

ISTITUTO FRANCO GRANONE
C.I.I.C.S.
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE
Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA
anno 2015

**L'IPNOSI:
SPECIALE OPPORTUNITÀ NELLA PRATICA ODONTOIATRICA
PER IL BENESSERE DEI PAZIENTI E PRESTAZIONI DI QUALITÀ**

1. INTRODUZIONE
2. ANSIA FOBIE E DOLORE
3. ODONTOFOBIE
4. CONTROLLO DELL'ANSIA E DEL DOLORE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO: ESIGENZA PER PAZIENTI E PROFESSIONISTI
5. PRINCIPALI TECNICHE DI SEDAZIONE nello studio odontoiatrico
 - 5.1 la sedazione con ossigeno e protossido d'azoto
 - 5.2 la sedazione cosciente farmacologica per os
6. L' IPNOSI nelle branche odontoiatriche
 - 6.1 L'ipnosi nell'igiene dentale
 - 6.2 L'ipnosi protesi e presa dell'impronta
 - 6.3 L'ipnosi nella chirurgia orale e implantologia
 - 6.4 L'ipnosi nella chirurgia orale
 - 6.5 L'ipnosi in pedodonzia
7. CONCLUSIONI

relatore :
Prof. Angelo Gonella

Candidato
dott. Enzo Venini

1. INTRODUZIONE

Il controllo e la prevenzione di paura, ansia, dolore dei propri pazienti, in uno studio odontoiatrico viene in genere attuato con tecniche di sedazione cosciente, ossia coscienza integra e reattività ridotta del paziente. Spesso sono utilizzate due tecniche: il protossido d'azoto/ossigeno e le benzodiazepine somministrate per os.

Non vogliamo affrontare il discorso legato alla sedazione profonda che porta a coscienza depressa o perdita di coscienza, reattività compromessa o annullata, che può essere indotta con l'anestesia generale o con le stesse benzodiazepine utilizzate ev.

Entrambi richiedono una importante selezione del paziente, specifici esami clinici, la presenza di un anestesista, di un allestimento dello studio straordinario, se non di ambiente ospedaliero, e che non sopperiscono alle esigenze della quotidianità nello studio odontoiatrico.

Si è voluto valutare e paragonare le principali tecniche utilizzate anche nel nostro studio con le possibilità offerte dall'ipnosi per tranquillizzare, sedare e ottenere analgesia.

2 ANSIA FOBIE DOLORE

La paura:

è un'emozione primaria di difesa provocata da una situazione di pericolo che può essere reale, una minaccia o un dolore, anticipata dalla previsione, evocata dal ricordo o prodotta dalla fantasia.

La paura o lo stress aumentano la tensione muscolare e stimolano il sistema nervoso simpatico che a sua volta provoca iperventilazione, tachicardia etc.

I fattori scatenanti possono essere sensazioni uditive, olfattive, gustative associate al pericolo vissuto precedentemente.

La paura è spesso accompagnata da una reazione organica di cui è responsabile il s.n.a. che prepara l'organismo alla situazione di emergenza (in genere lotta o fuga).

Il risultato fa sì che la paura si cronicizzi e peggiori se non ci sono stimoli di esperienza positivi che possano diminuire la paura.

Evitare la situazione che innesca la paura è la soluzione più semplice.

L' ansia

corrisponde ad un processo di adattamento di fronte alla minaccia di un pericolo realistico. È una funzione dell'lo che se ne serve come un segnale, dopo averla prodotta, per evitare di venire sommerso dall'afflusso somatico delle eccitazioni.

Il paziente odontoiatrico evita le situazioni che possono scatenare l'ansia, ovvero, anche la sola visita odontoiatrica.

L'angoscia

sarebbe un accentuazione dell'ansia in termini qualitativi per cui l'angoscia si appropria di un processo psichico diverso da quello dell'ansia.

L'angoscia corrisponde alla situazione di trauma, cioè ad un afflusso di eccitazioni non controllabili perchè troppo grandi nell' unità di tempo.

La fobia:

la fobia è una paura intensa, persistente e irrazionale verso un oggetto specifico o una situazione che secondo il buonsenso non dovrebbero provocare timore, con conseguente forzato bisogno di evitare lo stimolo

La fobia si distingue dalla paura perchè non scompare di fronte ad una verifica della realtà.

Il fobico è perfettamente consapevole dell'irrazionalità dei suoi timori che tuttavia non riesce a risolvere.

La risposta verso la situazione scatenante è sproporzionata rispetto al pericolo.

Una fobia non può risolversi con spiegazioni o con il ragionamento.

I pazienti odontofobici rappresentano il 5% dei pazienti odontoiatrici.

In realtà non esiste un limite netto fra ansia e fobia e per quanto riguarda l'odontofobico è abbastanza facile identificarlo: basta osservarne il comportamento.

L'odontofobico evita il dentista per anni e si presenta solo in situazione di grave urgenza o se è costretto, per esempio dal coniuge.

Ha la consapevolezza che la sua paura è eccessiva ed irragionevole.

Anche qualora inizi le cure tende a mancare agli appuntamenti, ad interrompere il

trattamento.

Ostacola il nostro lavoro con reazioni emotive, neurovegetative o comportamentali molto evidenti; ha un comportamento di conflitto emotivo costante anche nelle visite successive alla prima.^{1, 2}

Milgrom (e Coll. 1986) ritiene che i pazienti possano essere suddivisi, da un punto di vista pratico, in quattro categorie:

1. pazienti con terrore verso strumenti specifici (ago, trapano);
2. pazienti sfiduciati nei confronti del dentista;
3. pazienti con ansia di base e odontofobia;
4. pazienti catastrofici (es. Timore di soffocare, di sincopi, ecc.).

Ognuna di queste fobie richiede trattamento specifico e individuazione del tipo di fobia.

Per esempio non potrà essere trattato un paziente con la sedazione con Protossido se non sopporta di mettere la mascherina sul naso.²

Il Dolore

L'esperienza del dolore rappresenta un unicum per ogni paziente ed è anche difficilmente misurabile in modo oggettivo nella pratica clinica.

Il dolore secondo l' Association for the Study of Pain – IASP- dal 1986 e secondo l' O.M.S. è **"un esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale in atto o potenziale o descritta in termine di danno"**.

Esso deve essere visto come la composizione di un fenomeno sensoriale

endogeno/ esogeno ossia di una parte percettiva (la nocicezione) che costituisce la **modalità sensoriale** pura la quale permette la ricezione e il trasporto al SNC di stimoli potenzialmente nocivi per l' organismo, nonché di una **parte esperienziale** ossia del tutto personale che è la vera e propria esperienza del dolore collegato alla **percezione ed elaborazione di una sensazione spiacevole** .3

3. ODONTOFOBIE

L'origine dell'odontofobia è spesso correlata a trattamenti odontoiatrici traumatici infantili o a timori, per lo più ingiustificati, sostenuta spesso inconsapevolmente da genitori o parenti.

In realtà l'intervento odontoiatrico può sviluppare reazioni apparentemente irrazionali e irragionevoli di paure e di ansia.

Freud ha individuato la bocca come fondamentale nello sviluppo emotivo del bambino oltre che sede di bisogni primordiali quali l'assunzione del cibo.

Weiss e English considerano i denti come un'entità correlata all'identità del paziente e lo studio delle dinamiche intercorrenti tra cavo orale e processi emotivi assume dunque una nuova dimensione.

È fondamentale il rapporto empatico e di rispetto tra medico e paziente .

Il paziente che ha paura delle cure odontoiatriche sa che non recarsi dal dentista gli comporterà un danno anche permanente ma spesso evita il dentista sino al momento in cui si presenta un' urgenza o vi è costretto da situazioni esterne (un

incidente o l'insistenza di un familiare o di una persona con forte ascendente).

Alcuni pazienti riescono comunque a recarsi dal dentista pur avendo paura, magari riuscendo ad effettuare una sola delle cure prospettate, altri invece, combattuti tra andare e fuggire dal pericolo dentista, associano un comportamento di difesa aggressiva che si manifesta con pressione arteriosa alta, respiro veloce ecc.

La tipologia di pazienti e la loro risposta emotiva è molto diversa .

Il risultato è inevitabilmente una situazione assai deteriorata dei denti e del cavo orale tale da compromettere le normali relazioni interpersonali che portano ad un abbassamento della qualità della vita.

Il paziente odontofobico abusa di farmaci, aumenta il consumo di sostanze alcoliche, è più esposto alle malattie, manifesta fenomeni psicomatici (problemi intestinali, emicrania, insonnia).

I problemi relazionali sono aumentati dall'impossibilità di sorridere, parlare, ridere e portano ad un isolamento sociale.

4. CONTROLLO DELL'ANSIA E DEL DOLORE NELLA TERAPIA

ODONTOIATRICA

Osservando gli strumenti utilizzati nel 1600 ci si rende conto facilmente che la ricca strumentazione odontoiatrica, progenitrice di quella oggi utilizzata, costituiva qualche cosa di assolutamente impressionante e terrificante.

Ancora oggi gli studi sui bambini hanno evidenziato come brutte fantasie siano legate al rapporto con lo studio odontoiatrico, in particolare con il "**riunito**": complesso di **poltrona** (rigida e scomoda)-**faretra** (armata di pericolosi e sibilanti strumenti)-**sputacchiera** (improvvisamente invasa dall'acqua, dotata di bicchiere che offre acqua non bevibile) -**lampada** (accecante ed inquietante).

Il *riunito* immaginato dunque come un drago metallico e temibile .

Un luogo accecante dove aprire la bocca, nonostante la paura del dolore, a comando di un personaggio occhialuto e colorato, se va bene, di verde o blu.

Un momento di smarrimento che può seguire il piccolo uomo o la piccola donna anche per tutta la vita, almeno fino a quando qualcuno non dimostrerà loro, oltre che l'utilità, che l'intervento può essere persino *piacevole*.

Nonostante non si voglia sentire dolore c'è spesso un'esperienza di "costrizione" (apri la bocca!, aprila bene! Non sentirai male!).

Nonostante le assicurazioni, le sensazioni magnificate da ansia e paura incidono nel profondo della psicologia delle persone . Un'esperienza negativa può condizionare a lungo il vissuto, le fantasie, sia a livello conscio che inconscio. 4

Le associazioni tra paura del dentista e scarsa igiene, orale sia nei bambini che negli adulti, sono legate significativamente alle esperienze precoci nello sviluppo dell'ansia da dentista.

Numerose sono le tecniche per ridurre l'ansia del soggetto in età pediatrica: dalla **comunicazione non verbale**, al **controllo della voce**, al **rinforzo positivo**, alla distrazione, al "**live modelling**", al "**tell show do**" (TSD), oppure, utilizzare **nomenclature di fantasia per gli strumenti**, sino alla valutazione dell'opportunità di **presenza/assenza del genitore**, ecc). 4,5,6,7

Il paziente divenuto adulto non rimuove lo stato ansioso connesso alle percezioni negative infantili e trascura la bocca quasi a voler esorcizzare i suoi problemi con il dentista.

Questo comportamento paradossale finisce per rafforzare il suo atteggiamento fobico. 8

Il comportamento legato alla paura è senza dubbio uno degli aspetti più difficili da trattare nella gestione del paziente e porta ad una difficoltà di relazione riverberando aspetti negativi sia sul paziente che sull'odontoiatra, sulla serenità e qualità del lavoro.

Le storie truci che ogni dentista ha raccolto dai suoi pazienti rappresentano e giustificano in qualche modo la *paura del dentista*, l'ansia che precede la seduta e che può rafforzarsi durante la stessa, alla prima occasione "potrebbe costituire la premessa per sentire un dolore che non c'è".

Anche dopo la seduta l'ansia per i postumi del trattamento, sconosciuti o mal accettati, può amplificare e peggiorare sempre più il rapporto con il dentista.

Del resto anche un'esperienza che può essere per il paziente solo fastidiosa, come l'igiene orale, impegna molto, anche in termini di stress, il medico e l'igienista .

Negli ultimi decenni sono stati introdotti notevoli **miglioramenti tecnologici e metodologici** che hanno consentito il controllo del dolore attraverso attrezzature sempre più sofisticate. L'evoluzione delle micro turbine ad elevatissima velocità e precisione, aghi per anestesia locale sempre più bisellati e performanti sono solo due esempi.

L'utilizzo del L.A.S.E.R. che consente di operare - persino senza anestesia- sui tessuti molli e duri della bocca ha contribuito a ridurre il dolore, anche se **i presidi di sicurezza** (occhiali, mascheratura delle parti metalliche dello studio, necessità di togliere gioielli, la presenza di luci ed allarmi vari) non creano un clima di serenità.

I nuovi anestetici dall'efficacia rapida e duratura iniettati con siringhe "camuffate" , che sottraggono la vista dell'ago, per non parlare degli anestetici per contatto, determinano performance di alta qualità ma il problema dell'ansia rimane .

E' vero che un'esperienza positiva riduce l'ansia ma rimane comunque difficile eliminarla completamente . Il paziente timoroso, pauroso che ha una serie di problematiche con l'approccio odontoiatrico rappresenta, nella pratica clinica, un problema abbastanza frequente. Non a caso **l'esigenza di conoscere diverse tecniche di controllo dell'ansia e del dolore** sono vivissime tra i professionisti del settore che, oltre per la naturale benevolenza verso i pazienti, sono alla ricerca di

qualcosa che consenta loro di lavorare con tranquillità e con precisione.

Si tratta di **ottimizzare il tempo necessario per una prestazione di qualità lavorando su un paziente sereno. Oggi la professionalità e la "qualità" percepita di un professionista dipende molto dalla sua capacità di mettere a proprio agio i pazienti, di comprendere i meccanismi per ridurre l'ansia, di "non far sentire male".**⁸

5. PRINCIPALI TECNICHE DI SEDAZIONE nello studio odontoiatrico

Tutte le branche della medicina ed in particolare quelle medico chirurgiche hanno sempre usufruito dei contributi provenienti da altre specialità e l'odontoiatria non si è mai sottratta a questa consuetudine cogliendo ogni opportunità. Proprio grazie ai rapporti interdisciplinari si è potuto ottenere il progresso tecnologico e scientifico che ha caratterizzato l'odontoiatria in questi anni anche nel campo del controllo del dolore, dell'ansia e della paura.

I contatti tra odontoiatria e anestesia sono sempre stati molto interessanti .

E' proprio in un ambulatorio odontoiatrico (William T.G.Morton, dentista in Boston che lavorava al Massachusetts General Hospital), che nel 1844 venne utilizzata per la prima volta l'anestesia generale con l'etere .

Da allora l'anestesia si diffuse e si sviluppò come disciplina a sé stante a partire dal 1846 .

Le necessità cliniche hanno spinto verso sempre più sofisticati e rapidi strumenti per il controllo di ansia, paura e dolore.¹⁰

Lo studio odontoiatrico può disporre agevolmente di uno strumento utilissimo per affrontare e soprattutto prevenire situazioni legate al dolore come alla paura, all'ansia, all'angoscia del paziente ovvero la **sedazione cosciente**

Nella sedazione cosciente, il paziente è in sempre in contatto verbale con l'operatore e con l'ambiente circostante.

I riflessi protettivi della tosse e della deglutizione non risultano alterati e non è compromessa l'attività respiratoria.

Associata alla sedazione è la non perfetta percezione dello scorrere del tempo.

E' possibile ottenere diversi gradi di analgesia a seconda della tecnica utilizzata.

Prendiamo in considerazione le tecniche che nella quotidianità di un normale studio odontoiatrico vengono utilizzate senza l'ausilio di personale medico qualificato esterno (anestesista) ovvero:

- la sedazione con ossigeno e protossido d'azoto
- la sedazione cosciente farmacologica per os
- l'ipnosi

Altre tecniche quali la **sedazione farmacologica e.v.** e l'anestesia generale sono più complesse e richiedono, la prima l'intervento di un anestesista mentre **l'anestesia generale** necessita di ambiente ospedaliero. Specie quest'ultima dovrebbe essere relegata a casi veramente speciali a causa dei rischi e delle implicazioni sulla salute del paziente.

5,1 La sedazione con protossido d'azoto e ossigeno

E' nata come una tecnica ambulatoriale ed è ormai considerata come un importante fonte di sedazione cosciente in molti paesi del mondo.

Il protossido di azoto (N₂O) consente un efficace controllo non solo del dolore ma anche dell'ansia e della paura odontoiatrica.

L' università di Modena ha introdotto fin dal 1986, prima in Italia, la sedazione cosciente nel programma di insegnamento del corso di laurea di specializzazione in odontoiatria.

Il livello di sedazione/anestesia è direttamente proporzionale alla concentrazione di N₂O nella miscela con l'ossigeno, miscela che può essere variata a seconda delle necessità di rapidità e di profondità della sedazione.

E' rapidamente eliminabile dagli alveoli e non presenta particolare problema di metaboliti attivi che invece si riscontrano con i benzodiazepinici.

Confrontando diversi anestetici inalatori il protossido d'azoto (N₂O) risulta vincente per la minor quota di metaboliti residui (sevoflurano 3%; isoflurano 0,2%; N₂O 0,004%).

E' in genere necessario individuare il **base line** in una prima seduta che tuttavia può venire modificato nelle sedute successive perchè non è detto che il paziente avverta in modo netto i sintomi tipici della sedazione (formicolio alle mani, ai piedi o alle labbra, sensazione di caldo, leggera ebbrezza, percezione ovattata dei suoni e delle voci, senso di galleggiamento, leggerezza della testa, diminuita sensibilità del cavo orale, secchezza delle fauci).

L'eccesso di sedazione può portare ad effetti sgradevoli quale la nausea.

Va ricercata di volta in volta la quota specifica di sedazione.

Il mantenimento della sedazione viene monitorato da automatismi dell'attrezzatura e l'ossigenazione del sangue viene controllata con un saturimetro.

Il protossido raggiunge molto rapidamente i livelli necessari alla sedazione e anestesia e subito dopo l'interruzione della sedazione si verifica una brusca caduta.

E' una tecnica nota che può presentare due inconvenienti:

un calo momentaneo del livello fisiologico di ossigenazione, che si potrebbe verificare se il paziente passasse bruscamente dall'inalazione di N₂O alla normale respirazione dell'aria ambiente, senza erogare per alcuni minuti il 100% di ossigeno a fine seduta.

Il secondo è l'inquinamento ambientale provocato dalla possibile non completa evacuazione del circuito mascherina nasale/tubi respiratori.

Effetti indesiderati possono essere, immediatamente dopo la sedazione: nausea, vomito, cefalea, disforia e complicazioni più gravi quali ipossia e stato di incoscienza.

Va segnalato però che sono molto rari e tendono a verificarsi in rapporto all'inosservanza di regole di somministrazione ed in particolare durante la prima seduta.

Per quanto riguarda la nausea ed il vomito possono manifestarsi a seguito di un incremento dell' N₂O per un mancato corretto feedback da parte del paziente.

Lo stato di incoscienza può essere legato ai farmaci assunti dal paziente

(benzodiazepine, barbiturici, antidepressivi, stupefacenti ed alcool) in concomitanza con la sedazione .

Non è la pericolosità del protossido in sè ma un approccio negligente da parte del medico a costituire comunque un momento di rischio.

Il paziente deve essere precauzionalmente trattenuto in studio per 20 minuti ed è sconsigliata la guida di veicoli dopo la sedazione.

Il paziente ha una rapidità degli effetti sedativi rispetto alle benzodiazepine che hanno emivita assai lunga anche oltre le 48 ore variabilmente legate alle condizioni del paziente quali età, obesità, epatopatie, ecc..^{10,11,12}

L'ostruzione nasale rappresenta un problema serio ed impedisce l'utilizzo di N₂O .

La casistica internazionale ha evidenziato risultati da buoni a ottimi nel 75% dei casi.

È comunque un errore considerare questa tecnica una bacchetta magica che possa risolvere istantaneamente ogni tipo di ansia.¹⁰

Inizialmente anche l'odontoiatra dovrà acquisire esperienza nell'utilizzo della tecnica (peraltro costosa) per evitare insuccessi che si presentano, in particolare qualora vi sia un errore come l'aumento rapido della percentuale di N₂O durante la prima seduta, nella ricerca del base-line, il tentativo di ridurre i tempi fisiologici sotto i 10 minuti o non preannunciare al paziente sintomi che potrebbero essere percepiti come fonte di stress anzichè di effetto positivo della sedazione (es. senso di ondeggiamento).

Ultima considerazione è quella che **l'effetto farmacologico e sedativo del protossido d'azoto, secondo Damia G. e Paglia L., "può pregiudicare l'efficacia della sedazione se non potenziato sul piano psicologico mediante**

la suggestione ed il condizionamento" ¹⁰.

L'impiego dell' N₂O in sedazione si rivela di grande efficacia solo se supportato al 50% dall' impiego della tecnica psicologica (Langa, 1976).

Un discorso particolare è quello relativo ai pazienti odontofobici che rappresentano il 5% dei pazienti odontoiatrici ¹ che richiedono un trattamento specifico diverso l'uno dall'altro (Millgrom e coll., 1986).

5,2 La sedazione cosciente farmacologica per os

L'esigenza di individuare sostanze alternative ai barbiturici, che fossero più maneggevoli e meno tossiche nella cura dei disturbi da ansia, portarono ad identificare e a sperimentare una sostanza: il **clordiazepossido** che si completò con la commercializzazione, negli anni sessanta (1963) del **diazepam**.

Attualmente, le benzodiazepine sono tra i farmaci più utilizzati.

L'impiego principale è come ansiolitico ma i farmaci benzodiazepinici sono impiegati in molte nevrosi (ansia generalizzata, sindromi con attacchi di panico e fobici). Se somministrati in associazione con gli analgesici oppioidi consentono di ottenere l'anestesia generale.

In campo odontoiatrico il suo primo utilizzo fu sui bambini .

Studi autorevoli recenti sono quelli sul lorazepam, sul prazepam per os, sul triazolam per via sublinguale e sul midazolam che hanno permesso di confrontare le diverse molecole.

Ne i neurolettici ne i barbiturici possono costituire una valida alternativa alle

benzodiazepine per ottenere la sedazione cosciente.

I neurolettici possono dare agitazione psicomotoria e sedazione eccessivamente prolungata , i barbiturici effetti ipnotici difficilmente controllabili in ambiente ambulatoriale tale che, per entrambi, l'utilizzo deve essere legato alla presenza di un anestesista.^{13,14}

Le benzodiazepine **per os** sono le più utilizzate, stante la praticità di somministrazione e la loro sicurezza.

Il loro assorbimento è condizionato da fattori individuali che vanno dalla capacità di assorbimento del tratto gastroenterico (ad esempio la ripienezza dello stomaco).
alla situazione d'ansia individuale, modulandone gli effetti.

La via **endovenosa** richiede la presenza di un anestesista ed è più pericolosa, possono anche esitare tromboflebiti .

La via intramuscolare è dolorosa, caratterizzata da assorbimento lento e meno efficace a parità di dose.

BENZODIAZEPINE IN ODONTOIATRIA

DIAZEPAM	Emivita: circa 3 ore seguita da una prolungata fase di eliminazione terminale (emivita 20-50 ore) Picco plasmatico 30-90 minuti
LORAZEPAM	Emivita 12 ore picco plasmatico: 2 ore
PRAZEPAM	Indice ansiolitico alto picco plasmatico: 4 ore
MIDAZOLAM	Emivita: 2 ore picco plasmatico: 30 minuti

6. IPNOSI

La definizione di ipnotismo data dal prof. Franco Granone fondatore del CIICS (*Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale*) e padre dell'ipnosi in Italia è la seguente: **"S'intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi tra questi e l'ipnotizzatore"** ⁽¹⁵⁾.

L'ipnosi si verifica solo se c'è un **monoideismo plastico** come definito dal prof. Granone, ovvero un'idea suggerita e accettata che si riverbera sul piano psicosomatico. E' anche una particolare condizione naturale della mente che si può sperimentare spontaneamente.

L'ipnosi medica ha l'obbiettivo di **aumentare la capacità di autocontrollo emotivo** e di amplificare le possibilità di controllo del paziente sul suo corpo **producendo effetti fisici reali e vantaggiosi quali il rilassamento muscolare, il respiro tranquillo e la capacità di ridurre o eliminare il dolore.**

E' uno **stato di coscienza modificato** in grado di produrre fenomeni e condizione fisica modificata.

E' uno stato psicofisico **dinamico** caratterizzato dalla **prevalenza di funzioni immaginativo-emotive rispetto a quelle della critica e della logica,** caratterizzato dalla presenza di una parziale dissociazione psichica e da fenomeni ideoplastici in particolare a livelli più profondi.

I limiti dell'ipnosi in odontoiatria sono legati alla:

- collaborazione del paziente
- recettività d'organo o suscettibilità d'apparato
- L'analgesia completa si ottiene in una percentuale attorno al 12-15% dei casi.

I vantaggi dell'ipnosi in odontoiatria sono legati a:

- rapidità dell' esecuzione
- assenza di effetti collaterali
- assenza di precauzioni post trattamento

E' controindicata nei pazienti **psicotici o borderline** in quanto può slatentizzare una psicosi nota o misconosciuta.

La **collaborazione del paziente** è fondamentale e senza di essa non si deve praticare l'intervento ipnotico medico che è considerato un **atto professionale legato ad una positiva relazione di fiducia paziente-medico.** ¹⁵

Viene normalmente illustrata al paziente, (anche ai fini del consenso informato) che cos'è l'ipnosi e qual'è l'obiettivo che si persegue e la necessità di coinvolgimento del paziente. Viene sottoscritta anche la dichiarazione di non concomitanza con terapia psichiatrica per psicosi.

Tra le diverse possibilità di ottenere una sedazione cosciente l'ipnosi può rappresentare inizialmente per lo studio odontoiatrico la forma di controllo dell'ansia dei pazienti ma ben presto diventa molto utile anche per il controllo o l'eliminazione

totale del dolore.

Dando per scontata la preparazione e la necessaria competenza ed esperienza dell'operatore sanitario (ed ipnotista), è bene ricordare che "l'abilità ipnotica" del paziente rappresenta una condizione importante per ottenere il risultato atteso.

La maggior parte degli esperti di ipnosi ritiene che, considerando un vasto campione di popolazione di entrambi i sessi e di varia età, si possa considerare realistica la seguente schematizzazione:

Il 60% circa dei soggetti sarebbe mediamente abile,

il 20% circa dei soggetti sarebbe refrattario, mentre il restante

20% sarebbe particolarmente idoneo a realizzare il fenomeno ipnotico senza richiedere all'ipnotista un eccessivo dispendio di tempo e di "alchimie e raffinatezze psicologico-ipnotiche".

Tra questo 20% troviamo anche i soggetti sonnambulici che costituiscono il 10% della popolazione e che sono in grado di "produrre" gran parte dei fenomeni che l'ipnosi può offrire e che è sempre, per definizione, caratterizzata da amnesia dell'esperienza ipnotica dopo il processo di deipnotizzazione.

I soggetti sonnambulici realizzano sempre uno dei fenomeni più affascinanti ed inconfutabili della realtà ipnotica: l'analgesia.

E' ora opportuno precisare che quando un ipnotista si appresta a praticare l'ipnosi in un soggetto, non è in grado, a priori, di conoscere quali aspetti della semeiologia ipnotica quella persona sarà in grado di offrire.

Infatti, in ognuno di noi, esiste una particolare suggestionabilità costituzionale di apparato e questa, come sottolinea Granone, è indipendente dalla maggiore o minore avulsione dal tempo e dallo spazio circostante ottenuto dal soggetto e dall'intensità dei monoideismi plastici etero ed autoindotti in lui.

L'ipnosi è particolarmente utile in odontostomatologia anche perché ci consente spesso di ottenere , oltre all'effetto miorellassante e sedativo, **l'eliminazione della nausea, la riduzione della salivazione**, ed una **significativa analgesia** dei tessuti molli.

L'**anestesia plessica o locale** può essere effettuata **senza alcun trauma** per il paziente agofobico. E ciò rappresenta il superamento uno scoglio che genera stress al paziente ed al medico.

Anche i pazienti che presentano forti livelli di stress per ogni cura odontoiatrica possono trarre vantaggi non solo durante la cura ma anche nelle sedute successive e trasformare una situazione originariamente negativa in positiva e ben accettata. L'ipnosi consente inoltre di avere una **convalescenza migliore** in termini di stress e di algia post intervento

6.1 L'ipnosi nelle sedute d'igiene

La seduta d'igiene rappresenta il primo approccio del paziente con lo studio e spesso viene considerata più fastidiosa di altre terapie. In genere non viene utilizzata l'anestesia, se non in casi di detartrasi profonda e l'anestesia stessa rappresenta comunque un momento di stress evidente per la stragrande maggioranza dei pazienti. Anche quelli più timorosi talvolta preferiscono sopportare il dolore piuttosto che effettuare l'anestesia.

L'ipnosi consente di ottenere il livello di **analgesia** superficiale necessario per effettuare il lavoro anche in condizioni di particolari problematiche parodontali in cui risulterebbe impossibile un approccio senza anestetico.

Il rumore generato dalle curettes e dall'ablattore del tartaro ad ultrasuoni viene accettato tranquillamente pur costituendo un fastidio e a volte un deterrente per la cura . Con l'ipnosi spesso si ottiene l'eliminazione della **sensibilità** specie ai colletti compromessi. Durante la detartrasi delle pareti linguali dei molari in alcuni pazienti la stimolazione della lingua provoca conati di vomito, in altri vi è difficoltà a mantenere aperta la bocca per problemi condilari o muscolari: in questi casi l'ipnosi consente di trarre assoluto vantaggio con **l'eliminazione dei sintomi e l'esecuzione di una terapia in tutta serenità**. Vantaggio che ha una ripercussione positiva anche sulla **qualità della prestazione** e sui tempi di esecuzione. Nella nostra esperienza i pazienti trattati hanno comunicato un alto grado di soddisfazione e chiesto di ripetere l'ipnosi per le sedute successive. A tal proposito in alcuni casi è stato dato incoraggiamento.

6.2 L'ipnosi in conservativa ed endodonzia

Nelle lunghe sedute di edodonzia e conservativa si ottengono diversi risultati: effetto **ansiolitico**, **miorilassante**, **accettazione della "diga"** e dei suoi "anelli" che creano normalmente difficoltà e fastidio, ridotta salivazione mentre l'**alterata percezione dello scorrere del tempo** rende più serena la cura.

6.3 L'ipnosi nelle protesi e nella presa dell'impronta

L'utilizzo dell'ipnosi in protesi trova una sua applicazione interessante nella presa dell'impronta, una fase che in genere ha una durata breve ma che è molto fastidiosa sia per l'odore dei materiali che per la stimolazione del vomito.

I riflessi faringei vengono infatti inibiti, similmente a quanto avviene durante la gastroscopia.

Lo stimolo del vomito è annullato unitamente alla riduzione della saliva ottenendo un risultato più soddisfacente per il paziente e rapido per il medico.

6.4 L'ipnosi nella chirurgia orale

In chirurgia orale ha un'applicabilità eccellente sia in termini di **riduzione dello stress** che di **riduzione o eliminazione del dolore**. L'effetto **miorilassante** offre la possibilità di tenere **aperta la bocca per lungo tempo** e da ultimo, ma non meno importante, l'**immediatezza del recupero delle condizioni normali** da parte del paziente nel post intervento.

Non è necessario che il paziente raggiunga lo studio accompagnato, come di

norma avviene, a seguito di un'avulsione del terzo molare o di interventi di chirurgia importante (avulsione inclusi, cisti, osteo-mucoplastica ecc.) per i quali è richiesta spesso la somministrazione di farmaci (per lo più benzodiazepine).

Anche in implantologia e parodontologia i risultati sono molto interessanti per il paziente e per l'operatività del chirurgo.

I pazienti le cui abilità consentono di raggiungere **analgesia completa** sono quelli che traggono i maggiori vantaggi anche per estrazione di denti senza l'utilizzo di anestesia plessica o locale.

6.5 L'ipnosi in pedodonzia

Come per altre branche odontoiatriche anche qui studi scientifici e la pratica clinica documentano interessanti applicazioni, sia per la riduzione dello stress che del dolore.

7. CONCLUSIONI

La casistica pluriennale nell'utilizzo di N₂O/O₂ e di benzodiazepine somministrate per os (ma anche di benzodiazepine somministrate ev dall' anestesista) ci ha fatto propendere dapprima verso un impiego delle benzodiazepine per os, per la loro maneggevolezza, in sostituzione del protossido d'azoto/ossigeno il cui utilizzo ha anche un aspetto economico rilevante non solo legato al costo dei gas ma all'adeguamento tecnologico dei locali ed anche alle precauzioni necessarie per la tutela della salute degli operatori in gravidanza.

L'ipnosi ha già soppiantato, nella maggioranza dei casi, l'utilizzo delle benzodiazepine il cui utilizzo è relegato a pochissime situazioni di non accettazione da parte del paziente dell'ipnosi.

In conclusione, l'ipnosi nella pratica odontoiatrica quotidiana rappresenta un'opportunità vantaggiosa rispetto al tradizionale utilizzo di Protossido o benzodiazepine per os in odontoiatria

L'assenza di controindicazioni generali, legate invece alle benzodiazepine (epatopatie, nefropatie, età avanzata, obesità, tempi lunghi di sorveglianza) e a quelle del protossido d'azoto (epatopatie) ne fanno una tecnica privilegiata.

Non sussistono neppure gli effetti indesiderati che possono verificarsi immediatamente dopo la sedazione con protossido, seppur rare, (nausea, vomito, cefalea, disforia e complicazioni più gravi quali ipossia e stato di incoscienza), anche se legate per lo più ad imperizia o ad un approccio negligente.

L'aspetto particolarmente interessante dell'ipnosi , da un punto di vista pratico, rimane quello di una **completa ed immediata autonomia del paziente dopo l'ipnosi.**

Il post intervento è vissuto con tranquillità e serenità e non è da sottovalutare nel consolidamento del rapporto di fiducia con il medico per la percezione qualitativa del lavoro svolto ⁽³⁾.

Da parte dell'odontoiatra e dell'igienista effettuare una cura su un paziente rilassato, tranquillo, analgesico, sereno anche nel post operatorio, immediatamente libero di lasciare lo studio senza un periodo di osservazione per gli effetti farmacologici, libero di sedersi in auto e di guidare verso casa senza controindicazioni, significa aver conosciuto e conquistato una grande opportunità .

Bibliografia

1. J.A.D.A 1983, *Overcoming dental fear strategies for its prevention and management*
2. Milgrom P. e Coll. *The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major U.S.city. J.A.D.A. 1988*
3. DM dolore e soggettività semeiologiche anno XXXI n°12 2013, ed Tecniche Nuove
4. DM, L'ansia del dentista nel bambino: un approccio psicologico anno XXXI giugno 2013
5. Birardi V, Gola G., *Compendio clinico di Odontoiatria infantile*, Milano: Edi Ermes, 2008; 1,2:3-27
6. Farhat e altri, *Techniquesn for managing behaviour in Pediatric Dentistry: Comarative Study of Live Modelling and Tell-Show-Do Based on Childrens Heart Rates during Modeling Treatment. JCDA, 2009;75:4*
7. Farronato G., Del Colle G., Parazzoli E., Gianni AB, *l'informatica quale mezzo di rinforzo motivazionale del paziente ortodontico. Atti del Convegno Naz. SIDO-Firenze 1992.*
8. Rowe M. *Dental fear: comparisonds between younger and older adults. Amerian Journal of Health Studies 2005:20 (4) : 219-224*
9. *Dentista Italiano, Il dentista visto dai pazienti, anno XXX,n 8,agosto 2012, Ed. Tecniche Nuove*
10. *Damia G., Paglia L. Guida pratica alla sedazione con protossido d'azoto e ossigeno in odontoiatria CIBA-GEIGY edizioni 1990*
11. *Di Nino G.F. Tiengo M. Anestesia e rianimazione per l'odontoiatria ,Cortina Editore*
12. Ministero della Salute *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico Ghirardini A. E altri 2013*
13. *Peabody J.B.: Premedicating pedodontic patients. Tex. Dent. J. 83: 12 1965.*
14. *Manani G., Peretti S., Pagnacco A., Chiaranda M., Giron G.P.: La sedazione del paziente odontoiatrico ambulatoriale con diazepam e con prazepam. Studio in doppio cieco. Giorn. Anest. Stomatol., 16: 9; 1987.*
15. *Granone F. 1989 trattato di ipnosi, U.T.E.T. , Torino*
16. Bellucci G, Tiengo M: *La storia del dolore , ed fuori commercio Momento Medico)*
17. *Costantino D., Azzi L., Bombeccari G., Spadari F., Dolore e soggettività semiologiche, D.M. Anno XXXI, n°12 2013*
18. *Dentista Italiano, il dentista visto dai pazienti, anno XXVIII,n 8,agosto 2010, Ed. Tecniche Nuove*
19. *Gonella A. Gonella A-M., Indicazioni all'utilizzo delle tecniche ipnotiche in odontostomatologia.Rivista Ospedale Fatebenefratelli Vol.IV Fasc.I, Roma, 1990*
20. *Gonella A., L'Ipnosi in odontostomatologia. Considerazioni su 152 casi. Metodica e suoi risultati.*
21. *Rassegna Ipnosi Sofrologia, Stati di Rilassamento Ed. Minerva Medica 73:3195, 1982*
22. *Gonella A. L'ipnosi in odontostomatologia. Rassegna di Ipnosi e Psicoterapia 11:59 1984*
23. *Gonella A. 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.*