

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-
SPERIMENTALE**

Fondatore: Prof. Franco Granone

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

**Trattamento dei pazienti ansiosi-fobici:
sedazione cosciente farmacologica ed ipnosi**

Relatore: Prof. Dott. Enrico Facco

Candidato: Dott. Luca Pietrobon

Anno 2018-2019

Sommario

CAPITOLO 1 INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 2 L'ANSIA IN ODONTOIATRIA	6
2.1 Definizione di ansia	6
2.2 Metodi di controllo dell'ansia in odontoiatria.....	11
CAPITOLO 3 INDUZIONE FARMACOLOGICA	14
3.1 Linee guida e Tecniche di induzione farmacologica in odontoiatria.....	14
CAPITOLO 4 IPNOSI	17
4.1 Etimologia del termine <i>ipnosi</i>	17
Definizione di ipnosi.....	17
4.2 Monoideismo plastico come cardine del fenomeno ipnotico	18
4.3 Tecniche di induzione dello stato di ipnosi	19
CAPITOLO 5 MATERIALI E METODI	22
CAPITOLO 6 DISCUSSIONE	28
CAPITOLO 7 CONCLUSIONI	32
Bibliografia	34

CAPITOLO 1 INTRODUZIONE

La chirurgia odontoiatrica risulta da sempre tra le principali cause di sofferenza ed emergenza dei pazienti odontoiatrici per *stress*, *ansia* o per la *forte aspettativa di percezione del dolore e di sofferenza* immediatamente prima dell'intervento.

Negli ultimi vent'anni, in particolare, si sono sviluppate metodiche in grado di realizzare interventi sempre più sofisticati ed invasivi ed è quindi sorta la necessità di garantire un'appropriata analgesia e sedazione.¹

In questo panorama odierno si aggiunge l'incremento della speranza di vita della popolazione, comportando che circa un 40% dei pazienti ha un'età superiore ai 60 anni e di conseguenza una maggiore probabilità di soffrire di disturbi cronici e di assumere cronicamente farmaci che possono interferire con la chirurgia odontoiatrica.

È perciò necessario, al fine di prevenire ed evitare emergenze, attuare un approccio olistico alla persona per garantire la sicurezza e la qualità delle cure.

Come sancito chiaramente da tutte le Leggi Italiane ed Europee, la gestione dell'ansia e della fobia con tecniche sia farmacologiche sia comportamentali è competenza specifica dell'odontoiatra.

Per questo, ad oggi, l'importanza dello studio delle tecniche comportamentali è in progressivo aumento: l'ipnosi, la jatro-sedazione e la desensibilizzazione e rielaborazione mediante movimenti oculari (EMDR) sono alcune delle metodiche più note.

In particolare, questo studio si focalizza sull'ipnosi applicata in odontoiatria come sostituto della metodica farmacologica in soggetti particolarmente ansiosi o addirittura fobici. L'ipnosi, infatti, induce una condizione biologicamente adattativa che permette di creare uno stato di attenzione selettiva nei confronti di uno specifico stimolo e di abbassare la capacità critica del soggetto.

Quest'ultimo viene guidato da un operatore in un percorso di progressivo rilassamento fino a creare una particolare interazione mente-corpo che porta alla realizzazione delle rappresentazioni mentali (monoideismi plastici), basate sulle suggestioni suggerite dall'operatore, mantenendo così su di esse la propria concentrazione invece che su stimoli esterni.

La buona riuscita dell'ipnosi dipende sia dalla capacità del paziente, il quale è condizionato da variabili favorevoli (rapporto di fiducia con l'ipnotista, motivazioni cosce ed inconscie, aspettative, intelligenza, età) e variabili ostacolanti (rapporto negativo con l'operatore, pregiudizi, paure), sia dell'operatore.

Lo scopo di questa tesi è:

- illustrare e confrontare la gestione dell'ansia in odontoiatria utilizzando l'induzione farmacologica in sedazione cosciente o la tecnica comportamentale dell'ipnosi;
- osservare il comportamento di alcuni pazienti sottoposti a ciascuna delle due tecniche
- quindi dimostrare la validità della nostra teoria a sostegno della pratica ipnotica.

CAPITOLO 2 L'ANSIA IN ODONTOIATRIA

2.1 Definizione di ansia

Ai fini della preparazione del paziente e dell'esito trattamento con l'intervento chirurgico è opportuno distinguere i termini di *ansia, paura e fobia da dentista*.

La paura è legata ad un agente esterno riconosciuto ed è caratterizzata da rapidità di instaurazione.

L'ansia invece è una condizione di allarme indefinito, ovvero l'attesa di un evento temibile ma non chiaramente identificato.

Nella fobia, infine, si riesce sempre ad individuare un oggetto specifico (ad es. agofobia) ed il livello di ansia raggiunge livelli massimali quando il soggetto deve affrontare la situazione specifica oggetto della fobia, fattore estremamente importante in quanto rende spesso impossibile il trattamento.

Esistono diverse cause che possono indurre lo stato di ansia:

- endogene: la scarsa autostima, l'ansia generalizzata, i disordini del comportamento, il disturbo di panico, la fobia, malattie sistemiche coesistenti, e diversi disturbi del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V) ⁴;
- esogene: influenza da pregresse esperienze negative, cattiva informazione, timore di reazioni somatiche e complicanze, sfiducia nella figura del professionista ⁵.

È da sottolineare la stretta correlazione tra i disturbi d'ansia come definiti dal DMS-V e l'ansia da fobia odontoiatrica per quanto riguarda sia i sintomi che la fisiopatologia. Infatti, i pazienti con livelli elevati d'ansia odontoiatrica possono comportarsi come quelli con disturbi di panico, Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), specifiche fobie ed ansia generalizzata.

L'ansia può a sua volta originare da precedenti esperienze negative in ambito medico e odontoiatrico con caratteristiche simili a quelle descritte per il PTSD, motivo per cui è fondamentale un approccio che sia il più empatico e personalizzato possibile. ⁶

Recenti studi hanno dimostrato che l'incidenza di ansia e fobia odontoiatrica oscilla tra il 10% e il 30% della popolazione mondiale, per cui si rende necessario uno studio preoperatorio approfondito del paziente al fine di identificare il possibile paziente ansioso-fobico. ³

Identificazione del paziente ansioso

I pazienti ansiosi possono presentare diversi livelli di ansia che l'odontoiatra deve saper riconoscere e valutare attraverso metodi rapidi e sicuri.

Per la valutazione dell'ansia odontoiatrica possono essere utilizzati diversi test. Tra questi, il più classico e validato è il *Test di Corah o CDAS (Corah's Dental Anxiety Scale)*⁷, un questionario di 4 domande che descrivono uno scenario odontoiatrico a cui il paziente risponde in base a come si sente in relazione a tali situazioni.

La somma dei punteggi ottenuti con le risposte fornisce lo score:

- con un range tra 4 e 20.
- 12 è il cut-off per l'ansia clinicamente rilevante
- 15 è quello per la fobia.

METTA UNA CROCETTA SULLA RISPOSTA CHE LEI SCEGLIERA' DOPO OGNI DOMANDA

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

1. Mi sentirei come chi deve affrontare una esperienza ragionevolmente piacevole
2. Non mi preoccuperei molto degli eventi che dovrei affrontare
3. Mi sentirei un po' a disagio
4. Sarei timoroso perché l'esperienza potrebbe essere spiacevole e dolorosa
5. Sarei molto impaurito di quello che potrebbe farmi il dentista

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

1. Rilassato
2. Un po' a disagio
3. Teso
4. Ansioso
5. Così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

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

1. Rilassato
2. Un po' a disagio
3. Teso
4. Ansioso
5. Così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

Se si trova sulla poltrona operatoria per la pulizia dei suoi denti, come si sente mentre il dentista prepara gli strumenti che userà per raschiare i suoi denti tutto intorno alle gengive?

1. Rilassato
2. Un po' a disagio
3. Teso
4. Ansioso
5. Così ansioso che talvolta mi inondo di sudore e mi sento fisicamente spossato

Figura 1 Scala CDAS: il questionario si basa su 4 domande che descrivono uno scenario odontoiatrico a cui il paziente risponde in base alle proprie sensazioni in relazione a tali situazioni. Le risposte individuano diversi livelli di ansia. La somma dei punteggi ottenuti con le 5 risposte viene poi valutata secondo i cut off che stabiliscono: 12 ansia clinicamente rilevante, 15 fobia

Tuttavia, è necessario tenere in considerazione i limiti di questo approccio, quali:

- la ridotta ampiezza dei punteggi totali
- la bassa risoluzione dei valori intermedi di ansia
- la disomogeneità delle risposte
- la mancanza di una domanda sull'anestesia locale che costituisce una rilevante fonte di ansia in molti pazienti.

Un altro questionario valido è la *Modified Dental Anxiety Scale di Humphreys et al. (MDAS)*⁸, che costituisce un miglioramento del precedente test descritto:

PUÒ DIRE QUANTO LA SEDUTA ODONTOIATRICA LA RENDE ANSIOSO?				
(Per favore lo indichi con una 'X' nella casella appropriata)				
1) Se dovesse andare dal suo dentista DOMANI PER UN TRATTAMENTO come si sentirebbe?				
Non Ansioso <input type="checkbox"/>	Lievemente Ansioso <input type="checkbox"/>	Discretamente Ansioso <input type="checkbox"/>	Molto Ansioso <input type="checkbox"/>	Estremamente Ansioso <input type="checkbox"/>
2) Se fosse seduto in SALA D'ATTESA (aspettando il trattamento), come si sentirebbe?				
Non Ansioso <input type="checkbox"/>	Lievemente Ansioso <input type="checkbox"/>	Discretamente Ansioso <input type="checkbox"/>	Molto Ansioso <input type="checkbox"/>	Estremamente Ansioso <input type="checkbox"/>
1) Se stessero per TRAPANARLE UN DENTE, come si sentirebbe?				
Non Ansioso <input type="checkbox"/>	Lievemente Ansioso <input type="checkbox"/>	Discretamente Ansioso <input type="checkbox"/>	Molto Ansioso <input type="checkbox"/>	Estremamente Ansioso <input type="checkbox"/>

2) Se stessero per RASCHIARLE E LEVIGARLE I DENTI, come si sentirebbe?				
Non	Lievemente	Discretamente	Molto	Estremamente
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>
5) Se stessero per farle l'INIEZIONE DI ANESTETICO LOCALE sulla gengiva, in corrispondenza di un dente superiore posteriore, come si sentirebbe?				
Non	Lievemente	Discretamente	Molto	Estremamente
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>

Figura 2 Scala MDAS: il questionario si basa su 5 domande che descrivono uno scenario odontoiatrico a cui il paziente risponde in base alle proprie sensazioni in relazione a tali situazioni. Le risposte individuano diversi livelli di ansia. La somma dei punteggi ottenuti con le 5 risposte viene poi valutata secondo i cut off che stabiliscono: 14 ansia clinicamente rilevante, 19 fobia.

Questa metodologia ha migliorato il *Test di Corah o CDAS* in quanto:

- vi è una domanda in più sull'anestesia locale
- il punteggio totale che va da 5 a 25
- lo spettro di risposte è stato migliorato
- il cut-off per l'ansia clinicamente rilevante è 14
- il cut-off per la fobia è 19.

Esiste infine un terzo metodo, estremamente semplice ed efficace, che si può somministrare al paziente: il *VAS-A* o *analogo visivo per l'ansia* rappresenta in una linea di dieci cm l'intensità dell'ansia provata dal paziente, da zero al massimo possibile^{9,10}.

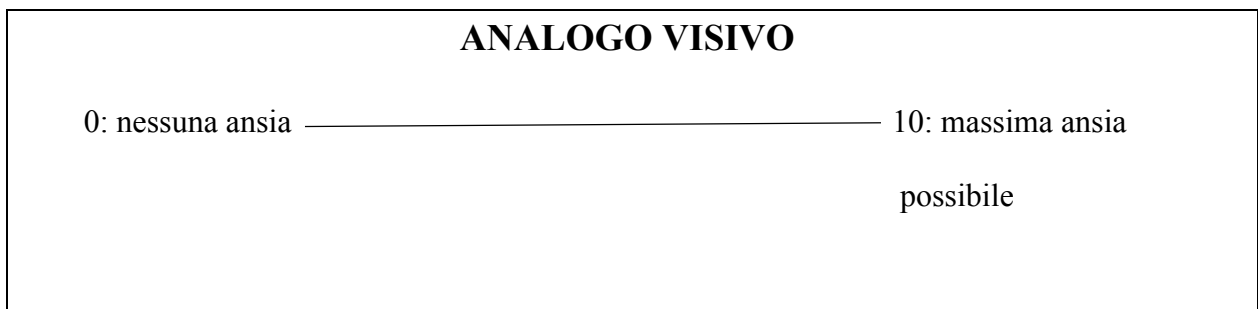


Figura 3 Tecnica VAS.

Al fine di individuare la metodica migliore sono stati condotti una serie di studi su un totale di oltre 1000 pazienti sottoposti a chirurgia odontoiatrica (Facco et al. 2008, 2011, 2015).

I risultati hanno messo in evidenza una correlazione significativa tra i primi due test illustrati (*Test di Corah* e *MDAS*), ma con un'ampia dispersione dei dati¹¹.

In altre parole, entrambi i test sono validi ma evidenziano *componenti diverse di ansia*: è raccomandabile perciò il loro uso combinato per giungere ad una migliore stima del risultato.

2.2 Metodi di controllo dell'ansia in odontoiatria

Le strategie di controllo dell'ansia sono numerose, per cui è necessario valutare oggettivamente e soggettivamente ogni paziente al fine di attuare il trattamento più personalizzato ed efficace possibile.

Di fondamentale importanza è considerare per esempio fattori come l'età, le condizioni generali del paziente, il tipo di intervento e le cause dell'ansia.

Il controllo dell'ansia in odontoiatria può essere svolto mediante:

1. Induzione farmacologica in sedazione cosciente per via endovenosa o per via inalatoria o per via gastrointestinale;
2. Tecniche comportamentali, come jatrosedazione, ipnosi o *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari).

Queste due opzioni terapeutiche -tecnica farmacologica e tecnica comportamentale- possono essere utilizzate singolarmente o congiuntamente. In particolare, il vantaggio fondamentale delle tecniche comportamentali è che permettono di ridurre i dosaggi di farmaci sedativi o persino evitarne l'uso.

Le tecniche di sedazione farmacologica sono molteplici:

- anestesia generale tramite iniezione endovenosa, raramente utilizzata nella chirurgia odontoiatrica: è indicata solo in una stretta minoranza di pazienti, per lo più quelli scarsamente collaboranti per la presenza di gravi disabilità;
- queste ultime più comunemente utilizzate soprattutto in pazienti agofobici.

Tra le tecniche comportamentali:

- jatrodedazione (*jatro-* medico, - *sedazione*), termine con cui si intende una metodica interpersonale-cognitiva, mediante la quale i pazienti sono paurosi sono calmati dal comportamento e dall'atteggiamento comunicativo del dentista.¹²
- l'EMDR o desensibilizzazione e rielaborazione mediante movimenti oculari è una metodica progettata ed ampiamente utilizzata nel campo del PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress), per l'ansia, la depressione e le fobie, ma raramente utilizzata nel campo dell'ansia in odontoiatria.¹³
- ipnosi, che garantisce una vera e propria analgesia in grado di bloccare il dolore e le reazioni emodinamiche da stress, di inibire il riflesso del vomito ed aumentare la soglia del dolore, offrendo il vantaggio dell'assenza-riduzione della dose farmacologica.¹⁴

Ad oggi, però, i metodi più diffusamente utilizzati nel trattamento dell'ansia rimangono quelli di natura farmacologica.

CAPITOLO 3 INDUZIONE FARMACOLOGICA

3.1 Linee guida e Tecniche di induzione farmacologica in odontoiatria

Quando il controllo dell'ansia in odontoiatria comporta il ricorso alla sedazione cosciente possono essere utilizzate:

- tecniche endovenose,
- tecniche che si servono della via gastrointestinale che usano entrambe farmaci ansiolitici;
- tecniche inalatorie, che utilizzano N₂O.

Le linee guida A.I.N.O.S. stabiliscono i criteri per la sedazione cosciente ¹⁵:

- 1) La sedazione cosciente endovenosa deve essere effettuata con un solo farmaco.
- 2) Può essere preceduta da una pre-sedazione per via gastrointestinale effettuata con lo stesso genere di farmaci.
- 3) La sedazione cosciente endovenosa deve essere effettuata dopo valutazione dello stato fisico e dei fattori di rischio -del paziente:
- 4) Nei pazienti giovani e clinicamente stabili (ASA 1 e 2) la valutazione preoperatoria può consistere nella semplice identificazione della storia clinica e dei farmaci assunti abitualmente;
- 5) Nei pazienti clinicamente instabili (ASA 3 e 4) ed in quelli affetti da importanti patologie dovrebbe essere consultato uno specialista e valutare il rischio.
- 6) Nel paziente sottoposto a sedazione cosciente endovenosa si devono monitorizzare clinicamente e strumentalmente la funzioni vitali.
- 7) Durante l'intervento dovrebbero essere approntati specifici provvedimenti allo scopo di controllare continuamente la persistenza dello stato di vigilanza del paziente e la correttezza delle risposte ai comandi verbali.

- 8) È richiesto in tutti i casi il posizionamento di un catetere venoso ed il mantenimento della pervietà della via venosa durante il periodo operatorio.
- 9) L'esecuzione della sedazione endovenosa deve essere effettuata da un dentista esperto in sedazione cosciente con la collaborazione di una seconda persona, qualificata ed esperta nel controllo delle funzioni vitali del paziente.
- 10) La sedazione cosciente endovenosa deve essere somministrata da odontoiatri che abbiano acquisito i principi generali di tale tecnica durante l'insegnamento universitario.

Sono necessari corsi di perfezionamento universitari o corsi erogati da società scientifiche riconosciute di anesthesiologia in odontoiatria e corsi di aggiornamento continuo certificato per poter eseguire la sedazione cosciente endovenosa.
- 11) La dimissione deve comprendere l'esecuzione di tests per la verifica del recupero completo delle funzioni psicomotorie e può prevedere una sosta del paziente in una sala di risveglio.

I farmaci più diffusi per la sedazione cosciente in odontoiatria sono le *Benzodiazepine*.

Esse sono provviste di uno spettro farmacologico che provoca effetti neurologici dose-dipendenti e possono quindi determinare, con l'aumento delle dosi, una progressione della qualità degli effetti, da quello ansiolitico a quello sedativo, fino a causare il sonno.

Nell'ambito odontoiatrico le benzodiazepine più diffuse sono quelle a lunga emivita, essendo provviste di attività ansiolitica prevalente e prolungata. Tale effetto ansiolitico rappresenta per il paziente un conforto, in quanto diminuisce la risposta endocrina allo stress, si riduce l'incidenza di complicanze ed aumenta l'incidenza di successi chirurgici con un finale incremento del gradimento.

L'impiego di tale tecnica non è immune ad effetti collaterali, tra cui:

- l'eccesso di sedazione
- l'amnesia
- le alterazioni psicomotorie
- il singhiozzo.

CAPITOLO 4 IPNOSI

4.1 Etimologia del termine *ipnosi*

Nella mitologia greca *Hypnos* (ipno) è il dio del sonno ¹⁶. Il termine di ipnosi, coniato da *James Braid*, deriva quindi da un grande equivoco iniziale e cioè che l'ipnosi fosse assimilabile al sonno. Che l'ipnosi in realtà non sia sonno è dimostrato dal fatto che i tracciati EEG registrati durante l'ipnosi sono molto diversi da quelli del sonno ed anche, più semplicemente, dalla constatazione che il soggetto in ipnosi conserva un sensorio perfettamente vigile potendo aprire gli occhi, ascoltare, rispondere, muoversi, scegliere di obbedire o disobbedire ad un comando, accettare o rifiutare in accordo con le proprie convinzioni.

Anche nell'ipnosi più profonda c'è sempre una parte vigile della coscienza.

Definizione di ipnosi

Attualmente non esiste un'unica definizione di ipnosi in quanto rimane un concetto estremamente complesso.

Secondo *l'American Psychological Association* si definisce ipnosi una procedura attuata da un medico, uno psicologo o un ricercatore durante la quale il paziente fa esperienza di cambiamenti di sensazioni, percezioni, pensieri o comportamenti.

Secondo la definizione fornita da *F. Granone*, invece, si intende uno stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici ed in virtù del rapporto operatore-paziente. ¹⁷

Attraverso questa tecnica è possibile indurre uno stato di rilassamento ed abbassamento delle difese razionali che sono tipiche dello stato di pre-addormentamento.

L'ipnosi, quindi, è uno stato di coscienza modificato 'naturale', una condizione biologicamente adattativa che permette di creare uno stato di attenzione selettiva nei confronti di uno specifico stimolo.

È necessario quindi sottolineare che lo stato di ipnosi non è uno stato di sonno e che è raggiungibile in tempi e numero di sedute variabili soggettivamente a seconda di come risponde ciascun paziente, risultando più o meno responsivo. La buona riuscita dell'ipnosi dipende quindi sia dalla capacità del paziente, il quale è condizionato da variabili favorevoli (rapporto di fiducia con l'ipnotista, motivazioni cosce ed inconscie, aspettative, intelligenza, età) e variabili ostacolanti (rapporto negativo con l'operatore, pregiudizi, paure) sia dalla sicurezza dell'operatore.

I dettagli delle procedure e delle suggestioni ipnotiche sono differenti a seconda dell'obiettivo e a seconda degli scopi del contesto clinico o di ricerca.

L'ipnosi è nota nel trattamento del dolore, della depressione, dell'ansia, dello stress ed in molti altri problemi psicologici e medici.

4.2 Monoideismo plastico come cardine del fenomeno ipnotico

Questo stato della coscienza fisiologico è denominato *Monoideismo Plastico*¹⁸, perché al suo interno le suggestioni ipnotiche possono farsi azione e tradursi in una fenomenologia sia psichica che fisica.

Il Monoideismo Plastico si verifica però spontaneamente nella vita quotidiana, ma è più intenso e meglio sfruttabile a fini terapeutici, quando è prodotto da un operatore esperto per una specifica finalità, diventando quindi il pilastro fondamentale del processo ipnotico.

Gli insegnamenti di *Franco Granone* hanno fatto comprendere come, con opportune metodiche induttive, si possa ottenere il Monoideismo Plastico e quindi l'ipnosi.

4.3 Tecniche di induzione dello stato di ipnosi

Per ottenere lo stato di ipnosi si attua una procedura composta sempre dalla stessa sequenza:

- 1) pre-induzione: realizzare un rapporto di fiducia e confidenza, in modo da abbassare la sua capacità critica, favorendo così l'accettazione delle suggestioni, la riuscita della pratica ipnotica ed il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico;
- 2) induzione: in questa fase si attuano le manovre che permettono di indurre il rilassamento (attraverso "l'attenzione focalizzata"), il monoideismo plastico grazie al sostegno dell'operatore che guida il paziente a costruire l'immagine del fenomeno che vogliamo ottenere;
- 3) terapia: realizzare un progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla copia induttore-soggetto;
- 4) De-induzione: allontanamento progressivo dai monoideismi plastici e ripristino dello stato di coscienza ordinario;

Dobbiamo dunque includere nella sessione di induzione ipnotica anche il colloquio preliminare, di fondamentale importanza per il successo della tecnica vera e propria.¹

Il colloquio, infatti, consente di eliminare la paura dell'ipnotismo, spiegare le modalità d'esecuzione della tecnica, presentare le credenziali dell'operatore e soprattutto stabilire un rapporto empatico con il paziente.

Solo successivamente è possibile iniziare l'induzione ipnotica; si definisce tempo di induzione il tempo necessario per portare il paziente dallo stato di coscienza usuale allo stato di ipnosi, verificabile con dimostrazioni di uno o più fenomeni fisici o psichici.

Il numero delle tecniche di induzione è potenzialmente infinito¹⁹; esse possono essere in combinazioni variabili:

- dirette o indirette
- verbali o non verbali,
- direttive o permissive,
- lente (oltre i 20 minuti), medie (dai 3 ai 20 minuti), rapide (entro 3 minuti), istantanee (entro pochi secondi)
- possono prevedere o meno il rilassamento o la chiusura degli occhi.

Indipendentemente dalla procedura scelta, l'ipnotista deve investire la propria empatia e la sua azione è affidata a meta-comunicazioni e a strategie che si adattano, di volta in volta, alla situazione contingente.

Nell'ipnosi, infine, l'operatore deve investire la propria autorevolezza e credibilità per ottenere il monoideismo con suggestioni esplicite e procedure che oggi sono abbastanza standardizzate.

Per l'odontoiatra che voglia utilizzare l'ipnosi, è bene che il paziente vada incontrato più volte e che ogni volta possa venire dedicata al paziente la massima attenzione^{20,21}. Ottenere un'ipnosi profonda unita all'analgesia infatti non è semplice, soprattutto se la procedura viene eseguita frettolosamente.

Kein sostiene a tal riguardo che nell'ipnotismo il grande problema del soggetto è quello di liberarsi della paura dell'ipnosi ed il grande problema dell'ipnotista è liberarsi dalla convinzione che per ottenere l'ipnosi occorra passare dal rilassamento in tempi dilatati²².

Dunque, è importante sottolineare che il paziente ha un ruolo fondamentale nella riuscita dell'induzione ipnotica.

In questo studio si confrontano dei casi clinici, nei quali sono state usate diverse tecniche di trattamento dell'ansia -sedazione cosciente ed ipnosi- al fine di identificare, qualora presente, un metodo da preferire.

CAPITOLO 5 MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su 3 pazienti di sesso femminile, di cui:

- due pazienti ansiose di 45 anni, sottoposti ad una chirurgia di tipo implantare;
- una terza paziente di 18 anni fobica sottoposta ad un trattamento di igiene.

Precedentemente all'intervento ciascun soggetto è stato inoltre sottoposto al *Test di Corah*, *la scala MDAS* e *la VAS* per la quantificazione del livello di ansia. Solo successivamente si è proceduto alla pre-sedazione e quindi alla sedazione cosciente.

Per ciascun caso sono stati valutati 3 parametri vitali:

- 1) frequenza cardiaca
- 2) saturazione d'ossigeno
- 3) pressione arteriosa.

Ogni parametro è stato monitorato per tutta la durata dell'intervento, ma ai fini dello studio sono stati considerati 3 momenti salienti:

- Misurazione 1: prima della somministrazione di anestetico locale, accomodato il paziente in poltrona odontoiatrica;
- Misurazione 2: a metà dell'intervento se eseguita la tecnica farmacologica o a metà della seduta ipnotica;
- Misurazione 3: a trattamento ultimato.

Per la misurazione dei parametri è stato utilizzato un comune monitor.

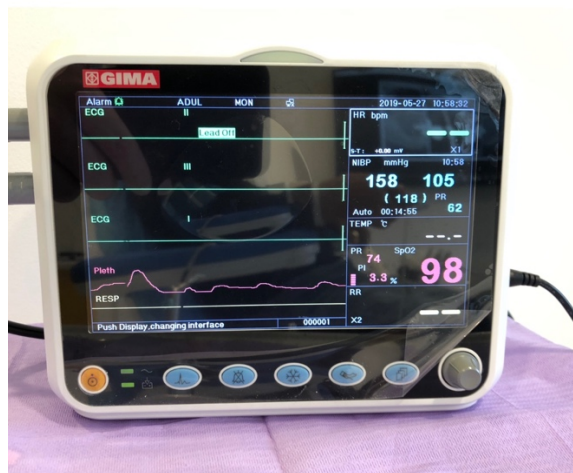


Figura 4 Monitor utilizzato nello studio.

Per ogni paziente si sono tenuti in considerazione anche

- sesso
- età
- anamnesi
- classificazione ASA.

È stato seguito il Protocollo Manani, che stabilisce le norme di trattamento peri-operatorio del paziente odontoiatrico:

- 1) Valutazione preoperatoria dello stato fisico e dello stato psicologico.
- 2) Analgesia preventiva con FANS somministrati prima dell'aggressione chirurgica (600mg ibuprofene) + PPI protettore gastrico (Lansoprazolo 30 mg) 2 ore prima dell'intervento; analgesia post-operatoria con Paracetamolo 1 g ogni 6 ore per 2 giorni; si può prescrivere anche un ulteriore analgesico da prendere al bisogno.
- 3) Terapia antiedemigena con cortisonico intra-operatorio betametasona (Bentelan) 8 mg e.v. o Triamcinolone (Kenakort) 40 mg i.m.; in interventi particolarmente invasivi la terapia cortisonica può essere continuata per 3-5 giorni per os (Deltacortene).

- 4) Profilassi antibiotica secondo le linee guida internazionali del 2007 con 2 g di Amoxicillina per os 1 ora prima dell'intervento e basta.
- 5) Ansiolisi e/o sedazione cosciente intra-operatoria con Benzodiazepine: Clordemetildiazepam (EN) 1-2 mg per os 30-60 minuti prima della sala operatoria seguiti dalla somministrazione frazionata (titolazione) di Diazepam (Valium) e.v. in boli di 2 mg fino al raggiungimento di una tranquillità totale (VAS tranquillità =10). In alternativa si può utilizzare il protossido d'azoto.
- 6) Analgesia locale efficace e duratura effettuata anche con molecole di lunga durata di azione (bupivacaina) che garantiscono una analgesia di molte ore nel periodo postoperatorio. L'associazione di queste diverse tecniche (AL di lunga durata + FANS + cortisonico + sedazione) realizza la cosiddetta analgesia multimodale che risulta essere la più efficace e sicura.
- 7) Monitoraggio peri-operatorio clinico e/o analgesia multimodale che risulta essere la più efficace e sicura.

In particolare, nei casi clinici 1-2 sono stati somministrati:

- Mepivacaina senza vasocostrittore per l'anestesia blocchi regionali
- Articaina 1:10000 per l'anestesia plessica
- Perfalgan (10 mg e.v.) post-operatoriamente e ghiaccio istantaneo

I risultati ottenuti nei tre casi clinici sono stati poi confrontati tra loro tenendo in considerazione i diversi livelli di ansia di ciascun paziente, la complessità dell'intervento e la riuscita di quest'ultimo.

Caso clinico 1

Paziente molto ansiosa è stata sottoposta a trattamento chirurgico in sedazione cosciente. Nella fase di pre-sedazione vengono somministrati 2 mg di EN in gocce e dopo 40 minuti la paziente viene fatta accomodare in poltrona; a questo punto viene effettuata la misurazione 1 dei parametri.

Viene poi iniziata la somministrazione e.v. di Diazepam con 2 mg.

Dopo due minuti, è stata rinforzata la prima somministrazione con successivi boli da 1mg di Diazepam ad intervalli di 1 minuto fino al raggiungimento di un completo rilassamento della paziente.

Si è proceduto quindi alla misurazione 2 in un quadro che presentava:

- respirazione regolare e profonda
- salivazione pressoché nulla
- occhi chiusi.

A trattamento ultimato con successo si è eseguita la misurazione 3.

Il paziente viene quindi fatto accomodare in una poltrona ausiliare per completare la terapia analgesica con 10 mg di Perfalgan e.v. e ghiaccio.

Le dimissioni sono state concesse soltanto quando la paziente si è dimostrata ben orientata (dopo circa 1 ora) e vigile; è stato comunque richiesto l'accompagnamento a casa della paziente.

Caso clinico 2

Paziente molto ansiosa è stata sottoposta ad intervento chirurgico da eseguire in sedazione farmacologica. Sono stati impiegati il *Test di Corah* e *VAS* per la quantificazione del livello di ansia.

Al paziente vengono somministrati 2 mg di EN; dopo un'attesa di circa 40 minuti la paziente non ha presentato miglioramenti.

Si è quindi optato per un duplice approccio: sedazione farmacologica e induzione ipnotica.

È stata utilizzata la tecnica della pesantezza degli occhi ed una volta riscontrato un certo grado di rilassamento muscolare è stato suggerito alla paziente di immaginare un luogo noto nel quale sentirsi al sicuro.

Sono stati somministrati quindi i primi 2 mg di Diazepam, seguiti poi da boli da 1 mg fino ad ottenere un ottimo livello di rilassamento, mantenuto per circa tre quarti dell'intervento.

La paziente è stata poi colpita da una crisi d'ansia, a causa della quale era diventata impossibile la prosecuzione dell'intervento. Dopo l'accertamento di assenza di dolore, è stata ripresa la tecnica ipnotica ed è stata ripresa la sedazione con farmaci fino al termine dell'intervento, concluso con successo. Le dimissioni sono state concesse soltanto quando la paziente si è dimostrata ben orientata (dopo circa 2 ore) e vigile ed accompagnata.

Caso clinico 3

Paziente di 18 anni, affetta da idrocefalo normoteso e con nota fobia nei confronti della figura dell'odontoiatra, è stata sottoposta a trattamento non chirurgico di igiene dentale.

La paziente è stata fatta accomodare in un ambiente neutro e dopo aver condotto un colloquio generale si è indagato sul grado della fobia, nota dall'età di 12-13 anni tramite *MDAS* e *VAS*, con rispettivamente esiti di 22 e 10, che hanno confermato il quadro patologico.

Vista la difficoltà riscontrata nel relazionarsi con la paziente e la fobia nei confronti delle tecniche odontoiatriche, è stato proposto l'impiego dell'ipnosi: sono state praticate due sedute per ottenere il rilassamento ed in una terza seduta è stato eseguito il trattamento di igiene dentale.

Nelle prime due, la paziente è stata invitata a concentrare lo sguardo su un punto fisso, a focalizzare l'attenzione sul respiro e le è stato richiesto di immaginare un luogo caro. In questo modo è stato ottenuto il rilassamento.

Alla terza seduta ipnotica è stato suggerito alla paziente di pensare al proprio braccio immerso nell'acqua ghiacciata, al fine di ottenere la sensazione di insensibilità che fatta propagare fino alla bocca simulando l'anestesia locale, continuando con la visualizzazione del luogo prescelto. È stato quindi ottenuto lo stato ipnotico ed è stata iniziata la seduta. Quest'ultima è stata portata a termine appena in tempo causa dell'improvvisa de-ipnotizzazione della paziente.

CAPITOLO 6 DISCUSSIONE

Caso clinico 1

Il soggetto è di sesso femminile, di 45 anni, L'ASA è pari a 1 e l'anamnesi risulta negativa. Dopo l'esecuzione dei test, risulta un valore di *MDAS* pari a 21 e di *VAS* pari a 9. La paziente è stata sottoposta ad implantologia.

Caso clinico 1	Pressione Arteriosa	Frequenza Cardiaca	Saturazione d'Ossigeno
Tempo 1	147/76	73	97%
Tempo 2	123/65	70	98%
Tempo3	129/64	66	97%

I farmaci utilizzati per la sedazione farmacologica sono stati: 2mg di Delorazepam in gocce e 2ml di Diazepam diluiti in 10ml di soluzione fisiologica. È stato somministrato paracetamolo endovena come analgesico.

Si è notato che la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca sono migliorate sensibilmente dopo la sedazione cosciente. Per quanto concerne la saturazione d'ossigeno non sono state riscontrate variazioni significative.

Sono stati riscontrati anche effetti qualitativi come una marcata riduzione della salivazione.

L'intervento è stato portato a termine con successo.

Caso clinico 2

Il soggetto è di sesso femminile, di 45 anni, L'ASA è pari a 1 e l'anamnesi risulta negativa. Dopo l'esecuzione dei test, risulta un valore di *MDAS* pari a 21 e di *VAS* pari a 9,5. La paziente è stata sottoposta a tripla implantologia.

Caso clinico 2	Pressione Arteriosa	Frequenza Cardiaca	Saturazione d'Ossigeno
Tempo 1	151/91	52	97%
Tempo 2	167/93	59	98%
Tempo3	153/90	69	96%

I farmaci utilizzati per la sedazione farmacologica sono stati: 2mg di Delorazepam in gocce e 2ml di Diazepam diluiti in 10ml di soluzione fisiologica. È stato somministrato paracetamolo endovena come analgesico.

Si è notato che i 3 parametri hanno subito variazioni durante la sedazione farmacologica, in particolare a metà intervento quando la paziente è stata colpita da una crisi d'ansia ed è solo in seguito all'ipnosi che la paziente si tranquillizzò potendo riprendere la sedazione con farmaci fino al termine dell'intervento.

Sono stati riscontrati anche effetti qualitativi come una marcata riduzione della salivazione solo per brevi lassi di tempo.

L'intervento è stato portato a termine con successo.

Caso clinico 3

Il soggetto è di sesso femminile, 18 anni, L'ASA è pari a 2 e all'anamnesi risulta che la paziente soffre di idrocefalo normoteso da 4 anni ed ha una fobia marcata verso le cure

odontoiatriche, tanto da essersi sottoposta ad anestesia generale per alcune estrazioni. Dopo l'esecuzione dei test, risulta un valore di *MDAS* pari a 25 e di *VAS* pari a 10. La paziente è stata sottoposta a trattamento di igiene dentale.

Caso clinico 3	Pressione Arteriosa	Frequenza Cardiaca	Saturazione d'Ossigeno
Tempo 1	120/74	78	99%
Tempo 2	126/76	75	98%
Tempo3	137/91	78	99%

Non sono stati usati farmaci in quanto non si è praticato alcuna sedazione.

Si è notato che i 3 parametri vitali hanno subito variazioni significative. In particolare, la pressione arteriosa è aumentata sensibilmente in concomitanza dell'improvvisa deipnotizzazione della paziente.

L'intervento è stato portato a termine con successo appena prima della brusca deipnotizzazione.

Confronto tra i casi clinici

Solo nel primo caso, con sedazione farmacologica, si sono ottenuti risultati positivi in termini qualitativi e quantitativi con significativi miglioramenti dei parametri vitali. Nei restanti due casi, i dati raccolti non hanno dato un buon esito. Il rationale è da imputare ai diversi livelli di ansia dei soggetti, in particolare la terza paziente era fobica mentre le altre 2 pazienti avevano discreti livelli di ansia.

Con solo la tecnica ipnotica si è giunti sia al termine del trattamento del terzo caso clinico, seppur semplice rispetto ai primi due casi, ma si sono effettuati netti progressi soprattutto per la paziente in termini di contenimento della fobia, sia il proseguimento dell'intervento

nel secondo caso clinico quando la paziente è stata colpita da una crisi d'ansia a causa della quale era diventata impossibile la prosecuzione dello stesso.

CAPITOLO 7 CONCLUSIONI

L'applicazione in odontoiatria delle due tecniche di sedazione ha messo in luce numerose differenze:

1. pre-operatoriamente: tempi di induzione
2. post-operatoriamente: tempi di dimissione
3. post-operatoriamente: rapporto con la fobia- ansia.

Circa i tempi di induzione è evidente che l'ipnosi, non richiedendo farmaci, non ha effetti collaterali e non influisce sulle possibili malattie croniche dei pazienti.

Questo aspetto risulta estremamente importante soprattutto considerando che la fase dell'ansiolisi, inclusa quella ipnotica, è una procedura complessa che inizia con il primo colloquio con il paziente e si articola per tutte le cure ed i farmaci, per quanto utili e talora indispensabili, hanno e devono avere solo un ruolo complementare. La sedazione tramite ipnosi permette dunque anche di ridurre le dosi farmacologiche (talora di eliminare lo stesso farmaco) e facilitare il trattamento nel caso di pazienti complessi.

Circa i tempi di dimissione del paziente dopo l'intervento, la differenza è notevole: l'ipnosi non richiede tempi di dimissione protratta perché una volta che il paziente è stato de-ipnotizzato è sufficientemente in grado di poter essere dimesso; con la sedazione farmacologica, invece, il paziente deve essere messo a riposo e monitorato fino a quando le sue condizioni (stabilità cardiocircolatoria, funzione respiratoria, correttezza dell'eloquio) non mostrino una chiara ripresa, deve essere accompagnato a casa vigilato per almeno 12 ore e rimanere a riposo per 24 ore.

Circa il rapporto del paziente con l'ansia-fobia, il vantaggio maggiore dell'ipnosi è che al termine dell'intervento il paziente stesso è in grado di poter gestire la propria vita senza necessità di particolari accorgimenti e conserva memoria di quanto accaduto nel

tempo: l'ansia e l'odontofobia quindi possono essere trattate definitivamente se il paziente si mostra collaborante. Al contrario, se si attua unicamente il trattamento farmacologico, l'effetto ansiolitico del farmaco è limitato alla sua somministrazione: una volta cessato il suo effetto, il paziente manterrà la propria odontofobia.

Viste le componenti negative della sedazione farmacologica ed i vantaggi garantiti dalla tecnica comportamentale dell'ipnosi, l'unica via razionale e più appropriata è quella di utilizzare al meglio le risorse comunicative per migliorare il benessere del paziente e poi impiegare in modo complementare, quando non sufficiente, i farmaci ansiolitici necessari.

I risultati ottenuti dallo studio non sono statisticamente significativi e propriamente a favore della tecnica ipnotica, tuttavia il razionale è imputabile allo scarso numero della casistica a disposizione e alla marcata differenza delle caratteristiche del campione, soprattutto in termini di livelli ansiogeni.

A questo proposito sarebbe opportuno condurre approfondimenti riguardanti l'argomento essendo ancora oggi una tecnica poco sfruttata e conosciuta.

Come sosteneva Franco Granone, infine è necessario che ogni odontoiatra che decida di avvalersi dell'ipnosi nella propria professione debba impadronirsi delle tecniche che gli sono più congeniali onde poter instaurare un valido rapporto con il paziente, secondo le proprie caratteristiche ed inclinazioni personali ed apparendo così più credibili ed incisivi.

Bibliografia

1. Eli I, Schwartz- Arad D, Baht R, Ben- Tuvim H: Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14: 115-118.
2. Eitner S et al. Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment—a comparative interdisciplinary clinical study. *Int J Clin Exp Hypn* 2006; 54:457-479.
3. Berggren U, Linde A. Dental fear and avoidance: a comparison of two modes of treatment. *J Dent Res* 1984: 1223-1227.
4. Locker D. et al. Psychosocial disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 456-463.
5. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:144-151.
6. Facco E, Gonella A, Zanette G. Ansia e tecniche comportamentali in odontoiatria. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza* 2015;428.
7. Facco E, Gonella A, Zanette G. Ansia e tecniche comportamentali in odontoiatria. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza* 2015; 433.
8. Facco E, Gonella A, Zanette G. Ansia e tecniche comportamentali in odontoiatria. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza* 2015; 434.
9. Manani G, Cordioli GP, Berengo M, Beltrame A, Zanette G. Pre-emptive analgesia con piroxicam in implantologia. *Il dentista Moderno*, marzo, 67, 2000
10. Facco E et al. Validation of visual analogue scale fo anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation. *Min anesthesiol* 2013; 79: 1389-1395

11. Facco E, Casiglia E, Zanette G et al, Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. *Int J Clin Exp Hypn* 2011; 59: 454-468
12. Friedman N. Iatrosedation: the treatment of fear in the dental patient. *J Dent Educ* 1983; 47:91-95.
13. Shapiro F et al. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord* 1999; 13: 35-67.
14. Facco E, Gonella A. Ipnosi nella pratica odontoiatrica. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. 2015; 439.
15. A.I.N.O.S Linee Guida per la sedazione cosciente endovenosa ed inalatoria in una struttura assistenziale, 2005. www.ainos.info
16. Tirone G. The hypnotic state: a psychophysiologic dimension or a useless concept? *Min Med* 74, 2147,1983
17. Granone F. *Trattato di ipnosi*. Utet 1989
18. Finkelstein S. Hypnotically assisted preparation ofc the anxious patient for medical and dental treatment. *Am J Clin Hypn* 33, 187, 1991
19. Manani G, Facco E, Zanette G, *Anestesia Odontoiatrica ed Emergenze*
20. Ragaldo G. Tecniche di induzione ipnotica rapida. *Trattato d'ipnosi e altre modificazioni di coscienza*. 2015 ;295.
21. Patel B, Potter C, Mellor AC. The use of hypnosis in dentistry: a review. *Dent Update* 27,198,2000
22. Finkelstein S. Rapid hypnotic inductions and therautic suggestions in the dental setting. *Int J Clin Exp Hypn* 51,77,2003.
23. Regaldo G. Ipnosi medica nel parto. *Leadership Medica* 2983; 9: 14-21.