rispetto all'esperienze passate del paziente

Impegno dell'operatore nell'aiutare e rendere più confortevole l'esperienza del paziente durante la cura del caso

La iatroseduzione non è altro che una tecnica di comunicazione, che crea l'instaurarsi di un legame di fiducia fra operatore e paziente. La fiducia verso il medico porterà ad una maggiore collaborazione e rilassamento durante l'intervento, senza la necessità di un supplemento di sedazione farmacologica.

Un'altro importante fattore è la prevenzione di complicanze medico legali, è noto infatti secondo alcuni autori che più del 37% delle cause di "malpractice" sono il risultato di una mancanza di fiducia e comunicazione fra paziente ed operatore.

L'intervista iatrosedativa ha lo scopo di "re-insegnare" l'esperienza passata odontoiatrica, le emozioni provate in passato vengono mutate come conseguenza della nuova esperienza data dall'instaurarsi della relazione medico paziente

Il colloquio iniziale dovrebbe iniziare con una domanda del

tipo: "Stai avendo qualche difficoltà?" Una domanda formulata in questo modo offre al paziente l'opportunità di rivelare quali problematiche ha o ha avuto in passato e permette di esporre la priorità delle sue difficoltà, per esempio il suo problema principale è la sensibilità dei denti oppure il sanguinamento delle gengive..in questo modo il medico cercherà di aver informazioni riguardo per poter andare incontro alle sue necessità, alle sue perplessità per poterlo rassicurare riguardo le sue paure in modo da pianificare il miglior piano di trattamento possibile ma cosa più importante creare le basi per instaurare una relazione e per creare un rapporto di fiducia

Esempio di colloquio iatrosedativo, tratto dall articolo di Friedman et al 1967.

Dottore: Buongiorno signora Caswell come sta?

Sig.ra Caswell: Buongiorno Dottore, Bene grazie

Dottore: Mi dica sta avendo qualche difficoltà?

C: Direi di sì, sono proprio codarda riguardo ai miei denti

D: Per quale ragione si definisce codarda?

C: Sono terrorizzata, sono davvero nervosa

D: Ha qualche idea di cosa potrebbe essere successo in passato da terrorizzarla?

C: Sì, quando ero una bambina ho avuta una brutta esperienza con le cure dei miei denti, il dentista era davvero meschino

D: in che modo è stato meschino?

C: Ho il ricordo di essere stata tenuta ferma dalla sua assistente, mentre lui lavorava sui miei denti e non ero in grado di respirare

D: Quando il suo dentista si era appropiato a lei, è andata nel panico e lui ha ignorato la sensazione di paura che ha provato, andando ad intensificare questa emozione. Ma ciò può essere cambiato e questa sarà una nuova esperienza. Ricordi che non è più quella bambina, e sarà partecipe del piano di trattamento niente le sarà imposto ed in ogni sua fase le chiederò un suo feedback ed avrà il pieno controllo su tutto.

C: Grazie dottore, ora mi sento più tranquilla

Quello che si evince dal dialogo sopracitato, è l'attenzione alle problematiche vissute dalla paziente. Il dottore riconosce la paura della paziente e la invita a ricordarne l'origine. Una volta determinata l'origine della paura, viene rammentato che quella odierna sarà un'esperienza nuova ed in totale controllo andando così a mutare il ricordo del trauma passato.

5.COMUNICAZIONE IPNOTICA

La comunicazione ipnotica è una tecnica di comunicazione consapevole che guida il paziente nella percezione di se e dell'esperienza che sta vivendosi avvale dell'azione che le parole hanno a livello neuro fisiologico e della reazione di fiducia che via via si instaura tra operatore e paziente. può essere utilizzata anche senza che vi sia una modificazione dello stato di coscienza (Opi Torino).

La comunicazione ipnotica si occupa di qualcosa che non è visibile e utilizza in modo consapevole come strumento la parola, può essere utilizzata anche senza che sia in atto una modifica dello stato di coscienza ma può portare ad uno stato di trance. Per attuare la comunicazione ipnotica è fondamentale ricercare l'instaurarsi di un rapporto di fiducia medico paziente senza di esso tutto risulterebbe vano.

Il principio della comunicazione ipnotica è la consapevolezza del potere delle parole per creare immagini verbali che riverberino nel corpo modificandolo (M.Muro)

Per facilitare l'instaurarsi di tale rapporto è necessario capire il background culturale del soggetto che ci sta davanti, cercando in questo modo di utilizzare una terminologia chiara che soprattutto crei empatia e non disagio. Una tecnica molto utile è quello dello "rispecchiamento" in cui l'operatore utilizzerà gli stessi predicati del paziente, ripeterà le stesse parole utilizzate dall'interlocutore, cercherà di capire quali sistemi rappresentazionali utilizza verificando se il linguaggio è visivo, auditivo o cinestesico.

Altre tecniche per creare un rapport con il paziente sono quelle di cercare di respirare all'unisono, cercare d'imitarne il linguaggio del corpo, i gesti, il tono di voce in particolar modo la velocità con cui parla... facendo però attenzione a non esagerare correndo poi il rischio di ottenere l'effetto opposto.

Il Professor Mehrabian della University of California di Los Angeles(UCLA) divenne celebre grazie alla sua ricerca sull'importanza della comunicazione verbale e non verbale. Egli aveva concluso che una comunicazione faccia a faccia coinvolge tre elementi principali: il tono di voce, il comportamento non verbale, come le espressioni del viso e le parole. Il professore scoprì inoltre che gli elementi non verbali vengono esaltati quando nell'interazione è presente qualche incongruità, quindi

risulta essere più rilevante il modo in cui una parola viene espressa rispetto al significato stesso di essa.

Gli esseri umani hanno una straordinaria capacità di dare un senso a ciò che le persone dicono, a questo proposito secondo il Milton Model, deve il suo nome a Milton H. Erickson, può risultare utile l'ausilio di una costruzione linguistica vaga e aspecifica per dare la possibilità all'ascoltatore di trarre quello che preferisce o che maggiormente gli serve. secondo questo schema è consigliabile l'uso di un linguaggio generico con operatori modali della possibilità: "puoi ottenere un maggior successo... sei in grado di scoprire nuovi modi" oppure equivalenze complesse: "ciò significa che stai avendo tutto l'aiuto che ti occorre". Molto utile è l'utilizzo della domanda retorica, ovvero una domanda che viene aggiunta al termine di una frase per invitare il paziente ad essere d'accordo, in questo modo la mente conscia può essere distratta mediante qualcosa su cui essere d'accordo. Infine l'utilizzo di comandi impliciti con l'obiettivo di comunicare direttamente con la mente inconscia, es: "Sono curioso di sapere se imparerai a rilassarti e a metterti comodo sulla poltrona nel giro di poco tempo"

Nella comunicazione ipnotica è importante lavorare sulle convinzioni dell'interlocutore, poichè alcune possono essere potenzianti mentre altre limitanti come per esempio "vado dal dentista e sentirò male" il nostro obiettivo è mutarla in "vado dal dentista e starò bene".

Ogni convinzione può essere visualizzata, percepita fisicamente o udita e il modo in cui viene percepita è chiamato modalità, che possono essere ulteriormente approfondite in submodalità come il volume e il timbro per i suoni, la luminosità per le immagini, la pressione e il calore per la percezione fisica. Per cambiare le convinzioni basterà modificarne le submodalità andando a potenziare gli effetti di una convinzione positiva al fine di svilupparne una potenziante.

6.CONCLUSIONI:

L'ansia prima di sottoporsi ad un trattamento odontoiatrico fa parte del background personale e culturale di molti dei nostri pazienti.

L'odontoiatra dovrebbe cercare di creare un legame empatico con il paziente, creare prima di tutto un rapporto umano e di fiducia, rassicurare l'altro modificare l'immagine delle sue esperienze passate

La terapia dovrebbe essere studiata in ogni paziente seguendo le proprie valutazioni in relazione all'esperienza del dentista, le sue competenze, il grado di ansia, il livello culturale del paziente, l'età, il grado di collaborazione e la situazione clinica.

Saper evidenziare il canale comunicativo del paziente, dare rilevanza al pretalk preclinico soffermandosi sull'esperienze passate e sulla possibilità di un esperienza nuova e diversa possono migliorare l'instaurarsi del rapporto di fiducia odontoiatra paziente.

Avvalersi della iatrosedazione e della comunicazione ipnotica, migliorerà sia l'esperienza dell'operatore che del paziente, rendendo per entrambi l'esperienza unica e proficua, eliminando antichi preconcetti negativi e migliorando la qualità di vita del paziente intesa come salute psico-orale.

“Un giorno senza un sorriso è un giorno perso” C.Chaplin

BIBLIOGRAFIA

Pohjola V, Mattila AK, Jonkamaa M, Lathi S. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. Eur J Oral Sci 2011;119:55-60.

Gatchell RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walker C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. J Am Dent Assoc 1983;107:609-610.

Agras S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobia. Compr Psychiatry 1969;10:151-156.

Facco E, Zanette G, Manani G. Italian version of Corah's Dental Anxiety Scale: normative data in patients undergoing oral surgery and relationship with the ASA physical status classification. Anesth Prog 2008;55:1009-1015.

Shapito M, Melmed RN, Sgan-Cohen HD, Eli I, Parush S. Behavioural and physiological effects of dental environment sensory adaptation on children's deciduous anxiety. Eur J Oral Sci 2007;115:479-483.

Eitner et al Dental anxiety--an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. J. Oral Rehabilitation 2006 Aug; 33(8). 588-93

Friedman N. (1967). Iatrosedation, in Emergencies in Dental Practice, ed McCarthy F.

Friedman N. (1983). Iatrosedation: the treatment of fear in the dental patient. J. Dent. Educ. 47, 91-95.

Friedman N. (1993). Fear reduction with the iatrosedative process. J. Calif. Dent. Assoc. 21

L'approccio comportamentale dell'odontoiatra (Marco Scarpelli, Chiara Dragoni e Valentina Magnani)

Milgrom et al Treatment of Disfunctional Patients

M.Muro, Canali comunicativi materiale CIICS

Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza, E.Casiglia

Mehrabian et al, inferences of attitudes from nonverbal communication in two channels. Journal of consulting psychology, 31,248-252 1967