

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO - SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.**

**ISTITUTO FRANCO GRANONE
SCUOLA POST- UNIVERSITARIA DI IPNOSI
CLINICA E SPERIMENTALE**

Fondatore: Prof.F. Granone
Direttore dei Corsi Nord-Italia: Dott.A. M. Lapenta

Tesi:

**IPNOSITERAPIA
DOLORE E ANSIA IN ODONTOIATRIA**

Dott.Daniela Tiso - medico chirurgo odontoiatra
Dott.Iolanda Olivero - medico chirurgo spec. in odontostomatologia
Dott.Marta Mancini – odontoiatra

Relatore: Dott.Massimo Somma

Anno 2009

Il **dolore** fa parte dell'esperienza umana e colpisce molti degli aspetti della vita. Spesso viene accettato con rassegnazione, come se fosse un percorso necessario per una catarsi fisica e spirituale, o una punizione.

Per secoli culture e religioni hanno attribuito al dolore un valore metafisico.

Invece è profondamente sbagliato, quasi inumano, cercarne una motivazione, una spiegazione razionale. Non soffrire è un diritto!

A cosa serve infatti il dolore?

Sul piano biologico è il sintomo più comune di una malattia. È un campanella d'allarme importante che segnala il rischio di perdita dell'integrità psicofisica.

Se questa definizione è valida nelle forme acute di una malattia, non lo è nelle patologie croniche, quando il dolore perde la sua funzione di "sentinella" e diventa esso stesso "malattia" da curare, fine a se stesso, superfluo. In questi casi il dolore serve solo a togliere dignità alla vita, a privare l'individuo della sua integrità intellettuale e morale, logora il corpo e l'equilibrio morale e psichico di chi ne è colpito, estranea dal mondo, innalza barriere di solitudine, diventa silenzio e incomunicabilità, priva l'anima della sua luce.

Il dolore va curato e arginato. Non bisogna fare della sofferenza un'esperienza mortificante!

Da Il dolore superfluo a cura di Domenico Gioffrè con prefazione di Umberto Veronesi ed. Erickson, 2008.

Monheim L. nel 1957 definì il dolore come "una spiacevole sensazione provocata da uno stimolo dannoso che viene inoltrato lungo specifiche vie nervose verso il sistema nervoso centrale, dove viene interpretato come tale".

Secondo la International Association for the Study of Pain (IASP) nel 1994, il dolore viene definito come "una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a un danno tessutale reale o potenziale, o descritto come tale"

La componente emozionale presente nell'uomo e nell'animale, consente la messa in atto di una serie di comportamenti per evitare stimoli potenzialmente dannosi per la propria integrità fisica. Può quindi essere identificato come un sistema di allerta fisiologica deputato alla protezione dell'individuo. Quando cronicizza perde questa funzione e da fisiologico può trasformarsi in processo patologico.

CENNI DI NEUROFISIOLOGIA DEL DOLORE

Il sistema nocicettivo si compone di una via di trasmissione del dolore ascendente e di un sistema modulatore discendente interagenti fra loro.

La via di trasmissione ascendente è costituita inizialmente dai nervi sensitivi periferici, in particolare da fibre mieliniche a piccolo e medio diametro (A δ – veloci: velocità di conduzione di circa 12-30 m/sec) e amieliniche a piccolo diametro (fibre C – lente: velocità di conduzione di circa 0,2-1,3 m/sec) che veicolano due distinte sensazioni dolorifiche: una sensazione precoce di carattere puntorio, acuta e relativamente breve, facilmente localizzabile (primo dolore) e una tardiva, sorda e talvolta prolungata, poco localizzata, che assume spesso un carattere urente quando vengono utilizzati stimoli termici (secondo dolore).

Si ritiene che il primo dolore sia sostenuto dall'attività delle fibre A δ , mentre il secondo dolore sia sostenuto dall'attività delle fibre C.

I nervi sensitivi contraggono sinapsi a livello del midollo spinale con due categorie di neuroni di trasmissione: i neuroni nocicettivi specifici (NS) e i neuroni ad ampio range dinamico (WDR), questi ultimi importanti per i meccanismi di apprendimento o di memoria del dolore.

Queste stesse cellule veicolano l'informazione nocicettiva in tutto l'ambito del SNC.

Dalle cellule di trasmissione spinale si originano fasci raggruppati in diversi tratti che, in relazione alla loro terminazione, vengono denominati spinotalamico, spinoreticolare, spinomesencefalico, spinocervicale, spinobulbare.

Alcuni di questi tratti connettono direttamente il midollo spinale con il tronco e le aree del sistema limbico.

Le vie che sottendono la componente affettiva del dolore includono:

- a) una via spinotalamica con sinapsi nel nucleo ventroposterolaterale (VPL) del talamo e che termina a livello della corteccia somatosensoriale primaria (SI) con proiezioni anche a livello della corteccia somatosensoriale secondaria (SII). A sua volta, la primaria invia proiezioni alla secondaria e viceversa;
- b) una via è la spinopontoamigdaloidea con un sinapsi a livello del nucleo parabranchiale del ponte dorsolaterale che termina a livello dell'amigdala. Questa via manda collaterali all'ipotalamo;
- c) una via che connette il corno posteriore del midollo spinale con il nucleo ventromediale posteriore del talamo (VMpo) e con il nucleo dorsale mediale della regione ventrocaudale del talamo (MDvc). Questi nuclei talamici inviano afferenze alla corteccia cingolata anteriore (ACC), all'insula (IC) e quindi alla corteccia prefrontale (PF).

I neuroni spinali possono proiettare in più di una di queste vie. A livello cerebrale esiste un sistema di connessione che sottende la sensazione dolorosa e che connette la corteccia somatosensoriale primaria e la somatosensoriale secondaria, ma anche l'area motoria supplementare (SMA) con la corteccia cingolata posteriore (PCC), la corteccia cingolata anteriore (ACC), l'insula, la corteccia prefrontale (PC), l'amigdala e l'ippocampo. Questa via riceve e invia connessioni alla corteccia parietale posteriore (PPC), sede dei processi di integrazione fra informazioni sensoriali visive e acustiche.

La corteccia parietale posteriore è coinvolta, insieme alla corteccia cingolata anteriore e all'ippocampo, nei meccanismi attentivi, di memoria e di apprendimento.

Il coinvolgimento delle singole strutture sopra riportate sembra dipendere non solo dall'intensità dello stimolo doloroso, ma anche dal grado di spiacevolezza. Quanto più è intenso lo stimolo, tante più strutture vengono reclutate (relazione stimolo/risposta).

Studi con PET e RMN in soggetti sottoposti a suggestione ipnotica, in cui veniva incrementata o ridotta la componente di spiacevolezza dello stimolo doloroso, hanno evidenziato un incremento dell'attività della regione posteriore della corteccia cingolata anteriore col crescere del grado di spiacevolezza del dolore senza evidenziare differenze nell'attività della corteccia somatosensoriale primaria rispetto ad una bassa componente affettiva.

Queste e altre ricerche mostrano quindi come la componente affettiva sia determinata dal coinvolgimento dell'attività di specifiche strutture cerebrali appartenenti al circuito limbico.

Nel SNC vi è inoltre una rete che può selettivamente inibire il dolore e che è deputata più in generale alla sua modulazione. La regione chiave, da cui origina il sistema modulatore, sarebbe situata nel tronco encefalico ed è il grigio periacqueduttale (PAG).

*Secondo la teoria del cancello, sviluppata nel 1967, la percezione del dolore può essere inibita attraverso afferenze somatiche non dolorifiche.

Tale teoria, che ha rivoluzionato la ricerca e il trattamento clinico del dolore, postula l'esistenza di un'inibizione sinaptica ad opera di interneuroni sui neuroni spinali di secondo ordine che trasportano le informazioni dolorifiche. Quando questi neuroni sono attivi, la trasmissione del segnale doloroso è inibita. Quando un'informazione proveniente da un nocicettore è trasmessa al midollo spinale dalle fibre di tipo C, collaterali di tali fibre inibiscono la scarica degli interneuroni inibitori, permettendo la trasmissione del segnale ai neuroni di secondo ordine.

Gli interneuroni inibitori sono invece stimolati da collaterali provenienti da fibre mieliniche di grosso diametro (fibre A β) che trasportano informazioni tattili, pressorie e vibratorie.

Così, se uno stimolo meccanico non doloroso è applicato contemporaneamente ad un altro stimolo doloroso, le collaterali provenienti dalle fibre di tipo A β stimolano gli interneuroni inibitori diminuendo la trasmissione del dolore.

La teoria del cancello spiega il perché lo sfregamento dell'area cutanea dolente determina una diminuzione della percezione dolorosa. Tale teoria è anche alla base del trattamento del dolore con stimolazione elettrica transcutanea che consiste nell'applicazione di lievi correnti sulla cute, al di

sopra del nervo, che attivano fibre di grosso diametro determinando una riduzione della percezione del dolore.

La teoria del cancello, pertanto, descrive come i segnali afferenti al midollo spinale possano influenzare la percezione del dolore.

Recenti lavori condotti su ratti, gatti e scimmie hanno evidenziato input che dalle aree somatosensoriali primarie e secondarie, dalla corteccia insulare, dalla corteccia prefrontale mediale,

compresa la corteccia cingolata anteriore (le stesse aree di terminazione dei sistemi proiettivi nocicettivi), giungono al grigio periacqueduttale e alla regione rostro-ventrale del bulbo (RVB) ove origina un altro sistema modulatore discendente del dolore e quindi **anche il cervello è in grado di bloccare il dolore o di produrre comunque analgesia attraverso queste vie discendenti che fanno parte del sistema discendente endogeno di blocco del dolore.**

Molte aree cerebrali sono coinvolte nell'attivazione del sistema analgesico endogeno. Una delle vie nervose meglio definite è illustrata nelle figura sottostante.

Situazioni di stress possono attivare un'area del mesencefalo chiamata grigio periacqueduttale (PGA). Quest'area è collegata ad un'altra area del midollo, chiamata nucleo del rafe magno ed ad un'area della formazione reticolare laterale che si estende per tutta la lunghezza del tronco dell'encefalo. Neuroni di queste regioni discendono verso il midollo spinale dove bloccano la comunicazione tra neuroni afferenti nocicettivi e neuroni di secondo ordine.

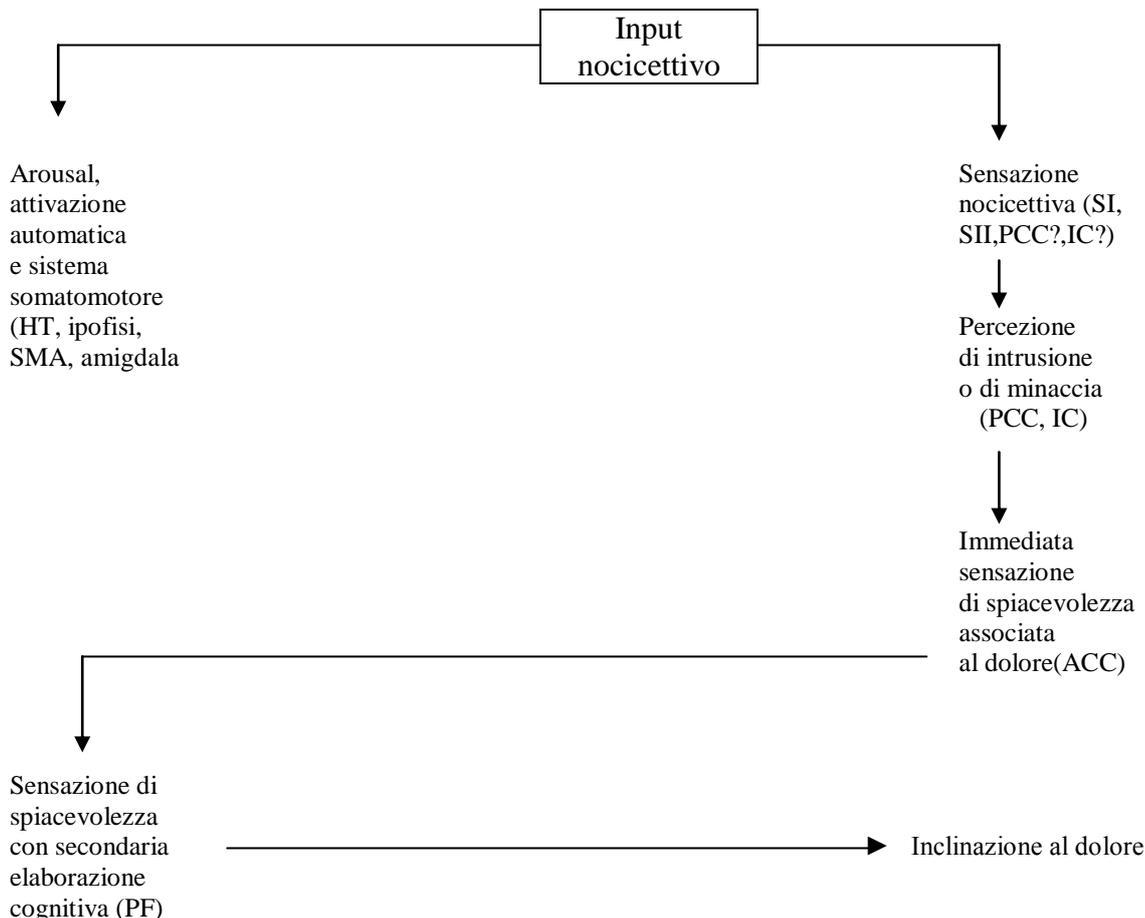
La sostanza P è un neurotrasmettitore rilasciato dalle afferenze nocicettive efficace sui neuroni di secondo ordine. I neuroni inibitori del midollo spinale formano sinapsi sul corpo cellulare e sui dendriti dei neuroni di secondo ordine ed anche sui terminali massonici dei nocicettori. Tali interneuroni inibitori rilasciano neurotrasmettitori oppioidi come le endorfine e le encefaline che si legano a recettori per gli oppioidi sui neuroni di secondo ordine ove inducono potenziali postsinaptici inibitori.

L'encefalina si lega anche a recettori per gli oppioidi posti sul terminale massonico delle afferenze nocicettive, inibendo il rilascio della sostanza P. La combinazione di questi due effetti riduce significativamente la trasmissione del segnale dai nocicettori ai neuroni di secondo ordine, diminuendo così la trasmissione del dolore al cervello.

Da Fisiologia umana di W.J Germann e C.L. Stanfield

In sintesi, il riflesso polisintaptico indotto da una stimolazione dolorosa (o da una lesione) coinvolge strutture implicate nell'elaborazione delle informazioni emozionali responsabili della caratteristica sensazione spiacevole associata al dolore.

In seguito, ma in modo indipendente dalla componente di spiacevolezza, può insorgere disabilità. La persistenza del dolore e le conseguenze per il futuro indotte dal disagio legato al dolore determinano la tendenza a manifestare dolore in reazione a qualsiasi situazione di disagio (inclinazione al dolore) secondo lo schema proposto da Price.



Per quanto riguarda l'insorgenza del dolore, vi sono fattori predisponenti e altri che tendono a cronicizzarlo. Questi fattori possono essere definiti eziopatogenetici e, se presenti, rappresentano un rischio per l'insorgenza del disturbo. Occorre tener presente che gli studi in letteratura fanno riferimento al dolore in generale e alla sua cronicizzazione e solo di rado hanno come obiettivo l'eziopatogenesi del DA (disturbo algico).

Da Psicopatologia e Clinica psichiatrica di G.B.Cassano pag.749-750

Il dolore si può scomporre per mettere in luce alcune componenti.

Componente discriminativa – sensoriale, fisiologica:

la capacità delle vie del dolore di trasmettere informazioni spaziali e temporali dello stimolo doloroso dalla sua sorgente sino al SNC, luogo di elaborazione di tutte le esperienze umane.

Componente cognitiva:

l'esperienza del dolore viene modificata dai significati che ad esso vengono attribuiti. È estremamente dipendente dalla personalità, dallo stato emotivo, dal contesto sociale e ambientale, dall'età e dalla cultura di ciascun individuo, dalle sue appartenenze religiose e ideologiche, dalle esperienze dolorose pregresse.

Componente affettiva:

lo stimolo doloroso è accomunato a vissuti emotivi nel contesto familiare e nella vita di relazione.

Componente comportamentale:

l'insieme delle reazioni messe in atto quando si sente dolore. Ossia reazioni verbali, quali lamenti, alterazioni del linguaggio e motorie, quali immobilità, agitazione e atteggiamenti antalgici.

Dolore e sofferenza non sono solo campi della medicina. Se ne sono occupati a piene mani teologia, filosofia, bioetica, antropologia culturale e psicologia.

Il senso teologico della sofferenza.

Il dolore e la sofferenza, le pratiche per sconfiggerli o lenirli, le riflessioni per comprenderli e spiegarli, accompagnano da sempre la storia delle grandi religioni (J.W.Bowker –1970- Problems of suffering in religions of the world, Cambridge)

Che si tratti del dolore in quanto sensazione di pena causata da un male corporeo o della sofferenza come patimento e cioè come un dolore che investe il complesso della realtà psicofisica umana, prima e più che come a un problema teologico, a una sfida posta al loro modo di rappresentare e comprendere il divino e la sua onnipotenza, le religioni vi si sono accostate come a una realtà cosmica che pervade la natura, culminando nei mali fisici, psichici e morali che affliggono l'uomo nell'arco della sua esistenza terrena.

L'esperienza indotta dal dolore e dalla sofferenza, anche se dalle grandi religioni è stata affrontata e declinata secondo parametri rituali, mitici e teologici differenti in linea col variare delle situazioni storico-culturali, è talmente centrale che in queste religioni, non a caso definite "di salvezza", la liberazione dai mali indotti dal dolore e dalla sofferenza sta al centro del loro messaggio religioso. Nelle diverse forme d'incontro delle religioni con l'esperienza del dolore e della sofferenza e delle relative costruzioni ideologiche e culturali che questo incontro ha prodotto, troviamo sostanzialmente quattro modalità diverse:

la via dell'oggettivazione del soffrire e della *rassegnazione* ad esso, per esempio, nella sopportazione attiva, esemplificata al meglio nel Buddismo delle origini, ma che si ripresenta anche nella tradizione occidentale, da Spinoza a Schopenhauer;

la via dell'ottundimento del dolore fino all'*apatia* tipica, ad esempio, dello stoicismo antico;

la via della *lotta eroica* e del superamento della sofferenza, tipica della religione greca;

la via della sua *rimozione e negazione illusionistica*, come ha luogo, ad esempio, nelle Upanishad;

la via, infine, tipica delle religioni abramitiche, della *giustificazione*, dove ogni sofferenza è vista vuoi come punizione di una colpa, vuoi come sofferenza espiatrice non redentrice.

- Nell'Ebraismo, le interpretazioni del dolore sono state sostanzialmente quattro: il dolore viene da Dio come punizione; il dolore è conseguenza della ricaduta delle colpe dei padri sui figli; il dolore viene da Dio come purificazione; infine, il dolore viene da Dio perché i giusti espiino per gli altri.
- Nel Cristianesimo, la concezione tradizionale della Chiesa relativa al dolore e alla sofferenza, è ben sintetizzata dalla lettera apostolica di Giovanni Paolo II dell'11 febbraio 1984, *Salvifici doloris*,2:

“ Anche se all'uomo sono note e vicine le sofferenze proprie del mondo degli animali, tuttavia ciò che esprimiamo con la parola *sofferenza* sembra essere particolarmente essenziale alla natura dell'uomo. Ciò è tanto profondo quanto l'uomo, appunto perché manifesta a suo modo quella profondità che è propria dell'uomo, e a suo modo la supera. La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti nei quali l'uomo viene in un certo senso *destinato* a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso”

Ne consegue che l'uomo che soffre è soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e salvezza (*Chrisifidelis laica*, 54). Il cristiano sofferente, infatti, può trasformare la sua condizione di sofferenza in un momento di grazia per sé e per gli altri, trovando nel dolore e nella malattia “ una vocazione ad amare di più, una chiamata a partecipare all'infinito amore di Dio per l'umanità” (*La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, 26)

- Nell'Islamismo, la sofferenza stessa è sotto il controllo di Dio. Essa viene trattata nel contesto della giustizia (adl): è una punizione per il peccato (IV, 80 e segg). Poiché Dio non vuole alcuna ingiustizia per gli abitanti del mondo, ogni forma di sofferenza sarà compensata. Il dolore è fondato nella volontà di Dio, di fronte alla sofferenza il fedele deve dimostrare pazienza e capacità di sopportazione(2,150)
Nella tradizione rappresentata dagli *hadith* la sofferenza viene vista come un progresso spirituale e come mezzo per la formazione del carattere.

Da *Il dolore superfluo a cura di Domenico Gioffrè con prefazione di Umberto Veronesi, ed.Erickson, 2008.*

La sofferenza costituisce una sfida a crescere nella fede e nell'amore; ne è la verifica più sicura: "L'amore vero e puro si dimostra fra mille pene...Chi vuol l'amore, cerchi il patire" diceva Santa Veronica Giuliani.

Una volta scoperta questa grande possibilità, si può essere perfino "afflitti, ma sempre lieti" (2Cor 6,10). Così il male è vinto dall'interno, sperimentandolo. Nell'apparente fallimento ci realizziamo più che mai. Occorre però assumere consapevolmente la propria situazione.

Il cristiano apprezza e ama la vita propria e degli altri, anche quando è sfigurata dalla sofferenza e appare assurda. Anzi, nella povertà e nella debolezza riconosce una speciale presenza di Cristo e una possibilità preziosa di crescita e di fecondità spirituale.

Da " *La verità vi farà liberi*" *Catechismo degli adulti-Conferenza Episcopale Italiana*. Pagg.488-489 [1020-1024]

Antropologia del dolore:

A parità di sollecitazione dolorifica, individui e gruppi umani diversi reagiscono diversamente; la soglia del dolore è un meccanismo evolutivo di adattamento all'ambiente, influenzato da fattori abiotici e biotici; esiste un'anestesia da combattimento.

Il dolore è uno strumento di comunicazione e di conoscenza: esso ha sempre stimolato la classificazione delle malattie e la ricerca del farmaco.

Da diversi decenni l'antropologia medica ha rivolto il proprio sguardo e i propri strumenti critici non più solo verso l'esterno, ai "sistemi degli altri", ma anche verso l'interno, al nostro modo occidentale di stare al mondo.

L'occidente contemporaneo opera oggi una rimozione pressoché totale del dolore. Il dolore non si dice, non si condivide, viene gestito in spazi appositi, è reputato del tutto inutile, un sinistro regalo della natura, qualcosa di cui sbarazzarsi quanto prima, da rimuovere.

Ma purtroppo è solo una rimozione, non un superamento e il risultato finale sono la diffusione di mali mentali(depressione) e l'assenza di qualsiasi riflessione sul piacere.

Da *Il dolore superfluo a cura di Domenico Gioffrè con prefazione di Umberto Veronesi, ed.Erickson, 2008.*

L'**ansia** da un punto di vista etimologico deriva dal termine tardo latino **anxia** da *angere*= *stringere*.

L'area semantica dell'ansia include definizioni come questa:

‘stato tormentoso dell’anima provocato dall’incertezza circa il conseguimento di un bene sperato o la minaccia di un male temuto’.

Generalmente l'ansia viene considerata dai professionisti della salute mentale come la madre di tutte le emozioni, e proprio per questo, è utile differenziare sia l'ansia da altre emozioni ad essa affini che un'ansia intesa come condizione esistenziale per cui ogni essere umano ha fatto e fa esperienza dell'ansia, da un'ansia patologica.

Dal punto di vista esistenziale, l'ansia è un'emozione che ha la funzione positiva di tenerci informati sullo stato di successo o fallimento attuale e previsto che abbiamo nel raggiungere i nostri scopi. E contemporaneamente attiva il nostro organismo per prendere le misure necessarie a ristabilire in modo rapido un andamento favorevole.

Sigmund Freud considerò l'ansia come una conseguenza di tensioni emotive inesprese, di conflitti interiori e di aspettative perennemente frustrate. Egli riteneva che le cause dell'ansia fossero da ricercare in desideri, pulsioni e angoli della personalità tenuti nascosti in quanto ritenuti cause di conflitti sociali o familiari inconsci e quindi rimossi e negati, ma comunque rigeneranti ansia e angosce.

L'ansia condivide con altre emozioni, come l'angoscia, la paura, il panico o il terrore, alcune similitudini nel funzionamento e, nello specifico, il fatto di costituire una tipica risposta al pericolo (reale o presunto tale).

In virtù di ciò, a volte potrebbe risultare difficile, dal punto di vista esperienziale (o fenomenologico), distinguere tra loro queste emozioni.

Nello specifico, ad esempio, mentre la paura è maggiormente legata alle situazioni presenti, a pericoli in corso (l'oggetto della paura è conosciuto), l'ansia è relativa a eventi non immediati e può essere sperimentata anche in assenza della consapevolezza dello stimolo scatenante (del pericolo): non a caso nell'ansia l'attivazione corporea è meno massiccia e pervasiva che non nella paura.

Ciò che accomuna e differenzia le risposte emotive al pericolo è il loro contenuto cognitivo da un lato e la reazione somatica che le accompagna dall'altro.

Il contenuto cognitivo riguarda generalmente un pericolo imminente e, l'emozione esperita, sarà tanto più intensa quanto più sarà grande il presunto pericolo; la reazione somatica è una reazione di allarme sostenuta da un aumento del tono adrenergico che mette l'organismo nelle condizioni migliori per combattere o fuggire e dunque per opporsi al pericolo che percepisce.

La risposta dell'organismo alla minaccia può essere discussa nei termini di tre principali tipi di reazione:

La **mobilitazione** che prepara l'individuo alla difesa attiva.

L'**inibizione** (un'espressione della reazione di blocco) che è preposta alla riduzione del “comportamento rischioso” e per prendere tempo al fine di elaborare una strategia adeguata.

La **smobilitazione** che denota invece la disattivazione dell'apparato motorio e riflette il senso di impotenza di fronte ad un pericolo sovrastante.

Ma quand'è che l'ansia diventa patologica? Esistono senza dubbio delle differenze individuali nella propensione a provare ansia.

La tendenza all'ansia è dovuta, principalmente, alla percezione della realtà come minacciosa e di sé. Questi due elementi costituiscono un fattore di vulnerabilità e possono spingere l'individuo ad una ipervigilanza continua rispetto ai possibili indizi di minaccia presenti nell'ambiente e, soprattutto, nelle situazioni nuove.

Da *Psicoterapia e ipnosi dr Luca Lavora*

BASI NEUROFISIOLOGICHE DELL'ANSIA

Gli studi più recenti mostrano che le reazioni di ansia e paura avvengono su tre livelli: il primo a livello del sistema nervoso simpatico, il secondo a livello neuro-ormonale e il terzo a livello dei nuclei sottocorticali cerebrali.

Il sistema nervoso simpatico, attivato in tutti gli stati di emergenza, comporta l'entrata in azione di sinapsi le quali funzionano attraverso la mediazione di noradrenalina che ha effetto sull'attivazione cerebrale e quindi sul comportamento. Un segno tipico dell'effetto di questi mutamenti fisiologici è la midriasi, probabilmente connessa alla necessità di vedere meglio il pericolo, oppure l'innalzarsi rapido della pressione e la tachicardia; in situazioni di emergenza queste reazioni consentono al soggetto di mobilitarsi immediatamente e di essere pronto a reagire. Altre reazioni avvengono a livello dei surreni al fine di consentire la metabolizzazione degli zuccheri e la regolazione dell'equilibrio idro-salino, aiutando così l'organismo a reagire agli stress durante un forte dispendio di energia; i corticosteroidi emessi dalle ghiandole surrenali, ci aiutano a fronteggiare in modo istantaneo e dinamico le situazioni stressanti.

I segnali del nostro corpo sono anche degli indici attraverso i quali codifichiamo la realtà: se, ad esempio, il nostro cuore ha un battito accelerato o abbiamo le vertigini, deduciamo istintivamente di essere in una situazione di pericolo.

James e Lange affermavano che non si fugge perché si ha paura ma si ha paura perché si fugge: ovverosia prima si verifica la modificazione fisica e poi, in seguito, quella emozionale.

Il problema nasce quando, nonostante la situazione traumatica e frustrante sia cessata, persiste uno stato di allarme del nostro organismo anche in situazioni neutrali, ovvero non effettivamente pericolose.

Da Mia farmacia Magazine di Marco Montanari. 19.03.2009 tratto da S.Freud: Inibizione, sintomo e angoscia. Vol 10, 1925.

Da O.Rank Il trauma della nascita 1924

Da Guaraldini, Rimini 1972

Da Watson J.B. Conditioned emotional reaction, J.Exper. Psicol. Vol3 1-14 (1920).

Da Oliverio Ferrari Psicologia della paura, 1998 Boringhieri- Torino

Wells A. Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia. 1999 McGraw Hill, Milano

CONCETTO ATTUALE DELL'IPNOSI

È ormai accettato che l'ipnosi è una particolare condizione psicosomatica in cui esiste uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia e da tutte le fasi del sonno. Può presentare alcune affinità con stati meditativi, in particolare per l'attenzione focalizzata, il pensiero dominato dal processo primario e la recettività dell'Io (Fromm, 1977-1979). Questo stato psicofisico è dinamico ed è caratterizzato dalla prevalenza di funzioni immaginativo-emoive rispetto a quelle critico-intellettive, dalla presenza di una parziale dissociazione psichica e da fenomeni ideoplastici, in particolare ai livelli più profondi. Le teorie attuali sul meccanismo dell'ipnosi implicano un transfert e controtransfert positivo, uno stato empatico e una sincronia interattiva fra ipnologo e soggetto. Viene quindi enfatizzato il ruolo della relazione tra l'ipnotista e l'ipnotizzato, non solo nel successo dell'induzione ipnotica, ma anche nello sviluppo della fenomenologia caratteristica e come fattore essenziale del fenomeno stesso. L'ipnosi è considerata cioè una particolare forma di interazione

umana in una persona reale o immaginaria. La relazione è un contenitore dove si svolge qualsiasi atto professionale, in cui coesistono aspetti affettivi/emozionali ed elementi cognitivi.

In tempi recenti sono stati sviluppati disegni sperimentali raffinati per identificare un correlato neuro fisiologico dello stato di coscienza ipnotico o di trance, e sono stati proposti diversi modelli speculativi, ma persiste notevole difficoltà ad ottenere elementi che evidenziano univocamente questo stato come caratteristico e specifico della condizione di trance. Il paradigma maggiormente accreditato è quello dell'asimmetria funzionale degli emisferi cerebrali.

Sintetizzando le specializzazioni emisferiche, si possono individuare le seguenti caratteristiche per l'emisfero dominante (sinistro nel destrimane e in buona parte nei mancini): maggiore abilità per i compiti analitico verbali, analitico spaziali e temporali, aritmetici, ideazionali, maggiore competenza a cogliere gli aspetti rilevanti degli stimoli elaborando l'informazione in modo sequenziale, attraverso l'analisi delle singole parti.

Utilizzando un termine informatico possiamo definire la modalità di elaborazione come digitale. Essa risulta estremamente efficiente per operazioni matematiche, linguistiche e per la formulazione di concetti astratti. Lo stile cognitivo di questo emisfero coincide con i cosiddetti "processi secondari" della psicoanalisi.

Esiste inoltre un collegamento con lo stato di coscienza ordinario e una maggiore performance per le emozioni positive. L'emisfero "non dominante" (destro, nel destrimane) sembra specializzato per compiti visuo-spaziali, musicali, geometrici, sintetici e temporali.

Lo stile cognitivo è in grado di integrare diversi stimoli simultaneamente con un comportamento analogico-sintetico, quasi non verbale, solistico, molto efficace per le attività visivo-spaziali, la coordinazione motoria nello spazio, la comprensione della tonalità musicale.

Il suo stile cognitivo coincide con i "processi primari" della psicoanalisi. Non esiste un collegamento con lo stato di coscienza ordinario, la performance è maggiore per le emozioni negative e per quelle attività che richiedono una percezione simultanea del tutto (percezione olistica), per la creatività artistica e scientifica, quindi per le intuizioni. Esistono evidenti analogie fra la fenomenologia della trance ipnotica e le funzioni dell'emisfero destro già sottolineate da Erickson e Rossi.

In contrapposizione allo stato di veglia, nello stato di trance si svilupperebbe una prevalenza emisferica destra (nel destrimane).

Lo studio elettroencefalografico di soggetti in ipnosi comparato con quello di soggetti allo stato di veglia ha permesso di identificare e comprendere alcuni meccanismi neurofisiologici sottesi allo stato ipnotico.

Gran parte degli studi hanno focalizzato l'attenzione su una particolare onda dell'EEG: il ritmo alfa. Questo ritmo (8-12 Hz), presenta un comportamento di tipo paradossale, in quanto tende a scomparire e desincronizzarsi nel soggetto sveglio ad occhi aperti, intento in attività cognitive, ma anche all'estremo opposto nel soggetto rilassato mentre tende a diventare più sonnolento.

Un'elevata attività di fondo alfa è stata invece riscontrata nei soggetti in condizioni di particolare rilassamento e in alcune forme di meditazione e perciò almeno storicamente questo ritmo è associato ad una condizione di relativa inattività funzionale del sistema nervoso.

Attraverso analisi spettrale di frequenza dell'EEG, è stato evidenziato che nello stato di riposo vigile, la maggior parte dei soggetti destrimani presenta una maggior quantità di ritmo alfa nell'emisfero destro rispetto al sinistro. In condizioni di trance ipnotica, almeno nei soggetti altamente ipnotizzabili si ha un'inversione del profilo spettrale del ritmo alfa con una sua predominanza all'emisfero sinistro. Con l'assunto che l'attività alfa sia inversamente proporzionale all'attivazione funzionale dell'emisfero si può concludere che durante la condizione ipnotica si assiste ad una riduzione relativa dell'attività funzionale emisferica sinistra e ad una prevalenza emisferica destra.

Altri autori non hanno confermato questi risultati e tuttavia è stata evidenziata in ipnosi, a differenza di quanto si osserva allo stato di veglia, una attività EEG apparentemente non congrua con il compito richiesto. Questa incongruenza è attribuita all'azione inibitoria in ipnosi, di strutture sottocorticali di encefaliche sull'attivazione corticale compito specifica.

Attualmente però, queste teorie dell'emisfericità, con i lavori di Pierre Maquet del 1999, sono crollate a favore della teoria dell'attivazione delle aree corticali dell'emisfero sinistro (corteccia occipitale, parietale, precentrale, premotoria, prefrontale) e di un limitato numero di regioni dell'emisfero destro (corteccia occipitale e cingolata anteriore).

Studi di De Benedittis e Sironi in pazienti epilettici hanno dimostrato che la condizione ipnotica determina una riduzione dell'attività lenta patologica e dell'attività irritativa intercritica rispetto allo stato di veglia e a maggior ragione rispetto al sonno che in questi pazienti si comporta come un attivatore della soglia epilettogena.

Studi elettrofisiologici hanno identificato due aree del sistema nervoso implicate nei fenomeni ipnotici. Queste aree appartenenti al sistema limbico sono l'ippocampo, che sembra responsabile del mantenimento della condizione ipnotica, e l'amigdala, che sembra svolgere un ruolo primario nei meccanismi di risveglio dall'ipnosi.

Lo stato ipnotico sarebbe mediato dall'attività combinata di queste due strutture, attraverso una inibizione funzionale dell'amigdala, responsabile del senso di calma, dell'ipoattività e dell'insensibilità all'ambiente e una attivazione funzionale delle strutture ippocampali.

L'analisi dei potenziali evocati corticali somatosensoriali non ha rilevato significative differenze nella latenza e nell'ampiezza delle componenti nelle condizioni di trance e di veglia; una diminuzione d'ampiezza della componente lenta è stata riferita in un esperimento di ipnoanalgesia.

Per quanto riguarda i potenziali evocati corticali visivi, uditivi e olfattori esistono risultati contraddittori.

Per confermare il paradigma dell'emisfericità destra sono state sviluppate altre metodiche come l'ascolto dicotico, che hanno permesso di accumulare una notevole evidenza empirica.

È stato sperimentalmente osservato che soggetti altamente ipnotizzabili a cui venivano somministrate suggestioni di analgesia durante la trance non presentavano la risposta motoria tardiva a latenza più lunga (circa 120 msec) a seguito dello stimolo algido, mentre rimaneva inalterata la risposta motoria precoce, a breve latenza (circa 70 msec). L'abolizione del riflesso di difesa tardivo è espressione di una attività di modulazione soprasspinale.

L'ipnositerapia, per definizione, implica un intervento preciso, da parte del terapeuta o ad opera del paziente stesso. In quest'ultimo caso si parla di autoipnosi.

L'ipnositerapia rappresenta quindi l'utilizzo a scopo medico delle potenzialità intrinseche del soggetto che si rendono disponibili pienamente in questo stato psicosomatico; è una scienza basata sulle correlazioni dimostrate fra mente e corpo.

IPNOSITERAPIA NEL DOLORE

Gli studi sull'ipnositerapia per il controllo del dolore sono numerosi, anche se è merito dei coniugi Hilgard (1977-78) la costruzione di un modello esplicativo e la dimostrazione di una correlazione diretta fra il grado di ipnotizzabilità ed il livello d'analgesia raggiungibile.

Sempre agli Hilgard si deve la dimostrazione che l'effetto analgesico dell'ipnosi non è riconducibile all'effetto placebo, alla paura (non è un'analgesia da stress o ansia) o alla suggestione, non dipende dalle endorfine e quindi non è reversibile con antagonisti degli oppioidi (naloxone) e non dipende da modulazioni dell'asse ipotalamo- ipofisi- surrene, ma è un effetto specifico.

La teoria neodissociativa fornisce un modello esplicativo secondo il quale lo stato ipnotico determina delle modificazioni nelle strutture di controllo cognitive, per cui i processi cognitivi dell'ipnotizzato non sono più disponibili alla coscienza ordinaria, anche se una parte dissociata dell'Io ipnotico, definita come l'osservatore nascosto, mantiene la normale percezione del dolore. A causa di una barriera di comunicazione questa componente cognitiva non si manifesta (covert pain), ma può comunque essere evidenziata con tecniche particolari, come la scrittura automatica. Una seconda barriera impedisce la comunicazione fra due sottosistemi del dolore: A e B.

Al sistema A competono gli indicatori volontari, ad esempio quelli cardiovascolari, che però continuano a registrare l'esperienza; al sistema B competono le reazioni volontarie come la mimica,

i vari atteggiamenti tensivi che vengono esclusi lasciando il paziente rilassato, calmo, senza apparente segno di sofferenza.

In sintesi, è attualmente accettato che l'ipnosi svolga il suo ruolo nel controllo del dolore attraverso eventi aspecifici quali la defocalizzazione dell'attenzione, la riduzione dell'ansia associata, il noto effetto placebo che può assumere un notevole peso se esiste un'ottima sintonia medico-paziente ed infine il decondizionamento.

L'effetto dell'ipnosi nel controllo del dolore dipende in modo specifico dal grado d'ipnotizzabilità del paziente ed è compatibile con un sistema di controllo elettrico o neurotrasmettitoriale e questo spiega la rapidità con cui l'analgesia può essere indotta o rimossa. La condizione ipnotica sarebbe in grado di modulare dei sistemi sensoriali afferenti come la via paleospinotalamica, sopprimendo anche alcuni riflessi segmentari locali.

In una review delle prove scientifiche relative alla riduzione del dolore negli adulti con un intervento di tipo psicologico o psicosociale, è stata evidenziata, attraverso meta-analisi di studi multipli controllati, ben disegnati, e numerosi altri lavori di minore impatto statistico, la validità delle tecniche ipnotiche nel controllo del dolore in pazienti malati di tumore. De Benedittis et al. hanno dimostrato in un esperimento con dolore ischemico che soggetti altamente ipnotizzabili presentavano un aumento della tolleranza al dolore del 113% verso un incremento di tolleranza di solo il 26% in soggetti scarsamente ipnotizzabili.

L'ipnosi si è dimostrata capace di alleviare sia la componente sensoriale discriminativa dell'esperienza dolorosa, sia la componente affettiva. In soggetti altamente ipnotizzabili è stato osservato un maggior effetto sulla componente motivazionale affettiva dell'esperienza stessa. La scissione tra le due componenti risulterebbe responsabile della attivazione d'indicatori involontari del dolore quali un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, della sudorazione, ecc. È stato dimostrato che l'analgesia ipnotica non dipende da sistemi neuromorali, come quelli endorfinergici, non è influenzata dalla somministrazione di naloxone, inoltre la sua instaurazione può essere praticamente immediata così come il suo effetto può essere immediatamente abolito con la sola verbalizzazione dell'operatore. Il sistema endorfinergico necessiterebbe di tempi dell'ordine dei minuti per instaurare la sua azione.

Varni, Katz e Dash (Russo e Varni, 1982) riassumono le strategie di ricerca usate per tentar di chiarire le implicazioni fisiologiche, neurochimiche e comportamentali delle endorfine nell'uomo. Fra i metodi impiegati ci sono i seguenti: somministrazione di sostanze antagoniste dei narcotici per dislocare gli oppiacei dai loro recettori; somministrazione diretta di endorfine sintetiche con osservazione delle alterazioni comportamentali concomitanti; analisi diretta di varie endorfine nel sangue e in altri liquidi corporei; misurazione diretta delle endorfine prima e dopo interventi che dovrebbero influire sull'esperienza del dolore.

Finora nessuna di queste strategie ha dato prove definitive quanto al fatto che la liberazione di endorfine sia influenzata dall'ipnositerapia.

Numerosi lavori evidenziano l'utilità delle tecniche ipnotiche nel bambino con dolore acuto e cronico e la particolare sensibilità dei bambini all'uso analgesico dell'ipnoterapia (Wakeman e Kaplan, 1978). I bambini sembrano anche in grado di utilizzare tecniche autoipnotiche in tutta una serie di malattie croniche, fra cui il cancro, l'emofilia, il diabete, l'anemia e l'artrite reumatoide. Altrettanto valida e utilizzata routinariamente anche in Italia è la partoanalgesia in ipnosi.

Le modalità operative con cui può essere indotto questo alterato stato di coscienza, cioè le tecniche ipnotiche, sono numerose.

Forse alcuni ricordano il pendolo sostenuto da un vecchio psichiatra, che oscilla ritmicamente davanti agli occhi del paziente che tende a diventare sempre più sonnolento. Beh, se funzionava così bene perché è stato accantonato? Tecniche e strategie sono in continua evoluzione e seguono oltre lo sviluppo delle conoscenze neurofisiologiche e psicologiche, i nuovi modelli culturali e le diverse esigenze e attese di una società in cambiamento. Le strategie ericksoniane restano in ogni caso di riferimento, richiedono sensibilità e spirito d'osservazione, sono considerate tecniche indirette in quanto non aggrediscono frontalmente il disturbo ma cercano di sviluppare soluzioni attraverso l'uso delle risorse e delle caratteristiche del paziente, sono tecniche dolci, materne. In un contesto eterogeneo si sviluppano anche approcci di confine rispetto alle tecniche ipnoterapeutiche

più ortodosse, come nel lavoro di Hoffmann che dimostra l'utilità del supporto della realtà virtuale come trattamento analgesico supplementare nella terapia delle ustioni in pazienti adolescenti. L'ipnosi è utilizzata a livello mondiale per il trattamento del dolore operatorio e postoperatorio, per agevolare procedure diagnostiche o terapeutiche dolorose, in particolare nei bambini; per il dolore iatrogeno, per il dolore da parto, il dolore odontoiatrico, il dolore da ustioni, per il dolore cronico non oncologico ad esempio lombalgia, fibrimialgia, sindrome dell'arto fantasma, cefalee croniche primarie, per il dolore oncologico e i disturbi associati, dove il suo ricorso precoce sembra utile anche nel controllo dell'evoluzione della malattia.

Sono passati dieci anni da quando nel 1994 l'Associazione Internazionale per lo studio del dolore definisce il dolore come esperienza mentale. Sempre lo stesso anno la quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders introduceva all'interno dei disturbi somatiformi la categoria Pain Disorders, dove la valutazione psicologica non serve a distinguere un dolore organico da uno psicogeno, ma ad analizzare come i fattori psicologici interferiscono con l'espressione del dolore e l'effetto del dolore sul benessere del paziente. Dovrebbe essere ormai superata definitivamente la dicotomia shakespeariana fra dolore fisico e mentale. Solo accettando questo potremo sforzarci di modulare la nostra comunicazione col paziente in termini curativi.
Dalla rivista ACTA Anaesthesiologia Italica vol 56 n°3 del 2005 pagg.96,99-104,106,108,109-111.

IPNOSITERAPIA NELL'ANSIA

L'ipnosi si presta in maniera particolarmente efficace a curare tutta una serie di sofferenze psichiche, fra cui i disturbi d'ansia. Il suo effetto positivo sulla riduzione degli stati d'ansia è stato comprovato da diversi studi. La tecnica si basa sull'induzione di uno stato di rilassamento fisico e mentale nel paziente, il quale genera uno stato più ricettivo verso gli stimoli provenienti dal subconscio.

Tale stato può essere ottenuto per esempio invitando la persona a concentrare i propri pensieri su un oggetto specifico (monoideismo plastico).

Attraverso l'ipnosi si creano i presupposti per poter accedere con maggior facilità alle risorse interne della persona, risorse in grado di produrre effetti benefici, o anche solo permettere alla persona di vedere i problemi in maniera diversa e più costruttiva. Il terapeuta, dunque, non ordina dall'esterno al soggetto ciò che deve fare o credere, bensì lo aiuta nella ricerca delle sue risorse interne che possono servirgli per stare meglio.

Lo stato ipnotico non è un sonno profondo o uno stato di incoscienza completa: si tratta piuttosto di una sorta di dormiveglia in cui le difese razionali agiscono con meno efficacia.

Da Milton Erickson.

IPNOSI E ODONTOSTOMATOLOGIA

Uno dei primi utilizzi dell'ipnosi in odontoiatria è stata l'analgesia ipnotica per estrazione dentaria che risale al 1830 e il cui artefice fu Victor Dudet. Ad oggi molti odontoiatri si avvalgono dell'ipnosi per indurre analgesia e questa pratica medica è stata insegnata anche presso importanti Atenei a partire dagli anni sessanta, quali l'Università di Pavia con il Prof. De Risky e quella di Torino con il Prof De Bernardi e il Dott. Gonella.

I campi di applicazione dell'ipnosi in odontostomatologia possono essere schematizzati come segue:

- facilitazione nella gestione del rapporto paziente-odontoiatra
- riduzione dell'ansia
- riduzione o eliminazione della fobia del dentista
- controllo della scialorrea e della scialopenia non organica
- claustrofobia da diga, fobia da rumori (trapani, aspiratori...), odori, visione degli strumenti
- patologie psicosomatiche tipo *burning mouth*
- bruxismo
- algie facciali e temporomandibolari
- modifica di abitudini viziate: succhiamento del pollice, onicofagia, interposizione dentale o labiale di oggetti, deglutizione atipica
- intolleranza alle protesi o ai dispositivi ortodontici
- pedodonzia
- diminuzione del riflesso faringeo e del vomito
- controllo del sanguinamento e dell'edema
- diminuzione o abolizione dell'anestetico nei pazienti a rischio (ipertesi, diabetici, soggetti con fobia per gli aghi, allergici)
- ricerca e, ove possibile, stabilizzazione della relazione centrica.

Il medico in generale e il dentista in particolare, sono sempre state figure che hanno creato un certo stato di ansia e paura nei pazienti, vuoi per un discorso di diagnosi, ma, in certi casi, anche di dolore fisico.(????)

Il primo approccio quindi tra paziente e medico è di capitale importanza.

L'anamnesi non serve solo a rilevare eventuali problematiche nell'ambito polmonare, cardiaco, ematico, epatico, immunologico..., ma anche e soprattutto per valutare la personalità dell'individuo su cui bisognerà intervenire, conoscerne i problemi sia legati ad esperienze precedenti nell'ambito odontoiatrico, ma anche problematiche diverse, familiari, lavorative... Per questo la prima visita ha un'importanza fondamentale: è il primo approccio verso un'altra persona, indispensabile per l'instaurarsi di un rapporto paziente-medico positivo e costruttivo.

L'ipnosi ci può aiutare insegnandoci come porci in maniera più corretta per mettere a proprio agio il nuovo paziente, nel saperlo *ascoltare* e per rilassarlo.

Se da questa prima visita o dalle successive si evincerà una problematica di ansia eccessiva se non addirittura di paura nei confronti dell'ambiente odontoiatrico in generale e di ogni minima manovra terapeutica quale potrebbe essere ad esempio l'uso dello specchietto e dello specillo o, peggio ancora, il soffio di aria sulla superficie di un dente!, allora si potrà vedere di proporre, come alternativa, un approccio di tipo ipnotico.

Dal punto di vista della pura prestazione odontoiatrica sarà allora necessario valutare la possibilità operativa in relazione al fattore tempo, nel senso che il paziente va *preparato, educato* ad una seduta di ipnosi.

Però si sa che quanto più tempo si è disposti a spendere con un preciso paziente nelle prime sedute, dedicandosi completamente a lui e a lui soltanto, tanto più semplice e veloce sarà intervenire in seguito con procedure tecniche più complesse ed invasive.

Di fatto, l'ipnosi, è una comunicazione tale da rendere la persona molto ricettiva e a motivarla nell'utilizzare le sue potenzialità interne e controllare il suo comportamento psicofisico.

Si potrà utilizzare l'ipnosi tradizionale o l'ipnosi ericksoniana.

L'ipnosi tradizionale è caratterizzata da uno stile impositivo, direttivo. Il paziente subisce in modo del tutto passivo le direttive dell'ipnotista e vengono ricercate le risposte ideomotorie eclatanti che confermano secondo questa scuola di pensiero il buon andamento della terapia.

Nell'ipnosi ericksoniana gli interventi effettuati hanno un carattere apparentemente minimale; l'attenzione del terapeuta è volta a cogliere i microsegnali che indicano lo stato attuale del paziente e le ulteriori evoluzioni possibili.

Per aiutare il paziente ad instaurare un rapporto di fiducia con l'odontoiatra può essere molto utile parlargli evocando sensazioni piacevoli, cercando di capire il mondo materiale e di affetti in cui vive; questo può consentire agganci alla sua quotidianità preziosi nell'alleviare l'ansia ed inserendo la prestazione odontoiatrica tra le attività *normali* della sua vita.

Dagli studi di numerosi autori si è giunti alla definizione di **psicodonzia** come di quella branca della medicina che studia l'applicazione dell'ipnosi in odontoiatria. Questo termine si addice bene all'applicazione dell'ipnosi nelle abitudini viziate tanto frequenti anche nei bambini e ci si riferisce al succhiamento delle dita o di oggetti, al mordicchiarsi le labbra, le guance, la lingua o le unghie. L'odontoiatra deve sapere utilizzare le tecniche della comunicazione ipnotica in modo da risolvere o ridurre quelle componenti psichiche di base che impediscono o rendono difficoltosi i suoi interventi.

Naturalmente l'approccio del medico odontoiatra non è che un aspetto di un piano terapeutico globale di un paziente *difficile* per migliorarne la qualità di vita.

ESPERIENZE PERSONALI

Il numero delle esperienze personali, da fine corso al momento dell'elaborazione della tesi, non è stato molto elevato essenzialmente per motivi di tempo.

I dieci pazienti trattati si possono classificare in due gruppi: uno legato all'analgesia e l'altro alla riduzione del riflesso del vomito.

Di questi dieci pazienti cinque sono riusciti a raggiungere lo stato di ipnosi necessario per poter eseguire la prestazione programmata. Gli altri cinque si sono soltanto rilassati al punto da poter eseguire comunque le manovre necessarie in uno stato d'ansia pressoché inesistente.

Abbiamo indotto un'analgesia ipnotica in un paziente di 10 anni pur non avendo il soggetto problematiche psicologiche particolari o allergie.

Era un soggetto particolarmente recettivo ed è stata una prima prova di lavoro in questo senso.

Riportiamo i dialoghi avvenuti durante la seduta:

“Oggi dobbiamo devitalizzare un dente. Questa volta se non vuoi che utilizziamo l'ago proviamo un altro sistema. Visto che hai tanta fantasia e memoria sarai sicuramente in grado di ricordare la sensazione che avevi avuto la volta precedente di formicolio sul labbro e sulla gengiva vicino al dente che abbiamo devitalizzato la settimana scorsa”

“Sì certo me lo ricordo benissimo”

“Allora prova a ricordare con esattezza questa sensazione. Quando io ti toccherò con un dito la guancia vicino al dente da addormentare tu dovrai sentire le formiche... le senti?”

“Aspetta un attimo... adesso le sento”

“Prova a tenere anche gli occhi chiusi così sei più concentrato su questa sensazione. Va meglio con gli occhi chiusi?”

“Sì le sento di più”

“Allora comincio a lavorare sul tuo dente. Se senti qualsiasi cosa, e soprattutto se senti male, alza la tua mano sinistra. Posso andare?”

“Sì sì vai”

Iniziamo l'intervento con l'uso del trapano.

“Va tutto bene?”

“Tutto bene”

“Le formiche le senti ancora?”

“Sì le sento”

“Senti male?”

“No. Da nessuna parte”

E così procediamo nella terapia endodontica dell'elemento deciduo da devitalizzare sempre cercando l'assenso del piccolo paziente alla mancanza di dolore.

Terminato l'intervento chiediamo al bambino:

“Senti ancora le formiche?”

“Sì le sento”

“Apri gli occhi. Le senti?”

“Sì”

“Adesso ti toccherò con il mio dito e contando da uno a tre le formiche scompariranno. Uno... due... tre. Cosa senti adesso?”

“Sento duro”

Controlliamo l'occlusione con la carta di articolazione e la correggiamo.

“Adesso cosa senti?”

“Adesso va tutto bene .”

Congediamo il paziente quasi increduli del successo ottenuto!

Paziente di sesso femminile di 48 anni, ansiosa, con notevoli problemi di ipereattività del riflesso faringeo. Riferisce vomito durante lo spazzolamento in sede molare soprattutto al mattino. Dobbiamo eseguire impronte delle arcate dentarie superiori ed inferiori con materiali che necessitano di rimanere in situ per almeno cinque minuti affinché avvenga la reazione di indurimento completa dei componenti.

La manovra si presenta difficoltosa.

Decidiamo di intervenire con la tecnica ipnotica per rilassare la paziente e per riuscire a ridurre, se non eliminare, il riflesso del vomito.

Avendo già esperienze di anestesia, le proponiamo di riportare alla memoria questa sensazione e di localizzarla sul palato, descrivendo tutta l'anatomia che la paziente può seguire con la propria lingua.

“Ha una sensazione di *stranezza* toccandosi con la lingua il palato?”

“Sì, lo sento come freddo”

“Fin dove sente il freddo?”

“Fin dove cominciano i molari”

Dobbiamo eseguire un'impronta per un manufatto protesico del 27, ossia del secondo molare superiore sinistro.

“Provi a spostare la sensazione di freddo ancora più indietro. Ci riesce?”

“No, non ci riesco...”

“Allora provi a chiudere gli occhi per concentrarsi ancora meglio....adesso fin dove arriva il freddo?”

“Ora lo sento fin dove arriva la mia lingua”

“Brava, molto bene. Per caso, sente anche i denti strani?”

“Sì, li sento un po' induriti. Soprattutto quelli dietro”

“Allora adesso cominciamo con l'impronta inferiore che è più semplice. Faccia dei bei respiri profondi inspirando con il naso ed espirando con la bocca.”

.....

“Come si sente?”

“Bene. Penso di poterci provare”

“Molto bene. Brava. Allora incominciamo con l'inferiore”

Eseguiamo l'impronta dell'arcata inferiore senza difficoltà.

La facciamo sciacquare e le richiediamo se la sensazione di freddo è sempre viva.

“Sì. Non ho la sensazione dell’acqua sul palato”

“Ottimo. Allora prendiamo l’impronta superiore. E’ pronta?”

“Sì. Vada pure”

Eseguiamo così anche l’impronta superiore senza particolari difficoltà.

Dopo aver controllato la qualità delle impronte, invitiamo la paziente ad aprire gli occhi e, contando da cinque a zero, la invitiamo a percepire nuovamente il palato e i denti dell’arcata superiore con la sensibilità normale.

“Passi la lingua sul palato e sui denti superiori e ci dica come li sente”

.....

“Ora li sento normali. Che bello...ce l’ho fatta!”

Sicuramente la nostra paziente la prossima volta sarà più contenta...forse sarebbe meglio dire meno ansiosa, di venire nel nostro studio.

Il suo successo personale è anche il nostro!