

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2015

**Ipnosi e comunicazione ipnotica applicate in odontoiatria
da un neofita formato alla scuola C.I.I.C.S. di Torino:
gestione di 5 pazienti fobici**

Candidato : Dott. Roberto Lorenzi

Relatore : Dott. Alessandro Calderoni

Ringrazio tutti i docenti del C.I.I.S.
che mi hanno permesso di conoscere
un nuovo metodo per avvicinarmi ai pazienti
togliendo quell'innata paura .

INDICE

Introduzione	4
Scopo del lavoro	7
Ipnosi	8
Generare un fenomeno ipnotico	13
Materiali e metodi	16
Descrizione del metodo utilizzato per l'induzione	18
Risultati	21
Discussione	22
Bibliografia	24

Introduzione

La paura del medico o del camice bianco è un fenomeno diffuso che giustifica il crescente interesse che la psicologia e le scienze comportamentali hanno nella formazione del medico per lo svolgimento della sua pratica clinica.

Con il termine FOBIA si identificano stati di diversa intensità emotiva che vanno da una polarità fisiologica come: il timore, l'apprensione, la preoccupazione, l'inquietudine o l'esitazione sino ad una polarità patologica come l'ansia, il terrore, la fobia o il panico.

Questo stato di malessere ha un significativo impatto nella vita dei pazienti e mostra alcuni collegamenti con altri disturbi d'ansia descritti in psichiatria, come il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) .

L'ansia o ansia anticipatoria è una fonte rilevante di disagio per il paziente e può manifestarsi in questi soggetti pochi minuti o addirittura giorni e mesi prima dall'avvenimento critico.

L'ansia è la risposta naturale del nostro corpo al pericolo, un allarme automatico che si attiva quando ci sentiamo minacciati. Nonostante possa essere spiacevole, l'ansia non è sempre negativa. Infatti può aiutarci a restare in allerta concentrati, ci spinge all'azione e ci motiva a risolvere i problemi.

Ma quando è costante ed invadente, quando interferisce con le attività e le relazioni interpersonali, accade che si sorpassi il limite funzionale e adattivo e si possano sviluppare disturbi d'ansia.

Quasi tutti abbiamo qualche paura irrazionale che ci crea ansia.

C'è chi diventa nervoso alla vista degli aghi, alcuni si mettono a gridare se compare un topo, altri ancora si sentono girare la testa al solo pensiero di affacciarsi da un balcone più alto del secondo piano.

Per la maggior parte delle persone queste paure sono cose da nulla.

Per alcuni invece, sono così gravi da causare un'ansia terribile e interferire con la

normale vita di tutti i giorni, causando disturbi emotivi, sociali o lavorativi.

Portano a comportamenti di evitamento dello stimolo temuto.

Quando le paure sono irrazionali e invalidanti vengono chiamate fobie.

Il risultato di tutto ciò è che i soggetti che ne sono colpiti tendono a evitare tali situazioni o, se sono costretti ad affrontarle, sono colpiti da sintomi quali palpitazioni cardiache, fiato corto, tremori, arrossamenti, bocca secca, nausea, crampi allo stomaco, diarrea.

Pertanto il fobico sociale è essenzialmente un rinunciatario .

Nel caso specifico di ansia preprestazione medica, essa colpisce sia la qualità della vita come già detto prima dell' evento , ma influisce negativamente anche sulla prestazione stessa intesa come aumento della percezione del dolore ; a sua volta, una inadeguata gestione del dolore postoperatorio aumenta fortemente l'ansia e depressione, con un possibile corto-circuito tra i due.

Ansia preoperatoria e depressione possono persistere anche nel corso del tempo ben oltre il periodo dell'intervento.

Parlare di cure dentali suscita molto spesso nel paziente sgradevoli emozioni : ansia “da poltrona” e paura del dolore .

La paura del dentista è un fenomeno molto comune.

La sua incidenza varia dal 5 al 10 % della popolazione e dipende da diversi fattori quali nazionalità , background socio-culturale, precedenti esperienze vissute o raccontate e il tipo di intervento in questione .

Nel corso del Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Sedazionisti Odontoiatri (AISOD) tenutosi nell'ottobre 2012, è possibile evidenziare come l'obiettivo delle moderne Scuole di Odontoiatria sia la formazione di un dentista capace di mettere in campo tutte le risorse per gestire l'ansia e il dolore del paziente.

Ne emerge anche come sia un obbligo dell'odontoiatra occuparsi, ancor prima della patologia orale, di questi due aspetti integrando con percorsi formativi

post-laurea quanto ancora gli manca per gestire in modo efficace l'ansia e il dolore odontoiatrico.

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

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

Dal 2003, l'ADEE (*Association for Dental Education in Europe* ADEE, 2003,2004) riconosce il diritto dei pazienti di non provare dolore ed ansia durante i trattamenti odontoiatrici.

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

In base alla Dichiarazione di Bologna del 1999 l'insegnamento del trattamento dell'ansia, previsto nel Corso di laurea di Odontoiatria e protesi dentaria (LM46), deve essere approfondita nel post lauream attraverso Masters, Corsi Universitari ed altre strutture purchè venga riconosciuto il contenuto universitario e assicurati un sistema di crediti formativi.

Scopo del lavoro

Poiché l'ipnosi è una risorsa importante per abbassare il livello di "ansia da dentista", ci si propone di verificare quali risultati può ottenere nella pratica odontoiatrica quotidiana un neofita dell'ipnosi che ha frequentato la Scuola del CIICS di Torino.

In particolare si valuterà come trattare il paziente ansioso – fobico .

Ipnosi

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato caratterizzato da fenomeni fisici e psichici ; grazie alla condizione ipnotica il soggetto riesce a sviluppare abilità e fenomeni non possibili in condizioni naturali .

È una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni sia fisiche, sia psichiche che di comportamento.

Il termine "ipnosi" compare nella storia nella prima metà del 1800 introdotto da un medico inglese , James Braid , per le analogie che a quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico (dal greco "hypnos", sonno) e quelle che si avevano in quella condizione particolare che si pensava creata dai magnetizzatori.

Oggi sappiamo che il sonno non coincide con l'ipnosi.

Nella condizione di ipnosi sono infatti coinvolti aspetti neuro-psico-fisiologici particolari, una relazione interpersonale e l'impiego di potenzialità specifiche del soggetto. Il tracciato EEG dimostra che il soggetto non dorme affatto.

In ipnosi sono evidenti le affinità con stati meditativi, in particolare per l'attenzione focalizzata, il pensiero dominato dal processo primario e dalla recettività dell'io.

Lo stesso Braid infatti nel 1847 sostituì il termine ipnosi con monoidismo.

La definizione che meglio descrive lo stato ipnotico la si può trovare nel Manuale di Ipnosi di Franco Granone:

“S'intende per ipnotismo 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."

L'ipnosi è una condizione specificatamente caratterizzata da monoideismo plastico, ed è questo che la rende capace di modificare la reattività organica e psichica.

Granone rappresenta questo stato come un fenomeno, che scaturisce da una relazione, intensa e reale, tra due persone, che si pongono in ruoli diversi, di inducente e di indotto.

La competenza dell'uno e la disponibilità dell'altro creano una situazione di grande potenza dinamica in grado di generare il fenomeno ipnotico.

Prima di procedere è fondamentale distinguere tra i termini ipnosi e ipnotismo, intendendo con il primo il particolare stato psicofisiologico del soggetto e con il secondo la metodica e le tecniche utilizzate per realizzare l'ipnosi.

Si definisce ipnosi la contemporanea presenza delle tre seguenti condizioni:

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

La prima condizione è la più importante per poter generare uno stato di ipnosi ed è la **relazione tra medico e paziente** che è basata su un rapporto di fiducia.

La fiducia fa cadere ogni critica da parte del paziente che può così essere aiutato dall'operatore ad arrivare ad uno stato di coscienza modificato.

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

Coscienza modificata

La persona diviene:

- distaccata dall'ambiente in modo intelligente, selezionando gli stimoli e percependo che non ci sono atti disturbanti
- mantiene il libero arbitrio e il contatto con il "qui e ora"
- stato di benessere psichico
- frequenza respiratoria rallentata
- frequenza cardiaca rallentata (tachicardia iniziale)
- lieve dissociazione psico/fisica
- isolamento dall'ambiente
- distorsione temporale (contrazione del tempo).

Condizione fisica modificata

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

Mentre lo stato fisico modificato lo si può vedere e misurare (polso, frequenza respiratoria, ecc.), lo stato di coscienza modificato deve essere raccontato dal paziente al suo rientro allo stato di coscienza normale:

"Ero presente ma non mi importava di nulla e stavo bene".

Questo stato è proprio dell'ipnosi con rilassamento.

La terza condizione è la realizzazione di un monoideismo plastico , cioè la

concentrazione del paziente su un'unica idea o meglio un'immagine che diviene così potente da creare effetti fisici e psichici clinicamente evidenti, per esempio levitazione, catalessi (palpebre , braccio) super forza e super riflessi, ecc.

Questi fenomeni vanno verificati nella fase della “ratifica” e della “sfida” .

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

Definiamo ora cosa l'ipnosi non è;

L'ipnosi non è :

- Sonno: sebbene dal greco ipnos = sonno. Lo si può pensare perché il paziente sta con gli occhi chiusi, non risponde a tutti gli stimoli, ma in realtà non dorme affatto (Granone F 1970) come dimostrato dagli esami medici strumentali (Casiglia E, Lapenta AM et al. 2006; Casiglia E, 2007) e mantiene uno stretto contatto con il “qui e ora”.
- Conseguenza di fluidi dell'operatore ma di tecnica: come si propone questa tesi, lo stato di ipnosi lo si ottiene da un operatore con buone conoscenze di dinamiche mentali e quindi in grado di applicare una tecnica efficace per modificare e focalizzare l'attenzione del paziente (Lapenta AM, Tosello M., Casiglia E, et al. 2006).
- Siero della verità: non si possono ottenere informazioni se non quelle che vuol dare il paziente.
- Succubanza di volontà: per lo stesso motivo. Alcuni delitti sono erroneamente attribuiti all'ipnosi ma non è reale. Non si può far fare niente al paziente che non sia già nel suo superego o etica morale. Si può far prostituire una prostituta, ma non una persona che non lo ritiene etico. Se si impartisce un ordine contro la sua etica morale, la sua reazione sarà o di non registrarlo o di svegliarsi (es. della suora di Charcot: la suora sopportava la vicinanza di bracieri ardenti, ma quando il dr Charcot faceva un passo, - cioè portare l'attenzione su una parte del corpo sfiorandola perché la si vuole rilassare sfiorando la gamba, la suora si svegliava perché era contro il suo superego e veniva violata la sua morale).
- Forzatura della volontà: non confondere l'induzione (tutti quegli atti che portano a scivolare in uno stato di ipnosi) con l'ipnosi. L'induzione può

essere forzata (pressione dei globi carotidei, globi oculari, ecc.) ma non c'entra con lo stato ipnotico dove resta comunque vigile il super-io.

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

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

Generare un fenomeno ipnotico (induzione ipnotica)

Qui di seguito viene elencata la procedura che deve essere utilizzata per far Raggiungere lo stato di coscienza modificato e poter ottenere quindi uno stato di ipnosi.

Per prima cosa bisogna indurre la costruzione di un monoideismo plastico , cioè una sola idea che diventa così potente da avere effetti plastici su corpo e mente nell'ambito di una relazione medico/paziente.

Granone Franco nel suo trattato di Ipnosi :” S'intende per ipnotismo 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 “.

Con la realizzazione di un monoideismo plastico si generano uno o più fenomeni (levitazione, analgesia, catalessi, fino a poter arrivare ad amnesia).

Una volta raggiunto lo stato di ipnosi si può successivamente ritornarci rapidamente evitando la fase dell'induzione utilizzando l'**ancoraggio** o, come lo definì Granone, “ comando post ipnotico “.

Questa è una fase progressiva di accesso allo stato desiderato, unica dell'ipnosi, a differenza di tutte le altre metodiche che portano al rilassamento e all'autocontrollo.

Essendo io odontoiatra, la stanza adibita all'ipnosi è inevitabilmente la sala operativa che comunque ha un aspetto abbastanza neutro con pochi oggetti in vista, per limitare eventuali distrazioni, una musica di sottofondo o silenzio a scelta anche del paziente. Si chiede al paziente di assumere la posizione più

comoda possibile per lui con l'unica richiesta di non incrociare né mani né gambe.

La posizione di operatore-paziente odontoiatrica o ad ore nove mi consente di toccare (passi) il paziente su braccia, mani, spalle e nuca senza invadere lo spazio di interrelazione e far sentire a disagio il paziente per l'invasione, tenendo comunque presente che il rapporto medico-odontoiatra paziente prevede durante le terapie una distanza molto ridotta con grande differenza per esempio nel caso di paziente-psichiatra .

Nella costruzione del rapporto è utile usare il soprannome, con cui solitamente il paziente si fa chiamare, per superare già da subito le prime resistenze di diffidenza-estraneità; in tal modo si migliora il rapporto empatico .

Normalmente viene data una spiegazione sommaria al paziente per evitare le prime resistenze, derivate da ricordi passati di ipnosi spettacolo , garantendo al paziente che non verrà mai fatto nulla per fare spettacolo o per ridicolizzarlo e che non si perderà mai il controllo e non si dormirà.

Un'altra spiegazione che viene data è che l'ipnosi non è una sfida medico-paziente, ma è una " abilità ", quasi un premio e poter arrivare in stato ipnotico o meglio ancora all'approfondimento al livello di trans ci potrà permettere di migliorare e diminuire la fobia .

In letteratura si evince che i pazienti più motivati, ad esempio i pazienti allergici a tutti gli anestetici, sono più facilmente amnesici analgesici.

Inoltre si pone l'accento sul fatto che l'ipnosi è uno stato naturale della mente, che molto spesso ciascuno di noi si pone spontaneamente in uno stato di ipnosi perché ne ha bisogno durante la giornata , e non guasta mai porre l'accento sull'assoluta riservatezza di tutto quello che potremmo insieme scoprire (segreto professionale).

Durante i primi approcci al paziente è bene ascoltare i termini espressivi del paziente per inquadrarlo nelle tre categorie :

- Visivo (leggero) es. in questa stanza ci sono le luci accese
- Uditivo es. in questa stanza ci sono rumori
- Cenestesico (pesante) es. vedo che sei seduto su quella poltrona

Questi sono i tre modi espressivi da ricercare nel linguaggio del paziente per guadagnare fiducia e abbassare la critica , riutilizzandoli noi stessi nella risposta, negli ordini ricalchi e descrizioni .

A questo punto si passa all'induzione che porta alla creazione del fenomeno con evidenti cambiamenti nella condizione fisica e ad uno stato di coscienza modificato.

Dopo aver generato un fenomeno, si “ sfida “ il paziente per guadagnare la sua fiducia, poi segue la ratifica del fenomeno ed a questo punto gli si da un ancoraggio per poter ritornare, solo quando il paziente lo desidera nella condizione ipnotica ed alla fine gli si chiede di ritornare allo stato di coscienza ordinaria .

Materiali e metodi

I pazienti sono stati reclutati tra coloro che presentano un alto livello di ansia da dentista , quindi più motivati da un bisogno, con una particolare fobia odontoiatrica , sia per aghi che per prestazione in generale.

Utilizzando già la metodica della sedazione endovenosa ho utilizzato il test di CORAH una serie di cinque domande per meglio valutare l'ansia del paziente e la scala dell'analogo visivo V.A.S.

I valori di entrambe mi indicano con più certezza lo stato emotivo del pz.

MODIFIED DENTAL ANXIETY SCALE

PUÒ DIRE QUANTO LA SEDUTA ODONTOIATRICA LA RENDE ANSIOSO? (Per favore lo indichi con una 'X' nella casella appropriata)

1. Se dovesse andare dal suo dentista DOMANI PER UN TRATTAMENTO, come si sentirebbe?

Non Ansioso Lievemente Ansioso Discretamente Ansioso Molto Ansioso Estremamente Ansioso

2. Se fosse seduto in SALA D'ATTESA (aspettando il trattamento), come si sentirebbe?

Non Ansioso Lievemente Ansioso Discretamente Ansioso Molto Ansioso Estremamente Ansioso

3. Se stessero per TRAPANARLE UN DENTE, come si sentirebbe?

Non Ansioso Lievemente Ansioso Discretamente Ansioso Molto Ansioso Estremamente Ansioso

4. Se stessero per RASCHIARLE E LEVIGARLE I DENTI, come si sentirebbe?

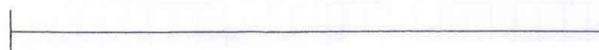
Non Ansioso Lievemente Ansioso Discretamente Ansioso Molto Ansioso Estremamente Ansioso

5. Se stessero per farle l'INIEZIONE DI ANESTETICO LOCALE sulla gengiva, in corrispondenza di un dente superiore posteriore, come si sentirebbe?

Non Ansioso Lievemente Ansioso Discretamente Ansioso Molto Ansioso Estremamente Ansioso

ANALOGO VISIVO

NESSUNA ANSIA



MASSIMA ANSIA POSSIBILE

Il test di CORAH prevede una scala :

- Da 4 a 7 ansia lieve
- Da 8 a 12 ansia moderata
- Da 13 a 16 ansia elevata
- Da 17 fobia

Le prime due domande del test di CORAH sono più indicanti l'ansia da dentista ,
le altre tre, invece, sono più indicanti la paura del dentista.

Comunque questi risultati vanno considerati in aggiunta all'analogo visivo , che si
legge come una scala millimetrata; a sinistra nessuna ansia a destra massima
ansia.

Si chiede al paziente di porre una croce sulla linea su come si sente ansioso in
previsione della cura , posto il segno si misura da sinistra e i range sono:

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

Questi test vengono da me utilizzati frequentemente per una veloce, ma molto
affidabile, valutazione dello stato ansioso del pz.

Descrizione del metodo utilizzato per l'induzione

Essendo pazienti che frequentano lo studio c'è già un certo rapporto di fiducia e confidenza con coloro che si sono prestati a questa ricerca .

La sequenza operativa per l'induzione è stata quella di usare la strategia “ senti il respiro “ e “ senti il braccio “

Le prime istruzioni sono mirate a far assumere al paziente la posizione più adatta e sono ordini per guadagnare la fiducia ed abbassare la critica :

- Per favore siediti su questa poltrona.
- Cerca la posizione più comoda che riesci a trovare (in questo momento verifico sistemando le braccia sulle cosce se il soggetto è leggero se pesante soppesando le mani).
- Ora se non hai difficoltà chiudi gli occhi per poterti concentrare meglio sulle sensazioni che ora ti suggerirò. Può capitare che all'inizio il paziente non voglia farlo. Allora basta semplicemente far spostare lo sguardo del paziente su un punto del soffitto sopra la testa per far stancare i bulbi oculari , quindi bisogna fargli mantenere l'attenzione sul punto e sulle nostre istruzioni , nel frattempo noi dobbiamo anticipare le sensazioni che prova (bruciore agli occhi , lacrimazione , il bisogno di sbattere le palpebre) ; a questo punto si nota uno sbattere di palpebre intenso e si deve evidenziare lo stato di benessere che si prova a stare con gli occhi chiusi e alla difficoltà che si prova ad aprire gli occhi .
- Ora toccherò con la mia mano la tua spalla .
- Vorrei che ricercassi tra i tuoi ricordi una sensazione di completo e piacevole rilassamento .
- Vorrei che tu immaginassi i muscoli di questo braccio rilassati, caldi, allungati, molli, sciolti, (inizio a massaggiare il braccio dalla spalla fino alla mano).
- Dopo pochi passaggi verifico il rilassamento ottenuto chiedendo di non aiutarmi assolutamente. Alzo il braccio pochi centimetri e lo lascio cadere sulla coscia facendo sentire un rumore di caduta ed evidenziandolo al paziente. Potrebbe succedere di trovare un paziente leggero e dobbiamo solo accentuare la leggerezza con un “ bravo sei già passato oltre, era la

prossima cosa che avremmo fatto” (il paziente deve sempre essere il migliore).

- Ti puoi rendere conto del rumore che hai fatto lasciando cadere sulla coscia il tuo braccio e di quanto profondo sia il tuo rilassamento.
- Puoi provare a sfidare il paziente chiedendogli di provare ad alzare il braccio, ma dicendo “ farai molta fatica “.
- Copia questa sensazione di rilassamento prima all’altro braccio, nella stessa modalità (spalla braccio mano con un massaggio), e subito dopo si chiede di trasferire la sensazione a spalle schiena addome gambe fino ai piedi.
- Faccio notare che il corpo è rilassato e porto l’attenzione sul respiro che spontaneamente si è fatto più tranquillo e profondo.
- Faccio immaginare un posto a sua scelta perfetto, sicuro, tranquillo, dove tutto funziona perfettamente, dove si sente protetto in una situazione dove è completamente a suo agio.
- Do un ancoraggio per permettere al paziente di ritrovare o ritornare in questa situazione quando lo desidera, io utilizzo il pugno infantile dove il pollice sta dentro le quattro dita.
- Si spiega però che questo può avvenire solo se lui lo desidera non basta fare il pugno, e quando lo desidera ritroverà le stesse sensazioni che sta provando ora.
- Alla fine di queste semplici istruzioni do anche quelle che servono per uscire dall’ ipnosi e cioè che basterà sciogliere il pugno per riorientarsi completamente e riprendersi con un bel respiro profondo .
- Dopo questa prima fase lascio provare al paziente a ritornare in ipnosi da solo.
- A questo punto passo ad un’immagine di freddo come la granita o il gelato a seconda del piacere del paziente e faccio porre l’attenzione solo sul gusto e sul freddo molto piacevole e che questa sensazione porta ad un intorpidimento completo e piacevole della zona che tocco con il dito o lo specchietto in bocca.

- Nella zona da anestetizzare dopo un paio di tocchi si pratica l'anestesia facendo comunque dei piccoli movimenti di stiramento con lo specchio sul labbro.
- Prima di riorientare il paziente, gli faccio notare sempre in ipnosi che l'oggetto (siringa) è indispensabile per l'anestesia, ma ogni paura o fastidio da adesso in poi sono svanite perché può controllare il suo stato in modo completo. Da ora in poi, ogni volta che gli ricapiterà questa condizione richiamerà questa esperienza e la gengiva diventerà insensibile e così sarà tranquillo e sereno perché non percepirà nessun fastidio.
- Si riorienta il paziente o contando da dieci a uno e aiutandolo ad aprire il pugno.

Risultati

I pazienti sono stati entusiasti di aver provato qualcosa di nuovo, di essersi trovati in una sensazione molto piacevole che continuano a usare a ogni seduta odontoiatrica, o anche solo per rilassarsi in altri ambienti.

Dall' intervista non strutturata fatta al termine della seduta tutti sono stati contenti dell'esperienza provata.

La cosa più importante, che mi spinge ad approfondire maggiormente la tecnica è che tutti hanno un atteggiamento diverso nei confronti dell'anestesia, anche se non tutti hanno raggiunto lo stesso livello di ipnosi in quanto mi è capitato di fare un rumore improvviso ed il paziente si è riorientato subito senza nessun aiuto .

Discussione

La paura del dentista è un fenomeno che ha un ampio impatto nella vita dei pazienti e genera ansia.

L'ansia è una forma di disagio che interferisce con la qualità della vita, aumentando la percezione del dolore .

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

Questa mia tesi conferma che in mani bene addestrate e competenti l'uso dell'ipnosi nella valutazione e nella gestione dell'ansia porta a considerevoli benefici per il paziente .

L'ipnosi è uno strumento sicuro ed efficace che si rivela in grado di migliorare la sicurezza del paziente di fronte a un suo problema .

Tra i benefici che l'uso dell'ipnosi ci insegna vi è una maggior consapevolezza nell'uso delle parole ; questo porta ad un miglior rapporto di empatia con il paziente che riconosce un linguaggio più familiare nel nostro modo di parlargli e si sente più tranquillo.

Conoscere il paziente, notare il tipo di linguaggio che usa, adottare le tecniche di descrizione, imitazione, ricalco, ratifica: sono tutti strumenti che possiamo usare per ottimizzare il rapporto empatico e aumentare la fiducia del nostro paziente.

Concludendo ritengo, da neofita, che la tecnica sia molto utile, e che sia necessaria molta pratica per padroneggiarla al meglio ed essere efficacemente di aiuto ai pazienti che lo richiedono.

A differenza del trattamento farmacologico endovena che permette, una volta raggiunta la soglia, di dedicarsi al compito controllando regolarmente il monitor, nel caso dell'ipnosi si rende necessario un continuo o almeno periodico contatto verbale con il paziente per fornire suggestioni e questo rende più faticoso gestire entrambe le situazioni come unico operatore: questo fattore potrebbe essere motivo di scelta fra le due tecniche, anche se è possibile che con l'aumentare dell'esperienza dell'ipnologo il problema si possa risolvere spontaneamente .

Bibliografia

ADEE Profile of an international Dentist. Dresda 09/2003. Profile and competences for the european Dentist. Cardiff 09/2004

Aitken RC (1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. Proceedings of the Royal Society of Medicine 62: 989–993.

Bengtsson M, Ohlsson B, Ulander K (2007). Development and psychometric testing of the Visual Analogue Scale for Irritable Bowel Syndrome (VAS-IBS). BMC Gastroenterology 7: 16.

Berggren U, Pierce CJ, Eli I (2000). Characteristics of adult dentally fearful individuals: a crosscultural study. European Journal of Oral Sciences 108: 268–274.

Casiglia E, Tikhonoff V, Giordano N, Regaldo G, Facco E, Marchetti P, Schiff S, Tosello MT, Giacomello M, Rossi AM, De Lazzari F, Palatini P, Amodio P. (2012). Relaxation versus fractionation as hypnotic deepening: do they differ in physiological changes? Int J Clin Exp Hypn. 60(3):338-55.

Casiglia E, Schiavon L, Tikhonoff V, Haxhi Nasto H, Azzi M, Rempelou P, Giacomello M, Bolzon M, Bascelli A, Scarpa R, Lapenta AM, Rossi AM. (2007). Hypnosis prevents the cardiovascular response to cold pressor test. Am J Clin Hypn. Apr;49(4):255-66.

Casiglia E, Rossi A, Tikhonoff V, Scarpa R, Tibaldeschi G, Giacomello M, Canna P, Schiavon L, Rizzato A, Lapenta AM. (2006). Local and systemic vasodilation following hypnotic suggestion of warm tub bathing. Int J Psychophysiol. Oct;62(1):60-5. Epub 2006 Feb 28

Coolen JC, Florisson JM, Bissett IP, Parry BR (2006). Evaluation of knowledge and anxiety level of patients visiting the colorectal pelvic floor clinic. Colorectal Disease 8: 208–211.

Eitner S, Wichmann M, Holst S (2005). A long-term therapeutic treatment for patients with a severe gag reflex. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 53: 74–86.

Eli I, Schwartz-Arad D, Bartal Y (2008). Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. Journal of Dental Research 87: 65–68.

Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. Quintessence International 37:304–310.

Facco E, Pasquali S, Zanette G, Casiglia E (2013). Case Report. Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity. Anaesthesia, 68, 961–965

Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M, Zanette G (2011a). Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 59: 454–468.66

Facco E, Casiglia E, Zanette G, Masiero S, Bacci C, Lapenta AM (2009). Effects of hypnosis on dental pain threshold. Preliminary report. PainPractice 9: 47–48.

- Facco E, Manani G, Zanette G (2012). The Relevance of Hypnosis and Behavioural Techniques in Dentistry. *Contemporary Hypnosis and integrative therapy* 29(4): 332–351
- Facco E, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivolella S, Cavallin F et al.(2011b). Toward the validation of visual analogue scale for anxiety.*Anesthesia Progress* 58: 8–13.
- Facco E, Zanette G, Manani G (2008). Italian version of Corah's DentalAnxiety Scale: normative data in patients undergoing oral surgery and relationship with the ASA physical status classification.*Anesthesia Progress* 55: 109–115.
- Facco E, Zanette G, Casiglia E. (2014). The role of hypnotherapy in dentistry. *SAAD Dig. Jan*;30:36.
- Facco E, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivolella S, Cavallin F et al.(2011b). Toward the validation of visual analogue scale for anxiety.*Anesthesia Progress* 58: 8–13.
- Gaspar J, Fejerdy L, Fabian TK (2002). Psychic aspects of the overactive gag reflex (gagging) in connection with a clinical case. *FogorvosiSzemle* 95: 199–203.
- Gatchel RJ (1989). The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *Journal of the American Dental Association* 118: 591–593.
- Gonella A. (1982). Hypnosis in dentistry. Analysis of 152 cases. Methods and results. *Minerva Med. Nov* 24;73(45):3195-8.
- Granone F. (1970). Hypnosis and sophrology. Terminology and essence of hypnosis. *Minerva Med. Dec* 26;61(103):5984-9.
- Granone F.: Hypnosis and modern dentistry. *Riv Ital Stomatol.* 1970 Jan;25(1):57-65.
- Granone F. (1972). L'ipnosi in odontoiatria. *Trattato di Ipnosi. UTET*; 576-578.
- Granone F. (1972). L'ipnosi in odontoiatria. *Trattato di Ipnosi. UTET*
- Granone F. (1983). The School of the Italian Center for Clinico-Experimental Hypnosis in the didactics of Italian hypnosis therapy.*Minerva Med. Sep* 29;74(37):2167-70.
- Granone F. (1982). Temporary resistance to burning in relation to psychic factors. *Minerva Med. Nov* 24;73(45):3217-8.
- Granone F. (1981). Regression and revitalization in hypnosis. Doubts and certainties, therapeutic utility. *Minerva Med. May* 12;72(19):1179-88.
- Granone F. (1974). Physiopathology, clinical aspects and therapy of pain in the light of hypnosis. *Minerva Med. Sep* 12;65(63):3296-302.67
- Granone F. (1973). Music as a facilitating factor in psychotherapy processes. *Minerva Med. Feb* 10;64(7):320-2.
- Frischholz EJ, Nichols LE. (2010). A historical context for understanding "An eye roll test for hypnotizability" by Herbert Spiegel, M.D.: *Am. J.Clin. Hypn.* Jul;53(1):3-13

Hornblow AR, Kidson MA (1976). The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 10: 339–341.

Kaakko T, Milgrom P, Coldwell SE, Getz T, Weinstein P, Ramsay DS (1998). Dental fear among university students: implications for pharmacological research. *Anesthesia Progress* 45: 62–67.

Lapenta AM, Tosello M, (2006). *Ipnosi Sperimentale e Clinica*. Editrice Artistica Bassano

Luyk NH, Beck FM, Weaver JM (1988). A visual analogue scale in the assessment of dental anxiety. *Anesthesia Progress* 35: 121–123.

Manani, G., Baldinelli, L., Cordioli, G., Consolati, E., Luisetto, F., & Galzigna, L. (1995). Premedication with chlordemethyldiazepam and anxiolytic effect of diazepam in implantology. *Anesth.Prog.*, 42, 107-112.

Manani, G., Bazzato, M. F., Boscolo, I., Cordioli, M. L., Fabris, E., Marino, D. et al. (2004). Combined sedation with oral chlordemethyldiazepam and midazolam by nasal route in third molar surgery. *Minerva Stomatol.*, 53, 241-250.

Manani, Facco, Zanette (2011) *Anestesia Odontoiatrica ed Emergenze 3/ed*, Idelson-Gnocchi

Manani G, Facco E, Favero G, Favero L, Mazzoleni S, Stellini E et al. (2010). Patients' appreciation for information on anesthesia and anxiolysis in dentistry. *Minerva Stomatologica* 59: 489–506.

Mastronardi V.M., (2012). *Manuale di comunicazione non verbale*. Professioni Sanitarie Ed. Carrocci-Faber

Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brodsgaard I, Scheutz F (1993). Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 21: 292–296.

Morgan PJ, Halpern S, Lam-McCulloch J (2000). Comparison of maternal satisfaction between epidural and spinal anesthesia for elective Cesarean section. *Canadian Journal of Anesthesia* 47: 956–961.

Ohnhaus EE, Adler R (1975). Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain* 1: 379–384.

Patel B, Potter C, Mellor AC (2000). The use of hypnosis in dentistry: a review. *Dental Update* 27: 198–202. Reed KL, Malamed SF, Fonner AM. (2012). Local anesthesia part 2: technical considerations. *Anesth Prog.* Fall; 59(3):127-36;

Shapiro F (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders* 13: 35–67.

Shapiro F (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press.

Shapiro F (2002a). EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *Journal of Clinical Psychology* 58: 1–22.68

Shapiro F, Maxfield L (2002b). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology* 58: 933–946.

Spiegel H. (2010). An eye-roll test for hypnotizability. 1972. *Am J Clin Hypn.* Jul;53(1):15-8.

Tamiya N, Araki S, Ohi G, Inagaki K, Urano N, Hirano W et al. (2002). Assessment of pain, depression, and anxiety by visual analogue scale in Japanese women with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16: 137–141.