

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.**

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

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

Anno 2016

**IPNOSI E CONTROLLO DELL'ANSIA
NEL PAZIENTE ODONTOIATRICO**

**Candidato:
dott. Michele Lunardi**

**Relatore:
prof. Edoardo Casiglia**

Anno 2016

INDICE

PREMESSA	pag 1
COSA NON E' L'IPNOSI	pag 1
CENNI DI STORIA DELL'IPNOSI	pag.3
COSA E' L'IPNOSI	pag.4
L'ANSIA NEL PAZIENTE ODONTOIATRICO	pag.11
IL SIGNIFICATO SIMBOLICO DELLA BOCCA	pag.12
LA PAURA DEL DENTISTA	pag.14
– STRUMENTI DI RILEVAZIONE PSICOMETRICA DELL'ANSIA DONTOIATRICA	pag.19
– L'ANSIA E LA PAURA ODONTOIATRICA	pag.23
IL CONTROLLO DELL'ANSIA	pag.27
– I METODI PER IL CONTROLLO DELL'ANSIA	pag.32
– L'IPNOSI IN ODONTOIATRIA	pag.32
– LA GESTIONE DELL'ANSIA ODONTOIATRICA CON L'IPNOSI	pag.35
APPENDICE 1	pag.38
– CORAH DENTAL ANXIETY SCALE (CDAS)	pag.40
BIBLIOGRAFIA	pag.40
	pag.41

PREMESSA

L'ipnosi è una **condizione fisiologica** che si verifica spontaneamente in diversi momenti della vita quotidiana, per esempio quando guidiamo l'auto in maniera automatica, quando siamo particolarmente assorti nel seguire un film, quando siamo sovrappensiero.

L'ipnosi gestita da un operatore nell'ambito dell'ipnotismo si è dimostrata utile ed efficace in varie situazioni (trattamento di fobie, gestione di stati d'ansia e di stress, controllo del dolore senza utilizzo dell'anestesia, rielaborazione di traumi e ristrutturazione di ciò che è danneggiato o disfunzionale nella mente del paziente). È inoltre un importante strumento di ricerca scientifica e di crescita personale.

Il termine *ipnosi* è nato dall'equivoco che lo stato ipnotico fosse una specie di sonno. In realtà il soggetto, sebbene il più delle volte sia rilassato e tenga gli occhi chiusi, durante la trance ipnotica è comunque vigile ed attento, sebbene in modo diverso rispetto allo stato di veglia: la sua **attenzione**, infatti, è **concentrata** sulle idee che gli vengono suggerite e meno incline a farsi distrarre dagli stimoli esterni. Non perde la coscienza di ciò che sta accadendo intorno a lui, ma è meno interessato a percepirlo. La sintonia particolare che viene a crearsi tra ipnotizzato e operatore, il *rapport*, continuerà fino a quando le suggestioni proposte saranno coerenti con i principi del soggetto. Le suggestioni ipnotiche devono passare il vaglio della critica prima di essere accettate; la critica si riduce, ma non viene mai annullata completamente.

Un altro luogo comune è che i soggetti ipnotizzabili siano persone

deboli o impressionabili o poco intelligenti: in realtà è vero esattamente il contrario, in quanto, per poter instaurare un processo ipnotico, il soggetto deve avere una buona dose di immaginazione, fantasia, intelligenza e spessore interiore.

CHE COSA NON E' L'IPNOSI

Il termine ipnosi compare nella storia nella prima metà del 1800 introdotto da un medico inglese, James Braid, il quale mise erroneamente in relazione le manifestazioni del sonno fisiologico con quelle osservabili nei pazienti che si sottoponevano alle terapie dei *magnetizzatori*, seguaci di Franz Messmer (1734-1815).

In realtà l'ipnosi non è:

- **sonno:** a parte il fatto che l'EEG in ipnosi è diverso da quello eseguito sullo stesso soggetto in stato di sonno, anche il sensorio e i riflessi neurologici non coincidono e una persona in stato di ipnosi può fare praticamente tutto ciò che può fare una persona in stato di coscienza usuale, come aprire gli occhi, eseguire richieste, camminare, cose che ad una persona addormentata sono precluse;
- **magia:** il fenomeno ipnotico non è dovuto a particolari poteri dell'ipnotizzatore, anzi, è una facoltà fisiologica del soggetto.
- **siero della verità:** il soggetto riferisce e dice solo ciò che vuole riferire;
- **succubanza di volontà:** il soggetto non potrà mai essere indotto a compiere qualcosa che vada contro la propria morale e il proprio Super-Io;
- **suggestione:** l'ipnosi non è accettazione acritica dell'idea di un altro; durante l'ipnosi i poteri di critica diminuiscono in conseguenza del rapporto efficace soggetto/ipnotista, ma non si annullano, benché
- una volta indotta l'ipnosi - sia più facile indurre suggestioni anche durevoli.

CENNI DI STORIA DELL'IPNOSI

I primi reperti che testimoniano l'utilizzo dell'ipnosi sono di provenienza egizia: la stele di Muses, risalente al regno di Ramsete XII, circa 3000 anni fa, descrive l'utilizzo dell'ipnosi mediante tecniche vocali. Gli antichi egizi, greci e romani praticavano il *sonno nel tempio* come metodo terapeutico e si servivano di soggetti in stato ipnotico per predire - secondo la loro ingenua visione del mondo - il futuro e avvicinarsi alle divinità. Gli antichi indovini cadevano in trance ritenendo di acquisire così capacità divinatorie. I maghi persiani (inclusi probabilmente quelli che oggi chiamiamo "i Re Magi") e i fachiri indiani praticavano l'autoipnosi, pretendendo di possedere in questo stato poteri curativi soprannaturali.

Una nuova era si aprì nel diciottesimo secolo grazie al tedesco **Franz Anton Mesmer** (1734-1815), medico naturalista, il quale propose una terapia detta poi *mesmerismo* o *magnetismo animale* che si fondava su quattro principi fondamentali: 1) un invisibile **fluido** che a suo dire riempiva l'universo costituendo un mezzo di connessione tra l'uomo, la terra, i corpi celesti e tra uomo e uomo; 2) la concezione che la malattia avesse origine dalla distribuzione non omogenea di tale fluido all'interno del corpo umano; 3) la presunzione di poter incanalare con tecniche particolari il fluido per convogliarlo verso altre persone; 4) la possibilità di indurre in questo modo "crisi" curative.

Mesmer elaborò in questo modo un metodo di cura in un primo tempo costituito dalla semplice applicazione di magneti sulle parti del corpo da curare (si era agli albori del magnetismo); successivamente

introdusse molte varianti, tra cui l'imposizione delle mani irraggianti "energie benefiche" e i bagni collettivi in grandi tinozze contenenti "acque magnetizzate". Per spiegare meglio le operazioni da eseguire durante la cura scrisse nel 1779 il saggio *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*.

Per fare luce sulle sue controverse pratiche, nel 1784 il re Luigi XVI nominò una commissione di indagine composta da grandi scienziati, tra cui Antoine Lavoisier e Benjamin Franklin, che dopo alcuni mesi di indagini e di esperimenti condotti con l'assenso di un allievo di Mesmer giunse alla conclusione che gli apparenti benefici della terapia fossero dovuti esclusivamente a quello che oggi chiamiamo effetto placebo.

Al **marchese di Puységur**, allievo di Mesmer, va il merito della scoperta del *sonnambulismo artificiale*. Egli iniziò a praticare il magnetismo con una tecnica simile a quella del suo maestro. Durante una seduta osservò in un suo paziente uno stato particolare, uno stato di sonno apparente accompagnato da un'attenzione potenziata e un'intelligenza più brillante rispetto a quella dello stato di veglia (condizione oggi a noi ben nota). Questo stato simile al sonno e agli stati di sonnambulismo naturale venne chiamato sonnambulismo artificiale per sottolineare il fatto che veniva indotto da un operatore. Questo stesso paziente soffriva di leggeri disordini respiratori e di crisi convulsive, che durante le sedute non comparivano; come notò Puységur; il paziente in seguito guarì. Questo episodio dimostrò l'importanza del contatto verbale tra magnetizzatore e magnetizzato, ma per Puységur il vero agente curativo era ancora rappresentato dalla volontà del magnetizzatore. L'abate portoghese **J. C. Faria** (1750-1818) con i suoi studi sui metodi di induzione si avvicinò ad alcune tecniche moderne oggi

dette rapide. La sua modernità si deve soprattutto all'importanza che egli conferì alla suggestione verbale e alla descrizione degli stati post-ipnotici. Gli storici considerano questa figura come il precursore della scuola di Nancy. Egli magnetizzava i suoi pazienti ordinando loro bruscamente: "dormite!". Sosteneva giustamente che il cosiddetto sonno magnetico dipendesse non dal magnetizzatore ma dal paziente stesso.

In Inghilterra **James Braid**, chirurgo di Manchester, nel 1841 tentò di definire le basi scientifiche del fenomeno che egli chiamò *ipnotismo*¹, demistificando il mesmerismo. Secondo la teoria di Braid, lo stato ipnotico è il risultato dell'associazione di una causa fisica (concentrazione su di un punto) e di una causa psichica predominante (monoideismo). A partire da questo presupposto sviluppò una tecnica di induzione che consisteva nel fissare un oggetto brillante e nel concentrarsi su di un'unica idea.

La tecnica ipnotica conoscerà, dopo un periodo di eclissi tra il 1860 e il 1880, un ampio sviluppo soprattutto in Francia, dove sarà praticata da alcuni medici di campagna come **Ambroise-Auguste Liebault**, che utilizzando le teorie di Braid guarirà un paziente del professor H. Bernheim nella clinica medica di Nancy. **Bernheim**, convinto della validità delle tecniche di Liebault, le introdurrà nel suo reparto ospedaliero universitario, difendendo così all'interno del mondo medico l'esistenza e la validità dell'ipnosi (cosa oggi rara ad osservarsi nel mondo accademico). Allo stesso tempo a Parigi emerse una delle più gloriose figure della medicina francese,

1

Oggi chiamiamo ipnotismo l'interazione fra operatore e soggetto allo scopo di sviluppare l'ipnosi a fini terapeutici o di ricerca.

Charcot (1825-1893), il quale nel 1878 si avvicinò a sua volta all'ipnosi. In seguito vennero create due importanti scuole antagoniste che si confronteranno per tutta la fine del secolo XIX: Liébault e Bernheim fondarono insieme la **scuola di Nancy** e Charcot fondò la **scuola della Salpêtrière**.

Jean Martin Charcot, approfondendo la teoria di Mesmer con metodo scientifico, distinse 3 stadi nell'ipnosi (letargico, catalettico e sonnambulico) e descrisse le modificazioni organiche del tono muscolare e dei movimenti riflessi durante l'ipnosi. Riuscì a dimostrare l'esistenza di una patologia, fino ad allora definita come *possessione*, che denominò isterismo o isteria. Nel 1882 Charcot presentò all'accademia delle scienze la sua famosa relazione nella quale descriveva la fenomenologia dello stato ipnotico.

Fra il 1885 e il 1886, in seguito alla sua breve permanenza alla Salpêtrière, **S. Freud** si convinse della realtà del fenomeno ipnotico e sviluppò la sua teoria sullo stato ipnoide integrandola con la teoria di Breuer. Secondo tale concezione il Super-Io del paziente risulterebbe sostituito dall'ipnotista mediante la rievocazione dell'immagine paterna (o di figure cariche di significati affettivi, inerenti fasi precedenti della vita, in particolare dell'infanzia). Dalla disgregazione del Super-Io deriverebbe inoltre la sospensione della facoltà critica con un conseguente attaccamento affettivo del soggetto all'ipnotista. Per alcuni anni Freud impiegò l'ipnosi nella sua pratica come mezzo terapeutico, abbandonandola più tardi, non perché ne negasse la validità, ma perché non corrispondeva più ai suoi metodi d'indagine dell'inconscio (egli voleva inoltre affermare la propria teoria contro quelle correnti). Questo abbandono gli consentì di mettere a punto un'altra tecnica derivante dall'ipnosi, la tecnica analitica.

Certamente l'epoca d'oro dell'ipnosi fu il periodo compreso tra il 1882 e il 1892; a testimonianza di ciò il primo congresso internazionale sull'ipnotismo sperimentale e terapeutico, tenutosi a Parigi nell'agosto del 1889.

In Russia lo studio dei fenomeni ipnotici avvenne a opera di Danilevskij e di Bechterev che sostennero l'importanza non solo dei fattori psichici ma anche di quelli fisici nell'insorgenza dell'ipnosi. Il contributo maggiore, tuttavia, fu dato da **J. P. Pavlov**, il quale interpretò l'ipnosi alla luce dei suoi studi sui riflessi condizionati e la definì come un processo di inibizione corticale diffusa che si accompagna a eccitazione concentrata in una zona. È la nascita della psicosomatica e della somatopsichica.

Con la morte di Charcot (1893) e l'inizio della psicoanalisi cominciò per l'ipnosi un periodo di decadenza, specialmente in Francia. Le applicazioni dell'ipnosi diminuirono sia in campo chirurgico, dove l'interesse si spostò sugli anestetici chimici (l'etere fu usato per la prima volta in chirurgia negli Stati Uniti nel 1846), sia in campo psicoterapeutico, dove l'attenzione si stava lentamente spostando verso le nuove teorie elaborate da Freud. Il letargo nello studio dell'ipnosi durò fino alla prima guerra mondiale, quando l'idea di trattare le nevrosi traumatiche di guerra mediante l'abreazione risvegliò l'interesse per le tecniche ipnotiche.

Dopo la seconda guerra mondiale l'atteggiamento della scienza ufficiale nei confronti dell'ipnosi migliora notevolmente. Nel 1949 venne fondata negli USA la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*, che nel 1959 divenne Società internazionale. Nel 1957 venne fondata l'*American Society of Clinical Hypnosis* e nel 1958 l'American Medical Association riconobbe l'ipnosi come legittimo metodo di cura in medicina e in odontoiatria. Nel 1961 venne redatto

un rapporto dall'American Psychiatric Association, in cui si legge: "L'ipnosi è un metodo psichiatrico specializzato e in quanto tale costituisce un aspetto dei rapporti medico-malato. Nella pratica psichiatrica l'ipnosi offre un ausilio utilizzabile nella ricerca, in diagnostica e in terapia".

Nel 1969 l'American Psychological Association creò una sezione di psicologi che si interessavano principalmente di ipnosi. Un ricercatore di successo, considerato un'autorità nel campo dell'ipnositerapia e delle psicoterapie brevi, fu lo statunitense **M. Erickson**. La pratica ipnotica divenne con lui una particolare e profonda capacità di comunicare con il paziente, avendo in primo luogo una incondizionata fiducia nella saggezza e positività dell'inconscio umano. Questa concezione ribalta la visione freudiana dell'inconscio e propone una terapia ipnotica non più fondata sulla potente figura dell'ipnotista, ma centrata sulla persona, sul recupero delle sue risorse, sulla capacità da parte del paziente, a partire dal proprio inconscio sostanzialmente sano, di intraprendere un percorso virtuoso di auto-guarigione, nel quale lo psicoterapeuta svolge la funzione di catalizzatore, fornendo continuo sostegno e rassicurazione. Erickson non applicava un procedimento standardizzato: ogni paziente, ogni persona richiedeva un percorso unico ed originale. Attraverso l'uso della sorpresa e del paradosso egli percorreva insieme al paziente una strada ricca di novità verso la riscoperta delle proprie risorse e potenzialità. La stella polare della sua attività psicoterapeutica fu la convinzione che la mente di ciascun uomo sapesse bene quali fossero i propri obiettivi, le mete che voleva raggiungere e che il compito del terapeuta fosse quello di aiutarlo nell'impresa, senza sovrapporre la propria volontà a quella del paziente, aiutandolo semplicemente a tenere saldo il timone

verso la direzione prefissata. Qui parliamo di paziente perché Erickson fu esclusivamente un terapeuta, non uno sperimentatore o un didatta. Furono i suoi allievi e successori a formalizzarne in qualche modo la dottrina. Erickson fu socio fondatore dell'*American Society of Clinical Hypnosis* e contribuì a dare dignità scientifica all'ipnosi.

In Italia la prima associazione scientifica per lo studio e l'applicazione dell'ipnosi fu l'AMISI (*Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi*) che nacque nel 1960. Qualche anno dopo, nel 1979, venne fondato a Torino da **Franco Granone** il C.I.I.C.S. (Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale) che istituì una Scuola post-universitaria. Oggi tale istituzione ha la denominazione e lo statuto di *Istituto Franco Granone CIICS* ed è guidato dal principale allievo di Granone, lo psichiatra A. M. Lapenta.

CHE COSA E' L'IPNOSI

Secondo la definizione dell'*Istituto Franco Granone CIICS* l'ipnosi è *la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata, uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico, nel quale un soggetto ottiene modificazioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo di monoideismi plastici e del rapporto operatore-soggetto.* Grazie al rapporto medico-paziente che si viene a creare e grazie al potere dell'immaginazione che viene guidata dall'operatore sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali nell'ipnotizzato. *La possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e di realizzarsi nell'organismo, riverberando sul piano psicosomatico, è definita monoideismo plastico.*

In parole più semplici si ha il monoideismo plastico quando una persona si concentra su un'idea così intensamente che questa si concretizza in una manifestazione psichica o fisica constatabile anche dagli astanti. Il monoideismo può anche verificarsi spontaneamente e divenire plastico nella vita quotidiana.

L'ANSIA NEL PAZIENTE ODONTOIATRICO

L'ansia e la fobia odontoiatriche sono un fenomeno universale, con un'incidenza che oscilla tra il 10 e il 30% della popolazione mondiale, in relazione a diverse variabili, come fattori socioculturali ed etnici, esperienze precedenti, tipo di intervento.

L'ansia odontoiatrica ha un forte impatto nella vita del paziente, con una vasta gamma di conseguenze che possono arrivare all'evitamento delle cure odontoiatriche.

L'ansia odontoiatrica può essere associata ad altre fobie, espressione di un unico elemento fisiopatologico per effetto di processi di associazione e generalizzazione (ad esempio la claustrofobia come conseguenza di trattamenti odontoiatrici traumatici nell'infanzia).

La storia dell'odontoiatria è stata associata per secoli al dolore inevitabile e alla sofferenza. L'ansia e la fobia odontoiatriche possono essere apprese a qualsiasi età, più frequentemente durante l'infanzia, a causa di un'esperienza traumatica generata da un comportamento inappropriato del dentista (ad esempio l'uso di mezzi di contenzione fisica e la tecnica *mano sulla bocca* per ottenere l'immobilizzazione del paziente).

L'ansia odontoiatrica può anche essere appresa indirettamente attraverso familiari ed amici, osservando come testimoni trattamenti traumatici o ascoltandone la narrazione, o attraverso i media.

Le conseguenze dell'ansia odontoiatrica sono molteplici e rilevanti:

1. impedire un trattamento odontoiatrico appropriato
2. compromettere il rapporto dentista/paziente

3. portare al comportamento di evitamento
4. causare un progressivo decadimento della salute orale e della qualità di vita
5. aumentare le complicanze perioperatorie.

A questo proposito non bisogna dimenticare che la risposta simpatica allo stress generato dall'ansia è anche la principale causa, assieme al dolore, delle emergenze odontoiatriche, quali sincope vaso-vagale (favorita altresì dalla posizione head up tilting), ipertensione, tachicardia e incidenti cardiovascolari.

Nei pazienti portatori di malattie sistemiche, come ad esempio i cardiopatici, l'ansia può causare un'alterazione dell'omeostasi cardiocircolatoria in seguito alla reazione da stress esponendo il paziente a gravi complicanze.

IL SIGNIFICATO SIMBOLICO DELLA BOCCA

Per comprendere le motivazioni che stanno alla base di un comportamento di sfiducia verso le cure odontoiatriche, in cui ansia e paura la fanno da padroni, è utile fare un accenno al significato emotivo e simbolico assunto dalla bocca.

Secondo la teoria psicoanalitica di Freud lo sviluppo del bambino avviene attraverso varie fasi, la prima delle quali, denominata fase orale, corrisponde suppergiù al primo anno di vita. La fase orale viene così definita perché la bocca assume un ruolo importante nel processo di conoscenza della realtà del bambino, rappresentando per lui il legame con il mondo esterno. Fin dai primi giorni di vita , il neonato stabilisce un legame affettivo particolare ed esclusivo con la madre attraverso la suzione del capezzolo e l'allattamento. Inoltre impara a conoscere il mondo attraverso l'esplorazione sensoriale nel cavo orale, mettendo in bocca tutti gli oggetti che lo circondano. Attraverso la bocca il bambino prova verosimilmente piacere. L'atto della suzione praticata nel sonno – che Freud denominò succhiare con delizia – non è collegato alla soddisfazione alimentare e dimostra che il piacere che ne deriva è di tipo autoerotico. Questa prima fase viene definita anche passiva, predentizionale o succhiante.

Attraverso la bocca il bambino acquisisce il suo primo modo di accostarsi alla realtà: quello dell'incorporare, del prendere dentro di sé. In questa fase tutta la superficie della pelle del bambino va intesa come un organo di senso. Ciò permette l'instaurarsi di una ricca comunicazione non verbale tra il bambino e la sua nutrice. Grazie a

questo rapporto simbiotico , si definisce il senso primario di fiducia (o di sfiducia) derivante dalla sintonia tra la capacità di ricevere del bambino e quella oblativa della madre; si realizza una magica intesa che rassicura il piccolo e gli consente di sviluppare poi le proprie capacità di altruismo.

Questo vale sia per il bambino allattato al seno sia per quello nutrito con il biberon; anche qui la reciprocità del rapporto è fondamentale , così come le manifestazioni affettuose della madre, in grado di colmare con coccole e carezze la futura perdita del suo seno.

Il primo stadio della fase orale per molti rappresenta la fase più felice dell'esistenza, una sorta di paradiso terrestre; ma con l'inizio del processo di dentizione il rapporto madre↔figlio, che fino a quel momento era stato felice ed appagante, attraversa un periodo di crisi e di frustrazioni. Si tratta di un periodo delicato per il bambino, che prova dolore per l'eruzione dei primi denti mentre d'altra parte l'inizio dello svezzamento lo allontana sempre di più dal seno materno, sua fonte di piacere. Va sottolineato che si tratta soltanto di teorie non provate scientificamente.

In questo stadio il piccolo trova sollievo alle sofferenze della dentizione mordendo l'oggetto: siamo nella fase orale detta **attiva** o mordente. In questo momento si afferma il modello incorporativo, che consiste nel prendere e trattenere le cose. Il piccolo inizia a muoversi tanto da poter afferrare gli oggetti che si trovano alla sua portata. Si tratta ancora di un momento delicato: il bambino sperimenta per la prima volta ciò che è bene e ciò che è male e il senso di frustrazione. Bisogna ricordare infatti che quello di mordere è anche un impulso aggressivo ed è estremamente importante il modo in cui la madre reagisce di fronte a ciò. Il bambino deve essere aiutato a passare attraverso questo male inevitabile nel modo più

dolce e rassicurante possibile; deve abituarsi gradualmente e deve essere compensato con maggiori manifestazioni d' affetto per placare le sofferenze di questo periodo.

Nella fase orale ci deve essere corrispondenza tra i bisogni affettivi e fisici del piccolo e la capacità dell'ambiente di soddisfarli armoniosamente; il soggetto che è stato adeguatamente appagato nella fase orale sarà ottimista, sufficientemente sicuro di sé e spontaneamente altruista: avrà cioè acquisito quella che Erikson ha definito la fiducia di base, che lo accompagnerà in tutta la sua vita.

Nella fase orale abbiamo visto che c' è una sorta di ambivalenza tra il piacere provocato dal bambino nell'atto della suzione e l'aggressività che si manifesta nel mordere. Libido ed aggressività si fondono insieme provocando ambivalenza affettiva. Se nella fase orale si sono verificate disarmonie nel rapporto per difetto tra il neonato e la sua nutrice, la parte aggressiva dell'ambivalenza prende il sopravvento. Una fase orale perturbata porterà ad un atteggiamento di sfiducia di base o a tratti di carattere orale più o meno marcati. Tali tratti si riscontrano abbastanza frequentemente: lo stesso Freud, che per primo li aveva descritti, non ne era immune. Dai rapporti primordiali dipende la modalità delle relazioni successive con se stessi e con gli altri, e anche la strutturazione del sistema nervoso, soprattutto a livello del sistema limbico. Perciò di tali esperienze primitive rimane traccia perenne nella parte inconscia del cervello. La fase orale marca profondamente tutta la nostra vita per fissazione o per regressione.

Alla luce di ciò apparirà più chiaro come il lavoro del dentista sia peculiare, perché la sede delle manovre odontoiatriche, il cavo orale, è investita di significati emotivi e simbolici particolarmente profondi, che rimandano alle prime esperienze di vita e di relazione. La bocca

è la zona del corpo che più di altre è legata ad esperienze piacevoli (la nutrizione, la parola, gli scambi affettivi, l'apprendimento sensoriale).

In uno sviluppo psicologico equilibrato, il bambino sarà in grado di rispondere positivamente e con fiducia manovre mediche necessarie per curare le problematiche dentali; al contrario in uno sviluppo perturbato l'ansia e la paura emergono dall'inconscio e quando la bocca viene violata dall'esplorazione medica si innesca automaticamente una reazione di evitamento / fuga / aggressività, quasi a voler difendere la propria intimità dall'intrusione di oggetti poco rassicuranti.

È molto facile per il bambino proiettare le proprie paure sulla figura dell'odontoiatra, che nei suoi disegni viene spesso rappresentato come una figura minacciosa, di dimensioni gigantesche e armato di spade, pugnali ed altri strumenti di tortura.

Nell'adulto la bocca perde la centralità che aveva nella fase orale infantile ed assume la simbologia di *via vitale orale*. In uno sviluppo psicologico equilibrato, nell'adulto la bocca non è più il centro dell'universo, ma resta comunque una parte del corpo di fondamentale importanza; è una via vitale perché permette l'assunzione di cibo (sopravvivenza) e la manifestazione di affettività (baciare).

La via vitale orale è molto innervata perché deve riferire immediatamente la presenza di qualsiasi oggetto a contatto con le sue parti più esterne come le labbra e quelle più interne, per catalogarne la natura. Deve operare una serie di controlli qualitativi e quantitativi affinché si attivino i riflessi pertinenti (rifiuto all'introduzione o inizio dei processi masticatori). Attraverso la bocca può essere introdotto cibo, ma anche veleni od oggetti lesivi o

asfissianti, in grado di mettere a repentaglio la vita dell'individuo. Del resto l'importanza fondamentale della bocca per la sopravvivenza della specie contribuisce a spiegare come mai nel linguaggio corrente vi siano molte metafore con chiari riferimenti ad essa: "pendere dalle labbra" di un oratore brillante, "divorare un libro" con la lettura; "essere buoni come il pane"; "bersi delle frottole"; "mangiarlo in un boccone".

La via vitale della bocca è sotto il controllo del cervello inconscio e ci protegge da tutte quelle situazioni che vengono valutate come minacciose per la nostra sopravvivenza.

Chi meglio dell'odontoiatra è un attentatore di questa via vitale, con tutti quegli strumenti appuntiti che potrebbero far male?

Anche gli adulti possono manifestare le stesse reazioni di evitamento/fuga quando si trovano sulla poltrona del dentista. Nonostante siano dotati di una parte razionale che porta a riconoscere la necessità di farsi curare, a volte possono manifestare comportamenti istintivo-irrazionali di rifiuto allorquando prevalga una istantanea regressione a livelli evolutivi infantili e primordiali.

LA PAURA DEL DENTISTA

Ansia e paura sono termini che intervengono spesso nel descrivere le reazioni che prova il paziente odontoiatrico. Erroneamente esse vengono usate indifferentemente per indicare uno stato emotivo spiacevole, ma in realtà sono due emozioni che seppure legate, hanno significati diversi. La paura è un'intensa emozione derivata dalla percezione di un pericolo, reale o supposto; riguarda sempre qualcosa di tangibile e ben definito, elaborato razionalmente dalla mente cosciente. L'ansia invece è un sentimento interno più indefinito e nel caso di una seduta odontoiatrica corrisponde alla reazione emotiva elaborata in risposta alla valutazione cognitiva della paura. La paura comunque genera ansia. Ed in ambito odontoiatrico la paura è soprattutto quella di provare dolore.

Ma perché nell'immaginario collettivo la cura odontoiatrica si associa sempre al timore del dolore fisico?

Nella spiegazione di tale credenza entrano in gioco diverse motivazioni : una culturale, profondamente radicata, una più obiettiva e fisiologica, e una più psicologica.

Componente culturale

Per quanto riguarda l'aspetto culturale ci riferiamo alla credenza ormai radicata tra la gente secondo la quale la cura odontoiatrica è un qualcosa di spiacevole che provoca inevitabilmente dolore. Nonostante i molti sforzi fatti negli ultimi anni dalla categoria, la figura del dentista rimane fermamente legata all'immagine stereotipica del "cavadenti". Queste credenze culturalmente apprese

e profondamente radicate giocano un fattore causale importante nella genesi di questo tipo di paura; non vengono quasi mai smentite dai genitori o dalla scuola, dai fumetti o dalla televisione e anche quando vengono sminuite i messaggi impliciti relativi a dolore e tensione che inevitabilmente si proveranno dal dentista emergono tra le righe come messaggi subliminali.

Ma perché è nata questa credenza?

A tale proposito si deve ricordare che la figura dell'odontoiatra è stata inquinata dalle pratiche abusive di falsi dentisti che operano nel cavo orale del paziente senza conoscenze adeguate e senza titolo. Praticare l'anestesia in certi casi (come per esempio nell'esecuzione della tronculare) richiede la conoscenza di particolari reperi anatomici, senza la quale non si ottiene l'effetto desiderato. Ecco che allora il paziente dice a ragione :”Mi ha fatto l'anestesia, ma ho sentito male”. Va detto poi che vi sono odontoiatri – e potrebbero essere la maggioranza – che tendono a praticare analgesie “leggere” nell'erroneo ed assurdo timore di provocare danni con l'anestetico locale, mentre semmai è il dolore a provocare danni. È anche vero che a volte l'esecuzione di una tecnica anestesiologicala perfetta non garantisce l'eliminazione completa del dolore, per varianti anatomiche individuali del soggetto o per un processo infiammatorio in atto che può annullare in parte l'effetto analgesico del farmaco.

Bisogna anche dire che è importante comunicare chiaramente al paziente che le sensazioni tattili non verranno annullate dall'anestetico: durante l'estrazione di un dente il paziente non sentirà dolore, ma avvertirà una sensazione di pressione in alcuni punti o di strappo. Se non si fa questa doverosa precisazione il paziente, magari in preda ad una reazione emotiva particolarmente

intensa, tenderà a colorare di drammaticità la seduta, interpretando come dolorosi degli stimoli che in realtà non lo sono.

Spesso capita di dover vedere un paziente in urgenza; in situazioni cliniche di dolore acuto è importantissimo praticare una corretta anestesia ed iniziare il lavoro solo quando si ha la certezza del risultato raggiunto, perché l'ansia ed il dolore possono essere indistinguibili. Il dolore percepito o previsto aumenta l'ansia; quest'ultima non solo riduce la soglia del dolore, ma può portare alla percezione di stimoli dolorosi quelli che normalmente non lo sono.

Componente oggettiva (dolore)

Un altro motivo per cui alla cura odontoiatrica da sempre si associa il timore del dolore fisico è il fatto che in realtà il cervello dedica buona parte della sua attività a farci percepire il dolore ed in particolare quello dentale.

Componente psicologica

In alcuni casi la paura del dentista sembra legata ad una componente più che altro psicologica; a volte gli effetti dei farmaci anestetici non possono rassicurare quelle persone che soffrono di paure irrazionali molto intense e profondamente radicate. In questi casi il dentista si ritrova a dover gestire situazioni non facili perché non può comprendere il motivo legato ad un determinato comportamento indice di sofferenza e di disagio, e in questi casi è davvero facile perdere il controllo. Talvolta trattenersi dal dire: "Ti ho fatto l'anestesia, non puoi sentire male" è davvero difficile.

Nel corso di interventi di chirurgia orale possono insorgere in alcuni pazienti angosce e timori irrazionali. La paura di perdere un dente può essere vista come una specie di attacco alla propria integrità

psicofisica e allo schema corporeo. Subire passivamente l'avulsione di una cosa propria può attivare paure di natura inconscia, come il timore di essere defraudato, di manifestare al dentista e all'assistente le proprie parti più vulnerabili ed infantili, perdendo così quella stima che si era sicuri di meritare. Freud interpretò per primo la paura di perdere un dente come angoscia di castrazione e in molti sogni raccontati dai pazienti la figura del dentista rappresenta simbolicamente quella di un padre castrante che incombe minaccioso .

Un dentista che si trova a dover gestire questi pazienti definiti difficili deve saper riconoscere le situazioni in cui può fare qualcosa, da altre in cui è meglio inviare il paziente ad uno psicoterapeuta, che con il giusto approccio cognitivo comportamentale possa risolvere queste paure irrazionali. Sembra sempre più importante che il dentista moderno impari a diventare anche un po' psicologo, per far fronte a problematiche sempre più frequenti all'interno dello studio odontoiatrico.

STRUMENTI DI RILEVAZIONE PSICOMETRICA DELL'ANSIA ODONTOIATRICA

È utile che l'odontoiatra nella sua pratica clinica utilizzi appositi strumenti di rilevazione dell'ansia del paziente, in modo da poter inquadrare subito quelle persone che richiedono un approccio particolare. A volte il paziente esprime il suo disagio al medico e questo è anche un modo per sdrammatizzare o alleviare la tensione emotiva provata; altre volte il soggetto entra in studio apparentemente tranquillo perché si vergogna di manifestare paura e dopo un po' di tempo improvvisamente la reazione fisiologica della paura si rende evidente spiazzando il professionista che non se lo aspettava. Per poter individuare tempestivamente le reazioni emotive ed i comportamenti ansiosi dei pazienti sono disponibili alcuni strumenti, fondamentalmente dei questionari, che vengono compilati dal soggetto prima di sottoporsi alle cure odontoiatriche, nel corso del primo colloquio conoscitivo.

Alcuni questionari sono adatti ai bambini, altri ancora vanno bene sia per gli adulti che per i soggetti in età evolutiva. Generalmente sono di facile compilazione ed hanno un elevato grado di attendibilità, come dimostrano molti studi. Tra tutte le scale di valutazione dell'ansia, quella maggiormente utilizzata in odontoiatria dal 1969 è la *Corah Dental Anxiety Scale* (CDAS) di Norman Corah (Appendice 1). Questa scala, utilizzata per gli adulti, si compone di quattro domande con cinque possibili risposte ed è specifica per l'ambiente odontoiatrico, valutando sia l'ansia anticipatoria che quella presunta nel momento della cura. Alle risposte viene assegnato un punteggio da 1 a 5, per cui il punteggio totale per ogni individuo può variare da 4 a 20.

Per i bambini dai 3-4 anni in poi si può utilizzare la *Facial Image Scale* (FIS) proposta da Buchanan e Niven nel 2002. Questa scala si basa sull'autovalutazione e come tale può essere considerata soggettiva; vengono utilizzate immagini particolari che rimandano a sensazioni conosciute, e per questo motivo risulta particolarmente semplice da comprendere anche per il bambino. Si compone di una serie di immagini stilizzate che rappresentano espressioni facciali diverse: si va dalla faccia sorridente a quella piangente, passando attraverso stati d'animo intermedi. Ad ogni immagine viene associato un punteggio che viene poi valutato statisticamente. Il bambino al di sopra dei due anni è solitamente in grado di immaginare una situazione felice e una particolarmente triste, pertanto è sufficiente spiegargli la possibile associazione con la seduta odontoiatrica ed egli sarà in grado di indicare l'immagine che più verosimilmente descrive il proprio stato d'animo in quel contesto.

Un altro questionario molto utilizzato è il DAI SHORT, modificato da Stouthard nel 1995, in cui sono presenti 10 domande con particolare riferimento alla situazione di potenziale dolore ed ansia, tanto anticipatoria quanto sperimentata nel contesto della visita odontoiatrica ed altre 3 domande che inquadrano il rapporto tra il paziente ed il dentista e le aspettative che il paziente ha circa le probabili reazioni del professionista nel corso della prestazione medica.

L'utilizzo dei questionari per la valutazione dell'ansia permette di avere una descrizione più dettagliata del tipo di canale mediante il quale l'ansia si manifesta principalmente: la persona può infatti esprimere le proprie preoccupazioni preferendo il canale cognitivo con una serie di idee catastrofiche, il canale comportamentale (agitazione, tensione) o una risposta somatica (tachicardia,

sudorazione, tremore, nausea) o ancora una particolare combinazione di queste. Un altro aspetto che va indagato è quello legato agli aspetti situazionali e cioè se la persona si preoccupa maggiormente degli aspetti preliminari del trattamento, dell'interazione con il dentista, o della fase di trattamento vera e propria.

Inoltre durante il colloquio si dovrà indagare anche se sono presenti nel paziente altre forme di psicopatologia: queste, se esistenti, sono un predittore negativo per l'ansia del dentista.

Se valutare l'ansia è importante nel paziente sano, nel paziente con patologie sistemiche lo è ancora di più per la facilità con cui si possono verificare emergenze mediche: un cardiopatico non ha la capacità di sopportare frequenze cardiache elevate; inoltre i pazienti con patologie sistemiche hanno un'ansia tendenzialmente più elevata per il fatto che fanno i conti con le cure mediche e con pratiche invasive da tempo.

Gli strumenti di rilevazione psicometrica dell'ansia hanno permesso di compiere numerosi studi per indagare la relazione tra ansia odontoiatrica ed alcuni effetti modulatori. I risultati mostrano una associazione tra ansia odontoiatrica e le pregresse esperienze traumatiche, l'atteggiamento negativo della famiglia d'origine, la paura del dolore, la percezione di un trattamento senza successo, le cure odontoiatriche che hanno comportato dolore.

Alcuni autori riportano un maggior grado di ansia nelle femmine e nei giovani rispetto ai maschi e alla popolazione più anziana.

I pazienti odontofobici sono prevalentemente femmine, mentre per i maschi la paura di provare dolore è la causa principale dello stato ansioso.

Risultano più ansiosi i soggetti con scarsa educazione scolastica e

quelli che si recano dall'odontoiatra meno frequentemente.

L'esperienza più ansiogena è rappresentata dalla vista dell'ago e dall'iniezione dell'anestetico locale.

L'ANSIA E LA PAURA ODONTOIATRICA

Il problema dell'ansia inizia ad invadere la persona quando questa pensa al percorso terapeutico che dovrà intraprendere. Quello che spaventa il paziente non è il fatto di avere una patologia, ma il modo in cui essa verrà curata. E' l'anticipazione delle sensazioni che sicuramente proverà. E' la previsione praticamente certa delle conseguenze negative che avranno su di lui le manovre del dentista. E' l'ansia da anticipazione. Oltre alla paura della cura, il paziente teme anche ciò che non conosce, l'ignoto. Infatti se il paziente ha la possibilità di vedere prima il luogo, le persone che incontrerà, il tipo di terapia che dovrà affrontare, l'ansia si riduce. Il secondo appuntamento normalmente incute meno timore rispetto al primo (sempre che tutto sia andato bene nel corso della prima seduta). Durante la terapia, il paziente ha bisogno di sapere cosa accadrà nella sua bocca e per questo risulta molto utile spiegare le procedure prima di effettuarle; non riuscendo a vedere, deve compiere un atto di fiducia verso il dentista.

Un'altra paura è quella di "comportarsi da sciocchi"; il paziente teme che le sue reazioni fisiologiche di ansia e paura vengano percepite dal medico e che ciò possa portare il dentista a ridicolizzare l'accaduto. L'odontoiatra potrebbe pensare che è sciocco, anormale, incapace, debole, o che si comporta come un bambino. Oltre a ciò teme che il suo stato di igiene orale possa essere giudicato con affermazioni umilianti od imbarazzanti.

Un'altra paura è quella legata al fatto di essere prigionieri, di non avere vie d'uscita e di essere costretti a subire il trattamento senza la possibilità di parlare o di alzarsi. Il paziente avverte l'incapacità di poter controllare l'evento. Le sue reazioni istintive non possono

manifestarsi liberamente, perché un movimento improvviso potrebbe ferirlo. Accanto a queste paure possono fatti largo pensieri negativi ed idee catastrofiche, tipiche del soggetto ansioso. E' l'idea che qualcosa possa andare storto nel corso della terapia: una radice si rompe, l'anestesia non funziona, il dente non si può salvare e andrà estratto. Quando il dentista cambia strumento, questo significa che il peggio deve ancora arrivare; se cambia punta del trapano, quella sarà sicuramente la più dolorosa; se la poltrona viene reclinata più all'indietro o se viene direzionata la luce per vedere meglio, sicuramente qualcosa di imprevisto e di grave è successo. Queste idee catastrofiche hanno la caratteristica di essere difficilmente scalzabili con argomentazioni razionali e di essere difficilmente controllabili dal paziente. Più si cerca di non pensare, più le idee ritornano a sottolineare la tensione provata, generando un circolo vizioso che si autoalimenta.

Un'altra caratteristica del paziente ansioso è l'atteggiamento "ingessato" e contratto che invade tutto il suo corpo; nonostante si trovi seduto su una poltrona confortevole non riesce proprio a rilassarsi, anzi, più ci prova, più il suo corpo è in tensione, alimentando ancora una volta un circolo vizioso che autoalimenta l'ansia e la paura.

Un'ulteriore caratteristica è l'iperfocalizzazione dell'attenzione sul dente. In altre parole il paziente è interessato solo al dente che viene curato dal dentista e agli strumenti che vengono usati; è quasi insensibile agli altri stimoli. Questa limitazione, o iperfocalizzazione, è uno dei meccanismi che facilitano e aumentano la sensibilità dolorosa: il paziente cerca di prevedere il dolore che proverà e finisce col sentire anche quello che ancora non c'è e che forse non proverà mai.

I tentativi del paziente di far fronte al problema rientrano in quelli che vengono definiti processi di coping: argomentazioni razionali, farsi accompagnare (richiesta d'aiuto), distrarsi, rilassarsi, controllare l'odontoiatra, controllare il proprio corpo, controllare i pensieri catastrofici, evitamento (richiesta di anestesia generale, cambiare dentista, dimenticarsi o disdire l'appuntamento, non prendere l'appuntamento). Tutte queste forme di coping non solo non aiutano il paziente, ma sono, controproducenti perché alimentano la paura e l'ansia. Sono tutte tentate soluzioni che si rivelano essere dei circoli viziosi per le emozioni negative.

Quando il paziente usa argomentazioni razionali per autoconvincersi ad affrontare la cura, in un primo momento sta meglio, ma in realtà questa tentata soluzione non farà altro che giustificare e perpetuare le sue paure: non c'è bisogno di rassicurare una persona che non ha paura, quindi egli ce l'ha. Il farsi accompagnare può servire per tenere sotto controllo l'ansia che precede l'intervento, ma in realtà ricorda alla persona che ha bisogno d'aiuto, e ciò rimanda alla paura. Inoltre la richiesta d'aiuto nasconde un sottile messaggio del tipo "nel caso in cui dovesse succedermi qualcosa di grave", e ciò rimanda alle idee catastrofiche che alimentano i pensieri negativi legati all'intervento. Quando il paziente mette in atto la tentata soluzione che prevede di rilassarsi o di distrarsi, percepisce la frustrazione di non riuscire nell'intento: più cerca di non pensare al suo dente, più la sua attenzione è iperfocalizzata lì e il fallimento nel risolvere il problema non motiva a cambiare strategia, ma lo porta a pensare di non essersi sforzato abbastanza, con notevole frustrazione. Quando la persona cerca di controllare il proprio corpo, anche in questo caso non ci riesce, anzi, ciò lo porta ancora una volta ad iperfocalizzare l'attenzione sulle modificazioni fisiologiche

che stanno avvenendo in lui; più il paziente controlla, più tende a concentrarsi sulle reazioni che intende limitare e più queste aumentano; più queste aumentano e più alimenteranno l'ansia e il desiderio di controllarle. Altro circolo vizioso dal quale non si esce. Allo stesso modo il paziente tenterà di controllare l'odontoiatra facendogli molte domande, cercando di fare battute per risultare più simpatico al medico; cercherà di scappare con la testa e ad ogni occasione si alzerà con il pretesto di volersi sciacquare. Queste tecniche in realtà non fanno altro che ostacolare il lavoro del medico, ed il paziente è consapevole che ciò si ritorce inevitabilmente contro di lui; dovrebbe collaborare di più anche per velocizzare i tempi, ma proprio non riesce a rimanere passivo. Il paziente pauroso si trova così senza vie di fuga: se non dirige sta male, se lo fa sta male ugualmente.

Il coping di evitamento è ovviamente il più pericoloso per il paziente; viene messo in atto dai pazienti fobici; questi ultimi possono venire alla nostra osservazione molto raramente, data la natura evitante della loro patologia; ma in situazioni d'urgenza o quando le pressioni sociali per un problema estetico si fanno davvero pesanti possono decidersi a farsi curare. Queste persone presentano sempre una situazione orale gravemente compromessa che richiederà tecniche indaginose e complesse. L'uso della parola in questi casi fa già parte della terapia. La seduta operativa dovrà essere rimandata, si cercherà di risolvere il dolore acuto con farmaci antidolorifici potenti e si invierà il paziente alle cure di uno psicologo.

Anche il voler ricorrere all'anestesia generale, che alcuni pazienti richiedono, è una sottile forma di evitamento: il paziente è sollevato dal fatto che non vedrà e non sentirà nulla, ma questo atteggiamento è cognitivamente sbagliato. La soluzione al problema non è

cancellare la cosa, ma viverla per quello che è. Per uscire da tutti questi comportamenti sbagliati che alimentano l'ansia e la paura bisogna aiutare il paziente ad affrontare nel modo migliore da un punto di vista cognitivo-esistenziale l'esperienza a cui sta andando incontro. Bisogna ristrutturare il concetto che quello che stiamo facendo non è una tortura.

Il lavoro da fare è insegnare al paziente quale sia il giusto comportamento e possibilmente renderlo autonomo. In questo l'ipnosi e le tecniche comportamentali sono sorprendentemente efficaci. In alcuni casi selezionati danno risultati maggiori rispetto alla sedazione farmacologica, la quale, inibisce momentaneamente la coscienza del paziente senza risolvere il problema.

IL CONTROLLO DELL'ANSIA

I METODI PER IL CONTROLLO DELL'ANSIA

Le modalità di trattamento del paziente ansioso dipendono da diversi fattori, in particolare dal livello di ansia del paziente, dal tipo di intervento odontoiatrico, dalle competenze dell'operatore.

Le tecniche per il controllo dell'ansia possono essere schematicamente suddivise in:

- Farmacologiche (protossido d'azoto, benzodiazepine, ...)
- Comportamentali (psicoterapia cognitiva, programmazione neurolinguistica, iatrosedazione, ipnosi, ...)

Secondo Manani il percorso ideale per il trattamento dell'ansia e della paura del dolore nel paziente odontoiatrico comprende molteplici passaggi, alcuni essenziali, altri facoltativi, altri ancora al di fuori della competenza dell'odontoiatra e prevede l'utilizzo sia di tecniche farmacologiche che comportamentali:

- Impiego dell'analgesia locale
- Impiego di un anestetico topico prima dell'analgesia locale
- Garantire un buon rapporto di cordialità con il paziente
- Manifestare nei confronti del paziente simpatia e cura
- Limitare al minimo i tempi di attesa del paziente ansioso
- Permettere la presenza di un amico o di un parente durante l'intervento
- Ansiolisi
- Ipnosi
- (- Sedazione profonda: competenza anestesilogica)

(- Anestesia generale: competenza anestesiológica)

Il metodo deve essere scelto in relazione all'età, alle condizioni generali del paziente, al tipo di intervento ed alle cause dell'ansia. In alcuni casi è sufficiente una buona analgesia locale. Altri soggetti, temendo la puntura dell'ago, possono essere informati sulla possibilità di abolire il dolore della puntura attraverso l'utilizzo di specifici anestetici topici. In altri soggetti può essere utile l'ipnosi, purchè effettuata con competenza. Una piccola parte, infine, richiede l'anestesia generale, specialmente quando sia offerta in alternativa ad un'analgesia locale ritenuta dal paziente del tutto insufficiente.

I metodi più diffusamente utilizzati nel trattamento dell'ansia sono di tipo farmacologico, ma i criteri con cui vengono applicati devono rispettare i fondamenti clinici e neurofisiologici nei quali si collocano l'ansiolisi, la sedazione profonda e l'anestesia generale.

Le definizioni di ansiolisi, di sedazione cosciente e di anestesia generale in odontoiatria proposte dal Council on Dental Education dell' American Dental Association sono le seguenti:

A. Ansiolisi.

Diminuzione o abolizione dell'ansia attraverso metodi farmacologici o non farmacologici o entrambi, non associata a depressione dei livelli di coscienza.

B. Sedazione cosciente.

E' presente una depressione minima dei livelli di coscienza, tale da permettere il mantenimento continuo, da parte del paziente, della pervietà delle vie respiratorie e della capacità di rispondere in modo appropriato alle sollecitazioni verbali e fisiche. In accordo con questa definizione i farmaci e/o le tecniche impiegate devono possedere margini di sicurezza sufficientemente ampi da rendere improbabile

una non intenzionale perdita di coscienza.

La sedazione ipnotica rientra in tale ambito poichè il paziente in ipnosi non realizza una perdita di coscienza, sperimentando nulla più che una coscienza modificata.

Sedazione cosciente combinata (inalatoria ed enterale)

E' ottenuta tramite agenti inalatori (protossido d'azoto) in combinazione con agenti sedativi somministrati per via enterale. Questa tecnica non provoca semplicemente ansiolisi, ma livelli più profondi di sedazione fino all'anestesia generale.

Sedazione profonda

E' caratterizzata da depressione della coscienza con incapacità di rispondere adeguatamente ai comandi verbali, perdita parziale dei riflessi protettivi e difficoltà nel mantenere funzionanti le vie respiratorie in modo continuativo e indipendente.

Anestesia generale

Stato di incoscienza associato a perdita parziale o completa dei riflessi protettivi e incapacità di mantenere funzionanti le vie respiratorie.

L'IPNOSI IN ODONTOIATRIA

Le prime applicazioni documentate dell'ipnosi in odontoiatria si riferiscono ad eventi eclatanti anche per i giorni d'oggi: nel 1936 J.V. Oudet, a Parigi, eseguì l'estrazione di un molare cariato in un dodicenne in analgesia ipnotica. Questa fu la prima estrazione dentale documentata, importante da riferire per motivi storici.

L'odontoiatria è stata tra le prime branche professionali a focalizzare l'attenzione sulla possibilità di applicare l'ipnosi in medicina per scopi anestesiológicos. Nell'800, quando l'ipnositerapia si faceva strada tra scettici e promotori, in odontoiatria i mezzi tecnici e farmacologici erano scarsi; vi era la mancanza di anestetici locali, i materiali per la ricostruzione dentale erano limitati, e non si conoscevano le tecniche per conservare gli elementi compromessi, come la conservativa e l'endodonzia; gli strumenti operativi, come il trapano, funzionavano a pedale ed erano alquanto rudimentali.

Le estrazioni dentali costituivano spesso l'unica terapia odontoiatrica disponibile e, in mancanza di anestetici, si trattava di interventi cruenti e traumatici; il dolore faceva parte delle aspettative del paziente che si sottoponeva alle cure dentistiche; per questo l'ipnosi venne accolta fin da subito senza riserve dai pazienti.

Le cose cambiarono con l'introduzione di farmaci sedativi e anestetici in campo medico: nel 1844 Horace Wells, un dentista del Connecticut, intuì che il protossido d'azoto, già noto da 50 anni ma usato soltanto come "droga esilarante" nei salotti e nelle fiere, poteva avere un'applicazione in ambito anestesiológico.

Malgrado ciò alla fine dell'800 in America ed in Europa crebbe

l'interesse per l'ipnosi . In Inghilterra nel 1930 A.Turner riferiva una casistica estrattiva di oltre 40 elementi dentali con la collaborazione dell'ipnotista J. Branwell.

Con il sopraggiungere delle guerre mondiali aumentò l'interesse per l'analgesia ipnotica in campo dentistico come alternativa all'anestesia.

Nel 1948 fu fondata la Società Americana di Psicosomatica Dentale da parte dello psicologo T. Burges, considerato il padre dell'ipnosi in odontoiatria. Dopo gli anni 60 si sono accumulate così tante evidenze sperimentali che British Medical Association e American Medical Association hanno definitivamente riconosciuto il valore clinico dell'ipnosi.

L'ipnositerapia applicata alle branche chirurgiche della medicina è sopravvissuta nel tempo per la sua utilità nei pazienti allergici agli anestetici, e per tutti gli aspetti connessi alla gestione dell'ansia.

Le indicazioni per l'utilizzo dell'ipnosi in campo odontoiatrico sono attualmente le seguenti:

- limitare o abolire l'odontofobia
- limitare o abolire l'agofobia
- limitare o abolire l'ansia da paura del dentista
- ridurre il riflesso del vomito
- ridurre il flusso salivare
- ridurre il sanguinamento
- ottenere l'immobilità della lingua
- claustrofobia (da diga)
- sindromi algico-disfunzionali o patologie dell'atm

- aumentare la compliance nell'igiene
- intervenire nelle abitudini viziate
- accettazione di apparecchi ortodontici e protesi
- intervenire nelle malattie psicosomatiche legate all'odontoiatria (sindrome della bocca bruciante, bruxismo, aftosi..)
- ottenere analgesia completa.

LA GESTIONE DELL'ANSIA ODONTOIATRICA CON L'IPNOSI

In mani esperte l'ipnosi è uno strumento efficace e sicuro nel controllo dell'ansia odontoiatrica, è maneggevole e rapido, non richiede sale di risveglio né tempi di attesa per la dimissione (come succede per l'anestesia generale) e rende il paziente perfettamente autonomo, in grado di essere dimesso senza accompagnamento e di guidare da subito i veicoli (cosa non consentita dalla sedazione con benzodiazepine).

Mentre il trattamento farmacologico rende possibile solo momentaneamente l'esecuzione delle cure odontoiatriche, ma non è in grado di modificare e risolvere i problemi del paziente, l'ipnosi, associata quando necessario alle altre tecniche comportamentali, può portare il paziente al definitivo superamento delle sue difficoltà, a ristrutturare e rielaborare i suoi problemi, rendendolo libero e autonomo per sempre nell'affrontare le cure odontoiatriche e non di rado anche nel migliorare eventuali altre fobie associate. Ciò permette di ridurre drasticamente la necessità di utilizzare i farmaci ansiolitici, e di riservare l'anestesia generale a pochi casi selezionati con bisogni particolari, quali pazienti non collaboranti e quei rari casi di riflesso del vomito o di grave ansia in soggetti non ipnotizzabili.

L'ipnosi, anche se neutra (cioè senza particolari istruzioni o suggestioni) si accompagna sempre a riduzione dell'ansia e ad aumento della sensazione di benessere e tranquillità, ma suggestioni di rilassamento possono essere impiegate per privare del tutto l'atto operatorio dei suoi aspetti ansiogeni.

L'ipnosi si è rivelata uno strumento potente nel controllo dei parametri fisiologici responsabili del mantenimento dell'ansia: attraverso la guida dell'ipnotista il paziente ansioso può controllare il

ritmo del respiro e allentare la tensione muscolare

L'ancoraggio permette inoltre al paziente di accedere alle sue risorse interiori di calma e tranquillità in completa autonomia durante la vita quotidiana, ogni qualvolta si presenti una situazione ansiogena.

La gestione dell'ansia con l'ipnosi è utile anche all'odontoiatra: prendersi cura di pazienti con problematiche di questo tipo è molto stressante e si può incorrere nel burn-out professionale. Il dentista, attraverso l'induzione di un operatore esperto e successivamente con tecniche di autoipnosi, può migliorare le sue prestazioni e ridurre la carica emotiva e ansiogena del suo lavoro.

APPENDICE 1

CORAH DENTAL ANXIETY SCALE (CDAS)

1. Se lei dovesse andare dal dentista, come si sentirebbe il giorno precedente?

- a) mi sentirei come se dovessi affrontare un'esperienza abbastanza piacevole
- b) non mi preoccuperei molto degli eventi che dovrei affrontare
- c) mi sentirei un pò a disagio
- d) sarei timoroso, perché l'esperienza potrebbe essere spiacevole e crearmi paura
- e) sarei molto impaurito di ciò che mi potrebbe fare il dentista

2. Durante la permanenza in sala d'attesa, come si sente?

- a) rilassato
- b) un pò a disagio
- c) teso
- d) ansioso
- e) così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

3. Quando lei si trova sulla poltrona operatoria, in attesa che il dentista prepari il trapano per iniziare il lavoro nella sua bocca, come si sente?

- a) rilassato
- b) un pò a disagio
- c) teso
- d) ansioso
- e) così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

4. Lei si trova sistemato sulla poltrona operatoria in attesa di iniziare la pulizia dei denti. Mentre aspetta che il dentista sistemi gli strumenti che userà per raschiare i denti intorno alle gengive, come si sente?

- a) rilassato
- b) un pò a disagio
- c) teso
- d) ansioso
- e) così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

Scoring the Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R)

- a = 1,**
- b = 2,**
- c = 3,**
- d = 4,**
- e = 5**

Anxiety rating: secondo autori americani

- 9 - 12 = moderate anxiety
- 13 - 14 = high anxiety
- 15 - 20 = severe anxiety (or phobia)

Valutazione più dettagliata del test :

- 1-4 paziente non ansioso
- 5-8 ansia fisiologica

9-12 ansia dentale moderata
13-16 ansia dentale moderata /avanzata
17-20 ansia dentale grave : fobia dentale

BIBLIOGRAFIA

- Buchanan H., Niven N.** - Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety - Int J of Paediatr Dent 2002; 12: 47-52
- Casiglia E.** - Trattato di Ipnosi e altre modificazioni di coscienza - Cleup, Padova 2015
- Casiglia E., Rossi A., Tikhonoff V., Scarpa R., Tibaldeschi G., Giacomello M., Canna P., Schiavon L., Rizzato A., Lapenta. AM.** - Local and systemic vasodilation following hypnotic suggestion of warm tub bathing - Int. J Psychophysiol 2006; 62: 60-5
- Corah N., Gale E, Illig S.J.** - Assessment of a dental anxiety scale - J Am Dent Assoc 1978; 97: 816-9
- Corah N.**- Development of a dental anxiety scale - J Dent Res 1969; 48: 596
- Curci P., Camerini G.** - Dentista, paziente e psicopatologia. Argomenti di psichiatria in odontoiatria e protesi dentaria - Ed.Guaraldi, Rimini, 1993
- D'Avenia R. , Casilli C.** - La formazione e la persistenza della fobia del trattamento odontoiatrico - Minerva Stomatologica, 1998; 47: 527-34
- D'Avenia R., Baccetti T.** - La sedazione psicologica in odontoiatria infantile - Giornale di anestesia stomatologica, 1994; 3: 117-21
- Eli I., Uziel N., Bath R., Kleinhaus M.** - Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits - Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25: 233-7
- Erickson M.H.** - La mia voce ti accompagnerà - Astrolabio, Roma, 1983.
- Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E** - Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic - Quintessence International, 2006; 37: 304–10
- Facco E., Casiglia E., Masiero S., Tikhonoff V., Giacomello M., Zanetta G.** - Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold - Int J Clin Exp Hypn 2011; 59: 454-68
- Facco E., Casiglia E., Zanetta G., Masiero S., Bacci C., Lapenta A.M.** - Effects of hypnosis on dental pain threshold. Preliminary report – 2009, Pain Practice; 9: 47–8

Facco E., Manani G., Zanette G. - The relevance of hypnosis and behavioural techniques in dentistry – Contemp Hypn integr Ther 2012; 29: 332–51

Farnè M. - Lo stress - Le edizioni del Mulino, Bologna, 1999

Gibson H.B. - Ipnosi medica – Red edizioni, Milano, 2006

Granone F. - Trattato di Ipnosi - UTET, Torino, 1989

Litt M D - A model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures - Behav Res Ther 1996; 34: 459-76

Manani G., Facco E., Zanette G. - Anestesia Odontoiatrica ed Emergenze, III edizione, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2011

Pani L., Oddoni S., Aste A., Falconi A. - Considerazioni generali sulla paura nel paziente odontoiatrico - Il Dentista Moderno, 1989; 6:1353-1357

Pasini W. - Psicologia odontoiatrica – Elsevier Masson Italia, Milano, 1992

Seligman M.E., Weiss J., Weinraub M., Schulman A. - Coping behaviour: learned helplessness, physiological change and learned inactivity - Behav Res Ther 1980; 18: 459-512

Selye H. - Stress senza paura - Rizzoli, Milano, 1976

Trevisani P. - Ansia e fobia dentale del piccolo paziente in terapia odontoiatrica - Il Dentista Moderno, 1993; 6: 1001-7

Trombini G. - Come logora curare:medici e psicologi sotto stress – Zanichelli, Bologna, 1994

Van Wijk A., Hoogstraten J. - Anxiety and pain during dental injection - Journal of Dentistry, 2009; 37: 700-4.

Versloot J.,Veerkamp S.J., Hoogstraten J., Martens L.C. - Children's coping with pain during dental care - Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2004; 32: 456-61.