ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2015

ANSIA ODONTOIATRICA E IPNOSI

Candidato

Dott. GIUSEPPE SETARO

Relatore

Dott. ANGELO GONELLA

Premessa

Il problema dell' ansia di un paziente di fronte al medico riguarda tutte le branche delle discipline mediche, coinvolgendo individui di ogni età, sesso e condizione sociale, ma da sempre è particolarmente sentito in campo odontoiatrico (l).
Per moltissimi anni la ricerca in odontoiatria e' stata quasi esclusivamente finalizzata al risanamento degli elementi dentari e del loro tessuto di sostegno. L'approfondimento delle dinamiche intercorrenti tra il cavo orale ed i processi emotivi ha avuto scarso rilievo finché Weiss ed English (2) hanno sottolineato l'importanza di considerare i denti come un' entità correlata alla personalità del paziente. Da allora si sono aggiunti altri contributi in questo settore, (3 - 26) ma molto si deve ancora fare per affrontare il problema in maniera scientifica, sistematica, e proficua. È indiscutibile l'osservazione secondo la quale manifestazioni di alterato stato emotivo possano rendere vana l'opera dell'odontoiatra. Per questo motivo lo specialista non deve sottovalutare l'importanza di conoscere chi sta seduto di fronte a lui prima come uomo che come paziente. Da un adeguato rapporto medico-paziente può scaturire un valido aiuto sia agli sforzi di prevenzione sia ai processi di guarigione (27).

La natura della paura da dentista

Nel tempo, più autori, hanno tentato di spiegare le dinamiche psicologiche che portano alla paura odontoiatrica. Alcuni psicoanalisti la interpretano semplicemente come ansia ovvero il risultato di una complessa interazione fra le diverse parti della personalità. Per gli psicologi, l'ansia è «un vago, spiacevole sentimento accompagnato dall' annuncio che sta per accadere qualcosa di non desiderato». Altri psicologi preferiscono definire l'ansia in termini comportamentali, ovvero in relazione alle azioni di una singola persona. La paura da dentista può essere misurata in funzione di quanto un paziente eviti la visita del dentista o in funzione della minore o maggiore intensità degli stimoli psicologici evocati nel paziente.
Molti studiosi hanno potuto stabilire che la paura da dentista deriva principalmente dalla paura delle iniezioni e del trapano, mentre fra gli altri stimoli ritenuti responsabili di paura e di risposte ansiose si annoverano il senso di claustrofobia, di soffocamento, di impotenza, gli strumenti odontoiatrici e la sala operatoria, nonché il senso di colpa provocato da rimproveri per una scarsa igiene del cavo orale.
È necessario fare una distinzione fra ansia, paura e fobia da dentista benché il trattamento sia univoco. L'ansia da dentista è *una reazione ad un pericolo per cui l'individuo anticipa il peggio anche di fronte a procedure di lieve entità.* Questa forma di ansia è molto diffusa e la maggior parte delle persone sperimenta qualche grado di ansietà odontoiatrica specialmente se non vi sono stati precedenti esperienze.
La paura da dentista è invece *una reazione ad un pericolo noto (so che il dentista dovrà eseguire quella specifica procedura che mi terrorizza)* (fig. 10.1) *e che determina una risposta di tipo 'fight or flight" di fronte allo stimolo che provoca paura.*
Infine, la fobia da dentista può essere considerata *una paura di intensità molto marcata (so che il dentista dovrà eseguire quella specifica procedura che mi terrorizza e non v'è alcun modo che io la possa evitare. Sono così terrorizzato che mi sembra di essere malato).*

73-La paura odontoiatrica si distingue per alcune caratteristiche generali. Un primo aspetto è rappresentato dalla novità. Quando un'esperienza si presenta come novità crea molta più apprensione di quanto la medesima esperienza si ripresenti in modo identico alla precedente, ovvero quando è divenuta familiare. Un ruolo importante riveste in questo caso l'informazione appropriata e precisa. La mancanza di spiegazione scatena desideri di valutazione e cognitivi che creano nel soggetto la necessità della ricerca attiva delle condizioni capaci di dare appropriate spiegazioni. Nel corso del dialogo deve intervenire quello che gli psicologi chiamano «rinforzo» ovvero accrescere, nel comportamento mostrato, il gradimento del paziente. Il rinforzo sarà in questo caso positivo. Se l'anticipazione della spiegazione non è appropriata, le percezioni accusate dal paziente (insieme di facoltà conoscitive) possono essere imprecise e le reattività possono divenire anormali. Può accadere in questo caso che il rinforzo divenga negativo come nei casi in cui un evento non risultasse gradito alla persona a causa, ad esempio, del fallimento di una iniziativa o di un mancato superamento di un esame. Se poi al rinforzo negativo dovesse seguire una punizione le conseguenze evolverebbero in una condizione di sgradevolezza.
Un secondo aspetto è rappresentato dalla mutevolezza e dalla incertezza.
Il terzo aspetto è rappresentato dalla prospettiva causata dai parenti e dagli amici, le cui esperienze negative contribuiscono ad aumentare e ad ingigantire la paura e l'ansietà.

Quando la paura da dentista diviene fobia può creare serie conseguenze sulla vita del paziente. Può soffrirne non solamente la salute dei denti, ma causare depressione ed uno stato continuo di ansietà.
La persona potrebbe evitare di socializzare a causa dell'imbarazzo causato dai denti e tralasciare i propri impegni quando dovesse venire a contatto con il pubblico.
I soggetti affetti da fobia da dentista evitano frequentemente le cure mediche per paura di venire esaminati anche nel cavo orale.

La natura dell'ansia

" Il genere umano vive la propria vita
di tranquilla disperazione"
(Henry David Thoreau)

L'ansia e' stata spesso descritta come un fenomeno moderno (28).
È sicuramente vero che oggi come non mai vi e' la consapevolezza degli effetti che essa può avere sulla vita di ogni individuo, e che il livello di ansia che questi prova, in un qualsiasi momento della propria vita, avrà un riflesso nel suo comportamento. In base al grado di ansia l'effetto potrà essere positivo o negativo.
La reazione normale ed universale, comune ad ogni specie animale di fronte ad una situazione di grave minaccia, e' quella di prepararsi all'azione: affrontare il pericolo oppure darsi alla fuga. Questa reazione viene chiamata *"Lotta* o *fuga"* ed è essenzialmente di tipo protettivo:
consegue alla stimolazione del sistema nervoso simpatico con dismissione di catecolamine di origine surrenalica e di corticosteroidi come il cortisolo, e provoca delle risposte organiche con tachipnea, tachicardia ed ipertensione muscolare; in alcuni casi anche aumento della sudorazione, secchezza della bocca, aumento degli stimoli della defecazione e della minzione, emicranie e vertigini.
La reazione di lotta o fuga, mentre nel caso di un pericolo imminente reale è utile ed appropriata, in altre circostanze può scatenarsi impropriamente. Nella realtà odierna infatti,

esistono pericoli potenziali che per loro natura hanno effetti a lungo termine, (un esempio può essere la perdita del posto di lavoro) di fronte ai quali una reazione immediata ed una soluzione veloce non si dimostrano né utili né risolutive, ma possono causare inutili tensioni e sofferenze.
Mentre per alcune persone la reazione "lotta o fuga" inadatta alle circostanze si verifica solo saltuariamente, e si risolve in brevi periodi di tensione e stanchezza, per altre rappresenta la reazione naturale allo stress quotidiano che porta però ad una cronicizzazione dell' ansia.
Dal punto di vista psicologico, questi soggetti manifestano sintomi come sensazioni di paura, panico, apprensione con pensieri e percezioni dominati dall'attesa di eventi infausti. (28)

Il disturbo da ansia

È stato definito da Safford-Clark ed altri autori (1990) (28) come: "uno stato di ansia e apprensione continuo ed irrazionale, che talvolta culmina in paura violenta fino a diventare panico, accompagnato da sintomi di disturbo del sistema nervoso autonomo e con effetti secondari su altre funzioni mentali, quali la concentrazione, l'attenzione, la memoria e la capacità di giudizio". Si stima che una percentuale compresa tra i12% ed il 4% della popolazione abbia sofferto di questa sindrome nel corso della vita (29).
Di seguito, sono elencati e brevemente analizzati i cinque principali disturbi di questo tipo: disturbo da ansia generalizzata, da panico, da panico e agorafobia, fobia sociale e fobia specifica.

Disturbo da ansia generalizzata (gad)

Si parla di disturbo da ansia generalizzata quando lo stato di ansia estrema permane da un periodo superiore ai sei mesi. La sintomatologia comprende tensione muscolare cronica, iperattività auto alimentata, ricorrenti timori non realistici, aspettative negative con accentramento su uno o più aspetti dell'esistenza, quali il lavoro, la situazione finanziaria, la malattia, e presenza di brevissimi periodi di remissione sempre sovrastati da ansia latente.
Le persone affette da GAD hanno spesso pochissima autostima, sono morbosamente sensibili alla critica perché temono di essere rifiutati od ignorati, hanno un atteggiamento poco costruttivo rispetto alla vita, tendono ad evitare tutte le situazioni potenzialmente generanti ansia, e si concentrano su probabili disgrazie perché questo consente loro una possibile fuga da immagini o pensieri relativi alla realtà che spaventa; questi atteggiamenti interferiscono con il processo emotivo che potrebbe invece contribuire a tenere sotto controllo l'ansia generalizzata (28).
Uno studio (30) ha riscontrato un rischio di sviluppare questo disturbo pari al 19, 5% nei parenti stretti di soggetti che ne sono affetti, contro il 3, 5% della popolazione generale, ed inoltre che circa la metà degli individui affetti da GAD manifesta i primi sintomi dopo un evento particolarmente stressante. Probabilmente l'origine di questo disturbo, in assenza di prove di origine biologica come nel DAP, sta nel fatto che le persone predisposte all' ansia non sono in grado di riprendersi da un trauma, e per questo sviluppano uno stato ansioso. Secondo le teorie psicodinamiche, l'ansia "libera" deriva da conflitti inconsci (31).

Disturbo da attacco di panico (DAP)

Gli attacchi di panico si verificano solitamente come reazione ad oggetti, attività o situazioni, in soggetti sofferenti di disturbi fobici; tuttavia possono insorgere anche in assenza di stimoli esterni, e per questa ragione viene loro attribuita un'origine biologica, psico-sociale e comportamentale.

Secondo Coryell e Winkur, (1991) (28) vi sono importanti prove a sostegno del fatto che la maggior parte degli attacchi di panico vengono causati dai flussi psicologici interni del pensiero. Un chiaro esempio è la *''paura della paura"* che insorge in alcuni pazienti al solo pensiero di una situazione che potrebbe spaventarli, anticipando così l'attacco di panico susseguente.
Vi è, in costoro, una forte inclinazione ad enfatizzare ed a fraintendere i normali processi che avvengono all'interno del proprio corpo, e ciò determina l'insorgenza di nuove fobie quali la paura di svenire, quella di perdere il controllo o di trovarsi in difficoltà, persino di avere una crisi cardiaca e di morire.
L'attenzione esasperata che il paziente dedica ai propri processi organici favorisce la creazione di un circolo vizioso d'ansia. Ad esempio, se il soggetto avverte tachicardia, la interpreta come un imminente attacco di cuore; ciò crea ulteriore ansia che, a sua volta, provoca aggravamento della tachicardia.
La causa biologica degli attacchi di panico sembra essere un improvviso innesco di allarme imminente a livello cerebrale, in assenza di un pericolo reale tale da scatenare la reazione di lotta o fuga. Esiste un fattore di rischio genetico, ed una predisposizione al DAP è stata riscontrata in parenti stretti di individui sofferenti di tale disturbo nella misura del 25%, contro l' 1-2% della popolazione generale. Analoghi risultati hanno fornito studi genetici effettuati sui gemelli.
Alcuni ricercatori hanno individuato particolari differenze nel sistema nervoso autonomo e negli schemi respiratori dei soggetti affetti da DAP. Alcune condizioni cliniche, come ad esempio il pro lasso della valvola mitrale, possono inoltre causare disturbi d'ansia o da attacco di panico, argomento questo, trattato successivamente.

Disturbo da panico ed agorafobia

Le fobie possono essere definite come paure eccessive, irreali e non controllabili, che vengono scatenate da oggetti, attività o situazioni particolari. Differiscono dalla paura, genericamente intesa, perché , durano per tempi molto lunghi, sono irrazionali e comportano la fuga dai fattori scatenanti. Il termine agorafobia può essere tradotto letteralmente dal greco in "paura della piazza del mercato" oppure come "paura dei luoghi pubblici" e coloro che ne soffrono sono talvolta soggetti ad attacchi di panico.
Paragonata ad altre condizioni fobiche, l'agorafobia implica un senso di insicurezza più generale. I posti affollati spaventano e si cerca di evitarli, perché la fuga potrebbe essere difficile, allo stesso modo spaventano i luoghi isolati perché non offrono un eventuale aiuto. Si diventa così prigionieri della propria casa e talvolta la paura diventa insopportabile se in casa si resta soli (28).
Molti ricercatori psichiatrici ritengono che l'agorafobia possa avere le stesse cause biologiche ereditarie del disturbo da attacco di panico, tanto da rappresentare un'unica malattia. Alcuni degli individui che soffrono dell'uno e dell'altro disturbo ricordano di aver sofferto da bambini di un'ansia da separazione molto intensa (32).

Fobia sociale

La fobia sociale (disturbo d'ansia sociale) consiste nella paura di quelle situazioni in cui sono coinvolte altre persone. La caratteristica più comune è l'eventualità di sentirsi impacciati o umiliati per cui si evita di fare qualsiasi cosa di fronte ad altri (firmare, mangiare, usare i bagni pubblici, ecc.). Nei casi di ansia da prestazione - un tipo di fobia sociale - i soggetti hanno, per esempio, paura di parlare, ballare, cantare o suonare uno strumento in pubblico. Le cause di ciò sono da ricercarsi in pregressi traumi psichici dell' età infantile, in una mancanza di capacità sociali con scarsa autostima, e in un' ipersensibilità al rifiuto o alle critiche.

La fobia sociale sembra essere più comune nei parenti di primo grado di individui che soffrono di questo disturbo. Alcuni tratti associati a questo problema, per esempio la paura degli estranei, la timidezza, l'introversione sociale e la paura delle critiche, possono essere trasmessi per via ereditaria.
Le persone predisposte a questa fobia, possono registrare un incremento anomalo dell' adrenalina in caso di stress, o possono essere più sensibili ai suoi effetti (31).

Fobie specifiche

Le fobie specifiche, conosciute in passato come le *fobie semplici,* sono caratterizzate da una paura intensa, immotivata e persistente nei confronti di un oggetto, di un'attività o di una situazione specifici. I soggetti che soffrono di fobie specifiche solitamente sviluppano un'ansia anticipatoria all'idea di dover affrontare la causa delle proprie paure, e fanno di tutto pur di evitarla. Le forme più comuni di fobia includono la *zoofobia,* (solitamente nei confronti di cani, topi, insetti, serpenti) *l'emofobia,* (paura del sangue e di qualsiasi lesione corporea che implichi la perdita di sangue) la *belonofobia,* (paura degli aghi ipodermici, delle iniezioni e delle lesioni) le *fobie situazionali, (claustrofobia:* paura dei luoghi chiusi; *aerofobia:*
paura di volare; *acrofobia:* paura dell'altezza; *astrofobia:* paura dei lampi). (28)
Secondo lo Studio nazionale sulla comorbidità e i dati epidemiologici del NIMH, *(National Institute of Mental Health)* 32) le fobie specifiche rappresentano il disturbo d'ansia più comune. Almeno l'11 % delle persone sviluppa una fobia specifica in un certo momento della propria vita. Il sesso femminile risulta essere più colpito di quello maschile. Alcune fobie, quali la zoofobia, si manifestano durante l'infanzia, in particolare prima dei sette anni; le fobie situazionali insorgono con maggior frequenza durante l'infanzia ed attorno ai venticinque anni .
La belonofobia si sviluppa solitamente nell'adolescenza e nei primi anni dell'età adulta; come le altre fobie può essere causata da una combinazione di fattori, ma la predisposizione genetica sembra avere un ruolo molto importante per cui i parenti stretti di individui affetti da questa fobia corrono un rischio molto più elevato di essere tormentati dalle stesse paure
rispetto alle altre persone. I fattori ambientali ed evolutivi, quali un' esperienza traumatica durante l'infanzia, possono contribuire in modo significativo all'insorgere di una fobia specifica, tuttavia, non tutte le fobie possono essere ricondotte ad un trauma specifico (31).

L'ansia causata da condizioni mediche o da sostanze chimiche

Alcuni problemi fisici ed organici ed alcune sostanze chimiche, possono provocare gli stessi sintomi di un disturbo d'ansia. A seconda della causa che lo ha scatenato e della rapidità con cui si sviluppa, un disturbo d'ansia "secondario" può essere di diversa gravità, provocare una profonda sofferenza e interferire con lo svolgimento delle normali attività.
La diagnosi si basa su una valutazione completa dei disturbi fisici, sull' esame obiettivo e su vari test funzionali, strumentali e di laboratorio.
Il trattamento della condizione clinica sottostante solitamente attenua l'ansia secondaria, sebbene alcuni sintomi possano perdurare e richiedere le stesse terapie per i disturbi d'ansia specifici.
Tra le condizioni mediche che possono causare ansia o panico vi sono:
• DISTURBI CARDIOVASCOLARI (Aritmie, insufficienza cardiaca congestizia, coronaropatie, pro lasso della valvola mitrale)
• MALATTIE RESPIRATORIE (Asma, pneumopatia cronica ostruttiva, enfisema, iperventilazione, ipossia)
• SQUILIBRI ORMONALI (Sindrome di Cushing, ipertiroidismo, ipoparatiroidismo, menopausa, sindrome premestruale)
• ALTERAZIONI METABOLICHE (Anemia, ipoglicemia, iponatriemia, ipokaliemia),

• DISTURBI NEUROLOGICI (Encefalopatia degenerativa, epilessia del lobo temporale, morbo di Huntigton, sclerosi multipla, demenza, morbo di Wilson).
Molte sostanze chimiche, farmaci e droghe, possono produrre i sintomi fisici o psicologici dell'ansia, sia durante sia dopo la loro assunzione, come ad esempio alcuni preparati da banco per il raffreddore o come decongestionanti nasali contenenti pseudoefedrina. Altri invece come alcune benzodiazepine possono provocare sintomi da astinenza simili a quelli dell' ansia nel caso in cui la loro assunzione venga sospesa improvvisamente o anche sola diminuita troppo rapidamente.
Le sostanze chimiche che possono causare ansia o panico sono:
• FARMACI ANTICOLINERGICI (Difenidramina cloridrato n.c.Benadryl)
• FARMACI ANTIDEPRESSIVI (Fluoxetina n.c. Prozac, Fluoxeren; Bupropione n.c. Wellbutrin; Desipramina n.c. Nortimil)
• SALICILATO (nei soggetti che presentano intolleranza)
• TEOFILLINA
• CAFFEINA
• DECONGESTIONANTI (Pseudoefedrina)
• ALLUCINOGENI (Fencic1idina)
• STEROIDI
• ORMONI TIROIDEI
• BENZODIAZEPINE, ALCOOL, NARCOTICI (Nei casi di astinenza)
Queste semplici tabelle possono essere d'aiuto al terapeuta per una diagnosi differenziale tra disturbo d'ansia primario e secondario.

Considerazioni generali sull' ansia del paziente odontoiatrico

L'ansia di sottoporsi a qualunque tipo di intervento odontoiatrico, sia esso ricostruttivo, protesico o semplicemente preventivo, è stata definita come un tipo particolare di fobia, smisurata rispetto alle condizioni ambientali, irragionevole e non sottoposta al controllo della volontà (33).
Tale fobia porta il paziente a sottrarsi ai necessari trattamenti dentistici. Secondo la nuova classificazione del *DSM IV, (Diagnostic and Statistic Manua! 01 Menta! Disorders)* questo genere di fobia andrebbe diagnosticato attraverso i criteri della fobia specifica della Tabella l (29).

Tabella 1
Secondo il DSM-IV, una diagnosi di fobia specifica deve basarsi SUI seguenti criteri:
a) - Paura intensa e persistente, eccessiva o irragionevole, che viene scatenata dalla presenza di un oggetto o di una situazione (oppure dalla prospettiva di doverli affrontare).
b) - L'esposizione all'oggetto o alla situazione provoca invariabilmente un attacco d'ansia, che può assumere la forma di un attacco di panico.
c) - Il soggetto riconosce che la propria paura è eccessiva o irrazionale (ad eccezione dei bambini).
d) - Il soggetto tende ad evitare l'oggetto o la situazione di cui ha paura, oppure li affronta solo con un estremo stato di ansia e sofferenza.
e) - La tendenza ad evitare le situazioni ansiogene, l'ansia anticipatoria o la sofferenza provata in queste situazioni, interferiscono in modo significativo con la routine quotidiana, il lavoro, lo studio, le attività sociali o le relazioni interpersonali, oppure causano una profonda sofferenza per il fatto stesso di soffrire di questa fobia.
f) - Nei soggetti al di sotto dei diciotto anni il disturbo dura almeno sei mesi.
g) - La tendenza ad evitare le situazioni, l'ansia o gli attacchi di panico non sono imputabili ad un altro disturbo mentale, per esempio al disturbo ossessivo-compulsivo, al disturbo post-traumatico da stress, al disturbo d'ansia da separazione, alla fobia sociale, al disturbo da attacchi di panico o all' agorafobia.

Nonostante gli studiosi del fenomeno rilevino tassi di prevalenza nella popolazione generale tendenzialmente crescenti (34) e valutabili intorno al 10-15%, si deve constatare che molto di rado lo psichiatra viene consultato per la valutazione, la prevenzione e la terapia di questa patologia.
Su 100 pazienti che comunque evitano le cure dentistiche, 38 lo fanno per paura primaria ed altri 38 adducendo differenti motivazioni conseguenti ad una razionalizzazione secondaria della paura, per un totale quindi di 76 malati su 100. È inoltre opportuno ricordare che solo l' 1 % fra tutti i pazienti che regolarmente seguono terapie odontoiatriche preferisce esservi sottoposto in anestesia generale, il che sembra mettere in evidenza una componente ansiosa tale da impedire il normale svolgimento del trattamento a paziente cosciente anche nella popolazione normale (35).
La prevalenza di un elevato grado di fobia, in diretta relazione con l'evitamento di un trattamento assolutamente non procrastinabile, sembra essere maggiore nei pazienti provenienti da classi sociali con bassa scolarità (34).

La maggior parte dei pazienti fobici si reca dal dentista solo dopo continue insistenze da parte dei familiari, oppure perchè in preda a disturbi che i comuni farmaci, in genere autosomministrati, non sono più in grado di risolvere. Difficilmente, dopo la prima terapia del cavo orale gravemente compromesso, lo stesso specialista avrà modo di rivedere per una seconda volta tali pazienti.

"La paura del dentista": aspetti specifici.

Alcune pubblicazioni scientifiche (36 - 38) nate dal comune interesse degli psichiatri e degli odontoiatri, hanno messo in luce una serie insospettata di fattori in grado di influenzare l'apprensione dei pazientiverso le cure dentistiche.
Tra queste, oltre al noto *setting* familiare in rapporto alla figura del dentista (39), vi sono:
- il comportamento tenuto dal professionista sia alla prima visita sia in quelle successive (gestualità, empatia, interattività) (38)
- gli aspetti esclusivamente psicologici della reazione ansiosa di certi pazienti (40)
- l'alterata percezione dell' immagine corporea (che verrà chiarita in seguito)
- la necessità di conferme sociali correlate al proprio aspetto esteriore
- la fondamentale importanza dei fattori estetici che, se da un lato obbligano il paziente affetto da un disturbo d'ansia a cercare l'aiuto dell' odontoiatra, dall' altro non possono tuttavia impedire lo sviluppo di un'esagerata reazione alla terapia. (41 - 43)

Tale reazione, specifica per gli oggetti o gli eventi generalmente in relazione con l'attività odontoiatrica, viene scatenata dalla rievocazione di immagini spiacevoli.
Le paure più comuni sono statisticamente quelle dell' iniezione dell' anestetico locale e il rumore del turbotrapano, (44) che funzionano come elementi capaci di prefigurare un successivo dolore. Altri stimoli frequentemente associati alla situazione sono la paura di soffocare, la claustrofobia, la fobia dello strumentario, la paura di essere rimproverati per la scarsa igiene orale. (45, 46).
Altri sintomi, quali il senso di "inaiutabilità", *(helplessness)* la paura di morire o di perdere il controllo, e l'angoscia per qualunque cosa possa accadere, (47) vanno probabilmente compresi in una prospettiva più ampia, quale quella di un disturbo da attacchi di panico con agorafobia, in cui il riunito odontoiatrico viene percepito dal paziente come un luogo da cui la fuga appare difficile o imbarazzante. In questa seconda prospettiva l'evitamento delle cure necessarie può apparire come la conseguenza di un' ansia anticipatoria mal controllata.
Una notevole importanza viene svolta dalle "storie terrificanti che si raccontano sull' operato dei dentisti." (48) Queste ultime sono tra le principali cause di paura tra gli adolescenti, tanto da provocare un grado di paura di media gravità, (47) ma comunque tale da impedire al 50% di una popolazione di una scuola media superiore presa in esame, di recarsi a ricevere adeguate cure odontoiatriche. (49)
È da considerare inoltre in che modo i dentisti vivono i problemi correlati alle difficoltà del rapporto con i pazienti: secondo il 73% di un gruppo di giovani specialisti, essa è la causa principale di stress professionale, seguita da problemi economici, dalla necessità di perfezionismo, dai problemi interpersonali con lo staff e dalla gestione del proprio tempo. (50, 51) Visto in quest' ottica di terapeuta, l'odontoiatra incarna il mito di Chirone, il guaritore ferito, che offre la propria disponibilità a cogliere il significato della malattia, in questo caso l'ansia del proprio paziente, perché ne ha avuto esperienza e memoria. Questa disponibilità fornisce forma e contenuto alla relazione d'aiuto in cui il terapeuta si pone.

Concetto del sè corporeo e reazioni fobiche

Secondo le teorie psicanalitiche, la regione orale è carica di significati simbolici e riveste un ruolo fondamentale nello sviluppo della personalità.

Nel neonato le prime reazioni tattili si sviluppano inizialmente nella regione del viso, in corrispondenza delle labbra. Nei primi mesi il bambino esplora l'ambiente con la bocca: l'esperienza di nutrimento si associa alla qualità del rapporto interattivo con la madre, coinvolgendo la sfera emotiva e cognitiva al di là del semplice soddisfacimento della fame. Le sensazioni di eventuale malessere psico-fisico sollecitano generalmente l'intervento materno per limitare l'esperienza di disagio, oltre che per alimentare le capacità autonome e le strategie di sopravvivenza del piccolo.
L'evoluzione da bambino ad adulto passa attraverso sensazioni primarie legate alla sopravvivenza, (impotenza/potere) alla cura di sé, (amato/non amato) e all'immagine di sé, (socialmente integrato/emarginato). Da qui la formazione della sua personalità che si consoliderà o modellerà nei successivi ruoli sociali. Un'esperienza primaria di malessere non risolto non consente un'adeguata differenziazione della realtà e l'acquisizione di strumenti di crescita e di sopravvivenza. Vissuti di deprivazione psicofisica, di rifiuto o di maltrattamento, innescano reazioni di rabbia, paura, violenza auto-etero dirette, che disturbano fortemente il già difficile cammino di crescita e maturazione sociale (27).
Una crescita armonica si riflette nell' acquisizione del sentimento e del concetto di sè come entità ed unità, anche somatica (schema corporeo).
Questo "concetto del sé" corporeo deriva dalle sempre più vaste e molteplici esperienze sensoriali vissute dal bambino che progressivamente, nel corso della crescita, arriva ad una rappresentazione dettagliata della propria identità fisica. In psicopatologia sono descritte malattie con alterazioni dello schema corporeo, (anoressia, bulimia) o con disturbi della coscienza del proprio corpo, (autotopoagnosia, anosognosia) oppure con mancata modificazione dello schema corporeo dopo alterazioni dell'integrità corporale. (sindrome dell'arto fantasma) (52 - 55)
Facendo a questo punto un parallelo con il paziente odontoiatrico, al di là dell' importanza più o meno conscia che la perdita di un dente o l'inserzione di una protesi possono rappresentare per il malato, devono essere tenute in considerazione le difficoltà psicologiche che ogni essere umano incontra quando il proprio aspetto esteriore viene più o meno rapidamente e radicalmente modificato.
La protesi può inoltre significare un' ammissione di caducità, l'inizio della fine di una vita autonoma e non vincolata, tanto da necessità biologiche quanto da rigidi obblighi sociali, tra cui quello fondamentale di avere i denti e quindi di essere esteticamente piacevoli ed attraenti. Non a caso numerosi disturbi psicosomatici compaiono dopo la prima estrazione dentale o l'applicazione di un qualsiasi dispositivo protesico, quasi fossero una perdita inconscia di libertà, di forza fisica e di intelletto.
La bocca è un' estensione fisica diretta e simbolica degli istinti primordiali. La sopravvivenza, gli impulsi sessuali e l'aggressività, accedono per questa via preferenziale sino all'inconscio. La sede di tanti bisogni primordiali, quali la necessità di bere e mangiare, è anche il crocevia di una forte tensione psicologica.
Quando un procedimento strumentale interviene per modificare in qualsiasi modo questo "luogo di incontro, " esso potrà evocare reazioni apparentemente irrazionali e bizzarre, tali unicamente quando la bocca venga considerata solo come appendice fisica del tratto alimentare.
In questo modo è possibile spiegare quell'irragionevole paura che, a parità di condizioni esterne, certi pazienti riferiscono: si tratta di una fobia che nasce da associazioni mentali spontanee e rapide, dovute all' ambiente in cui ci si trova, (la poltrona odontoiatrica) ma che non sono soltanto collegate ad esso.
Come è facile immaginare, l'esplosione di una crisi d'ansia è per il paziente una tremenda esperienza: egli la subisce nell' attesa che qualcosa di irreparabile, in grado di provocare la morte, stia per accadere.

La paura può essere quindi un sentimento appreso, anche provocato sperimentalmente in laboratorio, (56) generalizzabile da un oggetto o da una situazione primaria ad altre, spesso non collegabili alla situazione iniziale.
In alcuni casi la paura del trattamento odontoiatrico può essere il corollario di un'agorafobia con o senza attacchi di panico, (57) allora lo studio dentistico viene percepito come una situazione agorafobica al pari dello stare in casa da soli o in un luogo affollato, dell'essere costretti in macchina o in autobus in mezzo al traffico caotico.
In questo caso la possibilità di ricevere un adeguato trattamento dentistico che non aumenti le proprie fobiche, può essere di grande aiuto al paziente per una iniziale remissione dell'agorafobia.
Solitamente il paziente non sarà in grado di spiegare l'origine dei suoi disturbi. La generalizzazione della paura e l'instaurarsi della reazione di evitamento spesso avvengono in rapida successione, con il risultato di tenere lontano il paziente dalle terapie necessarie anche per anni.

"La paura del dentista": possibilità terapeutiche

"Non si dovrebbe curare la parte
senza curare tutto l'insieme"
Platone

Il paziente che manifesti un disturbo d'ansia o una fobia in qualche modo riconducibile alla terapia odontoiatrica cui dovrà sottoporsi, può essere trattato sostanzialmente in due modi: mediante terapia sintomatica, oppure con terapia causale.
La terapia farmacologica sintomatica, effettuata con ansiolitici e/o sedativi agisce temporaneamente sul sintomo-ansia contrastando l'effetto della dismissione di catecolamine di origine ortosimpatica, però:
- ha una durata limitata nel tempo;
- ha un effetto dose-dipendente;
- può, se utilizzata per lunghi periodi, dare luogo a fenomeni di assuefazione al farmaco usato e richiedere aumenti di dosaggio;
- può interferire con altre terapie assunte dal paziente;
- determina un affievolimento temporaneo dei riflessi e dell' attenzione con potenziali pericoli, ad esempio nella guida di autoveicoli o nell'uso di macchine particolari.(57)

La terapia causale, invece, mira ad individuare e rimuovere le cause che hanno generato l'ansia lasciando l'individuo libero da condizionamenti patologici. L'approccio è indubbiamente di tipo psicoterapico ma può prevedere l'uso di:

Metodiche psicoterapeutiche propriamente dette
Metodiche di rilassamento
Metodiche ipnotiche (auto- o *etero-indotte)*

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 ed autentica modifica, trasforma chi parla e chi ascolta; ed in tal senso si comprende come talora sia sufficiente un colloquio medico ad arginare la situazione patogena. (59)

Psicoterapia dell'ansia

Un breve accenno a questo tipo di terapia è doveroso, anche se l'esecuzione dovrà essere demandata a specialisti che assai difficilmente potrebbero essere presenti nello studio odontoiatrico.
Il trattamento psicoterapico dell' ansia si fonda su due pilastri fondamentali: la Terapia Cognitivo-Comportamentale e la Psicoterapia Psicodinamica.

Terapia cognitivo-comportamentale

Varie tecniche cognitivo comportamentali si sono rivelate utili e spesso vengono associate a tecniche di rilassamento.
Lo scopo di questa terapia è ottenere una modifica dell' atteggiamento mentale e della reazione degli individui nei confronti dell' ansia o del panico, che vengono interpretati come

reazioni fisiologiche ad un pericolo che, per quanto spaventoso, non sarà in grado di produrre danni.
Un'altra strategia comportamentale, chiamate *Gestione dei disturbi d'ansia,* prevede la spiegazione dei sintomi del disturbo, l'insegnamento di vari metodi per distogliere l'attenzione dalle continue preoccupazioni, ed esercizi per imparare a compensare i pensieri ansiosi con pensieri rassicuranti.
A questa desensibilizzazione viene fatto seguire un processo di *Ristrutturazione cognitiva,* nel quale il paziente impara a ricercare spiegazioni razionali e rassicuranti sull' esperienza ansiogena vissuta.
Nel trattamento delle fobie specifiche, la terapia cognitivo comportamentale rappresenta il trattamento più indicato e viene attuato attraverso un processo di *Desensibilizzazione sistematica,* che prevede una sistematica e graduale esposizione del paziente alla situazione o all' oggetto temuti.
L'esperienza diretta aumenta significativamente, in questi individui, la sensazione di fiducia in sé stessi; ovvero la convinzione di poter modificare la situazione mentre la stanno vivendo. (31)

Psicoterapia psicodinamica

Viene utilizzata per motivare i soggetti che si sentono 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.
Sebbene questa tecnica possa essere d'aiuto in alcuni casi, la maggior parte dei terapeuti ritiene che la terapia cognitivo-comportamentale sia più efficace. (31)

Metodiche di rilassamento

Esistono molte tecniche di rilassamento che, pur inducendo, come afferma il Prof. Granone, (60) dei veri stati ipnoidali con modificazioni viscerali e della coscienza non sono, da chi li ha elaborati, considerati come stati ipnotici, perché mancanti della componente relazionale e perché sprovvisti di componenti suggestive. Il più importante di questi è il Training Autogeno di Schultz.

Training autogeno

Si tratta di un metodo messo a punto da J. H. Schultz, durante i suoi studi sul sonno e sui fenomeni ipnotici, iniziati nel 1905.
Il termine *training* può essere tradotto con *allenamento,* mentre *autogeno* significa *generato da sé;* è proprio questo il principale carattere che differenzia le modificazioni indotte dal training da quelle dell' ipnosi.
Mentre, infatti, nell' eteroipnosi, tutto dipende da ciò che l' ipnotista si propone, e nell' autoipnosi, da ciò che il soggetto vuole realizzare, nella tecnica di Schultz tutta la fenomenologia sarebbe spontanea, autogena e realizzata in uno stato di completa passività. (60)
Schultz osservò come in molte persone che avevano sperimentato il rilassamento attraverso l'ipnosi, si fossero realizzate delle modificazioni reali ed obiettivabili, descritte come percezioni di peso e di calore. (61)
Il peso era risultante ad una riduzione del tono muscolare, ed il calore ad una modesta vasodilatazione periferica con conseguente aumento della temperatura cutanea.
La metodica prevede due livelli di apprendimento di cui, il primo, o *Ciclo inferiore,* è orientato alla realizzazione di un profondo stato di calma, ed ha come scopo la deconnessione autogena, ottenuta attraverso l'esercizio del peso, del calore, del respiro, del cuore, del plesso solare, della fronte fresca. (62) Il secondo livello, o *Ciclo Superiore,* è finalizzato ad una più profonda conoscenza di sé utilizzando l'esercizio del colore, del colore personale, degli oggetti concreti, dei concetti astratti, dei sentimenti, della visualizzazione di persone, delle domande e delle risposte all'inconscio.
Il ciclo inferiore, viene fatto precedere da una fase propedeutica, detta *esercizio della calma,* la cui finalità è la valutazione degli schemi di rappresentazione mentale dei soggetti in allenamento. (63)
Il Training Autogeno può essere utilizzato come psicoprofilassi finalizzata ad una migliore gestione dei vissuti emotivi per controllare l'ansia ed ottimizzare le prestazioni, ma anche come terapia complementare alla psicoterapia nel trattamento delle nevrosi d'ansia, ed in quei disturbi fisici in cui è necessario migliorare il controllo del dolore e delle emozioni.
L'allenamento agli esercizi del training autogeno porta gradualmente alla modifica degli atteggiamenti ed alla acquisizione di nuovi comportamenti attraverso l'orientamento alla disciplina, ed alla consapevolezza dell'energia del pensiero. Il risultato che ne consegue è la realizzazione di uno stato di calma, in cui ogni risonanza emotiva viene smorzata.
È, a questo punto, necessario sottolineare ciò che Franco Granone era solito mettere in evidenza e cioè che, il training autogeno, ben difficilmente può essere appreso ed applicato in modo corretto ed efficace senza l'aiuto, almeno all'inizio, di un istruttore/terapeuta e, come ci ricorda sempre Granone, gli esercizi del ciclo superiore del training autogeno venivano già considerati, dallo stesso Schultz: "ipnosi"!

Ipnosi: definizione e concetti generali

La definizione di *IPNOSI* e di *TRANCE IPNOTICA)* maggiormente condivisa sul piano scientifico è quella offerta dal Prof. Granone nel suo trattato:
L) ipnosi è *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.*
La trance è *una condizione nella quale compaiono fenomeni di intenso monoideismo suggestivo ideo plastico) capaci di modificare la reattività organica e psichica. (60)*
Granone precisa che l'ipnosi è un fatto biologico e che il soggetto in ipnosi riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche attraverso la partecipazione mente-corpo, il cui dinamismo è caratterizzato dal monoideismo plastico.
Affinché tale dinamismo psicosomatico si realizzi è importante il rapporto comunicativo interpersonale tra operatore e soggetto, attraverso il quale l'operatore attiva alcune procedure, definite *modalità induttive)* che orientano l'attenzione del soggetto sull' obiettivo terapeutico, individuato ed accettato, che si vuole raggiungere; il soggetto deve inoltre esprimere alcune specifiche condizioni: aspettative, atteggiamenti, motivazioni e potenzialità di apprendimento.
Il concetto di *partecipazione mente-corpo,* come acquisizione dal greco = aver parte, (65) è una dimensione di vita dell'uomo, ed è un *modo di essere in situazione)* così come la coscienza di sé è un *modo di essere con sé stessi)* sintetizzando tutto ciò che un'entità coglie di sé ed in sé, in un determinato momento.
È facile o difficile ottenere un monoideismo plastico? In realtà è abbastanza facile, una volta che si sia riusciti ad instaurare un adeguato rapporto (empatia) con un soggetto dotato di sufficienti capacità di raziocinio e di adeguato spessore interiore. Il velo fra la coscienza usuale della vita quotidiana e quella modificata tipica dell'ipnosi è di un tessuto sottile. In alcune persone, quotidianamente, si realizza spontaneamente, più che in altre, una fluttuanza dallo stato di normale vigilanza a quello ipnoidale (Alcune persone passano parte delle loro veglia in sogni) e a soggetti del tutto normali la coscienza modificata può davvero apparire più reale della coscienza quotidiana.
Come iniziare un'induzione? Benché non necessario, un preliminare o contestuale rilassamento muscolare, può facilitare lo sviluppo dell'ipnosi. Di solito è facile ottenere un rilassamento muscolare somministrando consigli come «si rilassi», «si abbandoni alla piacevole sensazione di sentirsi bene e tranquillo dopo una giornata faticosa», «si lasci andare contro lo schienale della poltrona e si goda qualche minuto di calma, mentre un'onda di benessere la pervade dalla testa ai piedi» o frasi simili. Benché questa procedura appaia banale, cercare di produrre rilassamento muscolare semplicemente parlando è già per sé una modalità a volte efficace per iniziare il trattamento ipnotico, nella quale il paziente, entrato in una relazione empatica con l'ipnotista, di fatto risponde ai suoi suggerimenti, comunemente chiamati suggestioni ipnotiche rilassandosi A questo punto l'attenzione del paziente è catturata ed egli è pronto per una fase successiva volta al raggiungimento di una condizione ipnotica stabile e più o meno efficace per il fine terapeutico che ci si prefigge. Ciò si realizzerà secondo le caratteristiche costituzionali di suggestionabilità d'organo ed ipnotizzabilità di apparato dell'individuo .
L'intervento iniziale, cosiddetto di induzione ipnotica, è solo il primo momento di una relazione terapeutica che, solo se si associa alla relazione empatica con l'ipnotista ed alla trance ipnotica, ci permette di parlare di "ipnosi" e sarà orientata al raggiungimento di un obiettivo curativo.

Le tecniche di induzione si pongono come obiettivo sostituire alla metametafora della coscienza egoica un'altra metafora (secondo la teoria costruttivistica, sostituire allo scema cosciente abituale un altro schema). Il numero delle potenziali tecniche è quindi infinito, come infinite sono le metafore che la mente può creare.. Le tecniche possono essere dirette o indirette, verbali o non verbali, direttive o permissive, lente o rapide, in combinazioni variabili; possono prevedere o no il rilassamento o la chiusura degli occhi.

Principali tecniche di induzione:

È bene sottolineare che ogni ipnotista di fatto fa proprie alcune tecniche e che le tecniche non sono importanti quanto il rapporto biunivoco
fra l'ipnotista e il soggetto. Inoltre, è bene ricordare che Franco Granone sollecitava i giovani allievi ipnotisti a cucirsi addosso l'abito su misura dell'ipnotista secondo le proprie caratteristiche ed inclinazioni personali, onde apparire più credibili ed incisivi.

Tecniche verbali
di cui ho già avuto modo di constatare l'efficacia osservando i miei insegnanti:

- Fissazione di un punto
- Visualizzazioni ad occhi chiusi (di Kline)
- Quadro-visualizzazione (di Moss)
- Rilassamento muscolare
- Rilassamento frazionato
- Tecnica di Sacerdote
- Levitazione della mano
- Conteggio sincrono al respiro (di Adler e Secunda)
- Conteggio alla rovescia (di Hartland)
- Suggestioni psicomotorie
- Fissazione diretta dello sguardo

Tecniche non verbali

- Pantomima (di Erickson)
- Frasi slegate e suoni (di Meares)
- Mezzi fisici
- Strumenti ottici (anche sincroni all'EEG)
- Induzione di catalessi ad un arto

Nelle tecniche dirette l'operatore investe la propria autorevolezza e credibilità per ottenere il monoideismo con suggestioni esplicite e procedure che oggi sono abbastanza standardizzate. Nelle tecniche indirette (alcune suggerite ed ideate e predilette da Erickson) l'ipnostista investe la propria empatia e la sua azione è affidata a meta-comunicazioni e a strategie che si adattano volta per volta alla situazione contingente. Ci sono tante tecniche indirette quanti sono gli ipnotisti, o meglio quante sono le coppie ipnotista/paziente che via via si formano. Già per l'induzione, come anche per lo sviluppo e l'attuazione della terapia ipnotica, possono essere usati fiabe, racconti, miti, aneddoti, fatti di vita vissuta, allegorie, metafore.
Tutte le tecniche di induzione, che sono in realtà modalità di comunicazione, prevedono una preventiva destabilizzazione con confusione e parziale dissociazione e una successiva ristrutturazione con nuove associazioni e ideoplasia, due fasi, queste, che possono anche

essere molto prossime nel tempo o in parte sovrapporsi. Di fatto per cercare di indurre l'ipnosi è opportuno, come prima cosa, *stimolare l'immaginazione, in un contesto di efficace relazione empatica.* Persone con immaginazione visiva troveranno facile «vedere» con gli occhi della mente (il che accade meglio ad occhi chiusi) un oggetto o una situazione.
Diverse tecniche dirette prevedono di provocare *pesantezza agli occhi.* Come ciò si ottenga non è molto importante. Può essere sufficiente la semplice fissazione dell'indice dell'ipnostista che da circa 30 cm si avvicina pian piano alla glabella provocando progressiva convergenza dei bulbi oculari o la fissazione dello sguardo dell'ipnotista, oppure il massaggio dei globi oculari che l'ipnotista pratica forzando in senso latero-mediale le palpebre chiuse e in contemporanea invita il soggetto a ruotare le pupille verso l'alto in modo da fissare un punto sopra la glabella, come per la ricerca del riflesso oculo cardiaco di Diagnini-Aschner. Si somministrano nel frattempo idee di pesantezza e torpore, rilassamento e benessere e non appena gli occhi restano chiusi si suggerisce che non potranno più aprirsi, che anzi ad ogni tentativo in tal senso resteranno sempre più decisamente chiusi e se invece verranno aperti vi sarà la tendenza invincibile a richiuderli.
In ipnosi è facile indurre il soggetto ad immaginare come se stesse sognando , cosa questa che può essere utilizzata per approfondire la trance. A puro titolo esemplificativo, si può, per esempio, suggerirgli di immaginare di essere su una spiaggia, di mettersi sdraiato e di dormire; e mentre “dorme” si può suggerirgli di tranquillamente sognare di essere su una nuvola, di sdraiarsi su questa e… dormire; e mentre “dorme” può sognare di essere un airone che vola sul mare e vede se stesso steso sulla sabbia che dorme. La dissociazione indotta da questi sogni nel sogno approfondisce la trance, che può essere guidata verso un obiettivo sempre più profondo.

Ansia ed ipnosi in odontoiatria

Pavesi asserisce che l'ipnosi in campo odontoiatrico, più che ad indurre analgesia, serve per rimuovere l'ansia e la paura del dentista. (66)
Alla stessa conclusione giungono Musaio e Gonella considerando l'ipnosi uno strumento insostituibile nell' abolizione o limitazione dell' ansia e della paura. (67)
Oltre a ciò, l'odontoiatra potrà, nella pratica quotidiana, servirsi dell' ipnosi per:

- limitare o abolire un esasperato riflesso del vomito
- ridurre il flusso salivare
- ridurre il sanguinamento
- ottenere l'immobilità della lingua e delle guance
- correggere abitudini viziate
- intervenire sulla componente psicosomatica delle parafunzioni e delle patologie dell'articolazione temporo-mandibolare in generale
- ricercare l'analgesia ipnotica in soggetti in cui vi siano controindicazioni alle tecniche analgesiche tradizionali pur sapendo che solo il 12% dei pazienti è in grado di sperimentarla completamente, mentre il 30% realizza analgesia parziale
- ottenere l'adattamento di protesi congrue o di apparecchiature ortodontiche
- ottenere miorilassamento
- trattare le D.C.C.M (Disfunzioni cranio-cervico-mandibolari) (68-69)

Non meno importante è la considerazione che il medico che impari a conoscere ed a praticare le tecniche ipnotiche affinerà conseguentemente le sue potenzialità di rapporto interpersonale, al punto da migliorare la cooperazione con i propri pazienti, indipendentemente dalla loro ipnotizzabilità. (70-71-72)
In alcuni casi, però, l'ottimizzazione del rapporto interpersonale può non essere sufficiente, specialmente quando, come già descritto in precedenza, l'ansia è associata ad un'immagine o ad un oggetto causa di una particolare fobia, oppure è provocata da una situazione o un ambiente concepito come pericoloso o indesiderabile. Secondo il Prof. Granone in questi casi è necessario procedere secondo il seguente schema:

A) Condizionare la visualizzazione della situazione temuta con visualizzazioni concomitanti e stimoli che diano risposte di sollievo di un' entità tale da dominare l'ansia.
B) Creare in ipnosi 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. Nella stessa seduta sarà opportuno impostare condizionamento post-ipnotico, in modo tale che ad ogni nuovo evento ansiogeno, sia possibile richiamare alla memoria il rilassamento proprio della trance o una situazione rilassante vissuta in precedenza. In questo caso si parla, appunto, di suggestione post-ipnotica. Stabilire al più presto possibile un condizionamento/ancoraggio che il paziente possa sfruttare all'insorgenza di una crisi.
C) Creare nuovi diversivi e sollievi di contrasto sotto controllo.
D) Stabilire una gerarchia di gravità delle situazioni ansiogene, ed intervenire dapprima sulle ansie minori, in modo da rendere disponibile subito l'energia liberata dalla neutralizzazione di queste.

E) Cercare di ottenere già dalla prima seduta una trance più profonda possibile. Tanto più le suggestioni saranno pregne di significato per il paziente, e tanto più le metafore usate avranno per lui valori sentiti, tanto maggiore sarà l'effetto di partecipazione mente-corpo. È altresì necessario portare il rapporto interpersonale su un piano di assoluta fiducia, per prevenire le reazioni ansiose alla cura stessa.
F) Visualizzare durante l'ipnosi una sistematica affermazione della propria personalità in varie circostanze della propria vita.
G) Attuare oltre ai condizionamenti e de condizionamenti citati:
   1. una psicoterapia di rilassamento,
   2. di sostegno,
   3. di presa di coscienza. (60)

Quest'ultima fase, da riservarsi assolutamente a specialisti del settore, merita un breve chiarimento sui termini. Il Prof. Granone intende per psicoterapia di rilassamento una metodica suggestiva diretta, attraverso la quale il sintomo si attenua mediante rilassamento della tensione emotiva.
La psicoterapia di sostegno, mira non tanto a risolvere il sintomo, quanto ad accedere ai conflitti interni, eliminandoli con ulteriori psicoterapie razionali, ed arrivando così ad un maggior controllo degli impulsi istintivi e di adattamento.
La psicoterapia della presa di coscienza, è una tecnica che trae la propria impostazione teorica dalla psicanalisi, e si avvale dell' ipnotismo per eliminare rapidamente quelle resistenze che impediscono al subconscio di affiorare e di rendersi cosciente. L'ansia, infatti, mentre nel caso dell' insorgenza da cause odontoiatriche può essere riferita ad ambienti, oggetti o persone reali che il paziente individua, può, talvolta essere generata da conflitti inconsci che il paziente non riconosce o non vuol riconoscere.

Esperienze cliniche

Ho cercato di capire su un piccolo campione di pazienti se le condizioni emodinamiche del soggetto medio siano influenzate dall'ansia percepita prima e durante gli interventi odontoiatrici, durante la somministrazione di anestetici e se sottoponendoli ad induzione ipnotica prima di effettuare l'anestesia farmacologica si riesce a mantenerli in un range di tranquillita' clinica operativa.

Materiali e metodi

Per la misurazione dei parametri ho usato uno sfigmomanometro elettronico.
La prima misurazione e' stata eseguita appena seduto sulla poltrona odontoiatrica;
la seconda dopo aver eseguito l'induzione ipnotica, con tecnica di pesantezza degli occhi e approfondimento della trance con suggestione del sogno e di un luogo sicuro per il paziente.
I pazienti hanno tutti avuto due incontri preliminari di preparazione alla trance ipnotica, dove ho valutato la "suggestionabilità ipnotica" e i canali di comunicazione preferenziali (visivo, auditivo, cinestesico) ed ho misurato la VAS e avuto il loro consenso informato e alla fine di ogni incontro ho indotto una ipnosi efficace anche se spesso di tipo vigile.
Ho registrato per ogni paziente eta', sesso , ASA solo 1e 2, se iperteso in trattamento o no, e tutti con disturbo d'ansia medio lieve VAS (0-10) da 3 a 5, ho escluso soprattutto i fobici, vista la mia iniziale esperienza di ipnotista.

Dati

PAZIENTE INIZIALI	PAS1\PAD1 FC 1	PAS2\PAD2 FC2	PAS3\PAD3 FC3	VRS INIZ.	VRS FINAL	CHIR.	SESSO	ASA	ETA'	SI-NO-
C.L.	148\89 FC 104'	130\77 FC 82'	132\75 FC 70'	7	0	EX 8^	M	1	28	NO
L.M.	126\72 FC 78'	128\72 FC 82'	128\72 FC'70	6	1	IMP	M	1	33	NO
B.R.	125\85 FC 73'	123\73 FC 75'	120\70 69	4	0	EX	F	2	47	NO
M.C	101\57 FC 72'	110\61 FC 73'	105\65 FC 61'	2	0	IMP	F	2	52	NO
V.A	126\85 FC 68'	127\77 FC 72'	125\70 FC 67'	3	0	EX 8^	M	1	37	NO
E.D.	129\86 FC 57'	132\88 FC53'	126\80 FC 55'	8	1	IMP	M	2	39	SI

Vrs e'la verbal rating scale dell'ansia percepita dal paziente.
SI-NO se pazienti ipertesi in trattamento.
FC frequenza cardiaca
PAS1: pressione sistolica appena seduto alla poltrona
PAD1: pressione diastolica appena seduto alla poltrona
PAS2: pressione sistolica dopo suggestione ipnotica e anestesia
PAD2: pressione diastolica dopo suggestione ipnotica e anestesia
PAS3:pressione sistolica fine intervento
PAD3:pressione diastolica fine intervento.
Le anestesie eseguite sono state blocchi regionali con uso di mepivacaina senza vasocostrittore e plessiche con epinefrina 1:200000.
Durante l'intervento lo stato di ipnosi e'stato costantemente mantenuto, per ogni paziente con l'uso di rinforzi verbali, rassicurazioni e che il rilassamento e' sempre piu' profondo… e nessun dolore e anche con tocchi, sfioramenti sul viso concordati nelle sedute di preparazione.

Risultati

In questa mia limitata casistica si può osservare che alla fine di ogni intervento ciascun paziente ha raggiunto valori di ansia percepita uguale a 0 e in un caso 1, che e' sovrapponibile ad una ansiolisi farmacologica, ma con tutti i vantaggi e benefici di assenza di effetti collaterali o complicanze per l'omeostasi di un sistema corpo-mente sottoposto a stress anche farmacologico.
I pazienti hanno tutti voluto complimentarsi soprattutto per l'esperienza vissuta senza disagio e dolore a discapito delle loro aspettative e credenze.
74- La definizione di dolore universalmente accettata in medicina è quella formulata dalla *International Association for the Study of Pain* (IASP) risalente agli ani 80: esperienza sensoria ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tissutale reale o potenziale, o descritta nei termini di tale danno.
In altri termini, senza esperienza non esiste dolore. L'esperienza è inseparabile dal vissuto e dallo stato emotivo: l'attenzione e la preoccupazione perciò che si teme di subire, l'ansia la paura e il ricordo di precedenti esperienze sono potenti catalizzatori del dolore, mentre tutti i metodi in grado di modulare questi fattori sono da considerarsi elementi importanti per il suo trattamento. (74)

Conclusioni

Lontani ormai i tempi in cui Freud abbandonò l'ipnosi con vane motivazioni, ed accettata ormai la validità clinica di questa terapia, scontato infine il ruolo determinante della suggestione nell' ammalarsi e nel guarire, il ruolo dell'ipnositerapeuta si esprime nel riconoscere i meccanismi patologici e nel saper utilizzare le possibilità terapeutiche finalizzate alla guarigione.

Esiste oggi, invece, una questione che verte su "chi" sia adeguatamente preparato a fare l'ipnositerapia, e su "come" applicare le tecniche ipnotiche.

I programmi universitari attuali non danno garanzia di completezza di informazione e di formazione, né ai medici, né agli psicologi. Sarà alle Scuole di formazione Post-universitarie che verrà affidato l'incarico e la responsabilità di addestrare a questo approccio che, secondo Pacciolla: "inizia come una tecnica, per poi sconfinare nell' arte".

L'arte della suggestione terapeutica, il potere del linguaggio, la forza della metafora, sono solo alcuni dei molti aspetti dell'ipnositerapia che il clinico avrà il dovere di conoscere per procedere, in modo ottimale, nella relazione d’aiuto, realizzando il sogno di ogni medico, quello di poter curare con la parola con la speranza di riuscire a guarire.

Foto 1 - Paziente in rilassamento ipnotico e con monitoraggio dei parametri vitali
Prima di un intervento implantare

Foto 2 - Paziente in rilassamento ipnotico e con monitoraggio dei parametri vitali
Prima di un intervento implantare.

Bibliografia

1 - P.M.A. PA VES I. , MOSCONI G.: *Tecniche ed applicazioni dell 'ipnosi medica.* Ed. Piccin Padova, 1974
2 - WEISS E.G., ENGLISH O.S.: *Medicina psicosomatica.* Ed. Astrolabio Roma, 1967
3 - ALLAN T.K., HODGSON E.W.: *The use of personality measurement as a determinant of patient cooperation In an orthodontic practice.* American Journal of Orthodontics 54:433-440, 1968.
4 - ANGELI A.M., FREZZATO A.: *L'approccio psicologico al paziente odontoiatrico: procedure d'intervento di tipo psicologico.* Nota II. Dental Cadmos 19:65-67, 1985.
5 - A YER W.A.: *The dentist-patient relationship.* Dental Clinic ofNorth America voI. 32, 1: 56-63, 1978.
6 - BALINT M.: *Medico, paziente e malattia.* Ed. F eltrinelli, Milano, 1961
7 - BARKEY R.F.: *The helping relationship between dentist and patient.* Clinical Preventive Dentistry, voI. 5, 5: 20-21, 1983
8 - BONDI C., CAVALLI A. e ColI.: L'approccio psicologico al paziente odontoiatrico. Il Dentista Moderno 9:239-244, 1988
9 - BUCCI A., MIGNONE M.D.: Diagnosi e prevenzione dello stress nel paziente odontoiatrico. Dental Cadmos 9:77-82, 1986
10 - CANESTRARI M., CANESTRARI R. e ColI.: *La formazione psicologica dell'odontoiatra.* Parte I. Dental Cadmos 14:13-30, 1988
11 - CANESTRARI M., CANESTRARI R. e ColI.: *La formazione psicologica dell'odontoiatra.* Parte II. Dental Cadmos 13: 17-40, 1988
12 - CORAH N.L., GALE E.N. e ColI.: *Psychological stress reduction during dental procedures.* Journal of Dental Research 58:1347-1355, 1979
13 - CORAH N.L., O'SHEAR R.M. e ColI.: *Il rapporto dentistapaziente: le percezioni da parte dei pazienti del comportamento del dentista possono influenzare il loro grado di soddisfazione e di ansia.* JadalRis. VoI.2, 1:46-52, 1986
14 - FREZZATO A., ANGELI A.M. e ColI.: *L'approccio psicologico al paziente odontoiatrico: identificazione e cause degli stati ansiosi.* Nota I Dental Cadmos 16:79-81, 1985
15 - GIANGREGORIO N: *Medicina psicosomatica in odontoiatria.* Rivista Italiana di Stomatologia 3: 271-276, 1982
16 - GIANGREGORIO N.: *Marta C., ovvero i vantaggi secondari della nevrosi in odontoiatria.* Rivista Italiana di Stomatologia 3: 229-233, 1983
17 - GIANNI' E., MELICA V.M.: *Perché il colloquio alla poltrona non risulti iatrogeno.* Dental Cadrnos 13: 13-71, 1986
18 - LINN E.L.: *The dentist-patient relationship, in social sciences and dentistry: a criticaI bibliography.* The Hange, A. Sijyhoff, 295-308, 1971
19 -: NIANANI G., BELTRAME A. e ColI.: *Correlazione fra ansia e dolore nel paziente odontoiatrico ambulatoriale.* Giornata di Anestesia Stornatologia 1:7-12, 1988
20 - MELAMED B.G.: *Behavioral approaches to fear in dental setting.* Progress in Behavior Modification, Acadernic Press, voI 7, New York, 1979
22 - NOBILE. R.: *Tecniche di sedazione psicologica nel paziente odontoiatrico.* Il Dentista Moderno 4: 183-185, 1986
23 - PALATTELLA G., GENTILI S. e Coll.: Odontostornatologia e Psicodinarnica: il significato simbolico del cavo orale nel odontopazienti. Nota L Dental Cadrnos 1: 71-75, 1986
24 - PALATTELLA G., GENTILI S. e ColI.: *Percezione di sé nell' edentulo.* Dental Cadmos 12:95-96, 1986
25 - RYAN E.I: *Psycobiologicfound in dentistry.* Ed. C. Thornas, Springfield, 1946

26 - TASAROTTI B.: *L'edentulismo totale: aspetti psicologici e clinici.* Odontoiatria oggi 2:95-106, 1986
27 - TASAROTTI B:, CASSITTO M.G.: *Cavo orale e comportamento. Relazione tra psiche e soma.* Dental Cadmos 18: 13-34, 1989
28 - SHEEHAN E.: *Ansia, fobie e attacchi di panico.* Oscar Saggi Mandatari, 1997
29 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Third Ed. Revised. D.C. APA, Washington, 1987
30 - VITTORINO ANDREOLI, G.BATTISTA CASSANO, R. ROSSI (a cura di), DSM-IV. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali,* Masson, Milano, 1995
31 - D. HALES, R. E. HALES: *La salute della mente.* Longanesi, Milano, 1998
32 - E. ELKIN et al.: *"Nationallnstitute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: GeneraI effectiveness of treatment"* in Archives of GeneraI Psychiatry, 46, 1989
33 - LAUTCH H.: *Dental Phobia* Brit. J. Psychiat. 19: 151-158, 1971
34 - HÀLLSTROM T., HALLING A.: *Prevalence of dentistry phobia and its relation to missing teeth, alveolar bone loss and dental care habits in an urban community sample.* Acta Psychiatr. Scand. 70: 438-446, 1984
35 - CURSON L, COPLANS M.P.: *The need for sedation in conservative dentistry.* British Dental Journal 128: 19-22, 1970
36 - CORAH N.l: *Assessment of a dental anxiety scale.* Jada VoI. 97:816-819, 1978
37 - CORAH N.l: *The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures.* Jada VoI 98:390-394, 1979
38 - GALE E.N.: *Effects of dentists' behavior on patients' attitudes.* Jada VoI 109: 444-446, 1984
39 - SHOBEN E.J., BORLAND L.: *An empirical study of the etiology of dentaljears. Journal of Clinical Psychology* lO: 171-174, 1954
40 - SCOTT D.S., HIRSCHMAN R.: *Psychological aspects of dental anxiety in adults.* Jada VoI 104: 27-31, 1982
41 - ALBINO *l.E.: Psychosocialjactors in orthodontic treatment.* NYS Dental Jouma1486-489, 1984
42 - REIS H.T.: *Physical Attractiveness in Social Interaction.* Joumal of Personality and Social Psychology 38: 604-617, 1979
43 - KIYAL H.A.: *The psychological impact of orthognatic surgery: a 9-months jollow-up.*
American Joumal ofOrthodontics 75: 507-516, 1979
44 - RANKIN J.A:, HARRIS M.B.: Dental anxiety: the patient's point of view. Jada VoI 109: 43-47, 1984
45 - BERNSTEIN D.A.: *Antecedents of dental jear* J.PubIic Health Dent. 34: 113-124, 1979
46 - FOREMAN P .A.: *Behavioral considerations in patient management.* Anesth. Prog. 26: 161-165, 1979
47 - KLEINKNECHT R.A.: *Origins and characteristics of jear of dentistry.* Jada 86: 842-848, 1973
48 - WARDLE J.: *Fear of dentistry* British J oumal of MedicaI Psychology 55: 119-126, 1982
49 - THOMAS R.: *Attitudes towards dental treatment and dental surgeons.* Probe 16:4-7, 1965
50 - O'SHEA R.M.: *Sources offdentists' stress.* Jada 109:48-51, 1984
51 - GODWIN W.C.: Identification of sorces of stress in practice by recent dental graduates. 1. Dent. Ed. 45: 220-21, 1984
52 - DI STEFANO G.: *Lo sviluppo cognitivo.* Ed. Giunti-Barbera, 1976
53 - ERIKSON E.H.: *Infanzia e società.* Ed. Armando Armando, Roma, 1970
54 - ERIKSON E.H.: I cicli della vita. Ed. Armando Armando, Roma, 1984
55 - GIUS E., CAVANNA D.: *Socializzazione percezione interazione.* Ed. Patron, 1977

56 - W ATSON, J.B., RA YNER R.: *"Conditioned emotional reactions"* J.Esperim. Psycol. 3: 1-14, 1920
57 - MARTIN M.D., NUSBACHER C.J.: *The agoraphobic dental patient: report of case.* Jada Voll 09: 53-56, 1984
58 - DE BERNARDI GIOVANNI: *Appunti di chirurgia, C.I.o.p.d 1983*
59 - E. BORNIA: *Le figure dell'ansia.* Ed. Feltrinelli, Milano 1998
60 - F. GRANONE: *Trattato di ipnosi.* Utet, Torino 1989 Voll: I-II
61 - R.Langs, La comunicazione inconscia nella vita quotidiana. Astrolabio 1988
62 - G. EBERLEIN: *Sani col training autogeno.* Ed. Feltrinelli, Milano, 1983
63 - G. EBERLEIN: *Training autogeno per progrediti.* Ed. Feltrinelli, Milano, 1978
64 - F.BENEDETTI, Il cervello del paziente, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2012
65 - S.FERRACUTI, A.L. GONELLA et al., Rorschach measures durino depth hypnosis and suggestion of a previous life. December 2002, Vol.95
66 - P.M.A PA VESI: *L'ipnosi in odontoiatria.* Ed. Cortina, Pavia, 1958
67 - F. MUSAIO, M. CALZAVARA, A. GONELLA, B.DEMICHELIS: *L'ipnosi: valido supporto in odontostomatologia.* Gazz. Med. Ital. Vol 152 N° 1O 399-401 Arch. Sci. Med., 1993
68 - A. GONELLA: *Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia.* Atti del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica: "Significato e senso della malattia" Siena 3-6 Nov. 1999
69 - A.GONELLA:, A.M. GONELLA: *Indicazioni all'utilizzo delle tecniche ipnotiche in odontostomatologia.* Rivista Ospedale Fatebenefratelli VoI. IV Fase. I, Roma, 1990
70 - H.W. MARCUS: *The role of hypnosis and suggestion in dentistry.* Jada 59: 1149, 1959
71 - A. GONELLA: *L'ipnosi in odontostomatologia.* Considerazioni su 152 casi. Metodica e suoi risultati. Rassegna Ipnosi Sofrologia, Stati di Rilassamento Ed. Minerva Medica 73: 3195, 1982
72 - A. GONELLA: *L'ipnosi in odontostomatologia.* Rassegna di Ipnosi e Psicoterapia Il: 5 9 1984
73- G. MANANI: *Anestesia odontoiatrica ed emergenze*. Idelson-gnocchi, 2011/ED.
74 - E. FACCO: Meditazione e ipnosi .Tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio. Ed. Altravista

INDICE

1. PREMESSA

2. LA NATURA DELLA PAURA DA DENTISTA

3. LA NATURA DELL'ANSIA

4. IL DISTURBO DA ANSIA
- Disturbo di ansia generalizzata (GAD)
- Disturbo da attacco di panico (DAP)
- Disturbo da panico ed agorafobia
- Fobia sociale
- Fobie specifiche
- Ansia causata da condizioni mediche o da sostanze chimiche

5. CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ANSIA DEL PAZIENTE ODONTOIATRICO
- ''La paura del dentista'': aspetti specifici
- Concetti del sé corporeo e reazioni fobiche

6. ''LA PAURA DEL DENTISTA'': POSSIBILITA' TERAPEUTICHE
- Psicoterapia dell'ansia
- Terapia cognitivo-comportamentale
- Psicoterapia Psicodinamica

7. METODICHE DI RILASSAMENTO
- Training autogeno

8. IPNOSI: DEFINIZIONE E CONCETTI GENERALI
- Principali tecniche di induzione
- Tecniche verbali
- Tecniche non verbali

9. ANSIA ED IPNOSI
- Esperienze cliniche
- Materiali e metodi
- Risultati

10. CONCLUSIONI

11. BIBLIOGRAFIA

Ringraziamenti

Desidero ringraziare il Dott. Angelo Gonella per l'aiuto, la disponibiltà e la pazienza che mi ha offerto. Un grazie di cuore a Irene per avermi aiutato nella stesura e nell'impaginazione.