

**SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA SPERIMENTALE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2014

**ANSIOLISI IN ODONTOIATRIA,
CONFRONTO TRA
IPNOSI E SEDAZIONE COSCIENTE ENDOVENOSA**

Candidato

Dott. Ferruccio Morandi

Relatore

Chiar.mo Prof. Enrico Facco

INDICE

Introduzione	pag 3
Scopo della tesi	pag 4
Materiali e Metodi	pag 5
Risultati	pag 8
Discussione	pag 15
Osservazioni	pag 16
Bibliografia	pag 17

INTRODUZIONE

La paura del dentista è un fenomeno universale che giustifica la crescente rilevanza che la psicologia e le scienze comportamentali hanno nella formazione del dentista per lo svolgimento della sua pratica clinica. Ha un impatto ampio e dinamico nella vita dei pazienti e mostra alcuni collegamenti con altri disturbi d'ansia descritti in psichiatria, come il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e la fobia. L'ansia è una fonte rilevante di disagio perioperatorio (Facco et al., 2013) che colpisce la qualità della vita, aumentando la percezione del dolore; a sua volta, una inadeguata gestione del dolore postoperatorio aumenta fortemente l'ansia e depressione, con un possibile corto-circuito tra i due. Ansia preoperatoria e depressione possono persistere anche nel corso del tempo ben oltre il periodo dell'intervento.

Nel 1997 il General Dental Council (GDC,1997) definì la competenza richiesta al dentista nel campo della sedazione cosciente con questa dichiarazione: *“I dentisti hanno il dovere di assicurare ed i pazienti il diritto di attendersi le misure adeguate per il controllo del dolore e dell'ansia. I metodi farmacologici per il controllo del dolore e dell'ansia includono l'anestesia locale e le tecniche di sedazione cosciente.”*

Dal 2003, l'ADEE(ADEE, 2003,2004) riconosce il diritto dei pazienti di non provare dolore ed ansia durante i trattamenti odontoiatrici.

Negli USA già nel decennio a cavallo della fine del diciannovesimo secolo era stata proposta la “chairside manner” (Andrick, 2013;Todd,2012) basata su tecniche comportamentali ed ipnotiche per controllare ansia e dolore dei pazienti odontoiatrici. Molti dentisti utilizzavano la suggestione ipnotica, sia come unico anestetico che in associazione con anestetici locali e generali per estrazioni o per l'escavazione delle carie e l'otturazione delle cavità. Molti autori (Adinolfi & Gava, 2013; Peretz, Bercovich & Blumer 2013) mettono in evidenza l'utilità di usare tecniche comportamentali ed ipnotiche in odontoiatria pediatrica. Altri autori (MacLeavey, 2013; Armfield JM,2013; Heaton LJ, 2013) raccomandano un approccio comportamentale da parte dello staff odontoiatrico per risolvere i problemi che i pazienti ansiosi, fobici o pediatrici patiscono per accedere alle normali cure odontoiatriche. La Sedazione farmacologica è stata introdotta e utilizzata sempre di più negli ultimi due decenni, al fine di alleviare l'ansia e la fobia per la chirurgia orale e permettere che questa fosse eseguita in modo sicuro per il paziente. Tuttavia, il suo uso rappresenta solo il primo passo verso un approccio molto più complesso, il cui scopo è aiutare il paziente a superare la sua ansia ed a sbarazzarsi di essa. L'approccio adeguato prevede diversi passaggi:

- (1) valutare l'ansia dentale dei pazienti
- (2) usare una corretta comunicazione assicurandosi che siano accuratamente informati;
- (3) usare la latrosedazione per migliorare il comfort dei pazienti e guadagnare la loro fiducia;
- (4) una anestesia locale eseguita correttamente, in grado di assicurare una analgesia completa;
- (5) l'ipnosi e o un sapiente uso di farmaci al fine di garantire il pieno controllo dell'ansia quando necessario.

La Iatrosedazione combina i principi della comunicazione verbale e non verbale e l'approccio empatico con quelli relativi alla programmazione neurolinguistica. Data la sua efficacia nel ridurre l'ansia dentale, deve essere considerata la strategia essenziale della comunicazione con il paziente.

L'Ipnosi è un potente strumento in odontoiatria. Un vantaggio rilevante, unico per l'Ipnosi, è il suo ruolo duplice:

a) capacità di ottenere una sedazione e amnesia efficace e anche in profondità, pur mantenendo la collaborazione del paziente;

b) capacità di trattamento di ansia e fobia dentale, aiutando il paziente a superarla, così come altri disturbi d'ansia associata (ad esempio, claustrofobia).

Anche il ritrattamento con Eye Movement Desensitization è interessante, nonostante vi sia ancora una carenza di informazioni sull'uso di EMDR in odontoiatria, questa potrebbe essere potenzialmente utile quando la fobia dentale è legata alle precedenti esperienze negative che coinvolgono componenti PTSD.

La superiorità della Ipnosi e di altre tecniche comportamentali nei confronti della sedazione farmacologica sta nella sua capacità di aiutare i pazienti a liberarsi della loro ansia dentale, mentre la Sedazione farmacologica offre solo una tregua temporanea e aiuta il paziente ad affrontare un'unica procedura, l'Ipnosi e la Iatrosedazione possono effettivamente consentire un'ottima sedazione eseguita in modo fisiologico ed il trattamento dell'ansia dei pazienti, aiutandoli a liberarsi della loro paura e di altre componenti dell'ansia.

In Italia esiste un corso Master di formazione in queste discipline presso l'Università di Padova e qui si insegnano le tecniche comportamentali e farmacologiche per risolvere l'ansia del paziente: Iatrosedazione, Comunicazione Ipnotica, sedazione farmacologica mediante somministrazione di Protossido d'azoto, benzodiazepine per os e per endovena.

Dopo aver conseguito il Master in Sedazione a Padova nel 2014, dove ho potuto constatare di persona l'efficacia dell'Ipnosi, ho deciso di frequentare il Corso base in Ipnosi Medica organizzato dal CIICS di Torino per completare la mia formazione in questo specifico settore.

SCOPO DELLA TESI

Scopo della tesi è valutare l'accettabilità e l'efficacia dell'Ipnosi (Griffiths M., 2014;Facco et al.,2013; Facco, Zanette, Casiglia, 2014) come tecnica di sedazione cosciente in Odontoiatria, confrontandola con la tecnica farmacologica mediante somministrazione endovenosa di benzodiazepine.

MATERIALI E METODI

Ai pazienti afferenti allo studio odontoiatrico è stata inviata una comunicazione, attraverso social network, nella quale si informavano della possibilità di eseguire le cure odontoiatriche in ipnosi.

Fig.1: L'immagine usata per chiedere la partecipazione alla sperimentazione accompagnata da questa frase "vuoi darmi una mano?"



Come attività di routine viene invece già da tempo proposta la sedazione farmacologica per gli interventi di chirurgia orale. Nel maggio 2014 sono stati registrati i pazienti che hanno risposto all'invito a sottoporsi alle cure odontoiatriche in ipnosi; a questi pazienti, durante la visita preoperatoria sono state comunque fornite tutte le informazioni necessarie relative all'ipnosi ed alla sedazione farmacologica, dopo di che a tutti i pazienti è stata data la libertà di scegliere la tecnica che essi preferivano. Il gruppo dei pazienti sottoposti all'ipnosi (gruppo **GI**) è stato confrontato con altrettanti pazienti consecutivi che non avevano risposto all'invito all'ipnosi e che sono stati trattati in sedazione farmacologica come di routine (gruppo **GS**).

Nel periodo preoperatorio è stata valutata l'ansia dei pazienti somministrando loro la versione italiana della Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)(Humphris, Morrison, & Lindsay, 1995; Humphris, Freeman, Campbell, Tuutti, & D'Souza, 2000a; Humphris, Freeman, Campbell, Tuutti, & D'Souza, 2000b) (Facco et al. In preparazione) e la Visual Analogue Scale (VAS) (Facco et al., 2013), questa è stata ripetuta anche alla fine dell'intervento; durante la visita preoperatoria sono state inoltre valutate le condizioni fisiche e la presenza di malattie sistemiche mediante la scala della American Society of Anesthesiology (ASA). Una verbal rating scale (VRS) di soddisfazione per il trattamento ansiolitico (con 0=nessuna soddisfazione e 10= massima soddisfazione) è stata valutata mediante intervista telefonica dopo un mese dal trattamento. Durante l'intervento tutti i soggetti sono stati sottoposti a monitoraggio dei parametri vitali (ECG, frequenza cardiaca, pressione sanguigna periferica sistolica, diastolica e media, saturazione di Ossigeno nel sangue periferico). Per il monitoraggio è stato utilizzato un monitor multiparametrico TecnoGaz mod M9B.

I pazienti appartenenti a entrambi i gruppi, dopo l'induzione della sedazione o dell'ipnosi, sono stati sottoposti ad anestesia locoregionale con articaina 4% e adrenalina 1/200000 o 1/100.000

dependentemente dalla necessità di emostasi richiesta durante l'intervento e dalla tecnica di infiltrazione usata.

Protocollo di induzione ipnosi

Fig.2: Aspettative atteggiamenti dei soggetti in ipnosi



Per l'induzione dell'ipnosi (fig 2 e 3) è stata utilizzata prevalentemente la Tecnica di fissazione dell'indice dell'Ipnostista (F.Granone, 1983) ed in due casi la tecnica di Adler e Secunda (F.Granone, 1983) con conteggio sincrono alla respirazione, seguite poi da approfondimento attraverso l'esecuzione di *Ordini, Descrizioni, Passi, Ricalchi, Ratifiche, Sfide*, e la *Suggestione* fornita al paziente di trovarsi in un luogo sicuro e confortevole, a Lui particolarmente caro (quasi sempre in riva al mare ponendo l'attenzione sulla sincronicità del suono della risacca con la respirazione e sulla luminosità del sole per giustificare l'effetto della lampada scialitica).

Seguendo la tecnica di fissazione dell'indice, al paziente comodamente sdraiato sulla poltrona odontoiatrica, è stato richiesto di fissare l'indice della mia mano destra posto all'altezza della sua glabella e distante circa 50 cm da questa e di seguirlo nel suo movimento di avvicinamento alla glabella stessa; durante questa lenta manovra è stato suggerito al paziente una sensazione di pesantezza delle palpebre, di necessità di chiuderle, di stanchezza e rilassamento fino ad ottenere la chiusura degli occhi, poi l'ho invitato a scendere una scala di dieci scalini, scanditi da un lento conteggio; questa scala avrebbe dato accesso al luogo sicuro e confortevole a lui caro partendo dal quale sono state poi fornite le istruzioni utili ad arrivare a quella ansiolisi necessaria per eseguire l'ALR ed effettuare il procedimento odontoiatrico.

La tecnica di Adler e Secunda è stata utilizzata in due soggetti che, pur incuriositi dalla questione dell'ipnosi, si dichiaravano certamente resistenti e scettici sulla riuscita dell'ansiolisi. Ho presentato quindi questa tecnica come un modo efficace per concentrarsi e rilassarsi, poi ho chiesto ai pazienti comodamente sdraiati sulla poltrona odontoiatrica con il braccio destro disteso sul bracciolo e la mano abbandonata verso l'interno, la mano sinistra appoggiata sul petto, di concentrarsi sul pollice della mano destra e chiudere gli occhi; quindi, ho iniziato a contare sincronicamente con il loro respiro, e qui l'osservazione della mano appoggiata sul petto mi ha aiutato a percepire il ritmo, suggerendo che, via via che procedevo nel conteggio, il pollice e l'indice si sarebbero avvicinati sempre di più, fino a toccarsi e che dal quel momento un profondo senso di rilassamento avrebbe pervaso il paziente. Raggiunta questa condizione, ho suggerito la levitazione del braccio dicendo che, quando la mano avesse toccato il viso il rilassamento sarebbe stato assai profondo.

Ottenuta questa ansiolisi ho proceduto con l'ALR ed il trattamento odontoiatrico necessario.

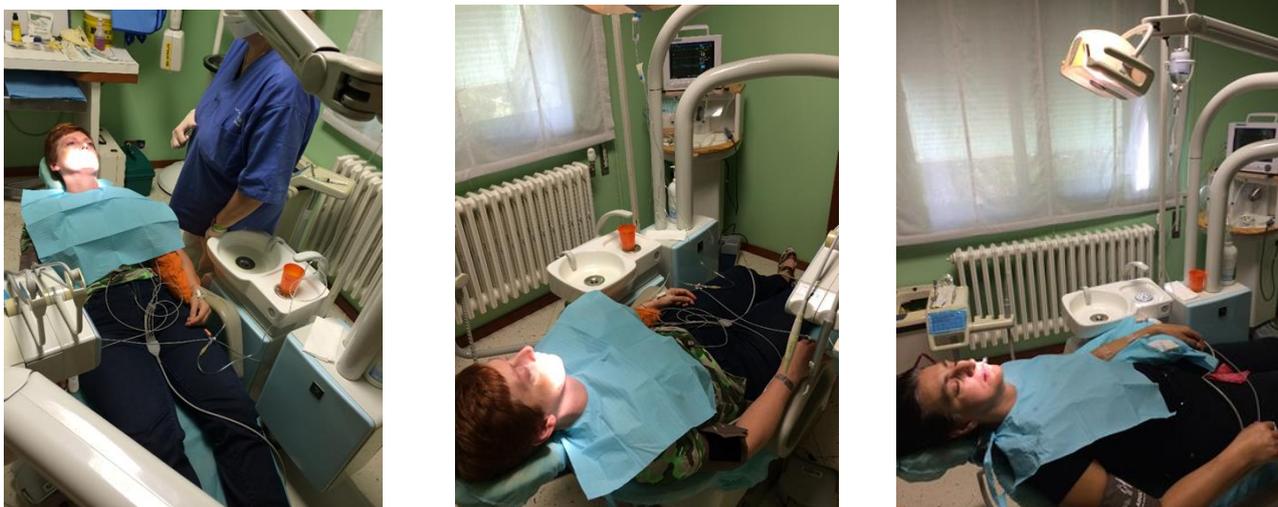
Fig3: Ancora aspetti e atteggiamenti dei pazienti in ipnosi



Protocollo di sedazione farmacologia

L'ansiolisi è stata eseguita secondo il protocollo Manani (Manani et al., 1995; Manani et al., 2004; Manani et al., 2005; Manani et al., 2011) che consiste nella somministrazione per os di clordimetildiazepam gtt. (da 1 a 2 mg) 15-30 minuti prima dell'intervento. Una volta accomodato il paziente sulla poltrona odontoiatrica, si procede alla cannulazione di una vena del braccio. Si chiede quindi al paziente di quantificare la sua tranquillità secondo una scala verbale da 0 a 10, in cui 0 = nessuna tranquillità e 10 = massima tranquillità. Se il paziente riporta un valore inferiore a 10, l'ansiolisi viene titolata con boli refratti di 1-2 mg di diazepam ogni 2-3 min ripetendo la valutazione della tranquillità tra un bolo e l'altro fino ad arrivare ad una valutazione 10 da parte del paziente. Raggiunta la completa ansiolisi, si spalma un'anestetico di superficie (gel di lidocaina) sulle mucose sede di iniezione per poi procedere alla esecuzione dell'anestesia locoregionale.

Fig 4: Setting per la sedazione farmacologica EV



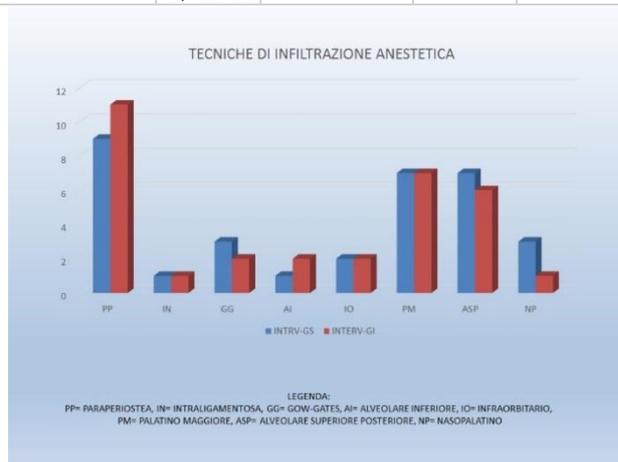
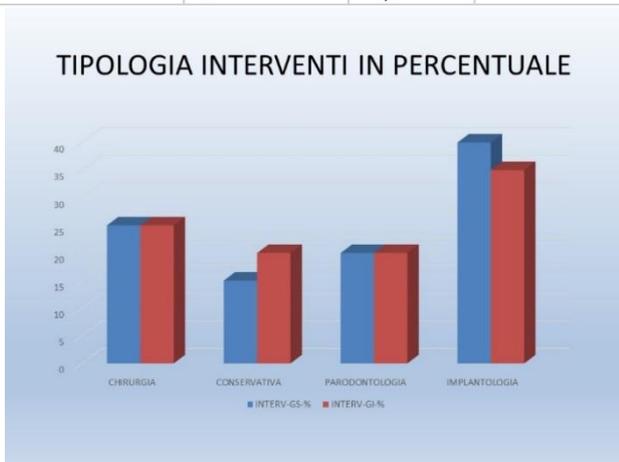
RISULTATI

20 Pazienti hanno risposto positivamente all'invito a sottoporsi alle cure odontoiatriche in ipnosi; dopo le informazioni sull'ipnosi e sulle tecniche farmacologiche fornite alla visita preoperatoria tutti questi pazienti hanno poi confermato di preferire l'ipnosi e l'hanno liberamente scelta. Il gruppo GI

è quindi costituito da 20 soggetti (età media 40,1, range 26-57, 10 M e 10 F) mentre il secondo(gruppo GS), è costituito da 20 soggetti (età media 51,8, range 19-75, 11 M e 9 F) che hanno preferito la sedazione farmacologica con benzodiazepine. In fig 5 sono riportate le tipologie di intervento e le modalità di anestesia locoregionale: si possono osservare una equivalente distribuzione dei vari trattamenti fra i due gruppi ed una analoga somministrazione di anestetico locale.

Fig. 5: Tipologia di intervento e di anestesia loco regionale

INTERVENTI-GI	TIPO ALR-GI	N° TF-GI	INTERV-GS	TIPO ALR-GS	N° TF-EV	DISTRIBUZIONE %	
Conservativa	IO		1 Chirurgia	ASP+PM		3	GI
Conservativa	PP		1 Conservativa	IO		1	Conservativa 4 20%
Implantologia	IO+NP		2 Implantologia	PP+NP		2	Chirurgia 5 25%
Parodonto	ASP+PM		3 Implantologia	ASP+PM		3	Parodonto 4 20%
Implantologia	PP+PM		3 Parodonto	ASP+PM		3	Implantologia 7 35%
Conservativa	GG		2 Implantologia	GG+PP		3	
Parodonto	ASP+PM		3 Parodonto	PP+NP		3	GS
Implantologia	AI+PP		3 Parodonto	AI+PP		3	Conservativa 3 15%
Implantologia	ASP+PM		3 Chirurgia	ASP+PM		3	Chirurgia 5 25%
Chirurgia	ASP+PM+PP		3 Implantologia	ASP+PM		3	Parodonto 4 20%
Implantologia	PP		2 Conservativa	PP		1	Implantologia 8 40%
Conservativa	PP		1 Implantologia	PP		2	
Parodonto	PP		2 Chirurgia	IO+NP		2	
Parodonto	PP		4 Implantologia	PP		2	legenda TIPO ALR
Chirurgia	ASP+PM		3 Implantologia	ASP+PM		3	Paraperioste PP
Chirurgia	GG+PP		3 Implantologia	GG+PP		3	Intraligamen IN
Implantologia	AI+PP		2 Parodonto	GG+PP		3	Gow-Gates GG
Implantologia	ASP+PM		2 Chirurgia	ASP+PM		2	Blocco AI AI
Chirurgia	PP+IN		2 Conservativa	IN		1	Infraorbitale IO
Chirurgia	PP		2 Chirurgia	PP		3	Blocco PM PM
							Blocco ASP ASP
							Blocco NP NP
	MEDIA	2,35		MEDIA	2,45		
	DS	0,8127277		DS	0,759155		



TAB 1: Risultati per il gruppo GS con sedazione farmacologica endovena.

nome	età-GS	ASA F/M-GS	FC-GS-1	FC-GS-2	SAP-GS-1	SAP-GS-2	DAP-GS-1	DAP-GS-2	MAP-GS-1	MAP-GS-2	SpO2-EV-1	SpO2-GS-2	MDAS-GS	VASA-GS-1	VASA-GS-2	VRS-GS-SODDISFAZIONE	INTERV-GS	TIPO ALR-GS	N° TF-GS
BEVANN	55	1 F	88	88	118	100	75	78	83	79	100	99	15	5	1		8 Chirurgia	ASP+PM	3
DEZGIO	73	2 M	82	80	120	140	80	74	100	82	97	99	5	1	0		9 Conservativa	IO	1
SOPAT	48	1 F	105	102	120	128	77	85	105	102	99	98	8	1	0		6 Implantologia	PP+NP	2
ERBBRU	59	2 F	88	91	102	122	75	80	82	91	99	99	8	8	1		10 Implantologia	ASP+PM	3
GIUNAD	63	2 F	97	97	118	125	70	85	78	88	98	99	18	8	2		8 Parodonto	ASP+PM	3
RAVROB	36	1 M	65	75	112	118	78	80	88	86	98	98	8	3	1		7 Implantologia	GG+PP	3
BERREN	75	2 M	73	78	122	132	68	72	102	100	94	97	7	2	1		8 Parodonto	PP+NP	3
GASPLUI	55	1 F	55	52	123	122	69	68	93	90	96	97	11	4	0		9 Parodonto	AI+PP	3
VIOBER	70	2 F	68	65	102	110	60	63	75	82	100	98	7	1	0		7 Chirurgia	ASP+PM	3
BUCCGAB	50	2 M	67	70	125	122	90	78	105	92	98	97	6	2	0		8 Implantologia	ASP+PM	3
BREDAN	63	2 F	70	86	139	141	70	80	118	110	97	99	11	3	1		9 Conservativa	PP	1
AGGMAS	30	1 M	65	70	112	127	70	87	87	105	97	98	10	5	1		8 Implantologia	PP	2
ISIROB	45	1 M	67	72	112	122	75	79	87	98	97	99	14	6	2		8 Chirurgia	IO+NP	2
DORMER	50	1 M	50	68	98	110	65	68	70	83	100	100	9	2	0		5 Implantologia	PP	2
BRAGIO	53	2 M	65	64	108	105	50	78	72	81	98	99	10	3	0		7 Implantologia	ASP+PM	3
LAUSAV	19	1 M	50	61	112	105	70	59	80	75	100	100	5	2	0		7 Implantologia	GG+PP	3
NICSIL	57	2 F	74	79	123	133	67	71	103	101	95	98	7	2	0		6 Parodonto	GG+PP	3
GIOROB	60	2 M	87	90	101	121	76	81	83	92	100	98	8	8	2		9 Chirurgia	ASP+PM	2
VENLUC	35	1 M	97	98	120	130	79	86	79	89	99	99	17	1	0		6 Conservativa	IN	1
FEDFIO	40	1 F	67	71	123	119	75	79	85	97	98	97	12	5	0		9 Chirurgia	PP	3
MEDIE	51,8		74	77,85	115,5	121,6	71,95	76,55	88,75	91,15	98	98,4	9,8	3,6	0,6		7,7		2,45
DS	14,56		14,84924	12,0208	3,535534	13,43503	8,240	0,707107	1,4142136	12,727922	1,4142136	1,414213562	2,12132	2,41	0,7071068		1,318		

TAB 2: Risultati per il gruppo GI con Ipnosi

nome	età-GS	ASA F/M-GI	FC-GI-1	FC-GI-2	SAP-GI-1	SAP-GI-2	DAP-GI-1	DAP-GI-2	MAP-GI-1	MAP-GI-2	SpO2-GI-1	SpO2-GI-2	MDAS-GI	VASA-GI-1	VASA-GI-2	VRS-GI-SODDISFAZIONE	INTERV-GI	TIPO ALR-GI	N° TF-GI
BIALLUC	46	1 M	85	88	149	150	90	95	119	111	100	100	16	9	1		10 Conservativa	IO	1
COLLAM	56	1 m	81	78	120	123	87	87	100	99	97	94	12	4	2		9 Conservativa	PP	1
CONALE	47	1 M	114	110	150	149	94	89	109	104	99	99	18	9	0		10 Implantologi	IO+NP	2
DINBEN	32	1 F	77	50	120	110	76	70	90	84	98	99	20	10	2		10 Parodonto	ASP+PM	3
TOLALE	35	1 M	78	87	120	105	65	66	82	80	99	100	17	9	2		10 Implantologi	PP+PM	3
POTALI	28	1 F	85	85	105	122	52	71	71	90	98	99	12	5	0		9 Conservativa	GG	2
CORENR	39	1 M	66	59	113	117	66	76	80	90	98	97	10	3	0		6 Parodonto	ASP+PM	3
TAVILA	48	1 F	75	72	115	122	76	77	89	92	98	99	14	6	2		9 Implantologi	AI+PP	3
NICRIC	57	2 F	87	88	149	151	90	92	120	113	99	100	15	8	1		10 Implantologi	ASP+PM	3
DONMIC	51	2 F	80	77	119	120	85	85	100	99	97	98	13	4	2		8 Chirurgia	ASP+PM+PP	3
BELROB	33	1 M	113	109	148	147	93	88	108	103	98	98	17	9	0		10 Implantologi	PP	2
PINGIO	31	1 M	78	51	122	112	77	72	92	82	98	99	18	10	3		9 Conservativa	PP	1
ICOILE	26	1 M	77	87	121	106	66	67	83	81	99	100	16	8	2		7 Parodonto	PP	2
MAGELE	27	1 M	83	83	106	122	53	73	72	88	98	99	12	5	1		9 Parodonto	PP	4
COSFRA	50	2 F	65	58	112	116	65	75	79	89	97	96	9	3	0		8 Chirurgia	ASP+PM	3
MORILE	48	1 F	75	71	115	125	76	78	89	94	98	99	14	6	2		10 Chirurgia	GG+PP	3
PELLUC	45	1 F	67	58	115	120	66	76	81	89	99	99	10	4	0		9 Implantologi	AI+PP	2
NICTIZ	50	2 F	76	85	118	107	73	69	89	83	98	99	19	8	0		10 Implantologi	ASP+PM	2
MORMAS	27	2 M	66	60	115	119	67	75		81	98	100	5	2	0		9 Chirurgia	PP+IN	2
CECSIL	26	1 F	78	85	122	107	66	68	83	80	98	98	17	7	2		10 Chirurgia	PP	2
MEDIE	40,1		80,3	77,05	122,7	122,5	74,15	77,45	91,36842	91,6	98,2	98,6	14,2	6,45	1,50		9,1		1,5
DS	10,76		13,05	17,14	14,26	15,04	12,51	19,0919	25,45584	21,92031	1,414214	1,4142136	3,83	2,56	0,70711		1,119		

Il gruppo GI (tab2) presenta valori di MDAS (fig.7) e di VAS preoperatorie nettamente più elevati rispetto al gruppo GS (tab 1); tale differenza è risultata altamente significativa sia per la MDAS ($t=3,668$; $p<0,001$) che per la VAS ($t=3,618$; $p<0,001$). Quindi vi erano differenze notevoli di ansia preoperatoria tra i due gruppi, in entrambi i gruppi l'ansia si è ridotta a valori prossimi allo zero alla fine dell'intervento (fig. 6 ; tab 3)

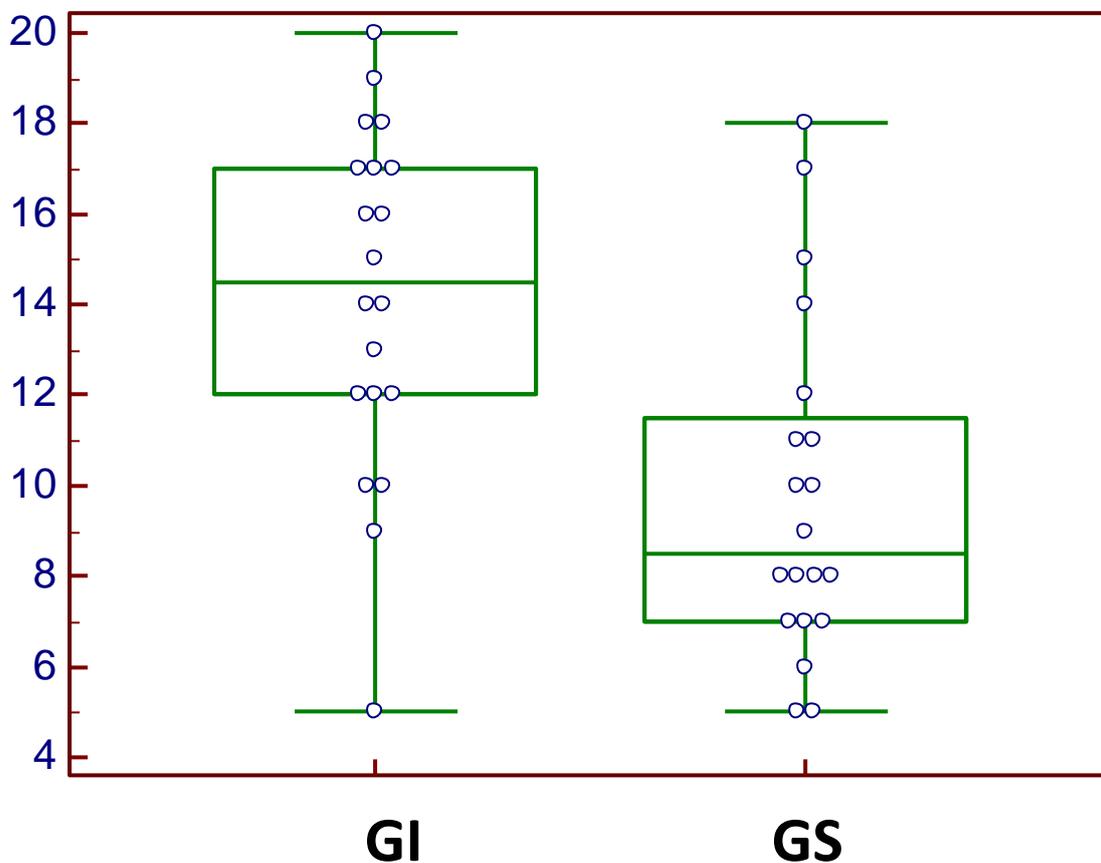
Fig.6:grafico del comportamento dell'ansia pre e post operatoria nei due gruppi



TAB 3 : differenze di ansia e parametri emodinamici nei due gruppi

Gruppo GI	Inizio	Fine	t-Test
VAS	6,45	1,1	P<0,001
FC	80,3	77,5	n.s.
SAP	122,7	122,5	n.s.
DAP	74,15	77,5	n.s.
Gruppo GS	Inizio	Fine	t-Test
VAS	3,6	0,6	P<0,001
FC	74	77,85	P<0,01
SAP	115,5	121,6	P<0,05
DAP	71,95	76,5	P<0,05

Fig.7: Distribuzione e boxplot dei valori di MDAS nei due gruppo di pazienti

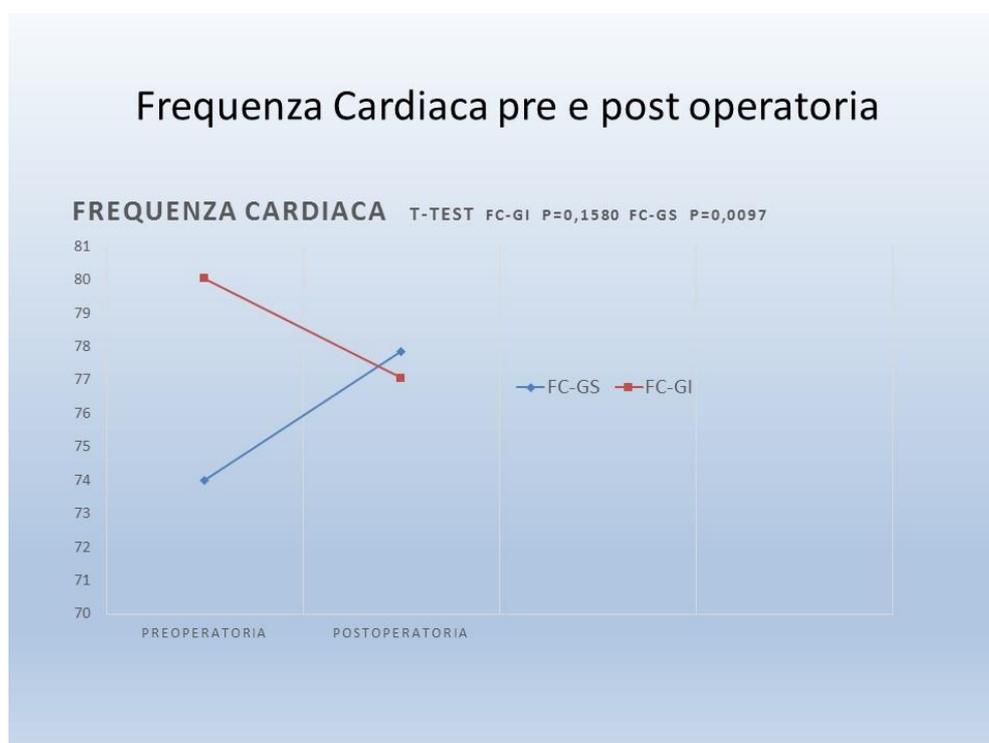


TAB.5: Valori dell'ansia e dei parametri emodinamici preoperatori nei due gruppi

	GI		GS		t-Test
	Media	DS	Media	DS	
Età	40,1	10,76	51,8	14,56	P<0,01
MDAS	14,2	3,83	9,8	2,12	P<0,001
VAS	6,45	2,56	3,6	2,41	P<0,001
FC	80,3	13,05	74	14,84	n.s.
SAP	122,7	14,26	115,5	3,53	n.s.
DAP	74,15	12,51	71,95	8,24	n.s.

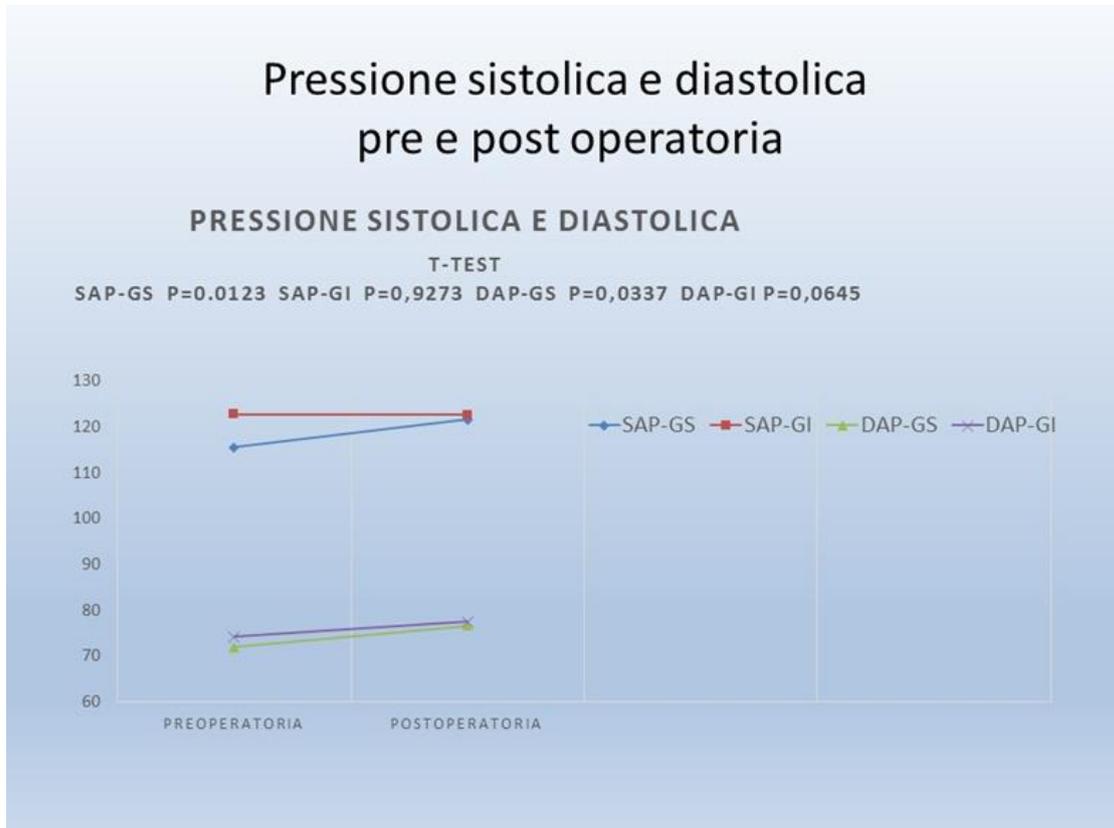
I valori della FC (fig. 8) pre- e postoperatori tendono ad avere un andamento opposto nei due gruppi: mentre nel gruppo GI la differenza non si è dimostrata significativa, il gruppo GS ha presentato un modesto ma significativo aumento della FC a fine intervento ($p<0,01$).

Fig.8: Grafico della frequenza cardiaca pre e post operatoria nei due gruppi



Analogamente, si è verificato aumento lieve ma significativo a fine intervento della pressione sistolica ($p=0,012$) e diastolica ($p=0,033$) nel gruppo GS ma non nel gruppo GI (fig. 9)

Fig.9: Grafico dell'andamento pressorio pre e post operatorio nei due gruppi

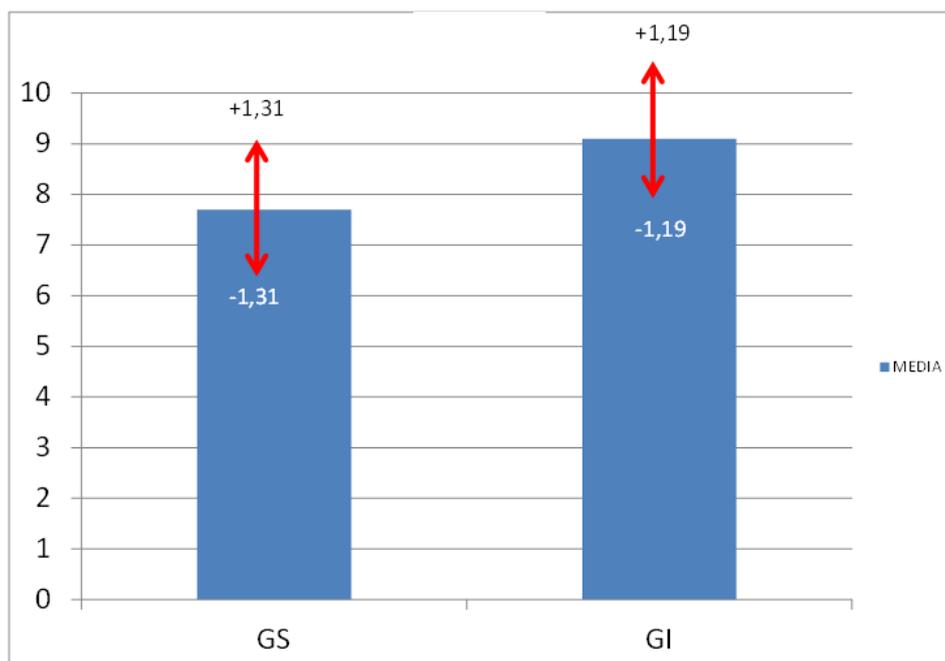


La valutazione del grado di soddisfazione per l'ansiolisi ha dimostrato una soddisfazione significativamente maggiore nel gruppo GI rispetto al gruppo GS ($p < 0,001$).

Tab. 6- Valori di soddisfazione nei due gruppi

	MEDIA	DS
VRS-GS-SODDISFAZIONE	7,7	1,318
VRS-GI-SODDISFAZIONE	9,10	1,119
t-Test	$P < 0,001$	

Fig. 10: Valutazione mediante VRS della soddisfazione per la sedazione nei due gruppi di pazienti



DISCUSSIONE

La paura del dentista è un fenomeno universale ha un impatto ampio e dinamico nella vita dei pazienti e genera ansia. L'ansia è una fonte rilevante di disagio (Facco et al., 2013) che colpisce la qualità della vita, aumentando la percezione del dolore e le reazioni emodinamiche del paziente esponendolo così al rischio di incidenti cardiovascolari che possono essere prevenuti con un buon trattamento preoperatorio e perioperatorio. L'ansiolisi mediante sedazione cosciente è parte fondante di questo trattamento.

Questo studio osservazionale, basato sulla libera scelta dei pazienti della tecnica di sedazione preferita, ha selezionato due gruppi di pazienti significativamente diversi per età e per livello di ansia preoperatoria.

Per quanto riguarda la prima si possono ipotizzare due eventualità:

- 1) i pazienti più aperti e disponibili all'ipnosi sono più giovani di quelli che preferiscono la sedazione endovenosa,
- 2) essendo i pazienti stati reclutati tramite un annuncio su social network, è verosimile che la selezione sia avvenuta su persone mediamente più giovani (VINCOS.IT, 2014), che probabilmente fanno maggiore uso di questo sistema di comunicazione. Entrambe le ipotesi comunque non si escludono a vicenda. Non si sono invece riscontrate differenze significative della FC e della pressione arteriosa preoperatoria nei due gruppi.

La differenza significativa di ansia operatoria nei due gruppi può dipendere solo in piccola parte dall'età, ovvero dal fatto che i pazienti più giovani sono tendenzialmente più ansiosi di quelli anziani (Facco et al. 2008, 2011); la notevole differenza dei punteggi di MDAS e di VAS nei due gruppi suggerisce l'ipotesi che le persone con livello di ansia maggiore abbiano preferito l'ipnosi per la propria ansiolisi nonostante la generica diffidenza e mancanza di informazione nella popolazione per questa tecnica, per una serie di possibili ragioni:

1. la sedazione cosciente in odontoiatria, nonostante sia chiaramente definita e proposta da tutti i regolamenti e documenti europei, rimane ancora largamente sconosciuta e sottoutilizzata; questa scarsa conoscenza può portare a considerare l'ipnosi come l'unica possibilità di affrontare l'intervento, a parte l'anestesia generale.
2. la sedazione farmacologica, anche se culturalmente più accettata, può suscitare comunque una certa diffidenza per l'uso della cannulazione venosa, per una possibile diffidenza nei confronti dei farmaci e per l'immagine di potenziale pericolosità che ancora evoca assieme all'anestesia generale; a questo si può aggiungere il disagio per la necessità di tempi di recupero dalla sedazione alla fine dell'intervento.
3. La curiosità per l'ipnosi può essere un elemento di appeal per questa tecnica, che può suscitare un misto di diffidenza e di desiderio di sperimentarla e conoscerla.
4. L'ultimo elemento che può influenzare la scelta dell'ipnosi è il rapporto tra paziente e professionista che può facilitare la scelta dell'ipnosi quando esso sia caratterizzato da fiducia, empatia e comprensione reciproca, in cui è evidente al soggetto quanto e come il medico si prenda cura della sua persona e non solo dell'aspetto organico della malattia.

In ogni caso sembra che la risultante dei fattori appena elencati porti i pazienti con elevati livelli di ansia a preferire l'ipnosi alla sedazione farmacologica. Questo è confermato dal fatto che tutti i pazienti che hanno risposto positivamente all'invito all'ipnosi, hanno mantenuto questa scelta anche dopo la dettagliata spiegazione della sedazione cosciente.

Il fatto che il gruppo GI non abbia presentato differenze di valori pressori e di FC tra l'inizio e la fine dell'intervento chirurgico, mentre il gruppo GS ha avuto un lieve ma significativo aumento sia della FC che della pressione sistolica e diastolica, suggerisce che l'ipnosi consenta un'efficace protezione dallo stress operatorio, superiore a quella della sedazione farmacologica; tale dato è in perfetto accordo con i dati emodinamici riportati in un intervento in cui è stata utilizzata l'ipnosi come solo anestetico (Facco et al. 2013).

Tutti i pazienti intervistati dopo un mese dal trattamento hanno dimostrato soddisfazione quando è stato chiesto loro di valutare l'esperienza vissuta, ma c'è stata una differenza altamente significativa nella valutazione a favore dell'ipnosi. I pazienti trattati con sedazione ipnotica hanno riportato una esperienza positiva che si è prolungata nel tempo e che ha portato tutti a ritenere desiderabile utilizzare l'ipnosi anche al di fuori dell'ambito odontoiatrico; al contrario, quelli appartenenti al gruppo GS si sono detti soddisfatti e vorrebbero essere operati così in caso di necessità, ma l'esperienza positiva resta ovviamente confinata solo al trattamento odontoiatrico.

OSSERVAZIONI

Volendo esprimere il punto di vista dell'operatore ancora poco esperto come Ipnologo, ed essendo in entrambe le procedure il Sedazionista e l'Odontoiatra rappresentate dalla stessa persona, si deve considerare che:

nella sedazione EV, una volta espletate tutte le procedure, l'ansiolisi continua per diverse ore, fino a 12, per cui basta tenere d'occhio il monitor e l'Odontoiatra può concentrarsi sul suo compito specifico senza preoccuparsi d'altro, anche in procedure di lunga durata;

nel caso dell'ipnosi invece è necessario mantenere un contatto verbale e fornire suggestioni per mantenere la profondità necessaria, per cui risulta più faticoso per l'Odontoiatra gestire entrambe i compiti; questo potrebbe essere motivo di scelta fra le due tecniche, anche se penso che aumentando l'esperienza dell'operatore il problema si possa risolvere spontaneamente.

Voglio segnalare inoltre che durante la sperimentazione mi è capitato un paziente in trattamento psicoterapico presso uno Psicologo della zona, il quale lo ha fornito di un ancoraggio musicale che lo induce in uno stato di autoipnosi estremamente efficace tale da durare quanto la durata della traccia musicale presente sul dispositivo di diffusione che il paziente tiene collegato ad una cuffia da lui indossata; abbiamo eseguito una seduta di circa due ore e mezzo durante la quale il paziente è stato perfettamente tranquillo. In letteratura esistono studi sull'argomento (Eitner 2011, Hammond DC. 2010) . Questa esperienza sarà oggetto di ulteriori studi.

BIBLIOGRAFIA

Abdeshahi , Hashemipour , Mesgarzadeh , Shahidi Payam , Halaj Monfared .

Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study. *j.jcms*.2012.10.009.

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

Adinolfi , Gava

Controlled outcome studies of child clinical hypnosis.

Acta Biomed. 2013 Sep 1;84(2):94-7.

Andrick JM.

Cultivating a "chairside manner": dental hypnosis, patient management psychology, and the origins of behavioral dentistry in America, 1890-1910.

J Hist Behav Sci. 2013 Summer;49(3):235-58.

Armfield JM, Heaton LJ.

Using elements of hypnosis prior to or during pediatric dental treatment. *Aust Dent J*. 2013 Dec;58(4):390-407; quiz 531. doi: 10.1111/adj.12118

Eitner , Sokol , Wichmann , Bauer , Engels .

Clinical use of a novel audio pillow with recorded hypnotherapy instructions and music for anxiolysis during dental implant surgery: a prospective study.

Int J Clin Exp Hypn. 2011 Apr;59(2):180-97.

Facco E, Zanette G, Casiglia E.

The role of hypnotherapy in dentistry

SAAD Dig. 2014 Jan;30:3-6.

Facco E, Stellini E, Bacci C, Manani G, Pavan C, Cavallin F, Zanette G.

Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation.

Minerva Anesthesiol. 2013 Dec;79(12):1389-95. Epub 2013 Jul 9.

Facco, E., Pasquali, S., Zanette, G., & Casiglia, E. (2013).

Hypnosis as sole anaesthesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity.

Anaesthesia, 68, 961-965.

Facco E1, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivoletta S, Cavallin F, Manani G.

Toward the validation of visual analogue scale for anxiety.

Anesth Prog. 2011 Spring;58(1):8-13.

Facco, Zanette, Manani.

Italian version of Corah's Dental Anxiety scales normative data in patients undergoing oral surgery and relationship with the ASA physical status classification.

Anesthesiology Prog 55, 109, 2008

GeneralDentalCouncil, november 1997

Maintaining standards. Guidance to dentist, dental hygienists and dental therapists on professional and personal conduct.

F. Granone

Trattato di Ipnosi vol.1 pg 54-59 1983

Griffiths M.

Hypnosis for dental anxiety.

Dent Update. 2014 Jan-Feb;41(1):78-80, 83.

Hammond DC.

Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders.

Expert Rev Neurother. 2010 Feb;10(2):263-73.

Holden A.

The art of suggestion: the use of hypnosis in dentistry.

Dent J. 2012 Jun 8;212(11):549-51.

Humphris, G. M., Freeman, R., Campbell, J., Tuutti, H., & D'Souza, V. (2000a). Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int.Dent.J.*, 50, 367-370.

Humphris, G. M., Freeman, R., Campbell, J., Tuutti, H., & D'Souza, V. (2000b).

Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale.

Int.Dent.J., 50, 367-370.

Humphris, G. M., Morrison, T., & Lindsay, S. J. (1995).

The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent.Health*, 12, 143-150.

Jugé C, Tubert-Jeannin S

Effects of hypnosis in dental care

Presse Med. 2013 Apr;42(4 Pt 1):e114-24.

MacLeavey C.

The role of dental therapists in pharmacological and non-pharmacological treatment of anxious and phobic patients.

J Craniomaxillofac Surg. 2013 Jun;41(4):310-5.

Manani, Alberton, Bazzato, Berengo, Da Corte, et al. (2005).

Analysis of an anxiolytic technique applied in 1179 patients undergoing oral surgery.

Minerva Stomatol., 54, 551-568.

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

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

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

Peretz B, Bercovich R, Blumer S.
Pediatr Dent. 2013 Jan-Feb;35(1):33-6.
Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review.

Todd EM
An itinerant mesmerist.
Anaesth Intensive Care. 2012 Jul;40 Suppl 1:5-9.

<http://vincos.it/2014/01/27/i-10-anni-di-facebook-visti-italia-statistiche-social-network/>

Wannemueller A1, Joehren P, Haug S, Hatting M, Elsesser K, Sartory G
A practice-based comparison of brief cognitive behavioural treatment, two kinds of hypnosis and
general anaesthesia in dental phobia.
Psychother Psychosom. 2011;80(3):159-65