

PSICODONZIA

(Estratto dalla RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA Anno XII-N°11-Novembre 1957)

Col termine psicodonzia intendo indicare quella branca della odontoiatria moderna che raggruppa tutto il complesso dei rapporti dell'organo della masticazione con la sfera psichica dell'individuo. Questa denominazione meglio si addice alla precedente ("odontopsicologia e psicosomatica") da me indicata per l'insegnamento alla Scuola di Specialità in Odontoiatria dell'Università di Milano e per l'istituzione di uno speciale reparto nella Clinica Odontoiatrica dello stesso Ateneo. Pertanto, lo sviluppo della materia che io ebbi l'onore di presentare per primo in Italia, la eco sempre più vasta che essa suscita e, soprattutto la tendenza di vedere in essa uno strumento non soltanto di studio teorico, ma di vera e propria tecnica diagnostica e terapeutica, rende necessario un vero e proprio termine tecnico. Psicodonzia dunque, termine che io spero sarà benevolmente accolto da tutti e che indicherà l'intero problema dei rapporti reversibili e non reversibili tra l'equilibrio psichico e l'organo della masticazione. Non poteva esservi sede migliore per la presentazione della psicodonzia nella sua attuale forma clinica. Il Centro Studi medico-stomatologici diretto dal Prof. Albanese ed il presente volume della "Medicina Stomatologica", offrono una piattaforma formidabile per la presentazione della psicodonzia clinica e per dimostrare un'altra volta ancora, gli stretti legami della nostra specialità con la medicina generale. Negare l'importanza della psicodonzia oppure definirla come "filosofia stomatologica", è rivelare una mancata compenetrazione nello spirito del problema, ed io spero attraverso questo scritto, poter contribuire alla migliore comprensione, giacchè soltanto in tale modo la psicodonzia potrà diffondersi anche nelle altre Università Italiane. Trattasi molte volte di concetti originali, ma certamente tratti da ben meditate esperienze e da profondi studi che in verità, non potevano nascere che in Italia giacchè da noi la disciplina stomatologica è basata su una obbligatoria preparazione medica, sancita dalla laurea in medicina e chirurgia. Nella mia comunicazione al 28° Congresso Italiano di Stomatologia di Bari (Riv. Italiana di Stomatologia, Anno IX, N°1, 1954), ho detto tra l'altro: "va rilevato inoltre che tutto ciò che sinora è stato detto sul conto dei rapporti tra l'odontoiatria e la psicopatologia, ha notevolmente risentito del fatto che nella maggioranza dei casi, coloro che dell'argomento (psicodonzia) si sono occupati erano medici psichiatri a digiuno di odontoiatria oppure odontoiatri non medici. I primi non sono in grado di comprendere il complicatissimo problema della funzione dell'organo della masticazione ed i secondi (trattasi per lo più degli odontoiatri degli Stati Uniti, Svizzera, Russia, Olanda, Germania) non sono medici e quindi non hanno basi sufficienti per affrontare il problema dal punto di vista psicodinamico vero e proprio. Non può essere in grado di affrontare tale problema chi non conosce ed es. le tanto complicate e talvolta geniali leggi della dinamica dell'articolazione temporo-mandibolare (per citare uno dei problemi riguardanti la psicodonzia se trattata da psicologi non dentisti) e, d'altra parte, non si possono separare - come dimostrerò e come ho già dimostrato in più occasioni - le dottrine meccaniche dell'occlusione e dell'articolazione dentali, dalla influenza che la psicopatologia e la psicodinamica esercitano sulla stessa dinamica masticatoria come è il caso degli odontoiatri che per non essere medici, non possono affrontare con adeguata competenza tali problemi con l'autorità di chi ha dedicato lunghi anni di studio oltrechè all'odontoiatria, anche alla medicina. L'odontoiatria Italiana, per il suo ordinamento scolastico, è quindi chiamata ad un compito importante per allineare ancora una volta la stomatologia nel ramo delle scienze mediche e la mia comunicazione al presente Congresso vuole rappresentare un formale invito a questo studio pieno di possibilità e ricco di interessi". A distanza di anni e con grande soddisfazione constato che molti tra i miei allievi, ad ogni occasione, mi riferiscono degli importanti risultati pratici conseguiti in base all'insegnamento della psicodonzia la quale, nutro piena fiducia, finirà con l'affermarsi fra le materie d'insegnamento di molte altre scuole, suggellando l'incancellabile rapporto tra una delle branche della medicina (psicologia e neuropsichiatria) e l'odontoiatria. Alcuni studiosi che non hanno approfondito l'esame della materia si aspettano dalla psicodonzia soprattutto l'insegnamento della psicotecnica del lavoro sul paziente. Saper distinguere ad es. la paura del dentista dovuta ad una semplice reazione psicogena, da quella dovuta ad una vera e propria odontofobia od anche saper adeguatamente affrontare

quest'ultima, non è altro che fare della psicotecnica odontoiatrica, il che in realtà è psicoterapia; ma vi sono, come vedremo, dei problemi che con la psicotecnica nulla hanno a che fare e che pure rivestono una grande importanza per la stomatologia sia dal punto di vista scientifico che quello pratico. Altri studiosi si sono entusiasmati (con mia grande meraviglia) alla ipnosi, quasi quest'ultima - conosciuta da decenni e fortunatamente sempre scartata nella pratica odontoiatrica - potesse essere confusa con la psicodonzia mentre essa non è che negazione di quest'ultima. Questi giudizi non devono e non possono essere confusi col reale valore della psicodonzia la quale certamente finirà col guadagnarsi l'onorevole posto che le spetta per il bene delle nostre scuole, della professione e della salute pubblica. La psicodonzia va quindi compresa nel suo spirito, nel suo insegnamento scolastico, nella sua pratica e nella sua validissima applicazione quale psicologia clinica nella stomatologia teorica e pratica. Non vi è alcuna specialità - a mio parere - che possa altrettanto valersi delle nozioni della psicologia clinica, quanto la stomatologia pratica. Questo risulterà evidente tranne che per coloro che, senza volerlo, si ostinassero a mantenere la stomatologia nella cornice di una fredda chirurgia e di una ancor più gelida meccanica. Quando ad es. un clinico, per vincere la paura del paziente, pensa di ricorrere alla anestesia generale non indicata per l'intervento, e non si sofferma sulle intime ragioni della pur smisurata paura, dimostra di voler fare dell'odontoiatria meccanica e non lo stomatologo. E' chiaro che determinati casi d'urgenza possono e devono giustificare anche un ricovero dell'ammalato per l'estrazione di un dente di giudizio, ma un vomito ad es. provocabile nel paziente dal solo pensiero di dover subire una estrazione od una iniezione tronculare, non giustifica affatto una simile decisione! In altri termini: eccezion fatta per i casi di assoluta urgenza clinica, è molto più importante procedere prima di tutto alla "estirpazione della paura", possibile e facile, anzichè ricorrere al grave intervento della anestesia generale ed al ricovero che essendo per lo più una misura sproporzionata in un caso del genere, altro non fa che aggravare l'ingiustificata ansia odontofobica del paziente e quindi uno stato patologico altrimenti guaribile. L'odontoiatra che svolge la propria attività seguendo le direttive della psicodonzia, avrà la gioia - ragione intima di ogni professione in genere e di ogni specialità medica in specie - di poter guarire e mitigare le sofferenze confrontando il proprio paziente; di restituire ad una personalità lesa l'equilibrio psichico e non solo quello organico. Al di là della ricostruzione tecnica delle arcate mutilate, vi è un vasto campo di elementi psicodinamici che si rivelano nel contatto professionale dell'odontoiatra col suo paziente e che, analizzati, sono sempre fattori patogenetici - anche se indiretti - delle malattie dei denti; questi elementi indicano anche però uno stato di tensione emotiva che non deve e non può essere ignorato dallo stomatologo. Il digrignamento, la suzione del pollice, il mordersi della lingua e delle labbra, l'intolleranza delle protesi sono cause dirette oppure - come la paura dell'operato del dentista - indirette delle malattie dentali. Il digrignamento, il succhiamento del pollice e tutti gli altri e numerosi vizi abitudinari che si localizzano nell'ambito dell'organo della masticazione, sono espressioni di tensioni nevrotiche più o meno la cura medica delle quali non può limitarsi alla semplice riparazione dei danni che esse provocano; la terapia deve - perchè tale è l'esplicito compito della medicina - aggredire le vere cause della malattia, soprattutto quanto dette cause sono state identificate come è il caso delle manifestazioni nevrotiche di cui sopra. Può darsi talvolta che tale terapia causale possa rendere necessaria una vera e propria psicoterapia; in tal caso lo stomatologo deve indirizzare l'ammalato allo specialista psicoterapeuta il quale dal sintomo nevrotico sapientemente segnalatogli saprà trarre materiale sufficiente per una ulteriore diagnosi e per una adeguata terapia. Un fatto è certo: senza una indagine adeguata della personalità del paziente non può esservi trattamento efficace di queste affezioni e senza la capacità di compenetrare la conformazione psico-somatica del male non vi può essere una appropriata terapia. Lo stomatologo è incline a considerare la psicodonzia come una "specialità nella specialità" oppure come una "superspecialità". Valga l'esempio della ortodonzia: anche questa materia veniva inizialmente definita specialità a sé; dieci anni or sono, circa, erano estremamente pochi coloro tra gli odontoiatri che conoscevano l'ortodonzia. Oggi, parallelamente all'estendersi delle malformazioni dentali (oppure anche qui trattasi di una migliore osservazione clinica?) aumenta sempre più la schiera degli stomatologi che praticano le cure ortodontiche. Non vi è dubbio che anche la psicodonzia si diffonderà e tanto più rapidamente quanto più esteso diverrà l'insegnamento scolastico della materia; è risaputo che oggi le nevrosi in genere e quindi anche quelle che riguardano l'organo della masticazione diventano sempre più frequenti perchè sempre più intensi e più numerosi sono gli impulsi generali della vita dei nostri giorni. Ritornando quindi all'ortodonzia, lo stomatologo generico, pur praticando anch'egli le cure ortodontiche, nei casi clinici di malformazioni particolarmente gravi, deve sovente ricorrere all'opera

di un collega particolarmente competente come lo può essere ad es. un chirurgo orale; così pure per le psiconevrosi gravi si dovrà ricorrere ad uno specialista in psicoterapie. In altri termini, nei casi correnti e non gravi, lo stomatologo adotterà quelle norme pratiche che la psicodonzia gli offre e questo è appunto il compito principale dell'insegnamento di questa materia nelle scuole della specialità. Occorre pertanto che la medicina ufficiale e con essa la stomatologia prendano atto della fenomenologia psicodontica; solo allora ci si renderà conto che con metodi semplici ed accessibili a tutti, si può chiarire l'origine tuttora ignota di molte tra le malattie dell'organo della masticazione e per conseguenza giungere ad una loro adeguata terapia. Nella già citata comunicazione del Congresso di Bari, mi sono tra l'altro espresso nei seguenti termini: " la stomatologia non può disgiungere la propria indagine clinica da quella che è la ricerca psicosomatica, in quanto proprio la bocca, organo della masticazione, deve essere considerata uno dei maggiori centri della localizzazione di svariati impulsi sia volontari che autonomi e quindi consci ed inconsci dell'individuo. L'organo della masticazione va considerato come una catena i cui singoli anelli congiuntivi rappresentano la localizzazione di tutti i sistemi vitali dell'organismo umano. E' un sistema complesso, non solo rispetto alla funzione che deve espletare, ma anche perchè molti sono i sistemi che contribuiscono alla sua funzione fisiologica e quindi anche patologica". E più in oltre parlando del digrignamento: "noi non possiamo esimerci dal prospettare la necessità di valutare il grado di intensità del disturbo psichico in atto e legato al fenomeno del digrignamento ed in base a questa valutazione decidere delle cure che devono essere adottate. Per i casi giudicabili di lievi entità dal punto di vista psicogeno, sarà già molto se l'odontoiatra moderno saprà individuarne l'esistenza; per i casi che per l'intensità e conseguenze cliniche, assumessero il quadro di importante malattia psicogenetica, sarà necessaria la collaborazione di uno psicopatologo semprechè non si voglia negare la ragione stessa della psichiatria. Il digrignamento va considerato dal punto di vista psicodinamico, come un sintomo di conversione isterica e come espressione simbolica di un contenuto psicologico carico di emotività attraverso gli stimoli che partono dall'inconscio. Esso ha luogo nel sistema neuromuscolare volontario e cerca, tramite quest'ultimo, esprimere e risolvere la tensione emotiva. E' evidente che il nostro studio di clinici e stomatologi non sarà mai completo se non porteremo le nostre indagini in questo campo evitando le conclusioni pratiche che ne scaturiscono. Nemmeno la constatazione che il digrignamento possa venire risolto con misure odontomeccaniche, deve valere a mutare il nostro concetto in proposito. A mio parere è prima di tutto molto problematico l'esito soddisfacente del trattamento meccanico del digrignamento in quanto, esso, per lo più, non sarà che transitorio; secondariamente, dal punto di vista clinico imbrigliando tecnicamente il digrignamento stesso con ferule, con adattamenti delle superfici masticatorie, con bilanciamento dell'occlusione ecc. ecc., noi dominiamo soltanto una localizzazione organica del male trascurando la causa intima cioè psicogena. Con quali conseguenze e con quali pericoli? La tensione emotiva persistendo perchè non curata, cercherà di localizzarsi altrove e noi non siamo assolutamente in grado di prevedere su quale organo andrebbe a localizzarsi dove cioè cercherà di trovare quello sfogo che è l'essenza dinamica del male. Così facendo manchiamo al compito primo del nostro postulato stomatologico: curare il male alle sue radici, per lo meno, quello di riconoscere il male per indirizzare l'ammalato allo specialista. Questa è in fondo la sostanza base della prima parte della mia comunicazione: volgere l'attenzione dello stomatologo verso la ricchissima schiera dei sintomi psicosomatici localizzati nella bocca e fare sì che egli possa valersi di queste possibilità come già lo sta facendo per molte altre malattie. Noi stomatologi conosciamo ormai il nostro esplicito dovere di segnalare ai rispettivi specialisti le ulcere sifilitiche e tubercolari, le neoplasie, le leucemie. ecc. ed abbiamo il dovere di fare altrettanto per le malattie psicogene. Questa raccomandazione va indirizzata pertanto anche agli psichiatri i quali a loro volta devono farsi instruire da noi sulla portata dei sintomi psichici e psicodinamici localizzati nell'organo della masticazione e valersi degli stessi nelle loro ricerche cliniche". Il presente lavoro vuole essere il consuntivo delle tesi teorico-pratiche da me formulate in questi ulteriori tre anni di lavoro in attesa di altre pubblicazioni che ho in preparazione unitamente alla casistica clinica che sto mettendo a punto e che molto presto verrà resa pubblica a conferma della validità della materia e dell'enorme importanza della sua applicazione pratica. Tale casistica, tratta soprattutto dal materiale della mia pratica privata, conferma quindi la giusta impostazione della psicodonzia. Difatti, coi primi fenomeni del succhiamento del pollice che può portare notoriamente alle malformazioni del complesso denti-articolazione, con la dentitio difficilis che, a mio parere, può essere definita come prima malattia psicosomatica dell'essere umano in ordine di tempo, la patologia dentale inizia da elementi schiettamente psicodinamici. Questi, unitamente alla tanto diffusa paura per

l'operato del dentista ed i numerosi complessi legati al problema estetico o funzionale, sono presenti in tutta la patologia dentale ed in ogni rapporto del paziente con lo stomatologo. La stessa protesi dentale è talmente connessa ai fenomeni psicobiologici da non poter rimaner rinchiusa nella cornice della meccanica pura. E' nota ormai la mia teoria sulla titubanza psichica dell'occlusione dentaria che inquadra la espressione personalistica e caratterologica del funzionamento dell'articolazione temporo-mandibolare. Orbene tutte le prove meccaniche durante le fasi del confezionamento delle costruzioni protesiche, risentivano di una insufficiente considerazione del fattore psicodinamico. Si cercava di ricostruire la funzione masticatoria che è per lo più involontaria ed automatica, spiando i movimenti dell'articolazione temporo-mandibolare senza tenere conto che gli strumenti a tal fine escogitati, turbano la fisiologica titubanza dell'occlusione dentaria e potenziandola, falsano i rilievi che così faticosamente si cercava di riprodurre. Il risultato non poteva essere buono e difatti abbiamo assistito e tuttora assistiamo al fatto che le superfici masticatorie in tal modo ricostruite, devono essere asportate con il ritocco eseguito con la speciale carta blu per articolazione oppure con un altro dei troppi numerosi sistemi di molaggio equilibratore. La psicodonzia vanta pertanto un metodo denominato psicodinamico per la creazione delle superfici masticatorie direttamente in bocca del paziente, metodo che fa a meno delle apparecchiature complicate e che non ha bisogno di ulteriori ritocchi ad operazione finita. Il lettore troverà nella bibliografia dei miei lavori l'elenco delle pubblicazioni che hanno ampiamente trattato questi problemi dal punto di vista teorico e pratico. Anche le abitudini viziate, per la loro importanza pratica e per la vastità della loro fenomenologia, rappresentano un capitolo importantissimo della psicodonzia clinica. Prima di tutto l'aspetto psicosomatico delle parodontopatie che possono derivare talvolta dall'occlusione traumatica dei digrignamenti: si tratta di precisare una volta per sempre che il digrignamento è un fenomeno schiettamente psichico e la eventuale parodontosi che ne deriva è da considerarsi quindi malattia psicosomatica. Quando si dice digrignamento, si devono intendere movimenti caratteristici della mandibola, di durata, intensità e frequenza più o meno lunghi, dovuti soltanto a particolari stati emotivi, da non confondersi quindi con contrazioni toniche o cloniche che possono riscontrarsi nella patologia umana per malattie o lesioni del sistema neuro-muscolare della zona corrispondente. Le tensioni della sfera psichica oppure i conflitti insoluti, possono influenzare la fenomenologia della labilità neuro-vegetativa, come ovviamente viceversa, i disturbi funzionali somato-vegetativi possono, non di rado, rendere manifesta una anomalia psichica rimasta tuttora latente. La suddetta labilità neuro-vegetativa può rappresentare un fattore predisponente e va studiata nel quadro del meccanismo patogenetico anche nelle parodontosi da digrignamento e quindi di origine psicodinamica quali movimenti riflessi della ricerca di contatto di sicurezza fra le arcate dentarie per l'influenzamento dell'ambiente esterno od interiore sulla sfera psichica dell'individuo. La psicodonzia tenendo conto di queste premesse inquadra cure e trattamenti adeguati per allontanare gli effetti nocivi dell'occlusione traumatizzante dei digrignamenti. Orbene anche le cure stesse non possono essere praticate in modo puramente meccanico; occorre combattere il trauma ponderatamente in quanto l'abitudine viziosa del digrignamento o del bruxismo, quando ha assunto il carattere nettamente nevrotico è molto radicata ed abolirla d'emblé può portare dei disturbi all'equilibrio psichico del paziente talvolta raggiunto grazie all'abitudine stessa. L'abitudine va sradicata lentamente con la tecnica che io definisco col simbolico "cuneo" da inserire tra la personalità del paziente ed il suo vizio abitudinario. Tale tecnica va da me preceduta dall'esatta analisi di ogni vizio abitudinario. Trattando dell'equilibrio e del molaggio selettivo nelle abitudini viziate (Riv. Italiana di Stomatologia n°5, 1956) ho distinto i vizi abitudinari intraarticolari ed extraarticolari dimostrando che tale distinzione assume una fondamentale importanza per la terapia causale e quella sintomatica dei disturbi che ne derivano. Nello stesso lavoro ho presentato la tecnica della analisi psicodinamica di questi vizi dimostrando che senza quella che io chiamo autoanalisi psicodinamica non è possibile affrontare detti problemi, ai quali appartengono tanto il digrignamento ed il bruxismo (vizi intraarticolari) quanto l'abitudine di premere le arcate antagoniste in posizioni articolari abnormi, di mordersi le labbra, la lingua o le guance, ecc. (vizi extraarticolari). La stessa tecnica del simbolico "cuneo" da inserire tra il vizio e la personalità, è stata da me applicata contro il succhiamento del pollice che è una abitudine da considerare non già soltanto alla stregua di una semplicistica osservazione clinica, ma come fenomenologia psicodinamica con tutte le ripercussioni sullo sviluppo della personalità del bambino che può risentire non solo gli effetti dell'abitudine stessa sulla conformazione della arcate dentali (fattore psicosomatico), ma anche per una violenta repressione (fattore psicodinamico). Succhiando il pollice di una mano, il bimbo si accompagna a manifestazioni psicomotorie delle dita

dell'altra mano. Quasi si trattasse di un giuoco sensoriale che tende alla chiusura di un misterioso circuito elettrico. Mentre il pollice viene succhiato con evidente e ben nota avidità, con l'altra mano, il bimbo giuoca con un oggetto, per lo più un indumento come la tela cerata ad es. oppure il bordo della coperta di lana. Il bimbo già grandicello aggroviglia ostinatamente le dita dell'altra mano nella chioma dei suoi capelli. Se l'oggetto di questo suo giuoco gli viene a mancare oppure tolto repentinamente, la sua disperazione diviene altrettanto grande se non maggiore, come quando gli viene allontanato il pollice dalla bocca. Non solo, ma ho osservato che egli, in quel caso, non succhierà nemmeno più il pollice. Da questa mia osservazione è scaturito un metodo che ho chiamato "indiretto" per togliere il vizio del succhiamento del pollice che ho potuto largamente e positivamente sperimentare nella mia pratica privata. Valga un esempio pratico: una delle mie bambine, succhiandosi il pollice soleva giocare con la tela cerata; conformemente a quanto premesso sopra, ho pensato di affrontare la situazione non già intervenendo sul pollice, ma allontanando, nel modo che descriverò appresso, la tela cerata. Va rilevato che (e questo è sempre il caso di tutti i bambini) la piccola era "affezionata" alla sua "ceratina" e quindi ad un oggetto di determinata consistenza, colore e superficie. Sostituire questa tela con un'altra, anche se apparentemente uguale, sarebbe come toglierla del tutto. Ed è questo particolare appunto che io ho cercato di sfruttare. Ho deciso di intervenire con una maniera che direi "a singhiozzo". Le facevo mettere a letto (non si addormentava senza il suo pezzo di lana) la tela cerata ridotta della metà della sua superficie, proseguendo ogni sera con la metà della metà; la tela rimaneva la stessa, la consistenza ed il colore anche; non così però l'estensione della superficie. La piccola accettava di buon grado e senza capricci, la cerata così ridotta finché una sera, quando il pezzo diventò realmente piccolo, gridò: "buttala via"! (Aveva allora tre anni). La bambina era ancor troppo piccola per accorgersi del progressivo rimpicciolimento della sua "amata" ceratina e tanto meno per potere, anche se solo istintivamente, sospettare che qualcuno le tendesse di proposito un simile tranello; il suo genuino affetto per l'oggetto, subiva probabilmente, sera per sera, una crescente delusione; ad un certo momento ha perso la speranza perché la tela non la soddisfaceva più ed allora ha deciso di buttarla via. Le mie previsioni si sono dimostrate giuste: dalla sera stessa dalla quale ha dovuto rinunciare alla tela, non ha più succhiato il pollice. L'idea di aggredire la tela mi è balenata come l'ultima possibilità dopo molti altri espedienti per fermare il progressivo deperimento della bamba che i pediatri attribuivano ad altri disturbi. Io asserivo invece che la piccola deperiva consumando le proprie energie nel vizio del succhiamento. Ed i fatti mi hanno dato ragione: come con un tocco magico, la bambina ha riacquisito l'appetito ed ha ripreso il normale sviluppo. Tra i numerosi argomenti compresi nel programma dell'insegnamento della psicodonzia, occupa un posto di primaria importanza il problema della paura dell'operato del dentista. L'anno scorso ho dedicato alla odontofobia ben tre lezioni delle quali una interamente dedicata alla odontoiatria infantile. La smisurata paura che caratterizza il comportamento della stragrande maggioranza dei nostri pazienti, va attentamente studiata, classificata ed affrontata. Occuparsi di questi problemi non vuol dire assolutamente ignorare il fatto che la nostra opera di stomatologi può provocare dolore, e quindi generare paura. Il compito è pertanto di illustrare la paura morbosa, frequentissima nel nostro esercizio professionale. Noi non dobbiamo oltre ammettere la normalità di tutte le paure che ci tocca affrontare nella nostra pratica quotidiana. La tecnica moderna ha portato gli interventi odontoiatrici a tale livello di perfezione da non giustificare assolutamente oltre questo errore. Il continuare nell'equivoco apporta un grave danno morale alla nostra professione e ciò che forse importa ancor più, un gravissimo danno alla salute della bocca e dei denti e quindi della salute generale della massa del pubblico. La paura del dentista trattiene il paziente lontano dalla nostra opera, provocando danni talvolta irrecuperabili. Tale paura va suddivisa dal punto di vista patogenetico e terapeutico in due grandi tipi: la cosiddetta reazione psicogena che prende origine da una lontana e tuttora non neutralizzata esperienza passata, realmente vissuta e la vera e propria fobia, detta odontofobia che va catalogata a fianco delle altre fobie ben note e definite. La psicodonzia inquadra quindi l'odontofobia sia dal punto di vista teorico che pratico. Il cardine dell'insegnamento è rappresentato dalla diagnosi differenziale delle manifestazioni della paura. Lo stomatologo deve saper distinguere il paziente nevrotico da quello che ha subito una reazione psicogena; quest'ultimo dall'odontofobico ed infine ad uno psicopatico. Ed ecco la psicoterapia, rappresentata talvolta da una semplice suggestione o da una persuasione, diventa nient'altro che la psicotecnica del lavoro odontoiatrico alla poltrona. E' fuori dubbio che la conoscenza della psicodonzia rende il contatto tra il medico dentista ed il paziente molto più agevole e molto più concludente. L'operato dello stomatologo si svolge su un terreno molto labile

dal punto di vista psicologico ed a tale proposito basterà citare la statistica dell'Istituto di psicologia di Carnegie del Dipartimento Canadese, che ha dimostrato come il successo professionale di uno stomatologo dipenda per l'85% dalle sue qualità di psicologo e per il 15% dalla sua capacità tecnica. Citando questa statistica non intendo sminuire l'importanza della preparazione tecnica, anzi, voglio dimostrare che molte volte odontoiatri anche molto bene preparati tecnicamente godono di un successo minore che meriterebbero. Infine, occuparsi dei rapporti tra la psicopatologia e la stomatologia, significa portare un ulteriore contributo alla ricerca delle cause eziologiche delle malattie fondamentali della bocca e dei denti, tra le quali la stessa carie. Dico le cause in quanto è assurdo voler pretendere che vi sia un'unica causa alla base della patogenesi di quest'ultima malattia. Essa può essere dovuta quindi alle cause esogene ed endogene rispetto all'organo dentale, mentre il fattore psichico quale elemento patogenetico della carie stessa, trova conferma ormai indiscutibile, nell'influenza della fisiopatologia delle ghiandole endocrine sul ricambio minerale e sul sistema circolatorio dell'organo dentale. E chi può negare oggi l'importanza fondamentale del fattore psicogeno sulla fisiopatologia delle ghiandole endocrine? Se quindi in molti casi il mutamento funzionale delle stesse ghiandole va attribuito alle condizioni psicodinamiche dell'individuo, la ricerca delle cause delle rispettive malattie non può e non deve ignorare il meccanismo patogenetico psicodinamico stesso. E' nota la diminuzione quantitativa e l'alterazione qualitativa della saliva negli stati di melanconia psicogena per i quali è caratteristica la più o meno intensa siccità della bocca. Quando nei trattati di psichiatria leggiamo questi dati di fatto, possiamo noi stomatologi, non vedervi un fattore patogeno di molti stati morbosi della mucosa orale e del paradentio? Del pari negli stati di melanconia ad es. è stato provato il diminuito tasso calcico del sangue; possiamo noi rimanere indifferenti e non cercare di approfondire tale problema dal punto di vista del ricambio minerale, base del meccanismo formativo dell'organo dentale? Lo stesso dicasi del Ph della saliva che, notoriamente, cambia con gli stati emotivi dell'individuo. Anche la neuropsichiatria deve riuscire ad avvicinarsi a questi problemi. Tanto le abitudini viziate, quanto la morbosa paura del dentista ad es. possono rappresentare dei sintomi nevrotici di notevole importanza specialmente in quelle epoche nelle quali non si sono ancora rivelati disturbi psiconevrotici più gravi. Deve sorgere una proficua collaborazione tra stomatologi e neuropsichiatri che può contribuire al miglioramento delle nostre concezioni fisio-patologiche in molti campi tuttora trascurati.

RIASSUNTO

Il Dott. Acht richiamandosi alla esperienza del suo esercizio professionale che, per ragioni ambientali, meglio si addice alla applicazione pratica della psicodonzia in confronto alla clinica di massa, fa in questo lavoro un consuntivo delle premesse teoriche e pratiche di questa materia che egli ha avuto il privilegio di presentare per primo in Italia. Trattasi di un raro campo di applicazione pratica della psicologia clinica sul terreno di una delle più importanti specialità mediche, quale è la stomatologia moderna. Nel quadro della psicodonzia pratica il Dott. Acht include la fenomenologia del digrignamento, delle abitudini di mordersi la lingua e/o le labbra, il succhiamento del pollice ecc. Per il succhiamento del pollice egli descrive minutamente il suo metodo personale di cura che, in ottemperanza alle cause psicodinamiche, rifiuta gli inadeguati sistemi coercitivi sin qui in uso sostituendoli con un validissimo accorgimento di facile applicazione. In questo stesso lavoro il Dott. Acht ricorda la propria teoria sulla titubanza psichica dell'occlusione ed il conseguente metodo psicodinamico per la creazione delle superfici di masticazione e la autoanalisi psicodinamica delle abitudini viziate intraarticolari (digrignamento e bruxismo) ed extraarticolari (mordere della lingua, labbra, guance ecc.) da lui formulate. (V. bibliografia). Anche la diagnosi differenziale tra la paura banale del dentista e l'odontofobia, trova ampio riferimento in questo lavoro. Quest'ultimo è destinato soprattutto alle sfere universitarie per diffondere nelle scuole di specialità l'insegnamento della psicodonzia ed agli specialisti neuropsichiatri giacchè tanto le abitudini viziate summenzionate quanto la morbosa paura del dentista, come tutti gli altri problemi qui trattati, possono rappresentare dei sintomi nevrotici di notevole importanza specialmente in quelle epoche nelle quali non si sono ancora rilevati disturbi psiconevrotici più gravi.

BIBLIOGRAFIA

ACHT B. - Odontoiatria e Psicopatologia. - Rivista Italiana di Stomatologia. n°1 -1954

ACHT B. - Psychodynamik bei der Kauflaechengestaltung. -D.Z.Z.,17 -1954

ACHT B. - Titubanza psichica dell'occlusione. - Minerva Stomatologia, 2 -1955

ACHT B. - Articolato senza articolazioni. - Rivista Italiana di Stomatologia. n°3 -1955

ACHT B. - Prothèse totale psychodynamique. -Revue Belge d'Odont.,1 -1955

ACHT B. - L'odontoiatra nel quadro della medicina scolastica. ·Rivista Italiana di Medicina di Scuola, n°3 -1955

ACHT B. -Il digrignamento e la parodontosi. -Atti Arpa, settembre 1955

ACHT B. - Riequilibrio e molaggio selettivo nelle abitudini viziate. - Rivista Italiana di Stomatologia n°5 -1956