

### **Streghe in studio**

E' noto a tutti i professionisti come nella pratica clinica odontoiatrica ci si debba frequentemente cimentare con due dispettose «streghe»: l'ansia e la paura del paziente per la seduta odontoiatrica. L'«odontofobia» è un'esperienza negativa con una caratterizzazione psicologica, forse tra le più forti nella condizione di paziente. Nella pratica clinica, si sono sentite donne affermare (dissennatamente) che avrebbero preferito partorire un altro figlio, piuttosto che essere sulla poltrona del dentista; e baldi giovani che, cinque minuti prima, si pavoneggiavano con l'assistente del loro passato di «parà», tremare come foglie alla vista dello specchietto. E' ampiamente risaputo che la paura del dentista non sempre significhi mancanza di spirito collaborativo al trattamento, ma dipenda dalla forte valenza della componente psico-emozionale presente in questa esperienza, non controllabile dalla volontà del paziente. Ma cos'è questa componente psico-emozionale? Secondo una teoria che attribuisce ad ogni parte del proprio corpo una posizione precisa, in una gerarchia di importanza per la propria sopravvivenza, il distretto orale è ritenuto come una «via vitale» e l'odontoiatra non è altro che una minaccia a questa via. Senza entrare troppo nei dettagli dei modelli di evoluzione psicoanalitica, si ricorderà come la bocca rivesta una primaria importanza nelle dinamiche di sviluppo psicologico. Come il paziente viva l'esperienza odontoiatrica non è che il risultato dell'interazione tra la componente psico-emozionale e la propria razionalità - ovvero la coscienza della necessità di cure odontoiatriche. Nei pazienti dove prevalga la componente psico-emozionale su quella della razionalità, la faranno da padrone l'ansia e la paura.

### **Via vitale orale**

In uno sviluppo psicologico equilibrato la bocca perde centralità della fase orale infantile, e nell'adulto assumerà la simbologia di «via vitale orale». La via vitale orale è estremamente - e non a caso - innervata. E' innervata proprio in considerazione del fatto che debba riferire immediatamente della presenza di qualsiasi «oggetto» a contatto con le sue strutture più esterne, come le labbra, e quelle più interne; per catalogarne la natura. Deve operare una serie di controlli qualitativi e quantitativi, affinché si attivino i riflessi pertinenti: rifiuto all'introduzione o inizio dei processi masticatori. E' una via vitale perché permette l'assunzione di cibo (sopravvivenza) e la manifestazione di affettività (come badare). Ma all'opposto, possono introdursi «oggetti» letali (veleni e oggetti lesivi o asfissianti), in grado di mettere a repentaglio la sopravvivenza del soggetto stesso. Il controllo di questo processo difensivo, secondo questo modello interpretativo, è sotto la componente psico-emozionale. La via vitale-bocca considera tutte le situazioni considerate per l'individuo «non vitali» un possibile attentato alla sopravvivenza dell'individuo. Chi meglio dell'odontoiatra è, per la componente psico-emozionale, un attentatore di questa via vitale, con tutta quella strumentazione che potrebbe fare male? Si attiva quindi un conflitto nell'individuo tra la necessità di curarsi e i meccanismi di difesa della via vitale. Nei soggetti ove non prevarrà la componente razionale il risultato sarà uno stato ansiogeno da paura che nei casi più gravi assumerà

connotazioni di una vera e propria nevrosi fobica cronica. Nel soggetto in cui prevarrà marcatamente la componente razionale la collaborazione sarà migliore. Si è visto che la componente psico-emozionale-difensiva della via orale nasce da una specie di istinto di conservazione; ma è possibile modificare la forza di questa componente, o controllarla? Secondo i sostenitori di questo modello comportamentale l'unico modo per tenerla sotto controllo è potenziare la componente razionale. E' ovvio che quanto maggiore sia ansiogeno e nevrotico il profilo caratteriale di un soggetto, tanto più difficile sarà potenziarne l'azione razionale. La risposta a tutte le situazioni considerate critiche, tra cui una seduta odontoiatrica, cambierà molto in un soggetto con tendenze ansiogene di base. Si può affermare che questa componente è influenzata principalmente dalla cultura odontoiatrica del paziente. Inoltre, più precocemente essa si forma, nel corso della vita, quanto più prevarrà sulla componente emozionale-difensiva. Da qui l'importanza di una precoce educazione odontoiatrica.

Si sa dall'esperienza clinica che l'odontofobia non sempre si manifesta chiaramente nei pazienti. Infatti, molti pazienti sono profondamente convinti che sia necessario andare dal dentista, ma manifestano la componente psico-emozionale-difensiva in maniera subdola, sotto forma di episodi ansiogeni durante lo svolgimento della seduta.

#### **Strumenti di potenziamento della componente razionale e tesi-antitesi odontoiatra-paziente.**

Gli strumenti a disposizione dell'odontoiatra per potenziare la componente razionale sono fondamentalmente le capacità di comunicazione. La comunicazione può essere di tipo «scenografico» (l'ambiente-studio), e verbale (linguaggio del professionista). La capacità comunicativa può anche dipendere dall'ascendente e dalla fama che il professionista ha sul paziente. Secondo questo modello, la seduta odontoiatrica non è altro che un confronto dialettico tra paziente e odontoiatra. La tesi dell'odontoiatra è «curare!», l'antitesi del paziente è «perché curare?»; con sintesi finale «come curiamo». Se l'odontoiatra è in grado di potenziare la componente razionale del paziente, motivandolo alle cure, la sintesi finale si avvicinerà di più alla tesi dell'odontoiatra. E' possibile affermare che il successo terapeutico sarà maggiore quanto più la sintesi si avvicinerà alla tesi, e minore all'antitesi-paziente. Esistono diverse possibilità di azione per potenziare la componente razionale del paziente; una di queste è lo «spiazzamento dialettico». Il paziente ansioso e pauroso si siede sulla poltrona con l'intento di portare il confronto dialettico con l'odontoiatra, verso la sua antitesi. L'odontoiatra deve spostare questo baricentro dialettico verso la sua tesi con appropriate tecniche di comunicazione al fine di motivare, convincere, e talora persuadere. Con una battuta: è importante che alla fine si sieda in poltrona il paziente, e non il dentista.

#### **Misurazioni obiettive dell'ansia e della paura.**

Come si è già detto, spesso l'ansia e la paura non si manifestano esplicitamente. Nasce da qui l'esigenza di avere riscontri tangibili per capire come il paziente si ponga nei confronti della seduta. Per questo motivo sono state approntate diverse scale di misurazione, alcune basate su questionari

e altre su scelte non verbali. Esiste anche una scala per la valutazione obiettiva del dolore odontoiatrico.