

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

**La “*paura del dentista*”, nel bambino e nell’adulto
e la comunicazione ipnotica**

Candidata: Dott.ssa Alessandra Orlandini

Relatore: Dott. Angelo Gonella

**Desidero ringraziare tutti i docenti del C.I.I.C.S. e in particolare
il Dott. Angelo Gonella, senza il suo supporto e
la sua guida sapiente questa tesi non esisterebbe.**

INDICE

- **CAPITOLO 1**

Ipnosi medica

1.1 Definizione

1.2 Storia dell'ipnosi: da Mesmer ai pregiudizi comuni

1.3 Monoideismo plastico

1.4 Metodi induttivi

- **CAPITOLO 2**

Ipnosi in Odontoiatria

2.1 Ansia e paura del dentista: trattamenti differenti

2.2 Ipnosi in Odontostomatologia

2.3 Il paziente pedodontico

2.4 Pedodonzia e tecniche di comunicazione ipnotica

Bibliografia e Sitografia

CAPITOLO 1

IPNOSI MEDICA

1.1 DEFINIZIONE

L'ipnosi è un fenomeno psicosomatico che coinvolge sia la dimensione fisica, sia la dimensione psicologica del soggetto. È una condizione particolare di funzionamento dell'individuo che gli consente di influire sulle proprie condizioni sia fisiche, sia psichiche che di comportamento¹.

Il termine "ipnosi" compare nella storia nella prima metà del 1800 introdotto da un medico inglese, James Braid, per le analogie che a quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico (dal greco "hypnos", *sonno*) e quelle che si avevano in quella condizione particolare che si pensava creata dai magnetizzatori. Oggi sappiamo che il sonno non coincide con l'ipnosi. Nella condizione di ipnosi sono infatti coinvolti aspetti neuro-psico-fisiologici particolari, una relazione interpersonale, e l'impiego di potenzialità specifiche del soggetto, e il tracciato EEG dimostra che il soggetto non dorme affatto. In ipnosi sono evidenti le affinità con stati meditativi, in particolare per l'attenzione focalizzata, il pensiero dominato dal processo primario e dalla recettività dell'io. Lo stesso Braid infatti nel 1847 sostituì il termine ipnosi con *monoideismo*.

La definizione che meglio descrive lo stato ipnotico la si può trovare nel Manuale di Ipnosi di Franco Granone: *"S'intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico, che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore."*²

La trance è una condizione nella quale compaiono fenomeni di intenso monoideismo suggestivo ideoplastico capaci di modificare la reattività organica e psichica.²

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

dell'altro creano una situazione di grande potenza dinamica in grado di generare il fenomeno ipnotico, più oltre descritto.²

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

1.2 STORIA DELL'IPNOSI: DA MESMER AI PREGIUDIZI COMUNI

Il fenomeno ipnotico come tale, è sempre esistito, benché abbia conosciuto nel corso dei secoli varie denominazioni.

Si hanno notizie di utilizzi di tale fenomeno nell'antichità da sacerdoti egizi e greci; gli sciamani e gli stregoni hanno sempre impiegato tali tecniche per migliorare la loro chiaroveggenza e per applicare cure.

Una nuova era si aprì nel diciottesimo secolo con l'ingresso della figura di Mesmer.

Il tedesco Franz Anton Mesmer (1734-1815) medico-filosofo, propose una terapia detta poi mesmerismo fondata su quattro principi fondamentali:

- 1) un sottile fluido fisico, chiamato *magnetismo animale*, riempie l'universo e forma un mezzo di connessione tra l'uomo, la terra e i corpi celesti e tra uomo e uomo;
- 2) la malattia ha origine dalla distribuzione non omogenea di tale fluido all'interno del corpo umano;
- 3) con l'aiuto di alcune tecniche il fluido può essere incanalato, convogliato in altre persone;
- 4) in questo modo si possono provocare "crisi" nel paziente e curare malattie.

Elaborò in questo modo un metodo di cura in un primo tempo costituito dalla semplice applicazione di magneti sulle parti del corpo da curare, e successivamente sviluppato con molte varianti tra cui l'imposizione di mani irraggianti "energie benefiche", bagni collettivi in grandi tinozze contenenti "acque magnetizzate".

Per spiegare meglio le operazioni da eseguire durante la cura, scrisse un saggio *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* (Memoria sulla scoperta del magnetismo animale, 1779).

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 più vigile e un'intelligenza più brillante di quella nello stato di veglia. Questo stato simile al sonno e agli stati di sonnambulismo naturale venne chiamato sonnambulismo artificiale, per sottolineare il fatto che veniva indotto. Questo stesso paziente soffriva di leggeri disordini respiratori e crisi convulsive, Puységur notò che il paziente durante queste sedute non manifestava crisi convulsive. Il paziente in seguito guarì. Questo episodio mostra l'importanza del contatto verbale tra magnetizzatore e magnetizzato, ed apre allo stesso tempo il conflitto che oppone ancora al giorno d'oggi i sostenitori delle teorie fisiologiche a quelli delle teorie psicologiche. Mesmer conosceva bene anche questo contatto verbale, ma non volle soffermarsi su nessuna spiegazione di carattere psicologico. Per Puységur, il vero agente curativo era la volontà del magnetizzatore. L'abate portoghese J. C. Faria (1750-1818) con i suoi studi sulla tecnica di induzione si avvicinò ad alcune tecniche moderne dette rapide, la sua modernità è data soprattutto dall'importanza che egli conferì alla suggestione verbale e per le descrizioni degli stati postipnotici. Gli storici considerano questa figura come il precursore della scuola di Nancy. Egli magnetizzava i suoi pazienti ordinando loro bruscamente: DORMITE! Sosteneva che il sonno magnetico dipende non dal magnetizzatore ma dal paziente stesso. Respinse allo stesso tempo le teorie di Mesmer, cioè l'esistenza di un fluido, e quelle di Puységur, cioè l'azione della volontà; aprendo, nel contempo, un'altra via all'ipnosi.

In Inghilterra, James Braid, chirurgo di Manchester, nel 1841, tentò di definire le basi scientifiche del fenomeno che egli chiamò ipnotismo, 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 Hippolit Bernheim nella clinica medica di Nancy. Il professor 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. Ma allo stesso tempo, a Parigi, emerge una delle più gloriose figure della medicina francese, Charcot (1825-1893), il quale nel 1878 si avvicinò 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, sviluppando ulteriormente la teoria di Mesmer, la caratterizzò di una valenza scientifica, distinguendo 3 stadi nell'ipnosi: il *letargico*, il *catalettico* e il *sonnambulico* e descrivendo le correlate modificazioni organiche del tono muscolare e dei movimenti riflessi. Con gli studi ipnotici egli riuscì a dimostrare l'esistenza di una patologia, fin allora definita come *possessione*, denominata isterismo.

Nel 1882 Charcot, presentò all'accademia delle scienze, la sua famosa relazione nella quale descriveva i sintomi somatici fissi dell'ipnotismo.

Fra il 1885 e il 1886 in seguito alla sua breve permanenza alla Salpêtrière, Sigmund 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 l'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, nella sua pratica di ipnoterapeuta egli aveva trovato un'ulteriore prova dell'esistenza dell'inconscio, ipotizzando, per esempio, fosse il "luogo" nel quale si conservavano i comandi postipnotici, inavvertiti alla coscienza. Questo "abbandono" gli consentì di mettere a punto un'altra tecnica derivante dall'ipnosi: la tecnica analitica, della sua pratica di ipnoterapeuta conservò, però, il famoso lettino. Freud e Breuer, suo protettore e mentore, utilizzarono il metodo catartico nel trattamento della patologia isterica interpretandolo come una sorta di "purificazione" da una contaminazione o "miasma" che danneggerebbe l'uomo. Il metodo catartico, messo a punto da questi due autori, ebbe come fulcro l'analisi della difficoltà del fluire dell'affetto nella coscienza (abreazione) e il suo deflusso dalla stessa all'innervazione somatica (conversione).

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 V. Ja. Danilevskij e di V.M. Bechterev che sostenne 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.

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 era 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 migliorò notevolmente.

Nel 1949 venne fondata negli USA la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*, che nel 1959 divenne Società internazionale. Nel 1957 venne fondata una seconda società, 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."*³⁸

Nel 1969 l'*American Psychological Association* creò una sezione di psicologi che si interessavano principalmente di ipnosi.

Negli Stati Uniti, nella metà del novecento, un ricercatore di successo, che ha avuto una grande diffusione anche in Italia, considerato un'autorità nel campo dell'ipnositerapia e delle psicoterapie brevi, fu Milton Hyland Erickson.²³

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.

Questo ribalta la visione freudiana dell'inconscio e propone una terapia ipnotica non più fondata sulla potente (fisicamente e psichicamente) 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 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 cliente una strada ricca di novità nella direzione, in primo luogo, della riscoperta delle proprie risorse e potenzialità.

Milton Erickson fu soprattutto un clinico, piuttosto che un grande elaboratore di teorie intorno al funzionamento della psiche umana, come Socrate preferì agire ed insegnare piuttosto che mettere per iscritto i propri pensieri.

La stella polare della sua attività psicoterapeutica fu la convinzione che 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.

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'A.M.I.S.I (Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi) che nacque nel 1960. Qualche anno dopo, nel 1979, viene fondato a Torino sotto la presidenza del Prof. Franco Granone, il C.I.I.C.S. (Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale) che istituisce una scuola post-universitaria.

Nonostante sia stato riconosciuto come legittimo metodo di cura, per alcuni l'ipnosi viene considerata come una tecnica misteriosa che suscita diffidenza e paura. Fra i pregiudizi diffusi vi è quello secondo cui essa consentirebbe il controllo della mente e la perdita di coscienza. Vi è inoltre chi erroneamente pensa che sia alterazione della coscienza, che faccia entrare in contatto con il proprio inconscio e che possa provocare sempre amnesia. Queste idee, che corrispondono all'immagine dell'ipnosi riportata più frequentemente nella narrativa, nel cinema, nella fiction, e soprattutto in televisione, sono fuorvianti. Più corretto è dire che l'ipnosi fa vivere al soggetto un'esperienza di trance, senza tuttavia modificarne la personalità (e quindi, meno che meno i principi morali).

1.3 MONOIDEISMO PLASTICO

Granone² afferma che l'ipnosi può essere considerata “*come un particolare modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengono speciali stimoli dissociativi, prevalentemente emozionali, eterogeni o autogeni, con possibilità di comunicazione anche a livello non verbale, regredendosi a comportamenti definiti parafisiologici o primordiali*”.

La condizione di ipnosi si realizza in virtù di alcuni fattori: relazione terapeuta-paziente, ideoplasia e condizione di dissociazione indotta, temporanea e reversibile.

I fattori che possono aumentare la critica nel paziente, ostacolando la realizzazione di tale condizione, sono: la paura di entrare in ipnosi, ad esempio la paura di dire o fare cose che non si vorrebbero fare, la diffidenza verso l'operatore, l'età e l'esperienza del soggetto. Gli elementi che invece tendono a ridurre la critica sono: il desiderio, il bisogno e l'aspettativa del soggetto, la fiducia e l'empatia nel *rapport* tra terapeuta-paziente, la curiosità e la capacità immaginativa della persona e l'attenzione focalizzata del soggetto.

Nella relazione ipnotista-soggetto, una modalità di “*collaborazione empatica*”, consente a quest'ultimo di sentirsi capito, amato e non minacciato; riducendo volontariamente il suo atteggiamento critico e di diffidenza, poco per volta, lasciandosi andare e assumendo un atteggiamento d'attesa, volto alla collaborazione rispetto a quanto gli viene suggerito.²³ Rientra in questa modalità la tecnica di induzione detta di *ricalco e guida* elaborata da R. Bandler e J. Grinder,³⁹ che consiste nell'accettare quanto il soggetto propone a livello di comportamento ricalcandolo verbalmente, o anche non verbalmente, per poi lentamente suggerire comportamenti nuovi con transizioni dolci.²³

Esistono persone che visualizzano facilmente, altre che elaborano l'informazione in modalità uditiva, altre in modalità olfattiva, altre in maniera tattile, e la maggioranza in modo misto²³.

Focalizzare l'attenzione è la modalità indispensabile perché il monoideismo si manifesti plasticamente, ed è possibile indirizzarla in diversi modi; quelli utilizzati in prevalenza sono la parola e i diversi passi. Entrambi orientano la rappresentazione mentale.²³

Gli studi e le ricerche di Gruzelier hanno portato a considerare la neurofisiologia dell'ipnosi come un triplice processo multifasico in cui: nella sua prima fase (l'induzione) si evidenzia una prevalenza sinistro-emisferica; nella seconda fase (l'inizio della trance) inizialmente l'emisfero sinistro è impegnato e poi è lentamente inibito; nella terza fase (trance) le funzioni destro-emisferiche gradualmente diventano sempre più prevalenti. Le altre fasi dipendono dalle finalità più o meno motivate dell'induzione ipnotica e dalle suggestioni specifiche dell'ipnoterapeuta.⁴⁰

In una condizione ipnotica ogni soggetto può avvertire determinate sensazioni (soggettive) come: calore e sudorazione, percezioni sensoriali amplificate, percezioni di orientamento spaziale e di contatto modificate, senso di peso, senso di leggerezza, vertigine, tachicardia iniziale, respiro rallentato.

Si possono inoltre notare delle modificazioni obiettive: all'aspetto generale del soggetto, al corpo, la temperatura, il polso, il respiro (lento, tranquillo e regolare) e al viso (sguardo, palpebre, occhi, mandibola, labbra) e piccole contrazioni involontarie asimmetriche dei muscoli del viso soprattutto quelli periorali. Si osserva inerzia psicomotoria: la persona tende a muoversi meno o in modo rallentato, è passiva, segue con un po' di ritardo oggetti in movimento, reagisce poco o niente a rumori o stimoli visivi improvvisi; preceduta da segni premonitori: passività, espressione ridotta o attonita, tendenza all'ascolto passivo, movimenti automatici prolungati, non parla o se lo fa con voce sommessa e monotona.

1.4 METODI INDUTTIVI

L'obiettivo delle tecniche utilizzate per indurre l'ipnosi è di aiutare il soggetto ad attivare e gestire le modalità utili affinché l'ideoplasia orientata al soddisfacimento del bisogno sia realizzata; prima con l'aiuto del terapeuta (ipnosi) e poi autonomamente (autoipnosi),²³ il terapeuta fornisce "un'immagine speciale" di suggestione post-ipnotica (*ancoraggio*) che consentirà al soggetto di rientrare in uno stato di ipnosi.

I metodi di induzione sono tutti accomunati dall'esaltare la suggestionabilità, in modo che le idee suggerite dall'operatore vengano accettate dal soggetto ed eseguite senza alcuna critica. Perché ciò accada, devono esserci particolari condizioni come opportunità del linguaggio, dei gesti dell'operatore, intuito psicologico, ma soprattutto empatia con la persona che richiede il trattamento¹.

E' importante scegliere il linguaggio da utilizzare, che sia chiaro, comprensibile al soggetto e in grado di stimolare immagini efficaci e riflessi condizionati.

E' preferibile suggerire una sola *idea* per volta affinché il soggetto possa dedicarle l'attenzione necessaria per suscitare il fenomeno di *monoideismo e quindi l'ipnosi*. Il soggetto deve avere inoltre la sicurezza che la sua personalità sarà rispettata e che il più assoluto segreto sarà mantenuto su quanto potrà dire o fare, in stato ipnotico. "*Prima di indurre trance, è bene spiegare sempre come nell'ipnosi la personalità del soggetto resti intatta e come niente possa essere mai fatto che sia veramente contrario alle sue personali tendenze e abitudini.*"² La differente suscettibilità dei pazienti all'ipnosi è dovuta a delle caratteristiche neurofisiologiche soggettive e all'età, al sesso, alla personalità e al quoziente intellettivo del soggetto.

Le percentuali parlano di un 95% delle persone che può essere indotto in una leggera condizione ipnotica, un 60% può raggiungere con poca difficoltà un'ipnosi media e meno del 15% raggiunge una trance profonda.

La trance ipnotica "*profonda*", detta anche sonnambulica, è quella caratterizzata dalla completa amnesia.⁴⁰ La trance ipnotica è detta *media* quando ha una o più delle seguenti caratteristiche: catalessi, analgesia, anestesia, automatismi e condizionamento postipnotico.² La trance *leggera* è quella vigile nella quale mancano le suddette fenomenologie. E' bene tener presente, afferma F. Granone, che "*l'efficacia di una*

*suggestione non dipende dalla profondità della trance e questa non garantisce l'accettazione di una suggestione.*²

L'induzione si può ottenere con diversi tipi di tecniche: verbali, gestuali, di tensione o di rilassamento, dirette o indirette, accompagnate da comunicazioni visive tattili, posturali, sonore e immaginative³.

Le principali tecniche induttive citate da Granone² nel Manuale di Ipnosi sono: *il Metodo della fissazione dell'indice dell'ipnotista, il Metodo del blocco dei globi oculari, il Metodo della compressione del seno carotideo, il Metodo delle mani incrociate, del barcollamento e di Kohnstamm, il Metodo di Kline con visualizzazioni varie e della propria immagine, la Tecnica "Quadrovisualizzazione" per bambini dal dentista (Moss), la Tecnica della "moneta che cade", Metodo di Adler e Secunda con conteggio sincrono alla respirazione e suggestione di avvicinamento delle due prime dita, la Tecnica del conteggio alla rovescia da 300 (Hartland), il Metodo della fissazione diretta dello sguardo, il Metodo non verbale di induzione catalettica, il Metodo non verbale della pantomima, il Metodo non verbale di Maeres, l'Induzione dal sonno fisiologico.*

Le procedure di induzione si possono dividere in:

- *Procedure lente:* come il rilassamento, ed impiegano dai 5 ai 50 minuti per la loro induzione e vengono utilizzate soprattutto nella psicoterapia;
- *Procedure medie di induzione:* la ratifica di fenomeni e situazioni, impiegano dai 3-5 minuti e vengono comunemente usate nella pratica clinica;
- *Procedure rapide ed istantanee:* shock e sovraccarico sensoriale che si ottengono in meno di 3 minuti, a volte pochi secondi e vengono utilizzate nello spettacolo, nella ricerca a didattica.

Tra le procedure medie di induzione descriviamo ad esempio, il metodo di fissazione dell'indice dell'ipnotista. Si chiede al soggetto di fissare l'indice della mano destra dell'operatore che, da una distanza di due palmi circa dalla fronte della persona, gradualmente deve muoversi all'altezza del campo visivo e perfettamente al centro dello stesso.

Si parte da una distanza che il soggetto riesce a mettere a fuoco agevolmente, fino ad arrivare a pochi

centimetri dalla glabella, sino a che non si nota che il soggetto non riesce più a mettere a fuoco.

Il dito si avvicina e si allontana dagli occhi in modo da provocare una progressiva convergenza dei due bulbi oculari; tutto ciò induce una sensazione di stanchezza e pesantezza delle palpebre che dovrebbe portare alla chiusura degli occhi.

Tra le tecniche di induzione rapida o istantanea possiamo trovare ad esempio, quella chiamata *hand drop* di Banyan.⁴ Dopo aver fatto appoggiare la mano del soggetto sulla propria, chiedendo di premere verso il basso, l'autore utilizza solo otto parole per effettuare l'induzione:

- Premi sulla mia mano;
- Chiudi gli occhi
- Dormi

Prima di pronunciare la parola "dormi" bisogna rimuovere molto rapidamente la mano da sotto quella del soggetto in modo che egli si trovi a spingere improvvisamente senza resistenza e da produrre così un sovraccarico sensoriale per l'improvvisa riduzione della tensione muscolare.

Da quando l'ipnosi è maggiormente conosciuta come modalità particolare di funzionamento dell'organismo umano, che può essere tecnicamente controllata da esperti professionisti, è utilizzata in ambito extra-terapeutico nello spettacolo, nello sport e nella ricerca, e in ambito terapeutico nelle diverse specializzazioni della medicina, dell'odontoiatria e della psicologia clinica³.

Attualmente le applicazioni dell'ipnosi sono molteplici:

- Ipnositerapia: disturbi d'ansia, fobie, attacchi di panico, insonnia, emicrania e cefalea;
- Affezioni psicosomatiche: tic, balbuzie, enuresi, onicofagia;
- Disturbi dell'alimentazioni. Anoressia, bulimia, polifagia e obesità;
- Tossicomanie;

- Ipnosi terapia in sessuologia: dispareunia, vaginismo, amenorrea psicogena, leucorrea psicogena;
- Ipnosi nel controllo del dolore acuto e cronico;
- Ipnosi in dermatologia: eczema e verruche;
- Ipnosi in ostetricia: gravidanza, parto e puerperio.
- Ipnosi in odontoiatria: viene utilizzata a scopo anestetico in quei soggetti che tollerano male l'anestesia farmacologica. È inoltre è utilizzata anche per rimuovere la paura del dentista, che spesso è causa di un "dolore psicologico". Spesso accade che l'anestesia locale o regionale non ha, su alcuni soggetti, l'effetto atteso, ed essi si trovano a sentire un dolore dovuto a tensione, ansia e paura; di qualunque natura esso sia, il paziente si trova a soffrire come se il dolore fosse di natura somatica.

CAPITOLO 2

IPNOSI IN ODONTOIATRIA

2.1 ANSIA E PAURA DEL DENTISTA: TRATTAMENTI DIFFERENTI

Il problema dell'ansia di fronte a trattamenti odontoiatrici coinvolge individui di ogni età, sesso, livello d'istruzione, condizione sociale e fattori culturali.²⁴

In Italia si stima che il 3-5 % della popolazione attiva soffra di questo problema.

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

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

Quasi tutti abbiamo qualche paura irrazionale che ci crea ansia. C'è chi diventa nervoso alla vista degli aghi, alcuni si mettono a gridare se compare un topo, altri ancora si sentono girare la testa al solo pensiero di affacciarsi da un balcone più alto del secondo piano. Per la maggior parte delle persone queste paure sono cose da nulla. Per alcuni invece, sono così gravi da causare un'ansia terribile e interferire con la normale vita di tutti i giorni, causando disturbi emotivi, sociali o lavorativi. Portano a comportamenti di evitamento dello stimolo temuto. Quando le paure sono irrazionali e invalidanti vengono chiamate fobie.

La fobia è un'intensa paura di qualcosa che in realtà comporta un pericolo minimo o inesistente. Le fobie sono legate ai seguenti temi principali: Animali, Ambiente naturale (ad es., altezze, temporali, acqua), Sangue, iniezioni e ferite, Situazioni (ad es., aerei, ascensori, luoghi chiusi).

Esiste comunque la possibilità di sviluppare una fobia per qualsiasi cosa.

La maggior parte delle fobie comincia nell'infanzia, ma può anche nascere in età adulta.

Si possono apprendere in tre modi:

- A causa di un **evento traumatico**, ad es. in seguito ad un incidente d'auto o al morso di un cane
- Da una serie di **eventi sub-traumatici**, ad es. siamo stati spaventati da un cane più di una volta
- **Apprendimento da modello**, ovvero essere a contatto con persone che hanno delle fobie specifiche intense, es. il bambino apprende dalla madre ad avere paura delle api.

Secondo Ost²⁷ la fobia viene acquisita per:

- Condizionamento 68%
- Identificazione comportamentale 12%
- Informazione 6%
- Senza dare una spiegazione al perché della loro fobia 14%

Quando si ha una fobia, si è spesso consapevoli che è una cosa irrazionale, eppure il solo pensare a ciò che fa paura può elicitare una certa ansia e quando ci si trova effettivamente in presenza di quell'oggetto o in quella situazione il terrore è automatico e insostenibile. Questa esperienza diventa così pesante da condurre la persona ad evitarla in tutti i modi, modificando anche il proprio stile di vita.

Molte persone hanno fobie, ma relativamente poche hanno un disturbo fobico (cioè l'evitamento costituisce in qualche modo un handicap). Quando l'evitamento produce un handicap è indicato il trattamento¹².

Nel paziente odontofobico, spesso, il dolore dentale viene tollerato e subito dal soggetto pur di non affrontare le necessarie cure dentali d'urgenza.²⁵

La risposta alla paura può essere molto diversa in ognuno di noi con reazioni molto individuali.

C'è una probabilità molto alta che si scappi dal pericolo che ci minaccia, ma si può anche far sì che il problema venga evitato e quindi non affrontato.

Miligrom²⁵ et al. 1995, descrive questa reazione frequente nei soggetti con paura per le cure odontoiatriche.

Secondo l'autore il paziente è combattuto tra andare o non andare dal dentista. Tra i pazienti che evitano del

tutto le cure odontoiatriche le conseguenze della loro paura sono più forti della loro volontà di andare dal dentista già al momento in cui ricevono l'appuntamento per la visita. La paura si fa più presente più si avvicina il giorno prestabilito per infine diventare così forte che il paziente non riesce proprio ad andare. Esiste la tipologia del paziente che riesce, pur avendo paura, a recarsi ogni tanto dal dentista, reagendo quindi in modo incostante. A volte il paziente si presenta all'appuntamento prefissato; in questi casi la volontà riesce a superare la paura. Altre volte il paziente disdice o si dimentica dell'appuntamento e quindi la volontà di non presentarsi per la paura prende il sopravvento. La tipologia dei pazienti che si recano comunque dal dentista pur essendo molto combattuti tra andare o non andare e che scelgono di non fuggire dal pericolo è associata spesso ad un comportamento di "difesa aggressiva".

Le reazioni fisiche dell'organismo in questi pazienti spesso si manifestano con pressione arteriosa alta, respiro veloce, pelle d'oca, aumento del flusso sanguigno muscolare. Questi pazienti, che in fondo non vogliono recarsi dal dentista ma alla fine cedono, ci vanno con un atteggiamento molto contrariato, altamente irritati e con tendenza di aggressività sproporzionata.

Le conseguenze a cui vanno incontro i pazienti odontofobici, a seguito delle ripetute condotte di evitamento, sono elencate di seguito:

- ✓ *I pazienti con paura si recano dal dentista con molta difficoltà, ne segue che il livello dello stato orale è compromesso e peggiora ulteriormente*
- ✓ *Soggetti con paura presentano più denti mancanti e più denti devitalizzati e riassorbimento osseo più marcato*
- ✓ *Spesso il soggetto si reca dal dentista in condizioni estreme per dolori dentali acuti.*
- ✓ *Il trattamento necessario diventa a tal punto più invasivo*
- ✓ *Nel soggetto con paura spesso subentrano problemi psicologici e pratici.*
- ✓ *La sfera sociale viene ad essere interessata. Il paziente è consapevole di avere una bocca trascurata*
- ✓ *Potrebbe evitare di sorridere e parlare portandolo, come conseguenza, a un isolamento sociale*
- ✓ *Tutto ciò può far sì che il paziente con tale sofferenza psichica e con handicap sociale non si reca dal dentista ma abusa di farmaci o sopporta i dolori acuti.*

- ✓ Studi effettuati sulla qualità della vita di un gruppo di pazienti, "Quality of Life Inventory (QOLI)", ha dimostrato un miglioramento significativo della qualità di vita nei soggetti odontofobici trattati.²⁸

Nel trattamento delle odontofobie possiamo distinguere sostanzialmente due metodologie di approccio per affrontare il disturbo d'ansia o fobia; **a) Trattamenti riconducibili a terapie odontoiatriche:** a essi fanno capo la *terapia farmacologica*, la *terapia psicologica*, la *Terapia Cognitivo-Comportamentale*, *Psicoterapia Psicodinamica* (sono due pilastri fondamentali nel trattamento delle odontofobie), metodiche di *rilassamento* come il *Training Autogeno di Schultz*, EMDR, **b) Metodologie ipnotiche.**

La **terapia farmacologica** sintomatica, utilizza soprattutto la sedazione cosciente con il protossido d'azoto (N₂O) o ansiolitici (derivati dalle benzodiazepine). Queste sostanze agiscono temporaneamente sul sintomo-ansia contrastando l'effetto della dismissione di catecolamine di origine ortosimpatica.

Nel trattamento con protossido di azoto si ottiene un effetto tranquillizzante e rilassante del paziente con un aumento del livello di soglia del dolore durante la seduta odontoiatrica.²⁹

Il paziente che rimane in una condizione cosciente potrebbe in questa condizione acquisire nuove esperienze positive del trattamento odontoiatrico. Studi hanno dimostrato che pur ottenendo una riduzione del valore DAS dopo il trattamento fino ad un anno a distanza pochi erano i pazienti capaci di recarsi regolarmente dal dentista.^{30, 31}

Nel trattamento con benzodiazepine si ottiene un effetto ansiolitico e calmante.³²

In uno studio dove i pazienti ricevevano midazolam mezz'ora prima della seduta odontoiatrica solo il 20% di essi dopo il trattamento riuscivano in seguito a recarsi regolarmente dal dentista.³³

La terapia psicologica mira a individuare e rimuovere le cause che hanno generato l'ansia lasciando l'individuo libero da condizionamenti patologici.

L'approccio è indubbiamente di tipo psicoterapeutico ma può prevedere l'uso di:

- Metodiche psicoterapeutiche propriamente dette
- Metodiche di rilassamento

- Metodiche ipnotiche

Qualunque sia l'orientamento e la formazione del terapeuta, questi non potrà fare a meno né di ascoltare né di mettersi in rapporto con il paziente: non potrà cioè evitare di articolare un dialogo. In ogni forma di dialogo, ma in quello medico o psicoterapeutico in particolare, la parola sincera e autentica modifica, trasforma chi parla e chi ascolta; e in tal senso si comprende come talora sia sufficiente un colloquio medico ad arginare la situazione patogena.³⁴

Nei soggetti odontofobici il trattamento **cognitivo-comportamentale** è il più indicato ottenendo con una riduzione significativa della fobia.

L' 80% dei pazienti dopo terapia riescono a recarsi regolarmente dal dentista.³⁵

Il trattamento d'elezione di una fobia specifica comporta l'*esposizione* all'oggetto o alla situazione temuta e gli esercizi devono essere specificati in modo chiaro e durare un tempo sufficiente perché l'ansia decresca in modo sostanziale. L'esposizione in vivo è probabilmente più efficace di quella in immaginazione. E' preferibile usare esercizi di esposizione organizzati in una gerarchia di difficoltà crescente.¹²

Nell'arco di 6-8 sedute si dovrebbe osservare un miglioramento.

Nella tecnica di *desensibilizzazione sistematica* si insegna prima al paziente il *rilassamento muscolare progressivo di Jacobson*, si costruisce insieme a lui una gerarchia di esercizi di difficoltà crescente e la presentazione graduata di scene immaginarie. La persona si espone gradualmente nell'immaginazione a situazioni/stimoli che gli incutono paura, usando il rilassamento per mantenere l'ansia ai livelli minimi.

Se ad esempio una persona ha la fobia del dentista, potrebbe procedere nell'esposizione nel modo seguente: cominciare passando un po' di tempo nella sala d'attesa di uno studio dentistico e successivamente chiacchierare alcuni minuti con il dentista e poi provare a sedersi sulla poltrona.

Dopo ciascuna esposizione ci si sente sempre più in grado di controllare la paura e questo senso di controllo sulle situazioni e su sé stessi è il più importante beneficio dell'esposizione. Con il tempo la fobia comincia a perdere il suo potere.

Un altro tipo di esposizione che contiene maggiormente l'ansia è chiamata "*modeling partecipativo*" ed è altrettanto utile. In questa tecnica il terapeuta fa da modello nel mostrare modi più sani ed efficaci di affrontare le situazioni temute. Successivamente toccherà al paziente provare cercando di imitare il modello. Le esposizioni sono ordinate in modo graduale.¹²

Affrontando ripetutamente le paure, si comincia a comprendere che la situazione, anche se crea disagio, non è pericolosa. Andando avanti con le esposizioni si ha la sensazione di riuscire a controllare meglio le proprie fobie. Il senso di controllo di se stessi e degli altri è uno dei benefici maggiori che si ottiene con la terapia dell'esposizione e la fobia comincia a perdere potere.

Un altro tipo di esposizione è il *flooding* ("immersione" o esposizione non graduale) comporta l'affrontare l'oggetto o la situazione che maggiormente provoca ansia, di solito in presenza del terapeuta. L'esposizione dura fino a quando scompare l'ansia.¹²

La *terapia implosiva* può essere considerata simile al *flooding*, eccetto il fatto che tutto avviene in immaginazione. Il terapeuta descrive la scena temuta nel modo più reale e drammatico possibile, continuando fino a quando l'ansia non scompare.¹²

La **Psicoterapia psicodinamica** nel trattamento della fobia specifica, si occupa di motivare i soggetti sopraffatti e demoralizzati dall'ansia, aiutandoli a guardare oltre i propri sintomi per risalire all'origine del problema, identificando i conflitti inconsci che lo hanno generato.

Tali trattamenti durano talvolta anni.

Nel **Training Autogeno di Schultz** il soggetto viene indotto in veri stati ipnoidali con modificazioni viscerali e della coscienza. Questi stati ipnoidali sono sprovvisti di componenti suggestive e della componente relazionale per cui non può essere considerato uno stato ipnotico.²

Lo stato ipnoidale viene generato dal soggetto stesso.

La metodica prevede due livelli di apprendimento:

- *ciclo inferiore*: realizzazione di un profondo stato di calma con lo scopo di raggiungere la deconnessione autogena, attraverso l'esercizio del peso, del calore, del respiro etc.³⁶

- *ciclo superiore*:realizzazione di una profonda conoscenza di sé utilizzando l'esercizio del colore,del colore personale,degli oggetti concreti, visualizzazione di persone, delle domande e delle risposte all'inconscio.³⁷

Utilizzato come terapia complementare alla psicoterapia la dove è necessario migliorare il controllo delle emozioni.

Porta gradualmente alla consapevolezza dell'energia del pensiero con la realizzazione di uno stato di calma dove ogni risonanza emotiva viene smorzata.

L'**EMDR**, Eye Movement Desensitization and Reprocessing è una tecnica psicoterapeutica per il PTSD e le fobie. E' utilizzata per rimuovere i ricordi disturbanti.

E' basata sul:

- riconoscimento della fonte di PTSD
- far rivivere al paziente il ricordo disturbante, mentre il soggetto segue il dito dell'operatore con lo sguardo o riceve stimoli alternati ai due emisferi.

Un'altra metodica che si può utilizzare per gestire questa *paura specifica* è quella *ipnotica*.

L'utilizzo dell'**ipnosi** in campo **odontoiatrico** diventa uno strumento insostituibile nell'abolizione o nella limitazione dell'ansia e della paura.

2.2 IPNOSI IN ODONTOSTOMATOLOGIA

In seguito al Primo Congresso di Psicodonzia tenutosi a Como nel 1962², nacque l'ipnodonzia italiana che ha riscosso nel corso degli anni sempre maggior interesse da parte degli odontostomatologi più attenti e sensibili a tutto ciò che potrebbe migliorare la qualità del loro lavoro.

Spesso lo studio dell'odontoiatra è associato a vissuti spiacevoli. Primo tra questi è probabilmente il dolore, ma c'è anche da considerare, tra gli altri, la sensazione di essere in balia di un altro, la sensazione di disagio al contatto con gli strumenti ed il riflesso faringeo che questi possono evocare. Questi elementi mettono il paziente a rischio di saltare appuntamenti, procrastinare controlli di routine o, nella migliore delle ipotesi, di vivere la seduta con un intenso stress che, oltre a complicare l'intervento, potrebbe rinforzare comportamenti di evitamento.

Le teorie attuali sul meccanismo dell'ipnosi implicano un transfert e controtransfert positivo, uno stato empatico e una sincronia interattiva fra ipnologo e soggetto che perfettamente si riflette nel rapporto esistente tra odontoiatra di fiducia e paziente. E' quindi enfatizzato il ruolo della relazione tra i due soggetti non solo nel successo dell'induzione ipnotica, ma anche nello sviluppo della fenomenologia caratteristica come fattore essenziale dell'induzione ipnotica ottenuta. L'ipnosi è da considerare una particolare forma di interazione umana, infatti nell'atto professionale in cui si svolge tale relazione (medico-paziente) coesistono aspetti affettivi-emozionali ed elementi cognitivi.

E' buona norma entrare nell'ordine di idee che il paziente va incontrato più volte²⁰ e che ogni volta richiede il massimo dell'attenzione e della dedizione²¹.

Nella pratica odontoiatrica, quasi sempre, si ha bisogno del paziente rilassato, tranquillo, se possibile anche analgesico, ma al tempo stesso responsivo e collaborante; nessun'altra metodica è più efficiente ed efficace dell'ipnotismo nell'andare in questa direzione¹¹.

L'ipnosi (anche nella sua forma chiamata da alcuni odontoiatri "rilassamento rapido"¹⁹) è un potente strumento ansiolitico;[...] suggestioni o veri e propri condizionamenti di calma possono essere impiegati per privare del tutto l'atto operatorio dai suoi aspetti ansiogeni.¹⁸ [...].

A causa del timore (infondato) da parte di alcuni di perdere il controllo di sé[...] in molti casi non conviene usare subito la parola "ipnosi", parlando piuttosto *di rilassamento, di tecniche di concentrazione su un'idea, di monoideismo ecc.*¹⁸ E' necessario ottenere sempre dal paziente, un preliminare valido assenso informato alla procedura, in mancanza del quale ogni evento avverso potrebbe essere interpretato come doloso.¹⁸ [...].

Il Prof. Granone suggerisce il seguente schema:

- ✓ Visualizzazioni concomitanti e stimoli che diano sollievo di un'entità tale da dominare l'ansia.
- ✓ Creare un valido condizionamento fra il rilassamento psichico e somatico e la visualizzazione dell'oggetto traumatizzante che non verrà più percepito come tale perché il paziente sarà protetto dal rilassamento stesso.
- ✓ E' opportuno stabilire un comando post-ipnotico che il paziente può sfruttare all'insorgenza di una crisi.
- ✓ Creare nuovi diversivi e sollievi di contrasto sotto controllo
- ✓ Intervenire dapprima sulle ansie minori, in modo da sfruttare l'energia liberata dalla neutralizzazione di queste.
- ✓ Ottenere già dalla prima seduta una trance più profonda possibile
- ✓ Visualizzare una sistematica affermazione della propria personalità in varie circostanze della propria vita.
- ✓ Attuare oltre ai condizionamenti e decondizionamenti citati: una psicoterapia di rilassamento, di sostegno, di presa di coscienza

Le tecniche ipnotiche saranno indubbiamente utili per¹¹:

- Limitare o abolire l'odontofobia e l'odontoiatrofobia;
- Limitare o abolire l'ansia da "paura del dentista";
- Limitare o abolire l'agofobia;

- Limitare od abolire un esasperato riflesso del vomito;
- Ridurre il flusso salivare;
- Ridurre il sanguinamento (dei vasi capillari);
- Ottenere l'immobilità della lingua e delle guance (catalessi indotta);
- Ottenere l'adattamento alle protesi congrue;
- Ottenere l'adattamento e l'accettazione degli apparecchi ortodontici e delle placche in adulti e bambini;
- Correggere abitudini viziate;
- Correggere la componente psicosomatica delle parafunzioni;
- Ottenere analgesia completa (12% circa dei pazienti);
- Ottenere almeno una analgesia parziale (30% circa dei pazienti);
- Ottenere miorilassamento (anche dei muscoli pterigoidei);
- Trattare le Disfunzioni Cranio Cervico Mandibolari ¹³

Limitatamente a queste ultime l'ipnosi offre i seguenti vantaggi terapeutici¹¹:

- Ottimo rilassamento muscolare
- Spesso buona azione antalgica,
- Buona azione anti-stress (indispensabile sempre e di particolare aiuto nei soggetti bruxisti);
- Capacità di riacquistare una buona apertura del cavo orale nel corso di limitazioni funzionali del medesimo; in caso di click reciproco, scomparsa di quest'ultimo in una buona percentuale di casi;
- Possibilità, da parte del paziente, di cominciare a capire che lui è "padrone della propria disfunzione"; ottenendo così anche benefici tipici di un trattamento psicoterapico.¹¹⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷

Limiti dell'ipnosi in corso di trattamento delle D.C.C.M. e di qualsiasi altro trattamento odontostomatologico²⁻¹¹:

- Il paziente deve preferibilmente essere collaborante ed avere una buona recettività d'organo e suscettibilità di apparato;
- Controindicata in pazienti psicotici e in quelli "borderline".

E' importante ricordare che l'ipnosi è uno stato di dissociazione fisiologica indotta, seppur temporanea, reversibile e controllata. La presenza di una psicosi non è considerata una controindicazione assoluta, in quanto in effetti l'ipnosi può costituire uno degli strumenti della terapia, ma solo nell'ambito di un programma terapeutico psichiatrico organico, con tempi adeguati e con intervento esclusivo di uno psichiatra ipnotista esperto. Nella stragrande maggioranza dei casi, una seduta ipnotica ben condotta in un setting non psicoterapeutico non ha praticamente effetti indesiderati se non sporadici, lievi e transitori (anzi, il soggetto dopo la de-ipnotizzazione manifesta sensazione soggettiva di benessere).¹⁸ [...] Occorre tuttavia avere l'accortezza di non praticare l'ipnosi in soggetti con *Io* debole o poco strutturato, più prone a sperimentare una disgregazione se sottoposti a dissociazione o confusione.¹⁸ [...] Ciò può essere evitato selezionando i soggetti, il che può richiedere una conoscenza della psicologia del profondo che fa parte del bagaglio culturale del medico e dello psicoterapeuta ma non dell'odontoiatra.¹⁸ [...]

L'analgesia ipnotica implica comandi con effetti ossessivo- compulsivi che possono non essere ben tollerati in soggetti predisposti. Nei casi dubbi è quindi preferibile ricorrere all'anestesia/analgesia convenzionale.¹⁸

[...] Un rischio dell'ipnosi, specie se ripetuta, è il *transfert*, un fenomeno ben documentato che porta il paziente a provare verso l'operatore (specie se dell'altro sesso) un attaccamento non esclusivamente professionale; spesso vi è anche un sentimento reciproco dell'operatore verso il paziente. Il *transfert*, che è un momento vitale della psicoterapia, non è desiderabile in odontostomatologia, dove lo specialista non ha certo bisogno di crearsi situazioni personali mal gestibili.¹⁸

E' sempre bene essere cauti ed equilibrati nell'utilizzo dello strumento ipnotico, anche quando usato solo per il raggiungimento del miorilassamento e della sedazione dell'ansia o del dolore.

Come descritto nel testo "*Teoria e pratica dell'ipnosi*"¹⁸ da Giacomello, Casiglia e Manani è possibile attuare l'analgesia ipnotica in odontoiatria con modalità induttive differenti.

Comando Diretto: in trance ipnotica profonda [...]al paziente viene comandato che la parte del corpo da trattare diventi insensibile e in una certa percentuale di casi, grazie all'exasperata suggestionabilità che caratterizza l'ipnosi, ciò si verifica e il paziente sperimenta insensibilità al dolore odontoiatrico[...]. L'analgesia

si accompagna a riduzione delle risposte adrenergiche al dolore, come se il dolore realmente non ci fosse.

Rivificazione di precedente anestesia locale: se il paziente ha subito in precedenza nella sua vita un'anestesia locale, è possibile comandargli di riviverla provocando in pratica un'allucinazione somatica sfruttabile ai fini clinici [...].

Il dito analgesico: gli ipnotisti odontoiatrici trovano particolarmente utile conferire metaforicamente a un dito del paziente virtù analgesiche: il soggetto (in trance ipnotica o anche in condizionamento post-ipnotico) può passare il dito sui denti, gengive, palato fino a renderli analgesici.

Freddo e insensibile: analgesia segmentaria può essere ottenuta suggerendo al soggetto in trance profonda che il segmento corporeo sia immerso in acqua ghiacciata [...].

Dismorfismi: il dimorfismo corporeo è una mancata corrispondenza fra lo schema corporeo e il corpo fisico ottenibile, ad esempio, suggerendo- in un contesto di ipnosi molto profonda- che arcata dentaria, mascelle, gengive ecc. non appartengono più al soma, sono staccati da esso, sono delle ombre, appartengono a un altro, si trovano su un tavolo o non sono mai esistiti.

[...] Al termine dell'intervento, ad evitare angosciose situazioni, non si deve dimenticare di riattaccare la parte del corpo prima di indurre la de-ipnotizzazione, poiché altrimenti il soggetto, con suo grande sgomento, si troverà a tutti gli effetti privo di un pezzo di sé.¹⁸

2.3 IL PAZIENTE PEDODONTICO

In pedodonzia il rapporto terapeutico è messo a dura prova; è qui, infatti che il dentista deve esprimere tutta la sua sensibilità e preparazione psicologica, al fine di indurre il piccolo ad accettare attivamente la terapia e, soprattutto, fare in modo che non costituisca un'esperienza negativa, un'occasione di stress perché, se tale, inciderebbe negativamente per il resto delle successive esperienze odontoiatriche.²²

[...] Come afferma Giangregorio nel *"Manuale di odontoiatria psicosomatica e psicostomatologica"*, un primo problema che si presenta è anche qui la "informazione", o meglio, una vera e propria educazione odontoiatrica; se ben condotta, i bambini avrebbero così occasione di sfatare tanti pregiudizi e timori che sovente circondano la percezione del dentista.

Una volta che il bambino si trova nel gabinetto odontoiatrico, non dovrebbe venire vezzeggiato o eccessivamente tranquillizzato; si tratta, infatti, di atteggiamenti che possono aumentare l'ansia giacché può giustamente pensare che tante attenzioni sono giustificate solo con la sofferenza insita nella terapia. Lo stesso vale per la fase successiva: solitamente accade che estratto un dente, i genitori siano soliti congratularsi con il piccolo e donargli un gelato o un giocattolo. Anche questi atteggiamenti possono esaltare in modo sproporzionato la situazione terapeutica e certamente il bambino se ne ricorderà alla successiva estrazione.

E' sufficiente -e molto apprezzato dai piccoli- un riconoscimento verbale da parte del dentista e dei genitori che in tal modo offrono al bambino una "conferma" psicologica della propria identità e, soprattutto, dà modo di accrescere la propria autostima. L'utilizzo delle gratificazioni tangibili, risulta non solo utile, ma indispensabile, nel caso di bambini con ritardo mentale, per questi pazienti è necessario prolungare la fase di preparazione psicologica alla terapia ed integrarla con continui "riconoscimenti" che fungono da rinforzo.²² [...]

E' dunque, preferibile cercare di rendere l'intervento odontoiatrico il più sereno possibile, tanto dal punto di vista operativo che emotivo.

Le esperienze hanno infatti dimostrato che spesso i bambini si adattano a rimanere seduti soli sulla poltrona odontoiatrica e, in questi casi, è bene che il genitore rimanga nella sala d'attesa e, comunque, a distanza dal piccolo per non contagiarlo con la sua emotività. Non va poi trascurato il sensibile effetto suggestione, della situazione placebo; se il genitore e il dentista sono convinti che il piccolo "si comporterà da adulto", di solito

non rimangono delusi: è intuibile che molta parte del comportamento infantile -nel contesto odontoiatrico- si orienta a seconda del comportamento e delle aspettative degli adulti. L'obiettivo primario resta, comunque, quello di non provocare nel piccolo uno stato di stress.²²

E' intuibile che il problema preliminare che ogni dentista deve affrontare nel trattare un bambino è proprio quello della "paura". Oltre a ricordare che la paura è sempre composta da una parte oggettiva e da una soggettiva, nel caso dei bambini bisogna anche tenere presenti le eventuali esperienze mediche vissute.²²

Per i bambini in età scolare i compiti sia dei genitori che dell'odontoiatra sono più facilitati giacché il bambino è ora in grado di comprendere il significato e, soprattutto, la necessità della terapia. Non bisogna però illudersi che con l'aumentare dell'età il bambino vinca la paura odontoiatrica; [...] il bambino potrà avere ancora più paura perché sarà maggiormente conscio dei "pericoli" cui andrà incontro e molto più riluttante ad accettare le varie rassicurazioni verbali.[...]

Resta evidente che il comportamento di un piccolo paziente è caratterizzato essenzialmente dalle precedenti esperienze odontoiatriche, nonché dall'età, dal sesso e dalle informazioni in suo possesso circa la terapia odontoiatrica ed il valore della zona orale.²²

Se dunque il dentista ha una grande responsabilità, anche culturale, nella "formazione odontoiatrica" dei bambini, non di meno l'hanno i genitori ai quali è spesso opportuno fornire in proposito indicazioni adatte. Adattamento del comportamento odontoiatrico alle caratteristiche personologiche del piccolo ed eliminazione delle componenti ansiogene (anche quelle di natura ambientale) non sono, tuttavia, gli unici requisiti e a volte non bastano. Specie di fronte a reazioni iperemotive o ai rifiuti opposti dai bambini, la risposta comportamentale del dentista-infastidito- può essere "oppositiva" e dunque solitamente diretta in due direzioni: o la forzata sottoposizione del piccolo alla terapia, oppure il rifiuto di procedere, congedandolo spazientito.²²

Per evitare spiacevoli conseguenze, Giangregorio²² propone una procedura comportamentale di "desensibilizzazione graduale", tendente cioè a superare la reazione emotiva al contesto odontoiatrico: il primo incontro è dedicato esclusivamente alla raccolta dei dati relativi alla storia odontoiatrica e sull'assetto emotivo

del piccolo, solo successivamente acquistata la sua fiducia- informiamo il bambino sulla importanza dell'igiene orale e sui modi con i quali si procederà alla terapia.

Lasciemo poi al bambino la scelta se provare o no a sedersi sulla poltrona odontoiatrica per *mostrargli-* a titolo di esempio- come si effettuerà la terapia. Questo accorgimento si rivela spesso molto importante per due precise ragioni: a) se il bambino preferisce non accogliere l'invito di sedersi sulla poltrona, ciò indica che probabilmente la sua componente ansiosa non è superata e che è necessario prolungare la fase di preparazione psicologica; b) se invece accetta l'invito, il bambino ha modo di prendere confidenza con la situazione terapeutica, si adatta alla posizione passiva e, soprattutto, può constatare l'irrazionalità delle sue "paure". E' un modo che si rivela utile non solo per i bambini, ma in genere anche per tutti i pazienti odontoiatrofobici.²²

In pedodontia anche il ruolo dell'assistente odontoiatrica assume connotati particolari. L'assistente può, infatti, fungere da vero e proprio sostegno psicologico sia per il bambino che per l'odontoiatra, specie nei momenti in cui quest'ultimo, per ragioni personali, non sia disponibile ad allacciare il rapporto personalizzato.[...] L'assistente può, inoltre, affiancare l'odontoiatra nell'opera di "formazione-informazione" circa le abitudini e le norme igienico-orali, magari profittando dei periodi di attesa (attenuando così lo stato ansioso del piccolo) e perfino nell'esecuzione terapeutica (distrazione del bambino dalle manovre del dentista)²². Il rapporto terapeutico in pedodontia, dunque, varia continuamente in funzione delle diverse variabili oggettive e soggettive che di volta in volta si presentano. Possono, tuttavia, essere stabiliti dei criteri generali, validi comunque in pedodontia, che guidano le "strategie comportamentali".²²

Un primo accorgimento consigliato da vari autori è quello di rinviare la seduta se il bambino piange, invitando il genitore a ricondurlo nello studio in un momento più propizio, quando il piccolo sarà più cresciuto, oppure quando sarà stato preparato adeguatamente. Bisogna dire che tale accorgimento non risolve la paura del bambino, la "differisce" nel tempo e forse l'aumenta, però è anche vero che, nel frattempo, egli può essere informato meglio.

Un'altra utile strategia è quella che si basa sull'assuefazione e consiste nell'abituare anzitempo il piccolo allo studio dentistico, portandolo prima che abbia bisogno di cure.

E' invece assolutamente da bandire ogni atteggiamento di rimprovero o di sprezzo in pedodonzia; ad esempio, spesso si usa far leva sulle presunte capacità che il bambino dovrebbe mostrare (autocontrollo, coraggio) specie quando gli si fa intendere che è un "ometto" ed è dunque ridicolo che provi paura. [...]

La strategia che ottiene più consensi è quella basata sul rapporto empatico tra dentista e bambino. Per allacciare questo rapporto è prima necessario che l'odontoiatra valuti la paura del piccolo, cercandone e poi rimuovendone le cause. Successivamente è importante che egli consenta al bambino di familiarizzare con il contesto odontoiatrico, dunque anche con le attrezzature, spiegandone il funzionamento a seconda dell'età. Ancora utile si rivela per il bambino assistere ad una terapia odontoiatrica, ovviamente senza che l'adulto esprima sensazioni di disagio e di dolore.²²

Con queste accortezze il dentista si guadagna la fiducia incondizionata del piccolo, ma soprattutto ottiene che questi sia meno teso e meno timoroso perché, sentendosi coinvolto, è egli stesso partecipe di tutto il trattamento terapeutico.

[...] E' consigliabile iniziare con manovre indolori come le applicazioni di fluoro, l'uso dello spazzolino, la pulizia dei denti e così via.

Nel momento in cui -in una seduta successiva- l'odontoiatra inizia la terapia vera e propria (ad esempio una avulsione) è bene essere sinceri col bambino, informandolo che potrà avvertire qualche piccolo dolore, ma anche che l'operatore si fermerà quando il male diviene rilevante. In ogni caso, anche quando il bambino inizia a piangere e cioè a rimettere in discussione il tutto, è importante che l'odontoiatra mostri sempre sicurezza e controllo della situazione.²²

Quanto finora detto sta, dunque, a significare che l'odontoiatra deve indurre nel piccolo paziente due processi cognitivi distinti: il primo, di "ristrutturazione", dissipando le ansie e le errate credenze fino allora accumulate; il secondo, di apprendimento vero e proprio, offrendo al bambino una chiara e adeguata conoscenza di tutta l'esperienza odontoiatrica. E' in ogni caso, importante evidenziare che l'obiettivo principale non è la cura *sic et simpliciter* del "dente malato", semmai quello di educare il bambino alla salvaguardia della propria zona orale.²²

2.4 PEDODONZIA E TECNICHE DI COMUNICAZIONE IPNOTICA

L'ipnosi può essere uno strumento utile all'odontoiatra soprattutto nel trattare soggetti "sensibili" come i bambini. La letteratura recente sembra essersi molto focalizzata su questi ultimi e, oltre a vedere replicati i risultati già descritti a proposito dell'abbassamento dei livelli d'ansia negli adulti, è evidente come l'ipnosi possa essere utile in fasi specifiche dell'intervento che il bambino vive con particolare apprensione. In uno studio⁵ del 2011, gli studiosi dell'Università di Rennes hanno utilizzato l'ipnosi per far sì che il bambino superasse la paura degli aghi utilizzati per l'anestesia, vissuto che nel 19% della popolazione pediatrica (e nel 10% di quella adulta) acquisisce le caratteristiche di una vera e propria fobia¹¹.

In casi estremi si sceglie di operare sul paziente sedato, anche se questa opzione non sempre risolve il problema, a volte richiede supervisione medica e, oltre ad essere costosa, non sempre si accorda bene con la routine quotidiana dello studio odontoiatrico.⁶⁻⁷

I risultati della ricerca, che ha confrontato un gruppo di bambini che hanno usufruito dell'ipnosi con un gruppo di controllo, mostrano come l'intervento ipnotico abbia innalzato la soglia del dolore, riducendo quindi l'intensità del dolore percepito, ed aumentato il numero di pazienti che non hanno sentito nulla. Questi effetti sono stabili nel tempo ed ad essi può accompagnarsi una riduzione degli episodi di pianto, dei comportamenti interferenti ed un generale abbassamento dell'arousal fisiologico⁸.

L'ipnosi può anche essere utilizzata per favorire la compliance del bambino in progetti terapeutici a lungo termine come quelli che prevedono l'utilizzo di apparecchi ortodontici⁹, che in bambini la cui cura dentale è stata accoppiata ad interventi ipnotici sono molto meglio tollerati.

Nel contesto odontoiatrico è possibile servirsi di queste tecniche in tempi molto rapidi¹⁰ in modo da favorire sia il benessere del paziente, sia lo svolgersi agevole della routine quotidiana della pratica odontoiatrica.

Con i bambini si possono usare diverse tecniche che prevalentemente rientrano nel campo dell'ipnosi indiretta e della comunicazione ipnotica.

I bambini rispondono molto più degli adulti alle tecniche ipnotiche, la loro ricca e fervida immaginazione può

essere utilizzata in modo molto flessibile e produttivo. La facilità con cui si concentrano su ciò che stimola la loro curiosità e la loro voglia di fare esperienze, permette che un operatore preparato diriga la loro attenzione e la focalizzi su un unico stimolo, su un'idea, realizzando un monoideismo.

Prima di affrontare qualsiasi intervento è necessario mettersi in sintonia con le problematiche del bambino e le sue preoccupazioni per conquistare la sua attenzione e la sua fiducia. L'odontoiatra deve adottare un atteggiamento sorridente, accogliente ed empatico, un tono di voce costante, un linguaggio comprensibile, semplice e adeguato all'età; portando particolare attenzione a quei bambini che si presentano nel suo studio, traumatizzati da precedenti esperienze in campo odontoiatrico.

E' importante instaurare un buon dialogo col paziente, mostrando un atteggiamento amichevole e di autentico interesse, chiedendogli informazioni personali, ad es. se va all'asilo, se fa qualche sport, quali giochi gli piacciono, i cartoni preferiti, se ha un animale, e annotare in cartella i dati emersi per poterli riprendere nelle successive sedute, in modo che il bambino si senta importante e considerato, incanalando rapidamente la sua attenzione. Si deve innanzitutto indagare qual è il "canale" preferenziale (visivo, uditivo, cenestesico) riconosciuto attraverso le preferenze linguistiche sensoriali ovvero i vocaboli che il soggetto utilizza per esprimersi.

Il bambino sviluppa facilmente monoideismi se l'operatore è in grado di catturare la sua attenzione e utilizza immagini che corrispondano al patrimonio conoscitivo del paziente.

Si possono utilizzare frasi che evocano l'aspetto visivo con verbi come: vedere, osservare, brillare, rispecchiare, colorare; e parole come quadro e disegno; e frasi che richiamano la sfera uditiva con parole come ascoltare, suono, voce, fischiare, volume.

Altre sollecitazioni all'immaginazione del bambino possono derivare da vocaboli che evocano esperienze olfattive, gustative, cinestesiche e dall'utilizzo di metafore, racconti o favole che per tanti i bambini rappresentano una realtà familiare, piacevole e interessante.

La **metafora** ad esempio, è una forma particolare di linguaggio simbolico che può diventare uno strumento

terapeutico raffinato, capace di evocare nel bambino in modo indiretto, le intuizioni e le risorse necessarie per affrontare il problema. Spesso i bambini sono terrorizzati dall'idea del "trapano" dal racconto dei genitori o dei loro amichetti.

Se l'operatore cambia il modo di presentargli la turbina e il micromotore, l'atteggiamento del bambino può diventare più sereno. Le metafore possono essere modificate in base al bambino che si ha di fronte, utilizzando la fantasia.

Alcuni esempi di metafore possibili:

- *"La poltrona del dentista si trasforma in un'astronave con un grande faro mobile (la luce)."*
- *"La turbina è una doccia potente che lava via tutti i germi nemici che stanno mangiando il dente".*
- *"Il micromotore diventa un trattore che va a sistemare il dente come in un campo e infatti da buon trattore farà delle vibrazioni che fanno venire il solletico....e mi raccomando, non ridere!!!"*
- *"L'aspiratore diventa la proboscide dell'amico elefantino che sta in cantina ed è sempre assetato e gli asciugherà tutta la bocca".*

Proporre le sensazioni che normalmente vengono percepite come fastidiose in qualcosa di positivo e divertente fornisce una chiave interpretativa al bambino che gli permette di vivere anche sensazioni normalmente spiacevoli in modo più sereno. Trasmettendo messaggi simpatici e sereni, l'esperienza diventa molto spesso un gioco divertente e il paziente è più probabile che si affidi completamente al dentista per le cure successive. E' importante mantenere questo stile comunicativo in tutte le sedute.

L'ascolto della **favola** e del **racconto** favoriscono nel bambino il rilassamento, portando nello stesso tempo l'attenzione al racconto. La favola è uno strumento prezioso per realizzare l'ipnosi nel bambino, visto che fornisce un canale preferenziale per lo sviluppo del monoideismo plastico. Si possono utilizzare fiabe della tradizione come quelle di Fedro, favole come quelle di Gianni Rodari oppure inventate dall'operatore su misura del bambino e dell'intervento che dovrà compiere, per poterglielo spiegare e renderlo accettabile.

Se, ad esempio, scopriamo che un bambino è affascinato dai viaggi nello spazio, tutta la seduta si può trasformare in un volo su un'astronave diretta sul pianeta scelto da lui. Il bambino viene coinvolto dando un significato a tutte le operazioni che il dentista svolgerà e molto probabilmente non avvertirà sensazioni così fastidiose o dolorose.

Riporto di seguito il trascritto di una tecnica utilizzata con i bambini nello studio del dentista, denominata della **“quadro-visualizzazione”**², descritta da Moss e riportata nel *Trattato di Ipnosi* di F. Granone (1989):

“Ora è il momento di giocare un po' insieme...ti piacerebbe, non è vero?Ti insegnerò che cosa fare...e sarà molto divertente...perché *tutto quello che dovrai fare sarà chiudere gli occhi...e far finta di essere addormentato.*

Ovviamente non sarai addormentato davvero...ma sarà molto eccitante...perché durante *questo “finto” sonno potrai vedere* dei film...la televisione...il circo...o qualsiasi cosa ti faccia piacere.

Perciò...sistemati il più comodamente possibile...e incomincia a fingere, appena sei pronto.

Chiudi gli occhi....e non aprirli fino a che non te lo chiedo.

Ora vorrei che tu fingessi di essere a casa a guardare il tuo programma favorito alla televisione.

Tra poco *solleverò la tua mano*...e quando la solleverò...il quadro diventerà più nitido e chiaro.

Migliore sarà il quadro...e più si solleverà la mano...più si solleverà la mano e migliore diventerà il quadro (“levitazione” congiunta alla “visualizzazione”).

E tra poco...scoprirai che il gomito si sta incominciando a piegare e che la mano si muoverà verso la tua faccia.

E quando la mano toccherà la faccia....il quadro sarà perfetto.

Ma non lasciare che la mano tocchi la faccia...fino a che non sei soddisfatto del quadro. Bene. Continua a guardare il quadro...e non perderlo di vista...e scoprirai che la tua *mano cadrà sul grembo*...e in quel momento puoi fingere di essere *realmente addormentato.*

E osserva come i *tuo* muscoli sono diventati deboli e fiacchi.

Ora con il film alla televisione ...c'è di solito della musica (suggerione uditivo-motoria).

Ascolta la musica... e appena la puoi sentire...incomincia a segnare il tempo con la mano o con il dito.

Continua a guardare il quadro...e non perderlo di vista.

Fino a quando puoi vedere il quadro...solleva un dito dell'altra mano...e tienilo sollevato.

In questo modo saprò che quello è il dito del "quadro"...e che l'altro è il dito della "musica".

Che tipo di quadro stai guardando?

Ci sono persone o animali...o entrambi?

Di fatto non ha importanza...perchè se vuoi cambiare il quadro...lo puoi fare facilmente.

Non perdere il quadro...o la musica.

E vorrei che tu sapessi...che *quando osservi la televisione in questo modo...tu puoi sentire delle cose...ma non ti danno fastidio. (Analgesia)*

Posso anche pizzicarti...così...e *anche se senti il pizzico...questo non ti dà il minimo fastidio. Non è vero?*

Ora lavorerò sui tuoi denti...e anche se potrai sentire qualcosa...fino a che guarderai il film e ascolterai la musica...non ti darà fastidio...e non avrà la minima importanza.

Il film è ancora lì? E la musica?

Continua a guardare e ad ascoltare."

[...] "Noterete che mentre guardano il film e ascoltano la musica, sono completamente rilassati e lontani "mille miglia", per cui è abbastanza facile lavorare su di loro. Possono ancora provare qualcosa, ma non ha più importanza per loro e non dà a loro più fastidio. Per svegliare il bambino potete dire che qualcuno ha spento la televisione, per cui non vale più la pena di fingere. Ditegli così che può smettere di fingere; aprire gli occhi ed

essere completamente sveglio.”²

E' importante tenere presente che in ambito odontoiatrico, la conoscenza e il maggior utilizzo della iponositerapia porterebbe un numero crescente di pazienti e i “piccoli pazienti” a vedere nel proprio dentista una persona rassicurante e di fiducia. Un dentista calmo e rassicurante che dedica il tempo necessario al proprio paziente instaurando un rapporto d'intesa e di fiducia, ottiene spesso un paziente a sua volta calmo, rassicurato e collaborativo.

Bibliografia

1. Casiglia et all., Teoria e pratica dell'ipnosi, Libreria padovana editrice, Padova, 2008
2. Granone F., Trattato di ipnosi, Utet, Torino, 1989
3. Lurence Shaw H., Manuale pratico di ipnosi, Monduzzi editore, Bologna, 1980
4. Banyan C.D., Kein G.F. "Hypnosis and hypnotherapy: basic to advanced techniques and procedure for the professional." Abbot publishing house, New Dehli, 2001
5. Huet, A., et al., Hypnosis and dental anesthesia in children: a prospective controlled study. *Int J Clin Exp Hypn*, 2011. 59(4): p. 424-40.
6. Dworkin, S.F., et al., Analgesic effects of nitrous oxide with controlled painful stimuli. *J Am Dent Assoc*, 1983. 107(4): p. 581-5.
7. Zanette, G., E. Facco, and G. Manani, The use of intranasal midazolam in the treatment of paediatric dental patients. *Anaesthesia*, 2008. 63(8): p. 887.
8. Gokli, M.A., et al., Hypnosis as an adjunct to the administration of local anesthetic in pediatric patients. *ASDC J Dent Child*, 1994. 61(4): p. 272-5.
9. Trakyali, G., et al., Conscious hypnosis as a method for patient motivation in cervical headgear wear--a pilot study. *Eur J Orthod*, 2008. 30(2): p. 147-52.
10. Finkelstein, S., Rapid hypnotic inductions and therapeutic suggestions in the dental setting. *Int J Clin Exp Hypn*, 2003. 51(1): p. 77-85.
11. Gonella A., Ipnosi in odontostomatologia, in : Teoria e pratica dell'ipnosi, Casiglia E., Rossi A.M., Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 p. 106-112.
12. Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A., *Trattamento dei disturbi d'ansia*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003

13. Gonella A., Pepe R.R., L'ipnosi clinica nel trattamento delle D.C.C.M. G. Odontognatologico, Organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia n° 16 pagg. 11-14, 1998.
14. Gonella A., Pepe R.R., Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in Odontostomatologia, Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense. Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Vol. II n. 3, settembre-dicembre 1997.
15. Pepe R.R., Gonella A., Trattamento delle disfunzioni cranio cervico mandibolari (D. C. C. M.) attraverso ipnosi clinica, Giornale odontognatologico, organo Ass. Naz. Italiana Gnatologia n° 15 pag. 40-43, 1997.
16. Pepe R.R., Gonella A., Trattamento delle D. C. C. M. attraverso i 'ipnosi clinica, Doctor Os., Aprile 1998.
17. Rolle G., Gonella A., Corteletti C., Prandi R., Borgarino S., Sull'uso dell'ipnosi come trattamento collaterale nelle algie muscolotensive Dell'apparato stomatognatico. Note preliminari, Minerva Stomatologica 35,1, 1986.
18. Giacomello M., Casiglia E., Manani G., Ipnosi in anestesia odontostomatologia, in : Teoria e pratica dell'ipnosi, Casiglia E., Rossi A.M., Libreria Padovana Editrice, Padova, 2008 p. 113-116.
19. MacHovec F.J. Hypnosis complications, risk factors and prevention. AmJ Clin Hypn 1988;31;40-49
20. Finkelstein S., Rapid hypnotic inductions and therautic suggestions in the dental setting. Int J. Clin Exp Hypn 2003; 51: 77-85
21. Rainville P., Hofbauer R.K., Bushnell M.C., Duncan G.H., Price D.D., Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness, J. Cogn. Neurosci 2002; 14: 887-901
22. Giangregorio N., Manuale di odontoiatria psicosomatica e psicostomatologia, Piccin, Padova, 1992
23. Tirone G., Ipnositerapia, Xenia edizioni, Milano, 1999

24. Pavesi, P.M.A., Mosconi G.: Tecniche ed applicazioni dell'ipnosi medica. Ed. Piccin Padova, 1974
25. Miligrom P., Weinstein P, Getz T., Treating fearful dental patients- a patient management handbook. University of Washington in Seattle, 1995
26. Berggren U., Dental fear and avoidance, a study of etiology, consequences and treatment. Goteborg: University of Goteborg, 1984
27. Ost L.G. Mode of Acquisition of phobias. Uppsala: Uppsala universitet, 1985
28. Frisch, M.B.(1999). Quality of life assessment/intervention and the Quality of life inventory TM (QOLI) In M.E.Maurish (Ed.), The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (II ed., pp.1277-1331). London: LEA
29. Locker D., Lidell A., Correlates of dental anxiety among older adults. J. Dent Res. 1991; 70:198-203.
30. Aartman I.H., De Jongh A., Makkes P.C. & Hoogstraten J. Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in dental fear clinic: a follow-up study.Community dental Oral Epidemiology, 2000; 28, 435-442.
31. Hakeberg, M., Dental anxiety and Health. A prevalence and assessment of treatment outcomes. Goteborg: Goteborgs Universitet,1992
32. Sadock B.J. & Sadock, V.A.(2000) Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry (7ed.). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
33. Thom A., Sartory,G. & Jhren P. Comparision Between One-session Psychological Treatment and Benzodazepine in Dental Phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000; 68,378-387.
34. Bornia E., Le figure dell'ansia. Ed. Feltrinelli, Milano, 1998
35. Kvale G., Berggren U.& Milgrom P. Dental fear in adults: a meta analysis of behavioral interventions. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2004; 32, 250-264.
36. Eberlein, G. Sani col training autogeno. Ed. Feltrinelli, Milano, 1983

37. Eberlein, G. Training autogeno per progrediti. Ed. Feltrinelli, Milano, 1978
38. Regardin Hypnosis, Statement of Position by the American Psychiatric Association, 15/02/1961,
Central Office of the APA, Whashington
39. Bandler R., Grinder J., Ipnosi e trasformazione, Astrolabio, Roma, 1983, p.42
40. Pacciolla A., Ipnosi: benessere psicofisico e risorse mentali. Ed. San Paolo, Milano, 1994, p.22

Sitografia:

I: <http://it.wikipedia.org/wiki/Ipnosi> U.C. 16/09/2014

II: <http://www.ericksoninstitute.it> U.C. 16/09/2014

III: <http://www.ciics.it/> U.C. 16/09/2014