

INDICE

1. INTRODUZIONE TEORICA

- 1.1 Ipnosi senza miti** **Pag. 5**
- 1.2 Quanto il pregiudizio, gli aspetti culturali influenzano la scelta del trattamento:
trattamento farmacologico vs trattamento con ipnosi** **Pag. 15**
- 1.3 Il ruolo dell'ipnosi in odontoiatria** **Pag. 21**

2. LA RICERCA

- 2.1 Obiettivi ed Ipotesi** **Pag. 27**
- 2.2 Metodo** **Pag. 29**
- 2.2.1 I Partecipanti** **Pag. 29**
- 2.2.2 Strumenti e Procedura** **Pag. 29**
- 2.2.3 Metodo di analisi dei dati** **Pag. 31**

3. RISULTATI **Pag. 33**

4. DISCUSSIONE **Pag. 41**

5. CONCLUSIONE **Pag. 45**

6. APPENDICE **Pag. 47**

7. BIBLIOGRAFIA **Pag.53**

1. INTRODUZIONE TEORICA

1.1 Ipnosi senza miti

Quando si parla di ipnosi si è generalmente quasi sempre portati a considerarla come un particolare stato di coscienza, alla cui determinazione partecipano elementi di strana e varia natura che vanno dal magico al neurofisiologico e allo psicodinamico.

In ogni epoca, nel corso dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, si sono date quindi diverse interpretazioni del fenomeno e l'ipnosi stessa ha subito alterna fortuna nel campo della medicina.

Da diversi anni, forse come risultato di una psicologizzazione della medicina, si è avuto un notevole sviluppo e una crescente diffusione delle psicoterapie risvegliando nel contempo l'interesse dei medici, dagli psicologi a anche del pubblico sull'ipnosi quale metodo terapeutico.

Si sono andati moltiplicando quindi i lavori, le pubblicazioni, le traduzioni di opere straniere, ma la materia è vasta e complessa, gli scritti dispersi e frammentati a volte limitati in un ristretto ambito specialistico, le interpretazioni sul fenomeno ipnotico e le statistiche sui risultati lungi dall'essere univoche.

Se poi aggiungiamo che in Italia, salvo alcune eccezioni, la ipnologia non è materia di insegnamento universitario, possiamo ben comprendere l'incredibile disinformazione ancora esistente nella classe medica e sanitaria in genere, che giustifica lo scetticismo di molti medici nei confronti dell'ipnosi sia come fatto scientifico in sé che come metodo di cura.

Forse non tutti sanno, come questa tecnica sia stata conosciuta e praticata fin dall'antichità, anche se non si sa con certezza se fosse usata a scopo terapeutico oppure

come mezzo di chiaroveggenza. Tra i documenti più antichi ricordiamo un papiro egizio del III sec. d.C., pubblicato da Brugsch, che descrive il caso di un ragazzo indotto in trance facendogli fissare un oggetto luminoso. (Brugsch H., *Aus dem Morgenlande*, N 3151/52 Lipsia 1893).

Rose sottolinea, ad esempio, come gli stregoni australiani cadano in ipnosi durante le cerimonie della loro iniziazione e come siano poi in grado di servirsi dell'ipnosi, provocando tra l'altro delle allucinazioni collettive. (Rose R., *Living Magic*. "The realities underlying the psychical practices and beliefs of Australian aborigines", New York, McNally & Co., 1956).

Molto spesso canti e suoni ritmicamente ossessivi vengono più o meno esplicitamente utilizzati per alterare stati di coscienza, come accade in certi riti Voodoo di cultura africana.

Simili tecniche ritualistiche cambiano, ovviamente, da cultura a cultura, rispecchiandone le peculiarità, ma il fine sia di certe pratiche magiche di popoli cosiddetti primitivi che di certe forme di meditazione trascendentale, Zen, Za Zen o Yoga, sembra essere lo stesso: ottenere l'autoipnosi o l'ipnosi collettiva.

Forse perché inizialmente avvolta in un alone di mistero o di misticismo, l'ipnosi è stata a lungo considerata imbroglio o ciarlataneria, o comunque un fenomeno che non meritava di essere analizzato seriamente.

È solo nel XVIII secolo che furono compiuti i primi studi per dare una spiegazione scientifica dell'ipnosi, basata sulla teoria del magnetismo animale del tedesco Mesmer.

Mesmer si servì inizialmente di magneti che venivano applicati a varie parti del corpo del «malato» per creare le giuste correnti di flusso di fluido. Utilizzò poi scariche elettriche, parole, gesti, tocchi delle mani, ecc.

Qualunque fosse la tecnica utilizzata dal magnetizzatore, questi doveva innanzitutto stabilire un rapporto particolare con il paziente, entrare per così dire in risonanza con lui.

La storia della medicina riconosce a Mesmer il grande merito di avere egli richiamato per primo in Europa l'attenzione degli studiosi sui fenomeni ipnotici.

L'ipnotismo è noto all'uomo da oltre quattromila anni, già conosciuto dagli antichi Cinesi, dagli Egizi, dagli Indiani, dagli Ebrei, dai Greci, dai Romani.

L'ipnotismo viene definito da Granone come «la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore». (Granone F., "Trattato di ipnosi", Torino, Boringhieri, 1976)

L'ipnosi ha permeato la cultura di ogni popolo e non ha mai cessato di agire sotto la soglia della consapevolezza, in varie forme, senza però mutare i suoi principi.

Il termine ipnosi fu introdotto da Braid nella prima metà del XIX secolo per le analogie che a quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico e quelle che si avevano in quella condizione particolare che si pensava creata dai magnetizzatori.

Oggi sappiamo che il sonno non ha nulla a che fare con l'ipnosi.

Soggettivamente durante la trance viene sperimentato un notevole distacco dalla realtà esterna, quasi una perdita di contatto.

A prima vista sembrerebbe che l'ipnosi implichi una perdita di controllo, ma non è così.

Gli studi scientifici iniziati quasi un secolo fa da Erickson mettono chiaramente in luce che non è possibile tramite ipnosi fare compiere ad una persona azioni che vadano contro i propri valori, le proprie intenzioni o le proprie idee.

Queste ricerche mettono in luce, inoltre, che anche quando la persona fosse in uno stato di rilassamento profondo indotto dalla trance e le condizioni ambientali richiedessero

una sua piena e immediata presa di coscienza per sfuggire ad un pericolo, non sarebbe nemmeno necessario l'intervento di un ipnotizzatore per consentire alla persona di svegliarsi e di mettersi in salvo.

La teoria neo-dissociativa sostiene che in questo stato di forte assorbimento, il contatto con la realtà non viene perduto completamente; esso viene mantenuto ad un livello pre-logico o inconscio; Hilgard teorizza l'esistenza di un nucleo del sé chiamato "osservatore nascosto" che rimane sempre attivo e che è in grado di monitorare costantemente la realtà esterna.

Gli autori contemporanei che hanno contribuito ad una più profonda comprensione dell'ipnosi sono certamente Granone, Erickson e Barber. Granone considera l'ipnosi come una regressione dell'IO, indotta nell'ambito di una relazione particolare fra due persone, specificando che la regressione è voluta ed è al servizio dell'IO e che non tutto l'IO è regredito a livello di processo primario, ma una parte di questo continua a agire secondo il principio di realtà e specificatamente l'ipnosi è la manifestazione della potenzialità dell'immagine mentale che si realizza con monoideismi plastici.

E sarebbe proprio questo monoideismo plastico a costituire il fondamento di ogni stato di ipnosi.

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

Per Erickson l'ipnosi è un condizionamento, un influenzamento reciproco onnipresente, inevitabile tra gli interlocutori in ogni tipo di relazione tanto da fargli affermare: «L'ipnosi non esiste, tutto è ipnosi».

L'approccio all'ipnosi di Erickson esclude induzioni formali; egli utilizzando ciò che già stava avvenendo nel paziente accede al potenziale subconscio del medesimo,

depotenziando i pregiudizi, gli schemi e le convinzioni limitanti che attribuisce all'IO cosciente e consente al paziente di utilizzare le proprie potenzialità.

Erickson è sempre stato convinto che i suoi pazienti avessero la potenzialità di funzionare in modo sano e essendo poco interessato ad esplorare la loro psicopatologia, aveva come obiettivo l'aiutarli ad accedere alle loro risorse nascoste.

Suo profondo convincimento era che «ogni ipnosi è un'autoipnosi». Nell'ottica di Erickson, il ruolo dell'ipnologo ne esce ridimensionato, ma non sminuito; egli diventa un catalizzatore, un facilitatore, che aiuta il soggetto a trovare la sua strada per l'ipnosi. («Teoria e pratica dell'ipnosi». Casiglia, Rossi, libreria padovana editrice Padova 2008)

Al fenomeno ipnosi, seppur con rilevanza diversa, sono attribuiti sia aspetti neurofisiologici riconducibili al soggetto ipnotizzato, sia aspetti di relazione fra ipnotista e ipnotizzato. Granone propone, per maggior chiarezza, di differenziare i due aspetti definendo *stato ipnotico* la condizione psicofisica con le sue caratteristiche di particolare stato di coscienza nella quale viene a trovarsi il soggetto ipnotizzato e *ipnotismo* la relazione e le modalità di comunicazione impiegate per l'attivazione dello stato ipnotico, affermando inoltre che per le fenomenologie ipnotiche realizzate autonomamente la parola da usare dovrebbe essere *autoipnosi*.

Nell'ipnosi di grande rilevanza è la dinamica relazionale fra la dimensione psicologica e la dimensione fisica che si esprime sempre e comunque, attraverso modalità cosce e inconscie, che si dovrebbe cercar di conoscere sempre più dettagliatamente in modo da poterla gestire consapevolmente con finalità di aiuto e terapeutiche. Un aspetto di tale dinamica relazionale è la rappresentazione mentale nella sua espressione plastica in tutte le componenti dell'organismo e la parola monoideismo plastico proposta da Brain e ripresa da Granone o ideodinamismo proposta da Bernheim ne esprimono l'essenza.

Tutti esprimiamo idee attraverso rappresentazioni mentali, e tutte le rappresentazioni di certa valenza si manifestano plasticamente. Anche se non tutte le persone sono in grado di gestire le rappresentazioni mentali con la valenza adeguata alla manifestazione plastica da raggiungere. Ne fanno testimonianza le diversità di predisposizione genetica e gli apprendimenti realizzati nel corso dell'esperienza storica.

Se non si deve indurre uno stato per ottenere comportamenti terapeutici, in ipnosi, che si fa? Si insegna alle persone ad impiegare consapevolmente la potenzialità della loro rappresentazione mentale al fine di raggiungere obiettivi precisi.

Ci si può rendere conto di come tutte le tecniche elaborate in passato, comprese le tecniche del magnetismo, possano essere recuperate e integrate al bisogno in un processo di lavoro orientato alla gestione del monoideismo plastico ai fini dell'aiuto.

Non più l'energia del magnetizzatore che per se stessa cura, non più lo stato di ipnosi che permette la cura, ma l'impiego consapevole di una potenzialità della partecipazione mente-corpo finalizzata ad un preciso lavoro su di sé.

L'ipnosi è uno strumento privilegiato per comunicare con la mente inconscia e permette così di riconoscere gli "aspetti delle esperienze della vita dell'individuo che hanno valore per la personalità e che occorre tenere in considerazione se si vogliono ottenere risultati psicoterapeutici" (Erickson, "Guarire con l'ipnosi", casa editrice Astrolabio).

Tutte le persone sono suggestionabili, benché in gradi e modi differenti. Si pensi semplicemente a come cambia il comportamento umano, spesso in modo sistematico e prevedibile, in presenza di altri individui. Non solo le persone fanno cose, quando sono da sole, che non farebbero se si trovassero in compagnia di almeno un'altra persona, ma a determinati tipi di interazione corrispondono specifici tipi di comportamento, adottati a livelli consci e inconsci.

In altri termini, la suggestionabilità umana viene a seconda delle modalità e del contesto dell'interazione. La suggestionabilità non è un singolo tratto unitario: non vi è un unico tipo di reazione ai diversi tipi di suggestione negli esseri umani, mentre esistono differenti forme di suggestionabilità che non stanno in alcun rapporto tra di loro, ma che sono a loro volta, diversamente correlate con altre variabili cognitive ed emozionali.

Ma che cos'è la suggestione? Essenzialmente essa consiste “nell'accettazione acritica di un'idea”. La suggestione non agisce sulla volontà ma sull'immaginazione; a differenza della persuasione, non implica riflessione (la suggestione non richiede alcuna premessa logica cui costruire e fondare una convinzione ragionata), ma evoca risposte psicofisiologiche derivanti dalle impressioni sensoriali (American Journal of Clinical Hypnosis).

Il concetto di accettazione acritica non deve essere interpretato in termini assoluti, perché ogni suggestione può essere accettata o rifiutata. Suggestire significa offrire informazioni ad un'altra persona, e si può dire che la suggestionabilità esiste perché, per quanto una persona abbia conoscenze ed esperienze, l'informazione di cui dispone è sempre incompleta. (Yapko, 1990)

Premesso ciò, possiamo definire la suggestionabilità, ossia lo “lo stato di accentuata ricettività alle suggestioni” (Erickson, “Guarire con l'ipnosi”, casa editrice Astrolabio), come un'apertura mentale che facilita l'apprendimento, quindi come disponibilità e interesse a ricevere ed utilizzare nuove informazioni.

Si tratta dell'aspetto positivo della suggestionabilità che rende possibili l'adattamento e la crescita personale, così come i cambiamenti terapeutici. Ma esiste un risvolto negativo, in quanto la suggestionabilità comporta anche impressionabilità, cioè maggiore vulnerabilità a stimoli interni e esterni.

Le persone rispondono all'ipnosi in modi differenti. Alcuni descrivono la propria esperienza come uno stato modificato di coscienza. Altri descrivono l'ipnosi come uno stato normale di attenzione focalizzata, in cui essi si sentono molto calmi e rilassati. A prescindere da come e in che grado rispondono, la maggior parte delle persone descrive l'esperienza come molto piacevole.

La mente, nel normale stato di coscienza, presta attenzione a diverse cose del nostro mondo percettivo, interno ed esterno. Le sue energie sono distribuite in relazione all'importanza di queste, con risposta psiconeurofisiologica diversa per modalità e quantità per ciascuna di queste, ma in ogni caso, non corrisponde al massimo dell'energia psichica totale.

Man mano che si "disattiva un'idea" e nello stesso tempo se ne rafforza un'altra, le risposte psiconeurofisiologiche relative a quest'ultima aumentano.

Si giunge così al monoideismo, in cui la possibilità di risposte psiconeurofisiologiche aumentano al loro massimo d'intensità, si identifica in questo lo stato di ipnosi.

Durante l'ipnosi l'attenzione è così focalizzata da permettere di dare valore a ciò che è immediatamente importante rispetto a ciò che in quel momento non lo è, favorendo l'accesso alla mente inconscia, biblioteca e deposito di apprendimenti sia psicologici che fisiologici.

In qualsiasi momento la persona ipnotizzata può scegliere di continuare, approfondire, rendere meno profonda o terminare la propria esperienza ipnotica.

L'ipnosi è una condizione che favorisce maggior controllo di sé e di quei processi fisiologici ritenuti automatici come, per esempio, le funzioni vegetative: pressione sanguigna, frequenza cardiaca, respirazione (Brown, Fromm, 1987)

L'ipnosi può essere utilizzata per il trattamento di qualsiasi condizione umana in cui sia coinvolta la relazione mente-corpo (Ranginsky BB: "The use of hypnosis in internal medicine". International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1960).

I cambiamenti di contenuto del flusso di coscienza che si verificano durante l'esperienza ipnotica; le alterazioni percettive, le emozioni, i ricordi e le fantasie che di solito non sono accessibili in stato di veglia; la modificazione dello schema corporeo e i fenomeni psicosomatoviscerali che possono essere ottenuti: tutti questi ed altri fattori contribuiscono all'efficacia dell'ipnosi come strumento diagnostico e terapeutico.

L'ipnosi permette di utilizzare maggiori risorse mentali di altri approcci e di assicurare rispetto per l'integrità personale del soggetto, che può manifestare meglio la sua individualità, sviluppando nuovi atteggiamenti e convinzioni che, tradotti in comportamenti, possano condurre a risultati terapeutici.

1.2 Quanto il pregiudizio, gli aspetti culturali influenzano la scelta del trattamento: trattamento farmacologico vs trattamento con ipnosi

L'ipnosi suscita da sempre grande interesse e curiosità. Oggigiorno l'opinione pubblica è certamente più informata sull'argomento rispetto al passato, ma l'atteggiamento generale resta ampiamente condizionato dalle rappresentazioni erranee e fuorvianti che continuano ad essere date dell'ipnosi negli spettacoli teatrali, nei programmi televisivi, nei film, nei romanzi e nei giornali.

Non è mai facile abbandonare vecchi stereotipi consolidati, perciò molti considerano ancora l'ipnosi con scetticismo e diffidenza, identificando l'ipnotismo con la situazione da palcoscenico in cui un ipnotizzatore esercita il suo potere su un soggetto completamente sottomesso che obbedisce alle suggestioni ricevute mettendo in atto fenomeni eclatanti.

In realtà le cose stanno in tutt'altro modo. L'ipnosi clinica è uno strumento rivolto ai bisogni del paziente, non implica alcun controllo altrui della propria volontà, ma aiuta semmai le persone a rendersi più autonome e indipendenti.

Oltretutto, durante l'ipnosi una parte della persona è cosciente ad un livello relativamente oggettivo della natura dell'esperienza in atto.

In altre parole, il soggetto in ipnosi sviluppa una sorta di coscienza parallela che gli permette a un tempo di prestare attenzione e rispondere ai suggerimenti dell'operatore e di osservarsi mentre effettua l'esperienza. Il talento ipnotico è una caratteristica distintiva di ogni singolo individuo e l'ipnotista ha il compito di creare il contesto migliore per facilitare l'espressione di questo talento.

L'ipnosi offre agli individui la possibilità di comprendere meglio se stessi, come costruiscono e vivono le proprie realtà soggettive e come interagire con gli altri in modo efficace.

Negli ultimi decenni i continui progressi nello studio scientifico dell'ipnosi hanno reso consapevole un numero sempre maggiore di persone della sua utilità in moltissimi campi.

L'ipnologia ha consolidato le sue basi sia sul versante della ricerca che della pratica e i contesti applicativi dell'ipnosi sono diventati sempre più numerosi, spaziando dalla medicina all'odontoiatria, la psicoterapia, l'attività forense, l'insegnamento, l'economia, la politica e lo sport.

Nell'ipnosi, come in ogni altra circostanza, l'individuo attiva degli schemi di eventi, ossia idee e rappresentazioni mentali, culturalmente trasmesse, attinenti alla situazione. Ciò avviene in gran parte in modo inconscio. Il semplice fatto di definire la situazione come "ipnotica" attiva tutta una serie di stereotipi socio-culturali sui comportamenti e le esperienze dei soggetti che si sottopongono all'ipnosi. Tutto ciò facilita la disposizione del soggetto a percepire il proprio comportamento non come il risultato di azioni determinate dalla volontà, ma come accadimenti dovuti ad uno stato modificato di coscienza, all'abilità dell'ipnotista o ai processi automatici.

La qualità dell'esperienza ipnotica e l'efficacia delle procedure induttive e suggestive risulta determinata in gran parte dal *rapport*, la speciale relazione con l'ipnotista che può facilitare la compliance o le resistenze da parte del soggetto. La compliance verso le richieste dell'operatore e le sensazioni di passività sarebbero sufficienti a spiegare la letteralità delle risposte ipnotiche.

Molti esperti suggeriscono, prima di indurre la trance in una persona, di descriverle a grandi linee le principali caratteristiche reali dell'ipnosi, che sono diverse da certi pregiudizi che sembrano invece piuttosto radicati, almeno in una parte dell'opinione pubblica. Si ritiene che questi fraintendimenti, quando presentano delle connotazioni

negative, possano inquietare la persona e quindi rappresentare un ostacolo per il buon esito dell'intervento.

Altri operatori ritengono che le fantasie stereotipali sull'ipnosi facciano semplicemente parte delle attese che sono presenti in qualsiasi soggetto che si rivolge ad un ipnotista. Secondo tale visione, si tratta di normali aspettative che intervengono nei confronti dell'intervento suggestivo, così come nei confronti di un intervento psicologico medico o di qualsiasi altra consulenza, e che queste, per quanto possano venire contestate a livello superficiale, continuano ad operare a livello profondo.

Anche limitandoci all'ambito specifico della pratica medica, possiamo notare che sono passati ormai più di cento anni da quanto Lewis pubblicava un lungo saggio su *New England Journal of Medicine* proclamando che: "Lo scopo di questo articolo è di instaurare un atteggiamento utile e pratico nei confronti dell'ipnotismo e della psicoterapia per il giovane medico in generale, sia che egli intenda sia che non intenda utilizzare tali strumenti come mezzi terapeutici" (Lewis, 1910).

Ciò non di meno, ancora negli anni sessanta (mezzo secolo dopo), c'è chi esprime formalmente il proprio autorevole dispiacere proprio per il fatto che: "Nonostante l'atteggiamento ufficialmente positivo dell'American Medical Association per quanto riguarda il posto dell'ipnosi in medicina, continua ad esserci un ventaglio molto diversificato di opinioni" (American Medical Association, 1962).

Secondo la *Society of Psychological Hypnosis*, i pregiudizi (falsi) più diffusi tra il pubblico nei confronti dell'ipnosi e della suggestione, sono: "Le persone in ipnosi perdono il controllo di sé e possono venire indotte a fare o dire qualsiasi cosa voglia l'ipnotista. Le persone potrebbero non essere in grado di uscire dallo stato di ipnosi. L'ipnosi funziona più che altro su persone deboli o ingenui".

La paura più diffusa per quanto riguarda la trance ipnotica è proprio quella di perdere il

controllo. Ciò non accade. La totale padronanza o controllo di sé stessi viene mantenuta durante tutta l'esperienza ipnotica. L'ipnosi è uno sforzo deliberato e collaborativo per il raggiungimento degli obiettivi concordati. La persona che si trova in ipnosi ha il totale controllo e può decidere di uscire dallo stato ipnotico di trance se e quando, vuole o desidera. La persona che si trova in uno stato ipnotico di trance non può essere condizionata a far ciò che ritiene inaccettabile o violare i propri valori e codici morali o etici. Credere di dormire è una delle più comuni convinzioni errate. Agli inizi del 1800, il medico chirurgo James Braid, considerato uno dei pionieri dell'ipnoterapia, adottò ed introdusse il termine Ipnatismo (*come abbreviazione di Neuro-Ipnatismo*) in quanto, al tempo, riteneva che il "sonno dei nervi" fosse analogo al sonno fisiologico. Il termine deriva infatti dal Greco "Hypnos" e significa sonno. In ipnosi, la frequenza delle onde cerebrali cambia dallo stato Alpha (trance leggera a circa 15-20 hz) allo stato più profondo (Theta a circa 10-15 hz), ed allo stato Delta (2-10 hz). Al di sotto di questa soglia v'è il sonno profondo. In altre parole, le differenze potrebbero essere denominate come segue: stato di trance leggera, stato di trance moderata, stato di trance profonda (sino ad arrivare al sonno). In sintesi, l'Ipnosi non è equipollente al sonno. Vi sono solo alcune similitudini dal punto di vista fisiologico. Ad esempio: rallentamento del respiro, rilassamento muscolare, rapidi movimenti degli occhi sotto le palpebre chiuse, ecc. In ipnosi non si è addormentati ma si ha l'esperienza di un profondo stato naturale di rilassamento. È stato inoltre dimostrato che c'è un dato piuttosto evidente testimoniato da molti ricercatori in laboratorio, così come dai professionisti nella pratica empirica, secondo cui sembrano particolarmente suscettibili all'ipnosi le persone dall'intelligenza vivace e quelle particolarmente creative. Per cui non è vero che gli sciocchi e i creduloni possono essere ipnotizzati più di altri (American Psychological Association, 2003, 8).

In qualità di esseri umani, siamo sempre in uno stato di trance e passiamo da uno stato all'altro di trance ipnotica, giornalmente. Statisticamente, all'incirca il 15% della popolazione è molto recettiva e riesce ad entrare rapidamente in uno stato di trance profonda, il 70% sono moderatamente ricettivi e la ricettività del restante 15% è minima (ma può migliorare con il tempo).

Inoltre, chi si occupa scientificamente di suggestione non è molto interessato ad elencare quello che la trance eventualmente non è, bensì piuttosto ama spiegare, e dimostrare nei fatti, che cosa l'ipnosi concretamente è; ma soprattutto vuole capire come si può impegnarla al meglio, per rendere più soddisfacente la vita delle persone. La propensione a descrivere l'ipnosi per contrasto deriva anche dal fatto che: "Mentre è difficile e probabilmente impossibile arrivare ad una spiegazione della natura sostanziale dell'ipnosi, sulla quale concordino tutti gli esperti, è molto più facile trovare un accordo riguardo a che cosa l'ipnosi non è" (Udolf, 1981).

È opinione diffusa che sia utile prevenire il fatto che le maldicenze facciano vivere alla gente delle inutili inquietudini, o che qualche falso preconcetto possa ostacolare la felice opportunità di utilizzare la suggestione per fini utili. Anche perché taluni soggetti temono la suggestione proprio per il fatto che credono sia qualche cosa di diverso da quello che è. Quindi: spiegare la realtà, invece che lasciare correre al galoppo pregiudizi, può aiutarci tutti.

Attraverso l'esperienza ipnotica, il soggetto acquista consapevolezza del fatto di poter controllare meglio il proprio corpo e le proprie risposte. In stato di trance, le persone sono in grado di prendere delle decisioni importanti, che esprimono la loro volontà più profonda. La trance può essere indotta da una collaborazione tra soggetto e operatore, dove l'ipnotizzato non perde affatto la propria volontà in quanto l'ipnotista non esercita un potere diretto su di lui, ma agisce come un catalizzatore per le sue scelte, per cui la

persona mette in atto solo quei comportamenti che rientrano tra le cose che ha voglia di fare, in altre parole: **l'ipnosi non fa perdere il controllo.**

Per concludere, come detto vi è molta disinformazione su questa affascinante disciplina che potrebbe esser definita l'arte del rilassamento. Pregiudizi, convinzioni errate e disinformazione sull'argomento hanno portato molti ad associare l'ipnosi con fenomeni strani e misteriosi, con spettacoli da palcoscenico, manipolazione della mente, ed altro ancora. Al contrario, lo stato ipnotico di trance è uno stato perfettamente naturale per noi tutti. Si tratta di uno stato naturale di coscienza che subentra quando la nostra mente si concentra e si focalizza internamente. Tutto ciò che abbiamo bisogno di sapere si trova nella nostra mente. Per quanto concerne la filosofia metafisica, la differenza sostanziale fra mente conscia e inconscio può esser riconducibile al fatto che, nell'arco degli anni, abbiamo dimenticato come ascoltarci. A basarci sul materialismo e sulle apparenze esterne, invece che ascoltare il nostro sé superiore e riconnetterci con la nostra pura e divina essenza alla ricerca della saggezza interiore significa saper ascoltare il nostro cuore e non solo quanto professa la nostra testa pensante.

1.3 Il ruolo dell'ipnosi in odontoiatria

Le applicazioni dell'ipnosi in campo odontoiatrico sono ancora poco note agli specialisti del settore, nonostante le evidenze sperimentali ne dimostrino l'efficacia e la potenziale utilità sia per il dentista che per i suoi pazienti.

La principale utilità dell'ipnosi in odontoiatria consiste nella possibilità di ridurre l'ansia, il dolore e le paure del paziente, aumentando di conseguenza la sua compliance alle manovre odontoiatriche. L'approccio ipnotico risulta particolarmente efficace anche in presenza di fobie dentali. Nella pratica dentistica, comunque, l'ipnosi ha numerose altre applicazioni operative e terapeutiche.

Nella pratica odontoiatrica si presentano con una certa frequenza pazienti con ansie e paure. Alcune persone, quando si siedono sul riunito odontoiatrico, vivono una situazione di ansia e paura, evidente soprattutto in certi pazienti nuovi, dei quali non ci si è ancora "guadagnati" la fiducia per mancanza di opportunità, ed in coloro che hanno vissuto esperienze spiacevoli in passato. Queste problematiche emozionali mettono in crisi persone di ogni età ed estrazione sociale, e per attenuarle spesso occorre somministrare dei sedativi.

La fobia del dentista può portare questi pazienti a non farsi curare i denti oppure a recarsi allo studio dentistico in uno stato emozionale tale da creare notevoli problemi all'operatore. La necessità di assicurare cure appropriate, mettendo i pazienti in grado di affrontare la situazione dentistica, ha determinato un interesse crescente per l'ipnosi che oggi ha una funzione preziosa e ampiamente riconosciuta in odontoiatria, dove le sue applicazioni offrono diversi vantaggi sia al paziente che al dentista.

L'ipnosi offre un'utile alternativa per gestire la situazione senza l'uso dei farmaci, consentendo di ridurre l'ansia del paziente, affrancarlo dalla paura del dentista e del setting operativo, e fargli mantenere acquisita questa capacità a distanza di tempo.

In altre parole, l'ipnosi ha un effetto ansiolitico immediato, nella stessa seduta ipnotica, e a lungo termine, rafforza le capacità individuali di far fronte allo stress, facilitando l'autorilassamento e l'autocontrollo.

Inoltre, a differenza della sedazione ottenuta con i farmaci, il paziente rassicurato e tranquillizzato in ipnosi risulta a un tempo profondamente rilassato e altamente responsivo e collaborante, in grado cioè di assicurare all'operatore la cooperazione richiesta.

Le modalità di utilizzo dell'ipnosi variano, in odontoiatria come in altri campi di applicazione, a seconda degli effetti che si desiderano raggiungere.

L'utilità maggiore dell'ipnosi in odontoiatria è quella di facilitare la gestione degli aspetti emozionali che disturbano o impediscono gli interventi odontoiatrici, aiutano il dentista a svolgere al meglio il proprio lavoro con pazienti ansiosi, riluttanti o addirittura terrorizzati di presentarsi allo studio dentistico.

Le tecniche di sedazione sono largamente utilizzate in chirurgia orale e ambulatoriale. Quella utilizzata elettivamente in odontoiatria è la sedazione cosciente; essa è definita come depressione minima dei livelli di coscienza prodotta attraverso metodi farmacologici o non farmacologici, o da entrambi, che permetta il mantenimento continuo da parte del paziente della pervietà delle vie aeree, delle funzioni vitali e della capacità di rispondere in modo appropriato a sollecitazioni verbali e fisiche.

L'ipnosi e le tecniche comportamentali sono quindi molto utili per gli odontoiatri che quotidianamente si trovano ad affrontare ansia, paura e fobia dei pazienti e con i quali devono superare molte difficoltà di rapporto, intervenire su problemi comportamentali e

discriminare le componenti psicosomatiche di diverse patologie.

L'odontoiatria è storicamente associata a vissuti spiacevoli, che si traducono in un'elevata incidenza di ansia e fobia odontoiatrica (Facco, Zanette, & Manani, 2008; Facco et al., 2011b); ansia e al dolore costituiscono inoltre la prima causa di emergenze nello studio odontoiatrico, evidenziando come il loro trattamento possa migliorare la qualità e la sicurezza globale delle cure. L'ipnosi, agendo sulla gestione dell'ansia, del dolore e dello stress, consente di ottenere una sedazione profonda, un notevole rilassamento muscolare assieme al mantenimento della collaborazione del paziente; essa è quindi una tecnica di caratteristiche ideali all'impiego in ambito odontoiatrico (Facco, Manani, & Zanette, 2013; Facco, Zanette, & Casiglia, 2014).

Alcuni studi clinici suggeriscono l'efficacia dell'ipnosi in odontoiatria sia nell'adulto sia nel bambino (Gottlieb, 2011; Huet, Lucas-Polomeni, Robert, Sixou, & Wodey, 2011; Al-Harasi, Ashley, Moles, Parekh, & Walters, 2010; Eitner, Bittner, Wichmann, Nickenig, & Sokol, 2010; Mackey, 2010).

L'argomento del dolore e della sua relazione con l'ipnosi è d'importanza primaria nella storia generale della ricerca e dai tentativi di analgesia e di anestesia poiché ha rappresentato sempre qualcosa di immediatamente necessario per la vita dell'uomo come la sedazione del male fisico e della sua componente psicologica.

In quasi ogni episodio del dolore, più o meno attorno agli anni '40 o '50, l'obiettivo dell'ipnotista è stato necessariamente quello di abbattere la sua presenza in modo diretto e quindi profondamente suggestivo, con dei risultati che proprio per questi usi hanno prodotto ed aumentato ancora l'incertezza della sua conoscenza e la confusione nella interpretazione della sua azione.

Ora più che nel passato ci si rende conto che non conosciamo quali siano le vie per le quali l'ipnosi può controllare il dolore e la nostra esperienza ancora non sa indicarci

quali siano i tipi di dolore suscettibili di un simile trattamento. Vi è ancora da ritenere valida l'opinione di Marmer che nel 1959 scrisse che “ la natura del reale meccanismo mediante il quale gli anestetici chimici producono i loro effetti sul sistema nervoso centrale resta ignota”. Tutte le risposte sono ipotetiche e teoriche. Non capiamo bene neppure molti meccanismi del sonno normale. Per fortuna ciò non ha mai interferito sul progresso clinico dell'anestesiologia. Noi tutti abbiamo imparato come agiscono clinicamente i farmaci che usiamo, anche se non riusciamo a capire bene con quale meccanica. Lo stesso è per l'ipnosi.

Uno studio recente ha reclutato un gruppo di pazienti con ipersensibilità dentaria, condizione che caratterizza persone che provano dolore intenso quando i loro denti vengono esposti a stimoli di diversa natura: termici, osmotici, chimici o tattili. Confrontando gruppi di soggetti che seguivano diversi tipi di terapia desensibilizzante, i ricercatori hanno trovato nell'ipnosi un'ottima alternativa ai protocolli correntemente utilizzati, come la fluorizzazione o il trattamento con sostanze desensibilizzanti, ottenendo sin dalla prima settimana dopo l'applicazione una riduzione della sensibilità al dolore, che inoltre persiste più a lungo rispetto ad altre metodiche.

Interessante anche il fatto che l'efficacia dell'intervento si è rivelata indipendente dai livelli di stress del paziente essendo al contempo associata a livelli più alti di soddisfazione per il trattamento.

Gli effetti descritti possono essere utilizzati anche per favorire il recupero post-operatorio. Un esempio si ritrova in uno studio nel quale ad un gruppo di pazienti è stata proposta l'ipnosi per fronteggiare il dolore successivo alla rimozione di molari: in confronto ad un gruppo trattato secondo procedure standard. I soggetti esposti all'ipnosi, hanno riportato, oltre ad un notevole abbassamento dell'ansia al momento dell'intervento, anche una forte riduzione dell'uso di analgesici nel periodo successivo

all'operazione. Esistono inoltre delle evidenze che suggeriscono che l'ipnosi possa essere utile per ridurre la quantità di sanguinamento, la frequenza di infezioni, la velocità di guarigione e, di conseguenza, il tempo di permanenza in ospedale in caso di interventi complessi.

L'ipnosi in odontoiatria è per la possibilità di eliminare l'ansia e la paura, per ottenere un aumento della soglia del dolore, che in una percentuale consistente dei casi può raggiungere il livello dell'analgesia chirurgica; viene inoltre utilizzata per eliminare il riflesso del vomito, per ridurre il flusso salivare e l'emorragia capillare.

2. LA RICERCA

2.1 Obiettivi ed ipotesi

L'ipnosi suscita da sempre grande interesse e curiosità. Oggigiorno l'opinione pubblica è certamente più informata sull'argomento rispetto al passato, ma l'atteggiamento generale resta ampiamente condizionato dalle rappresentazioni erranee e fuorvianti che continuano ad essere date dell'ipnosi negli spettacoli teatrali, nei programmi televisivi, nei film, nei romanzi e nei giornali.

Non è mai facile abbandonare vecchi stereotipi consolidati, perciò molti considerano ancora l'ipnosi con scetticismo e diffidenza, identificando l'ipnotismo con la situazione da palcoscenico in cui un ipnotizzatore esercita il suo potere su un soggetto completamente sottomesso che obbedisce alle suggestioni ricevute mettendo in atto fenomeni eclatanti.

In realtà le cose stanno in tutt'altro modo. L'ipnosi clinica è uno strumento rivolto ai bisogni del paziente, non implica alcun controllo altrui della propria volontà, ma aiuta semmai le persone a rendersi più autonome e indipendenti.

Molti esperti suggeriscono, prima di indurre la trance in una persona, di descriverle a grandi linee le principali caratteristiche reali dell'ipnosi, che sono diverse da certi pregiudizi che sembrano invece piuttosto radicati, almeno in una parte dell'opinione pubblica. Si ritiene che questi fraintendimenti, quando presentano delle connotazioni negative, possano inquietare la persona e quindi rappresentare un ostacolo per il buon esito dell'intervento.

Altri operatori ritengono che le fantasie stereotipali sull'ipnosi facciano semplicemente parte delle attese che sono presenti in qualsiasi soggetto che si rivolge ad un ipnotista.

Secondo tale visione, si tratta di normali aspettative che intervengono nei confronti dell'intervento suggestivo, così come nei confronti di un intervento psicologico medico o di qualsiasi altra consulenza, e che queste, per quanto possano venire contestate a livello superficiale, continuano ad operare a livello profondo.

La ricerca era volta ad indagare il ruolo del pregiudizio e degli aspetti culturali nell'accettazione della tecnica farmacologica e dell'ipnosi in chirurgia orale, per poi successivamente andare a verificare se, fornendo una spiegazione corretta sulla tecnica ipnotica, si fosse verificato un cambiamento, una disponibilità nell'accettare l'ipnosi.

2.2 Metodo

2.2.1 Partecipanti

Presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Padova, la visita anestesiologicala rientra nella prassi della valutazione pre-operatoria di tutti quei pazienti che devono essere sottoposti alla chirurgia orale maggiore (estrazione di elementi inclusi, implantologia, enucleazione di cisti, bonifiche, grossi interventi di parodontologia), di pazienti ansiosi o fobici e poco collaboranti.

Allo studio hanno partecipato 93 pazienti, 30 maschi (32%) e 63 femmine (67%), con un'età variabile dai 18 ai 69, per un'età media di 40 anni.

Sono stati scartati dallo studio i pazienti che per problemi neurologici, psichiatrici o con difficoltà della lingua italiana non erano in grado di compilare il questionario.

2.2.2 Strumenti e procedura

Fino ad oggi in letteratura non è possibile reperire alcuna indagine che verifichi il livello di conoscenza iniziale della tecnica ipnotica da parte delle persone comuni, e come queste cambino il proprio punto di vista dopo aver ricevuto le corrette informazioni sulla tematica trattata. L'obiettivo della ricerca è quello di verificare come possa cambiare l'idea del soggetto riguardo l'argomento, mettendo in relazione due fasi.

E' stato sviluppato un questionario diviso in due parti, la prima andava ad indagare quali fossero le personali conoscenze possedute dal soggetto sulla sedazione farmacologica e sull'ipnosi, ai fini di far emergere quali fossero le considerazioni personali di ogni singolo soggetto.

Una volta terminata la prima parte, veniva fornita verbalmente una definizione corretta sulla tecnica ipnotica, questo ai fini di verificare se avveniva un cambiamento d'opinione.

Il cambiamento poteva essere dimostrato attraverso la compilazione della seconda parte. Il questionario è stato somministrato durante la visita anestesiologicala pre-operatoria, prima delle indagini anamnestiche e prima di fornire ai soggetti informazioni riguardo le procedure per la sedazione cosciente.

Ai pazienti è stato chiesto di scegliere l'opzione che meglio rappresentasse la loro esperienza nel questionario MDAS, e il punteggio totale è stato calcolato sommando il punteggio di ogni singola risposta. A seguire sono state rilevate le condizioni cliniche e ricondotte alla classe ASA-PS (American Society of Anesthesiologists Physical Status System 2008), raccolte informazioni circa la tipologia di intervento, il titolo di studio, l'occupazione, la cadenza delle visite odontoiatriche, l'eventuale presenza di pregresse esperienze negative vissute in ambito odontoiatrico/medico e il livello di ansia sulla base del Visual Analogue Scale for Anxiety (Facco et al.,2011).

2.2.3 Metodo di analisi dei dati

In questo studio è stato eseguito il T-TEST, con lo scopo di raggiungere l'obiettivo previsto: indagare il ruolo del pregiudizio e degli aspetti culturali nell'accettazione della tecnica farmacologica e dell'ipnosi in chirurgia orale, per poi successivamente, andare a verificare se fornendo una spiegazione corretta sulla tecnica ipnotica si fosse verificato un cambiamento, una disponibilità nell'accettare l'ipnosi.

Siamo di fronte a due gruppi di campioni appaiati, in quanto le misurazioni sono state effettuate sugli stessi pazienti prima e dopo aver ricevuto l'informazione corretta.

Per verificare se c'è stato un miglioramento, un peggioramento, o se le medie dei tempi sono rimaste sostanzialmente uguali, è stato effettuato il T-TEST per campioni appaiati.

Il test T-TEST può essere applicato per verificare un cambiamento fra una prima ed una seconda misura, effettuata sullo stesso individuo o sullo stesso campione, ripetuta a distanza di tempo.

Nel test T-TEST per dati appaiati la variabile in esame è rappresentata dalla differenza fra le coppie di osservazioni. Considerando un numero n di coppie di dati x_i ottenuti alla prima determinazione, ed altrettanti dati y_i ottenuti alla seconda determinazione.

Successivamente è stata fatta un'analisi descrittiva prendendo in esame le risposte ai vari items distribuendoli in percentuali attraverso l'utilizzo di grafici.

3. RISULTATI

Dal questionario sottoposto al campione di 93 pazienti, si è voluto prima di tutto andare a evidenziare alcune caratteristiche più salienti del campione. L'età media è di 40 anni, con età minima di 18 e una massima di 68. I pazienti avevano già ricevuto in passato visite odontoiatriche con una distribuzione seguente: il 23% ricorreva al medico dentista solo in presenza di forti dolori, il 19% si presentava solo occasionalmente, il 58% in modo regolare e solamente un 1% rifiutava totalmente qualsiasi visita odontoiatrica.

I risultati sono meglio rappresentati nel grafico a torta della tabella n.1.

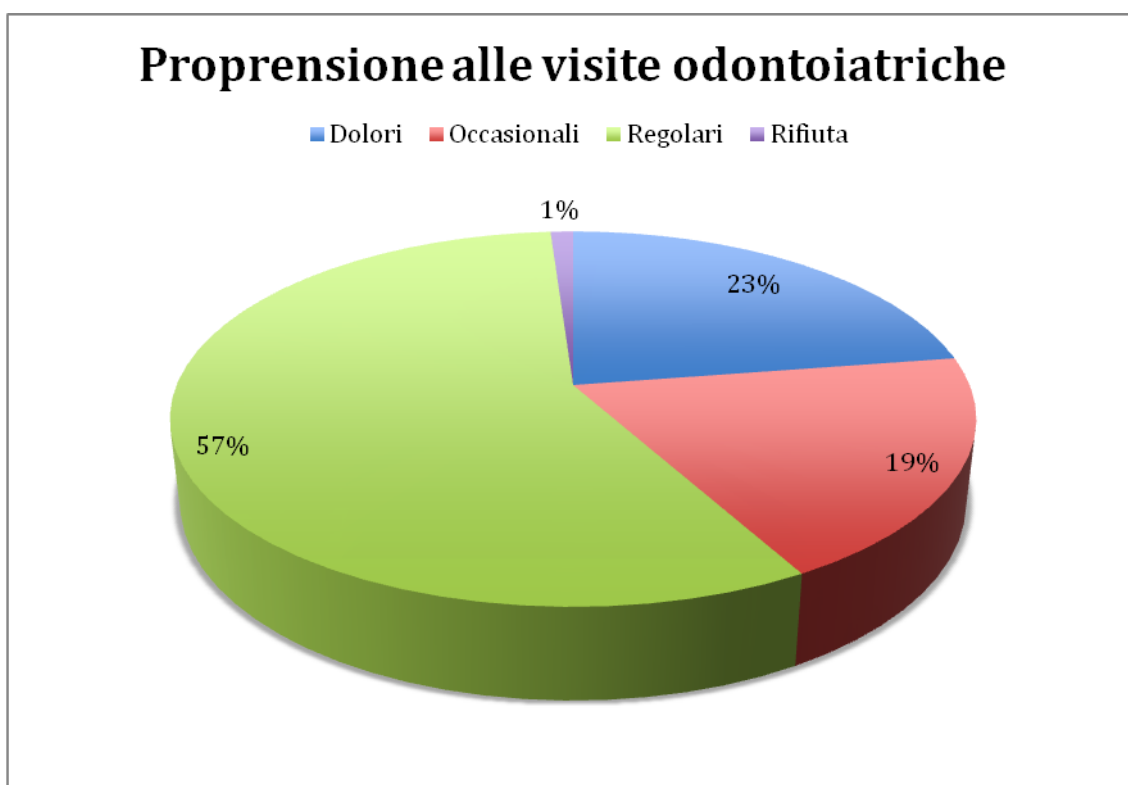


Tabella n.1 Propensione alle visite odontoiatriche

Dall'indagine effettuata è emerso anche un altro dato da tenere in considerazione, cioè che ben il 54% dei soggetti aveva avuto esperienze negative precedenti in campo odontoiatrico. I risultati sono rappresentati nel grafico a torta sottostante nella tabella n.2.

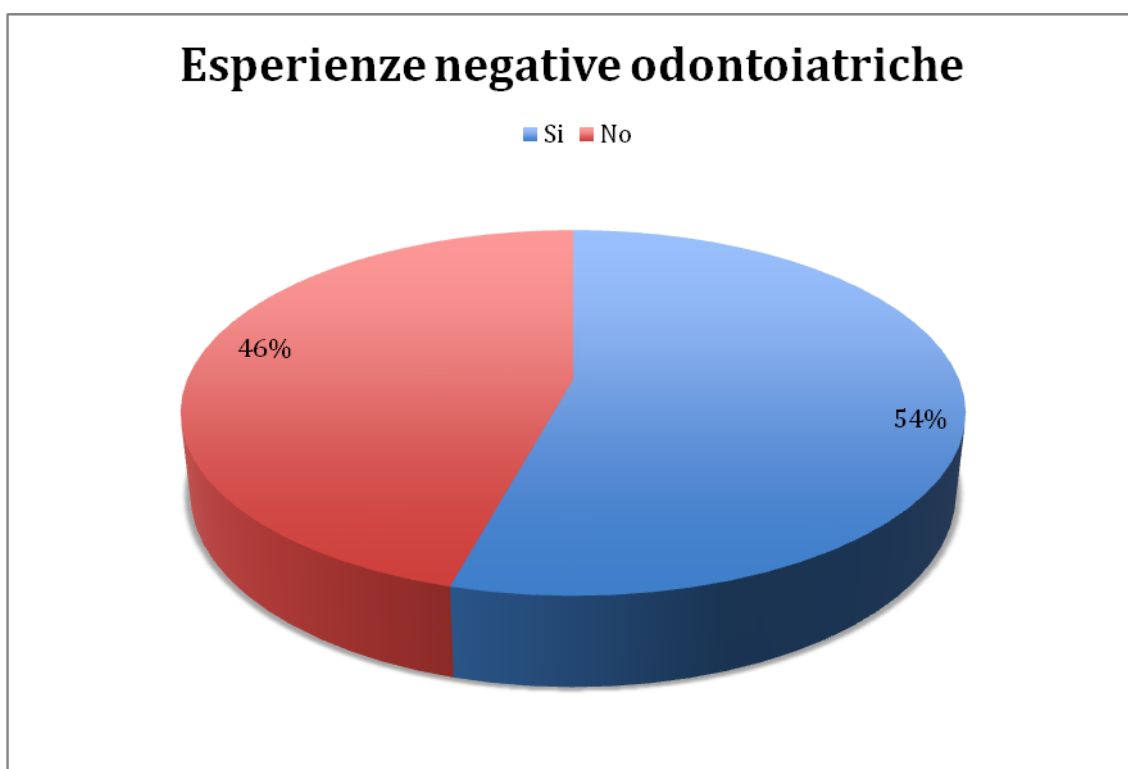


Tabella n.2 Esperienze negative odontoiatriche

Oltre ad aver rilevato una maggioranza di esperienze odontoiatriche negative, dal questionario è emerso che ben il 51% del nostro campione si definisce come una persona ansiosa.

È stato interessante rilevare che cosa si aspettassero i pazienti dalla sedazione farmacologica, le tre opzioni fornite erano: assonnato, rimanere sveglio e dormire.

Il 16% si aspetta di dormire, il 50% di essere assonnato e solo il 34% fornisce la risposta corretta, che è di rimanere sveglio. Questi dati mettono in evidenza che, nonostante la maggioranza abbia un'immagine distorta di quello che sarà la sedazione farmacologica nel concreto, comunque poi tenderanno ad accettarla maggiormente, per il semplice fatto che a livello culturale siamo abituati a questa tipologia di prassi.

I dati sono presentati nel grafico a torta, tabella n.3



Tabella n.3 Cosa si aspettano nella sedazione

Un altro dato interessante che si è potuto rilevare dal questionario è che il 51% dei pazienti tenderebbe a rifiutare la sedazione per evitare la somministrazione di farmaci o per pregresse esperienze negative di forma allergica.

Per quanto riguarda la tematica ipnotica è stato possibile constatare che l'ipnosi al giorno d'oggi non è conosciuta dal 56% e il rimanente 44% comunque la conosce solo a grandi linee (sentito dire, tv, giornali, conversazione tra amici ecc.).

I dati sono presentati nel grafico a torta, tabella n.4

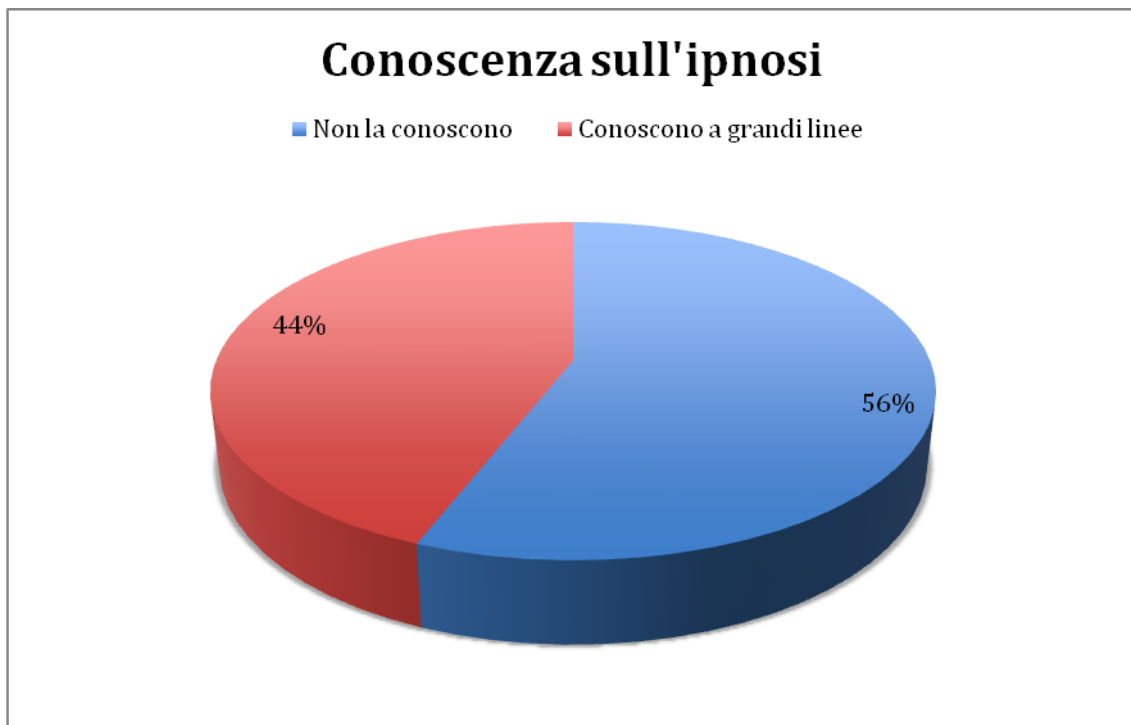


Tabella n.4 Conoscenza sull'ipnosi

Inoltre questa scarsa informazione è alimentata da un'erronea rappresentazione delle caratteristiche ipnotiche, in quanto ben il 60% crede che l'ipnosi possa portare ad una perdita di controllo e/o di essere succube dell'ipnotista o di essere addormentato. Mentre il 40% fornisce la risposta corretta, considerando l'ipnosi una tecnica di rilassamento, un'attività immaginativa e di autocontrollo sulla mente e sul corpo.

I dati sono rappresentati dal grafico a torta, tabella n. 5

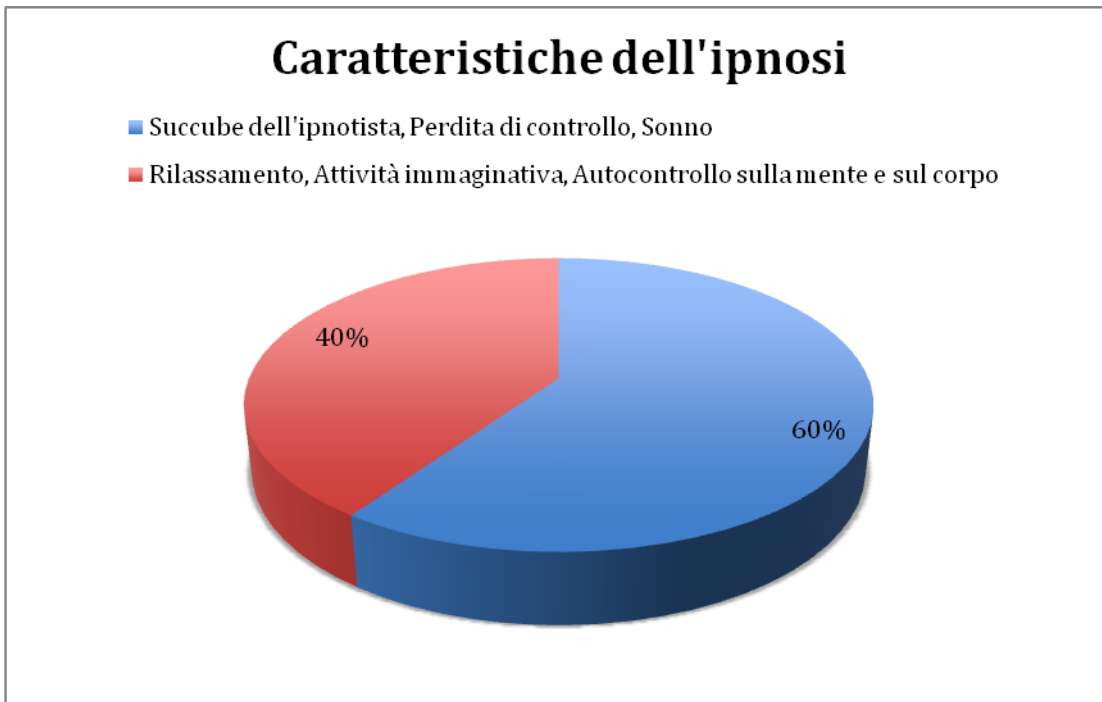


Tabella n.5 Caratteristiche dell'ipnosi

È comunque da evidenziare il fatto che solo una piccola parte dei pazienti che hanno fornito una risposta esatta ha avuto una precedente esperienza ipnotica con effetti estremamente positivi, dimostrando un livello molto basso di accettazione alla tecnica farmacologica vs un livello molto elevato di accettazione alla tecnica ipnotica.

Inoltre è emerso che il 75% dei pazienti ha dimostrato di non essere consapevole che la tecnica ipnotica è risultata essere efficace in molti studi e ricerche in diversi campi, sia medici che non.

Attraverso l'utilizzo del T-TEST si è andato a verificare il possibile cambiamento fra una prima ed una seconda misura, effettuata sullo stesso individuo/campione, ripetuta a distanza di tempo.

Nel test T-TEST per dati appaiati la variabile in esame è rappresentata dalla differenza fra le coppie di osservazioni. Considerando un numero n di coppie di dati x_i ottenuti alla prima determinazione, ed altrettanti dati y_i ottenuti alla seconda determinazione.

Dai risultati è emerso che la differenza sull'accettazione della tecnica ipnotica ha un $t = 6,345$ con una $p = < 0,0001$, mentre la differenza sulla tecnica farmacologica ha un $t = 2,886$ con una $p = 0,05$.



Tabella n.6 Differenza di accettazione del trattamento farmacologico vs tecnica ipnotica

Questi valori dimostrano che c'è stato un miglioramento, quindi, attraverso una corretta spiegazione della tecnica ipnotica, è stato possibile verificare che migliora la disponibilità del soggetto nell'accettazione della tecnica ipnotica, quindi l'informazione corretta aumenta l'accettazione rispetto a quello che si immaginavano prima.

La differenza è risultata essere significativa.

Per quanto riguarda la differenza sull'accettazione della tecnica farmacologica è stato riscontrato un piccolissimo cambiamento, partendo dal presupposto che in "sedazione 1" le persone assegnavano un punteggio già molto alto.

Andando ad analizzare la parte conclusiva del test è emerso che:

- Il 75% dei pazienti ritengono che i motivi maggiori che portano una persona a rifiutare la tecnica ipnotica siano per un'inadeguata informazione e per un pregiudizio molto elevato. Questo dato mette in risalto quelle che sono le ipotesi iniziali cioè quanto il pregiudizio e gli aspetti culturali influenzino le nostre scelte.
- Il 70% dei pazienti sono stati sorpresi per quanto è stata persa in considerazione la propria persona.
- Il 70% sorpresi per il metodo utilizzato.
- Il 12% aveva già ricevuto visite similari precedentemente.
- Al 90% dei pazienti piacerebbe essere visitato in questo modo da altri medici in futuro.
- Infine, un dato molto importante, ben il 99% dei pazienti ha ritenuto utile questa visita.

4. DISCUSSIONE

L'ipnosi suscita da sempre grande interesse e curiosità. Oggigiorno l'opinione pubblica è certamente più informata sull'argomento rispetto al passato, ma l'atteggiamento generale resta ampiamente condizionato dalle rappresentazioni erronee e fuorvianti che continuano ad essere date dell'ipnosi negli spettacoli teatrali, nei programmi televisivi, nei film, nei romanzi e nei giornali.

Non è mai facile abbandonare vecchi stereotipi consolidati, perciò molti considerano ancora l'ipnosi con scetticismo e diffidenza, identificando l'ipnotismo con la situazione da palcoscenico in cui un ipnotizzatore esercita il suo potere su un soggetto completamente sottomesso che obbedisce alle suggestioni ricevute mettendo in atto fenomeni eclatanti.

In realtà le cose stanno in tutt'altro modo. L'ipnosi clinica è uno strumento rivolto ai bisogni del paziente, non implica alcun controllo altrui della propria volontà, ma aiuta semmai le persone a rendersi più autonome e indipendenti.

Fino ad oggi in letteratura non è possibile reperire alcuna indagine che verifichi il livello di conoscenza iniziale della tecnica ipnotica da parte delle persone comuni, e come queste cambino il proprio punto di vista dopo aver ricevuto le corrette informazioni sulla tematica trattata. L'obiettivo della ricerca è stato quello di verificare come possa cambiare l'idea del soggetto riguardo l'argomento, mettendo in relazione due fasi.

E' stato sviluppato un questionario diviso in due parti, la prima andava ad indagare quali fossero le personali conoscenze possedute dal soggetto sulla sedazione

farmacologica e sull'ipnosi, ai fini di far emergere quali fossero le considerazioni personali di ogni singolo soggetto.

Una volta terminata la prima parte, veniva fornita verbalmente una definizione corretta sulla tecnica ipnotica, questo ai fini di verificare se avveniva un cambiamento d'opinione.

Il cambiamento poteva essere dimostrato attraverso la compilazione della seconda parte.

Il questionario è stato somministrato durante la visita anestesiologicala pre-operatoria, prima delle indagini anamnestiche e prima di fornire ai soggetti informazioni riguardo le procedure per la sedazione cosciente.

Allo studio hanno partecipato 93 pazienti, 30 maschi (32%) e 60 femmine (68%), con un'età variabile dai 18 ai 69, per un'età media di 40 anni.

In questo studio è stato eseguito il T-TEST con lo scopo di verificare il raggiungimento dell'obiettivo previsto: indagare il ruolo del pregiudizio e degli aspetti culturali nell'accettazione della tecnica farmacologica e dell'ipnosi in chirurgia orale, per poi successivamente, andare a verificare se fornendo una spiegazione corretta sulla tecnica ipnotica si fosse verificato un cambiamento, una disponibilità nell'accettare l'ipnosi.

Siamo di fronte a due gruppi di campioni appaiati, in quanto le misurazioni sono state effettuate sugli stessi pazienti prima e dopo aver ricevuto l'informazione corretta.

Per verificare se c'è stato un miglioramento, un peggioramento, o se le medie dei tempi sono rimaste sostanzialmente uguali, è stato effettuato il T-TEST per campioni appaiati.

Dai risultati è emerso che la differenza sull'accettazione della tecnica ipnotica ha un $t = 6,345$ con una $p = < 0,0001$, mentre la differenza sulla tecnica farmacologica ha un $t = 2,886$ con una $p = 0,05$.

Questi valori dimostrano che c'è stato un miglioramento, quindi attraverso una corretta spiegazione della tecnica ipnotica è stato possibile verificare che migliora la

disponibilità del soggetto nell'accettazione della tecnica ipnotica, quindi l'informazione corretta aumenta l'accettazione rispetto a quello che si immaginavano prima.

La differenza è risultata essere significativa.

Per quanto riguarda la differenza sull'accettazione della tecnica farmacologica è stato riscontrato un piccolo cambiamento, ecco perché si è voluto eseguire un'analisi descrittiva controllando le risposte agli items, partendo dal presupposto che in "sedazione 1" le persone assegnavano un punteggio già molto alto.

Sulla base della preferenza al trattamento farmacologico, siamo andati ad indagare quello che le persone credano succeda durante l'intervento in sedazione.

Dai risultati è emerso che il 50% delle persone crede che durante l'intervento si sentirà assennato, il 34% di rimanere sveglio e il 16% di addormentarsi.

Questo risultato ha dimostrato che solamente il 34% conosce ciò che realmente avviene durante l'intervento.

Questi dati fanno emergere che nonostante la maggioranza abbia un'idea distorta di quello che sarà la sedazione farmacologica nel concreto, comunque poi tendono ad accettarla di più per il semplice fatto che a livello culturale siamo abituati a questa tipologia di prassi.

Inoltre è emerso che il 54% dei pazienti hanno avuto pregresse esperienze negative dal dentista.

Per quanto riguarda la conoscenza della tecnica ipnotica è emerso che il 56% dei pazienti non la conosce, rispetto ad un 44% che la conosce solamente a grandi linee confermando con un 49% che la visione di questa tecnica risulta essere distorta in quanto viene considerata come: "una perdita di controllo in quanto si è succubi dell'ipnotista". Il 51% invece la considera: "rilassamento, attività immaginativa, autocontrollo sulla mente e sul corpo"

Inoltre è emerso che il 78% non sono consapevoli che diversi studi/ricerche hanno dimostrato l'efficacia dell'ipnosi in diversi campi, medici e non.

I pazienti considerano alla base di un rifiuto dell'ipnosi il pregiudizio e l'inadeguata informazione, a considerarlo sono il 75%, questo dato mette in risalto quelle che sono le ipotesi iniziali cioè quanto il pregiudizio e gli aspetti culturali influenzino le nostre scelte.

Nella parte conclusiva è emerso che il 70% dei pazienti sono stati sorpresi per quanto è stata persa in considerazione la propria persona, e del metodo utilizzato.

Al 90% dei pazienti piacerebbe essere visitato in questo modo da altri medici in futuro. Infine, un dato molto importante, ben il 99% dei pazienti ha ritenuto utile questa visita.

5. CONCLUSIONI

Il compito dell'odontoiatria moderna deve estendersi alla cura globale del paziente e non limitarsi al trattamento della patologia orale.

Un corretto approccio al paziente che comprende la valutazione delle condizioni fisiche e psicologiche è indispensabile per identificare il rischio operatorio e adottare le procedure di trattamento più idonee ad ogni singolo caso, in modo da prevenire le emergenze evitabili e creare quell'alleanza terapeutica che è parte fondamentale della qualità globale delle cure.

Nel corso del trattato si è esposto l'obiettivo principale della nostra ricerca: indagare il ruolo del pregiudizio e degli aspetti culturali nell'accettazione della tecnica farmacologica e dell'ipnosi in chirurgia orale, per poi successivamente, andare a verificare se fornendo una spiegazione corretta sulla tecnica ipnotica si fosse verificato un cambiamento, una disponibilità nell'accettare l'ipnosi.

Dall'analisi dei dati raccolti sul nostro campione è stato possibile verificare che c'è stato un miglioramento significativo.

Questo dato ha dimostrato che una corretta informazione favorisce un'accettazione migliore alla tecnica ipnotica, con l'intento e la riuscita di superare i vari pregiudizi falsi che girano intorno alla parola "ipnosi".

L'ipnosi permette di utilizzare maggiori risorse mentali di altri approcci e di assicurare rispetto per l'integrità personale del soggetto, che può manifestare meglio la sua individualità, sviluppando nuovi atteggiamenti e convinzioni che, tradotti in comportamenti, possano condurre a risultati terapeutici.

L'ipnosi clinica è uno strumento rivolto ai bisogni del paziente, non implica alcun controllo altrui della propria volontà, ma favorisce un maggior controllo della mente e del corpo, portando la persona in un piacevole stato di rilassamento, riduce il dolore, l'ansia, aiuta le persone a comprendere meglio se stessi, come costruiscono e vivono le proprie realtà soggettive.

Il soggetto in ipnosi sviluppa una sorta di coscienza parallela che gli permette a un tempo di prestare attenzione e rispondere ai suggerimenti dell'operatore e di osservarsi mentre effettua l'esperienza. Il talento ipnotico è una caratteristica distintiva di ogni singolo individuo e l'ipnotista ha il compito di creare il contesto migliore per facilitare l'espressione di questo talento.

Quindi: spiegare la realtà, invece che lasciare correre al galoppo pregiudizi, può aiutarci tutti.

Nella nostra indagine ci siamo concentrati principalmente solo sull'aspetto sopra esposto, sarebbe interessante in futuro poter analizzare la correlazione tra ansia e pregresse esperienze negative dal dentista o dal medico, inoltre si potrebbe verificare se esiste una relazione tra gli anni del soggetto e il livello di ansia, e infine vedere se le persone che eviterebbero i farmaci sono quelle più inclini alla tecnica ipnotica.

Caso N.____ Data_____

Nome_____ Sesso: M F Età: _____

Tipo intervento: Implantologia Estrazione VIII Altro:

Titolo studio:

Sc. Elementare Media inf. Media Sup. Laurea breve Laurea specialistica

Professione:_____

Classificazione della professione:

- Dirigente o Professionista di livello superiore (A)
- Dirigente o Professionista di livello intermedio (B)
- Impiegato con o senza mansioni direttive (C1)
- Operaio specializzato (C2)
- Operaio non specializzato o lavoratore manuale (D)
- Pensionato o non lavoratore (E)
- Studente (F)

Visite odontoiatriche:

- Regolari
- Occasionali di controllo
- Quando ha dolori o disturbi
- Mai stato
- Si rifiuta

Pregresse esperienze negative dal dentista SI No

Pregresse esperienze negative in ambito medico SI NO

VAS:_____ MDAS totale_____

ASA : 1 2 . Se ASA > 1, indicare per quale/i patologie : _____

Patologie coesistenti di rilievo :

Allergie a farmaci Sì No. Se Sì, quali _____

Pregressi shock anafilattici Sì No

Altri disturbi di origine allergica o intolleranze : _____

Ansia : Sì No Depressione : Sì No

QUESTIONARIO SULLA SEDAZIONE FARMACOLOGICA

- 1) Ha conoscenze sulla sedazione cosciente?
 Sì No

- 2) Nella sedazione che le sarà proposta per l'intervento lei si aspetta di:
 Rimanere sveglio
 Di essere un po' assonnato
 Addormentato

- 3) In una scala che va da 0 a 10 indichi quanto sarebbe disponibile a sottoporsi a un intervento in sedazione farmacologica:

0 _____ 10

- 4) È consapevole del fatto che questa tecnica è efficace per controllare l'ansia intraoperatoria?

 Sì No

- 5) Secondo lei la sedazione cosciente prevede l'uso anche dell'anestesia locale?

 Sì No

- 6) Vorrebbe avere più informazioni sulla sedazione farmacologica?
 Sì No

- 7) Nel caso in cui lei non desideri sottoporsi alla sedazione, quali sono le ragioni?

 Evitare i farmaci se non strettamente indispensabili
 Pregressi effetti indesiderati a farmaci assunti
 Non mi serve perché durante l'intervento sono perfettamente tranquillo
 Pregresse reazioni allergiche
 Altro:
.....

- 8) Vi sono altre questioni di cui vorrebbe parlare e che non fanno parte di questa serie di domande?
 Sì
 No

9) Se sì,
quali?:.....

QUESTIONARIO SULL'IPNOSI

- 1) Ha conoscenze sull'ipnosi?
 Sì
 No
- 2) Se Sì, la conosce tramite:
 La Televisione
 Giornali
 Conversazione con Amici
 Per sentito dire
 Medico
 Dentista
 Psicologo
 Esperienza diretta dell'ipnosi
- 3) Secondo lei quale/i di queste caratteristiche rappresentano l'ipnosi (una o più scelte):
 Sonno
 Perdita di controllo
 Essere succube dell'ipnotista
 Rilassamento
 Concentrazione
 Attività immaginativa
 Aumento dell'autocontrollo sulla mente
 Aumento dell'autocontrollo sul corpo
- 4) L'ipnosi può essere utilizzata vantaggiosamente per interventi:
a. In medicina: Sì No
b. In odontoiatria: Sì No
c. In psicoterapia: Sì No
- 5) In una scala che va da 0 a 10 indichi quanto sarebbe disponibile a sottoporsi a un intervento in ipnosi:

0 _____ 10
- 6) Diversi studi/ricerche hanno dimostrato l'efficacia dell'ipnosi nella sedazione per interventi chirurgici, ne è a conoscenza?
 Sì No
- 7) Si descriverebbe come una persona ansiosa?
 Sì No

- 8) Se sì, è consapevole del fatto che questa tecnica è efficace nella riduzione dell'ansia
 Sì No
- 9) Pensa di essere ipnotizzabile?
 Sì No Forse
- 10) Se le proponessero una seduta di ipnosi accetterebbe?
 Sì No
- 11) Se le proponessimo di sottoporsi all'intervento programmato accetterebbe di farlo tramite ipnosi?
 Sì No
- 12) Se sì, preferirebbe farlo:
 con ipnosi + anestesia locale
 solo con l'ipnosi
- 13) Se no, per quale ragione?

- 14) Secondo lei, perché alcuni pazienti rifiutano l'ipnosi per un possibile intervento odontoiatrico?
 Pregiudizio
 Inadeguata informazione
 Inefficacia
 Paura di provare dolore
- 15) Vorrebbe avere più informazioni sull'ipnosi?
 Sì No
- 16) Vi sono altre questioni di cui vorrebbe parlare e che non fanno parte di questa serie di domande?
 Sì No
- 17) Se sì,
 quali?:.....

QUESTIONARIO FINALE

- 1) Dopo le informazioni che ha ricevuto durante la visita pensa che la sua opinione si sia modificata?
 si no

- 2) In una scala che va da 0 a 10 indichi quanto sarebbe disponibile a sottoporsi a un intervento in sedazione farmacologica:
0 _____ 10

- 3) In una scala che va da 0 a 10 indichi quanto sarebbe disponibile a sottoporsi a un intervento in ipnosi:
0 _____ 10

- 4) Ritieni che questa visita sia stata utile?
 si no

- 5) Il nostro incontro lo aveva immaginato così?
 si no

- 6) E' sorpreso per quanto è stata presa in considerazione la sua persona?
 si no

- 7) E' sorpreso del metodo che abbiamo utilizzato in questo incontro?
 si no

- 8) Ritieni che la visita con l'anestesista preoperatoria sia stata troppo lunga?
 si no

- 9) Ha ricevuto altre visite simili precedentemente?
 si no

- 10) Le piacerebbe essere visitato in questo modo da altri medici/dentisti in futuro?
 si no

6. BIBLIOGRAFIA

Andreas, S. *Cambiare la mente*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bandler, R. e Grinder, J. *Usare il cervello per cambiare*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bandler, R. e Grinder, J. *Ipnosi e trasformazione*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bandler, R. e Grinder, J. *La ristrutturazione*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bandler, R. e Grinder, J. *La ristrutturazione*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bandler, R. e Grinder, J. *La struttura della magia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bandler, R. e Grinder, J. *Programmazione neurolinguistica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Bandler, R. *Guida all'esperto delle submodalità*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Benhaiem, J. M., Attal, N., Chauvin, M., Brasseur, L., & Bouhassira, D. (2001). *Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia*. *Pain*, 89, 167–173.

Bandler, R. e Grinder, J. *Ipnosi e trasformazione*. Roma: Casa Editrice Astrolabio

Bottacin, G. e Brondino, G. e Mainardi Peron, E. (1979). *Ipnosi senza miti*. Roma: Edizioni mediterranee

Casiglia e Rossi, (2008). *Teoria e pratica dell'ipnosi*. Padova: Libreria Padovana Editrice

Casiglia, E., Mazza, A., Ginocchio, G., Onesto, C., Pessina, A. C., Rossi, A., Marotti, A. (1997). *Hemodynamics following real and hypnosis-simulated phlebotomy*.

American Journal of Clinical Hypnosis, 40, 368–375.

Casiglia, E., Rossi, A., Tikhonoff, V., Scarpa, R., Tibaldeschi, G., Giacomello, M., . . . Lapenta, A. M. (2006). *Local and systemic vasodilation following hypnotic suggestion of warm tub bathing*. *International Journal of Psychophysiology*, 62, 60–65.

Casiglia, E., Schiavon, L., Tikhonoff, V., Haxhi Nasto, H., Azzi, M., Rempelou, P., . . . Rossi, A. M. (2007). *Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test*. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49, 255–266.

Casiglia, E., Schiff, S., Facco, E., Gabbana, A., Tikhonoff, V., Schiavon, L., Amodio, P. (2010). *Neurophysiological correlates of post-hypnotic alexia: A controlled study with Stroop test*. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52, 219–233.

Chapman, C. R., & Nakamura, Y. (1998). *Hypnotic analgesia: A constructivist framework*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 6–27.

Chaves, J. F. (1994). *Recent advances in the application of hypnosis to pain management*. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 117–129.

Colin, W. B. (1997). *Conduction velocity of the human inferior alveolar nerve. Normative data*. *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 123, 185–189.

Crawford, H. J., Knebel, T., Kaplan, L., Vendemia, J. M., Xie, M., Jamison, S., & Pribram, K. H. (1998). *Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 92–132.

Croft, R. J., Williams, J. D., Haenschel, C., & Gruzelier, J. H. (2002). *Pain percep- tion*,

hypnosis and 40 Hz oscillations. International Journal of Psychophysiology, 46, 101–108.

De Pascalis, V., Bellusci, A., Gallo, C., Magurano, M. R., & Chen, A. C. (2004). *Pain-reduction strategies in hypnotic context and hypnosis: ERPs and SCRs during a secondary auditory task. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 52, 343–363.*

De Pascalis, V., Cacace, I., & Massicolle, F. (2008). Focused analgesia in waking and hypnosis: Effects on pain, memory, and somatosensory event-related potentials. *Pain, 134, 197–208.*

De Pascalis, V., Chiaradia, C., & Carotenuto, E. (2002). The contribution of suggestibility and expectation to placebo analgesia phenomenon in an experimental setting. *Pain, 96, 393–402.*

De Pascalis, V., Magurano, M. R., & Bellusci, A. (1999). Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: Effects of differential pain reduction strategies. *Pain, 83, 499–508.*

De Pascalis, V., Magurano, M. R., Bellusci, A., & Chen, A. C. (2001). Somatosensory event-related potential and autonomic activity to varying pain reduction cognitive strategies in hypnosis. *Clinical Neurophysiology, 112, 1475–1485.*

Eli, I., Baht, R., Kozlovsky, A., & Simon, H. (2000). Effect of gender on acute pain prediction and memory in periodontal surgery. *European Journal of Oral Sciences, 108, 99–103.*

Eli, I., Schwartz-Arad, D., Baht, R., & Ben-Tuvim, H. (2003). Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. *Clinical Oral Implants Research*, *14*, 115–118.

Erdogan, M., Erdogan, A., Erbil, N., Karakaya, H. K., & Demircan, A. (2005). Prospective, randomized, placebo-controlled study of the effect of TENS on postthoracotomy pain and pulmonary function. *World Journal of Surgery*, *29*, 1563–1570.

Erickson, M. H., *Guarire con l'ipnosi*. Roma: Casa Editrice Astrolabio

Faymonville, M. E., Boly, M., & Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology Paris*, *99*, 463–469.

Faymonville, M. E., Roediger, L., Del, Fiore G., Delguedre, C., Phillips, C., . . . Laureys, S. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Research: Cognitive Brain Research*, *17*, 255–262.

ferential hypnotic analgesia in response to ascending stimulus intensity. *International*

Freeman, R., Barabasz, A., Barabasz, M., & Warner, D. (2000). Hypnosis and distraction differ in their effects on cold pressor pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *43*, 137–148.

Friederich, M., Trippe, R. H., Ozcan, M., Weiss, T., Hecht, H., & Miltner, W. H. (2001). Laser-evoked potentials to noxious stimulation during hypnotic analgesia and distraction of attention suggest different brain mechanisms of pain control. *Psychophysiology*, *38*, 768–776.

Goldstein, A., & Hilgard, E. R. (1975). Failure of the opiate antagonist naloxone to

modify hypnotic analgesia. *Proceedings of National Academy of Sciences USA*, 72, 2041–2043.

Granone, F. (1972). *Trattato di ipnosi vol. 1-2*. Torino: Utet

Han, J. S. (2004). Acupuncture and endorphins. *Neuroscience Letters*, 361, 258–261.

Houle, M., McGrath, P. A., Moran, G., & Garrett, O. J. (1988). The efficacy of hypnosis- and relaxation-induced analgesia on two dimensions of pain for cold pressor and electrical

Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of con-

Hypnosis- and placebo-induced analgesia. *Progress in Brain Research*, 150, 251–269.

Mason, A. A. (1955). Surgery under hypnosis. *Anaesthesia*, 10, 295–299. Melzack, R.

(1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 82(Suppl. 1), S121–S126. Merskey, H.

(1994). Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research*,

Journal of Psychophysiology, 52, 187–196. Sharav, Y., & Tal, M. (2006). Focused

hypnotic analgesia: Local and remote effects. *Pain*,

Lankton, S. *La risposta dall'interno*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Medicine, 29, 549–556. Sharav, Y., & Tal, M. (2004). Focused analgesia and

generalized relaxation produce dif-

Mosconi, G. (1998). *Teoretica e pratica della psicoterapia ipnotica*. Milano: Franco

Angeli

Nair, P. N. (1995). Neural elements in dental pulp and dentin. *Oral Surgery Oral*

Medicine

of hypnotic analgesia. *Pain*, 60, 39–47. Kupers, R., Faymonville, M. E., & Laureys, S. (2005). The cognitive modulation of pain: stimulation of teeth with a pulp tester in the cat. *Scandinavian Journal of Dental Research*, 87, 1–5. *Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology*, 80, 710–719. Narhi, M., Virtanen, A., Kuhta, J., & Huopaniemi, T. (1979). Electrical stimulation of tooth pulp in the cat. *Scandinavian Journal of Dental Research*, 87, 1–5.

Rainville, P. (2008). Hypnosis and the analgesic effect of suggestions. *Pain*, 134, 1–2.

Rainville, P., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., Duncan, G. H., & Price, D. D. (2002). Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: Further evidence concerning the multifactorial nature of the response in depersonalization: A functional imaging study using hypnosis in healthy subjects. *Journal of Cognitive Neurosciences*, 14, 887–901.

Scilanga, C. N. (2010). *L'ipnosi in medicina e psicoterapia*. Padova: Piccin.

M., Overbeck, G., van de Ven, V., & Linden, D. E. (2007). Pain perception threshold of human teeth: A double-blind, placebo-controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 115–121.

Solak, O., Emmiler, M., Ela, Y., Dundar, U., Kocoiullari, C. U., Eren, N., . . . Kavuncu, V. (2007). Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain perception threshold of human teeth: A double-blind, placebo-controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 115–121.

Schafer, E., Finkensiep, H., & Kaup, M. (2000). Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain perception threshold of human teeth: A double-blind, placebo-controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 115–121.

tooth pulp stimulation. *Pain*, 33, 241–251. Kiernan, B. D., Dane, J. R., Phillips, L. H., & Price, D. D. (1995). Hypnotic analgesia

Watanabe, S., Hattori, T., Kanazawa, M., Kano, M., & Fukudo, S. (2007). Role of histaminergic neurons in hypnotic modulation of brain processing of visceral perception. *Neurogastroenterology and Motility*, *19*, 831–838.

Watzlawick, *Change*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Watzlawick, *La realtà della realtà*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Winkelstein, L. B., & Levinson, J. (1959). Fulminating pre-eclampsia with cesarean section performed under hypnosis: A case report. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *78*, 420–423.

Xu, W. D., Zhu, B., Rong, P. J., Bei, H., Gao, X. Y., & Li, Y. Q. (2003). The pain-relieving effects induced by electroacupuncture with different intensities at homotopic and heterotopic acupoints in humans. *American Journal of Chinese Medicine*, *31*, 791–802.

Zachariae, R., Andersen, O. K., Bjerring, P., Jorgensen, M. M., & Rendt-Nielsen, L. (1998). Effects of an opioid antagonist on pain intensity and withdrawal reflexes during induction of hypnotic analgesia in high- and low-hypnotizable volunteers. *European Journal of Pain*, *2*, 25–34.