

Salute orale e intervento psicologico nel trattamento della pedodontofobia

Maria Paola Zamagni¹

• Paura e fobia: metodi e proposte di trattamento

Paura e fobia sono termini spesso usati come sinonimi e molteplici sono i motivi che portano a questa sorta di identificazione, a partire dallo stesso significato di fobia (*phobos*), traducibile come “paura che genera la fuga”. Tuttavia è bene precisare i contorni e le caratteristiche proprie di tali termini, in considerazione della loro origine, intensità e direzione.

La *paura* è un’emozione innata, primaria e fondamentale, innescata da uno stimolo esterno, reale e presente che suscita, pressoché universalmente, una reazione di avversione-allarme-pericolo (Ekman, 1982).

A seconda delle circostanze oggettive, della valutazione cognitiva dell’evento e della disposizione personale, la paura mobilita comportamenti diretti alla lotta o alla fuga (*fight or flight*). Nella sua forma più emergenziale la paura può causare una sorta di “sequestro neurale”, ovvero una reazione esplosiva in cui i circuiti neocorticali, seppur temporaneamente, vengono eclissati dall’intervento dell’*amigdala* (Le Doux, 1992).

I contributi delle neuroscienze segnalano che questa struttura del sistema limbico ha la capacità di entrare in risonanza con gli eventi in maniera rapida ma primitiva e di innescare un allar-

1 Università di Bologna, Dipartimento di Psicologia, Viale Berti-Pichat 5, 40122 Bologna.

me generalizzato ma scarsamente definito, proprio perché la sua azione di “sentinella emotiva” si svolge a monte dei processi superiori del cervello.

Sarebbe, però, riduttivo considerare la paura unicamente come elemento perturbante e disorganizzante la vita psichica: in molteplici occasioni essa concorre anche alla sopravvivenza dell'individuo. In tal caso si parla di “funzione adattiva della paura”, tesi questa sostenuta da vari autori (Seligman, 1971; Mineka, 1987; Fanselow, 1997) secondo i quali gli uomini, per antico retaggio del processo evolutivo, nascono predisposti a temere determinati oggetti o situazioni (buio, serpenti, rumori sgradevoli e improvvisi, vuoto-precipizio) avvertiti come pericolosi. Una sorta di memoria biologica che si tramanda nella specie e che persiste quantunque le condizioni ambientali del nostro presente siano profondamente mutate rispetto a quelle degli uomini primitivi.

La *fobia*, il cui esordio generalmente risale ad esperienze vissute a partire dalla seconda infanzia (da 3-4 anni in poi), si configura come una paura acquisita, specifica, irrazionale e difficilmente controllabile; a prima vista sproporzionata allo stimolo che l'ha provocata dal momento che l'oggetto temuto è spesso ignorato, o comunque ben tollerato, se non addirittura ricercato, dalla maggior parte delle persone (come nel caso di chi usa normalmente l'ascensore in contrapposizione a chi lo evita per problemi di claustrofobia).

L'individuo fobico è consapevole del suo disturbo, meno delle cause su cui tende a costruire ipotesi, forse suggestive, ma in verità poco solide. Prova imbarazzo e vergogna ad ammettere il suo problema temendo, specie se adulto, la marginalizzazione e l'irrisione sociale.

Una volta che si è insediata, la fobia genera non poche interferenze nella vita quotidiana, inducendo la persona a comportamenti inadeguati e comunque limitativi nell'ambito delle proprie funzioni, nel tentativo di scongiurare l'insorgenza degli attacchi d'ansia e delle crisi di panico (Kessler et al., 1998; Van Den Heuvel et al., 2000; Craske-Barlow, 2001; Hettrema et al., 2001).

Vari indirizzi psicologici si sono confrontati in merito alle reazioni fobiche, apportando significativi contributi sull'eziologia e sulle procedure d'intervento terapeutico.

Nell'impostazione **psicodinamica** la fobia, per quanto possa essere una situazione penosa, costituisce – come il sintomo e il sogno – una sorta di compromesso e di difesa: grazie al meccanismo dello *spostamento* l'ansia, correlata a contenuti intollerabili e perciò rimossi nell'inconscio, viene fissata su un oggetto esterno che ne diventa una rappresentazione distorta, condensata e simbolica (cfr. *isteria d'angoscia* in Laplanche e Pontalis, 1968).

Il ruolo difensivo della fobia costituisce, dunque, una barriera nei confronti di pulsioni inaccettabili, alimenta la rimozione concentrando l'attività mentale sull'oggetto esterno che le rappresenta e verso il quale coesistono atteggiamenti ambivalenti di repulsione e di attrazione.

I terapeuti di scuola psicodinamica, cui non sfugge la difficoltà di operare con i pazienti fobici così conflittualmente attaccati alle loro paure, raccomandano l'importanza di un approccio graduale e indiretto. Sottolineano, inoltre, come possa essere controproducente rivolgere un'esplicita attenzione all'oggetto fobico essendo questo la copertura – il sostituto – di contenuti profondi intensamente spiacevoli. L'abbattimento intempestivo della difesa fobica consegnerebbe, infatti, la persona all'ansia intrapsichica ben più intollerabile di quella provocata dall'oggetto temuto che, essendo esterno, più facilmente può essere evitato, o depotenziato, col ricorso a formule e riti propiziatori, o con la ricerca di un *oggetto soterico*.

Diversamente dall'indirizzo psicodinamico, gli psicologi di matrice **comportamentista** (*behaviorismo*) considerano la fobia come il prodotto di un apprendimento, o per *condizionamento classico* – secondo la “legge dell'associazione per contiguità spazio-temporale” (Pavlov, 1927), o per *condizionamento operante* – secondo la “legge dell'effetto” (Skinner, 1938).

Il ruolo dell'associazione, per cui un evento/oggetto acquisisce lo statuto di fobia, è particolarmente esaltato dai primi beha-

vioristi che, coerentemente con i loro assunti di base, considerano il comportamento come la risultante di relazioni tra stimoli oggettivi (ciò che accade nell'ambiente) e risposte osservabili attraverso le azioni.

In tale prospettiva un evento traumatico, vissuto personalmente o appreso per osservazione – *apprendimento vicario* (Bandura, 1986) – può produrre un'intensa reazione in cui paura e ansia si rafforzano reciprocamente, causando una condizione patologica perdurante nel tempo. Se la fobia deriva dall'apprendimento, un "contro apprendimento" potrà correggere, fino ad estinguere, la condotta disturbante.

Al riguardo le tecniche d'intervento pre-poste comprendono il *flooding* – la persona viene come inondata dallo stimolo spiacevole e a questo resta esposta fino a quando la risposta fobica non scompare per estinzione o per assuefazione (Foa-Kozak, 1986); il *controcondizionamento* (Watson, 1924) – la persona, attraverso il processo di condizionamento classico, apprende a reagire allo stimolo fobico con una risposta antagonista alla paura (ad esempio, di piacere-distensione-rabbia); la *desensibilizzazione sistematica* – la persona, dapprima a livello immaginativo, poi a livello reale, apprende gradualmente a controllare la paura non per atto di volontà, ma piuttosto attraverso esercizi di rilassamento muscolare: l'esperienza positiva iniziale via via si generalizzerà a tutte le situazioni in cui è presente l'oggetto critico fino ad estinguere la sua carica (Wolpe, 1958); il *biofeedback* – variante del condizionamento operante con cui si possono trattare anche disturbi di natura fisiologica: la persona viene addestrata a modificare nella direzione desiderata il suo comportamento in relazione alla comparsa e alla durata di un certo segnale che ha funzione di rinforzo (Thorpe-Olson, 1997).

All'approccio comportamentista, che certamente ha avuto il merito di aver approntato efficaci tecniche per il trattamento dell'ansia e delle fobie, furono tuttavia rivolte significative critiche. Altri psicologi, rappresentanti dell'indirizzo **cognitivista**, obiettarono la limitatezza di un'impostazione che escludeva la

componente mentale a tutto vantaggio del ruolo dell'apprendimento e dell'associazione tra stimoli e risposte osservabili. Secondo questo indirizzo i comportamenti, più che frutto di condizionamento, sono invece la risultante di una complessa attività mentale attraverso la quale gli eventi vengono codificati, elaborati e dotati di significato, non solo in forza delle caratteristiche loro proprie, ma mediante la rappresentazione che ne fa l'individuo, in ciò influenzato dalle esperienze passate, dalle aspettative e dal suo personale *sistema di attribuzioni* (Gilbert, 1989; Malle, 1999; Trope-Gaunt; 1999; Peterson-Bossio, 2001).

L'approccio cognitivista ha notevolmente modificato gli assunti di base dei primi comportamentisti: l'incontro di queste due scuole si è tradotto in un nuovo indirizzo, quello **cognitivo-comportamentale**, che sul piano terapeutico si avvale proficuamente sia di tecniche preposte alla modificazione del comportamento disturbato, sia di procedure finalizzate al controllo delle emozioni e al riconoscimento delle distorsioni del pensiero (Wells, 2009).

In sintesi, la diversa considerazione posta verso l'eziologia e la varietà delle procedure terapeutiche testimoniano l'interesse dello psicologo nei confronti del disturbo fobico che, a seconda dell'età del paziente, del suo coinvolgimento personale, delle sue aspettative e degli obiettivi da raggiungere a medio o a lungo termine, potrà trovare soluzione nell'applicazione di una delle metodiche qui esposte.

Più in generale, però, anche chi pratica un'attività medico-specialistica potrà accogliere nell'esercizio della sua professione, senza temere di perdere prestigio e autorevolezza perché anzi il suo profilo ne verrà rafforzato, i contributi derivanti dalla ricerca psicologica e dalla collaborazione effettiva tra esperti di diversa formazione.

Cercheremo ora di applicare queste considerazioni nell'ambito specialistico delle cure dentali, con particolare riferimento alle situazioni critiche riscontrabili nell'età dello sviluppo (*pedodontofobia*).

• Paura e ansia dentale nel bambino

Nella pratica odontoiatrica è bene distinguere la *dental phobia* dalla *dental fear*, forma questa più ricorrente ma meno grave della prima.

La phobia, secondo i criteri del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, 2000) rientra pienamente nei disturbi *d'ansia specifica*; in tale contesto essa è definita come “paura marcata e persistente nei confronti di oggetti o situazioni relativi all’ambiente odontoiatrico”. Tale definizione è condivisa anche dall’OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) che le riconosce la caratteristica di un vero e proprio disturbo, meritevole del coinvolgimento di più esperti nel campo della salute.

Nonostante i progressi ottenuti con l’applicazione di tecniche innovative e l’attenzione posta nei confronti del controllo del dolore, in una quota non trascurabile di persone (adulti e bambini) persiste un atteggiamento di tipo odontofobico, o comunque contrassegnato da intensa paura. La stima di questa quota varia a seconda dei paesi considerati e degli strumenti di rilevazione adottati. Tuttavia molti studi internazionali (Milgrom et al., 1988; Eijkman, 2007) evidenziano che nel mondo occidentale la presenza dell’ansia dentale si attesta attorno a valori espressi tra il 5 e il 20% della popolazione considerata, di cui il 5-7% oppone un assoluto rifiuto verso i trattamenti, fino al punto di incorrere in gravi disfunzioni e patologie che possono estendersi al di là del cavo orale.

La situazione italiana appare allineata con le statistiche internazionali, sia per ciò che concerne la popolazione adulta che infantile.

Nel bambino il fattore *età* assume particolare importanza, come riportato da vari contributi in letteratura. Mentre alcuni lavori (Herbert-Innes, 1979; Chapman, Kirby-Turner, 1999) collocano la manifestazione odontofobica verso i 10-11 anni, altri invece (Klingberg et al., 2007) pongono l’accento sul periodo pre-scolare, confermando l’interpretazione data da Corkey e

Freeman (1988) per i quali lo sviluppo cognitivo/affettivo agisce positivamente sul controllo delle emozioni e sull'impiego di strategie di contenimento dell'ansia.

Neppure per quanto riguarda le differenze di *genere* vi è un unanime accordo circa l'incidenza del disturbo fobico: in alcune ricerche (Chapman et al., 1999) esso viene chiaramente riferito alla popolazione infantile femminile sia perché le bambine appaiono generalmente più paurose dei loro coetanei maschi, sia perché i condizionamenti culturali permettono loro di esprimere più liberamente le emozioni (Liddell-Locker, 1997; Rowe-Moore, 1998; Ten Berge et al., 2002).

Se alcuni studi non rilevano differenze significative imputabili al genere di appartenenza (Milgrom et al., 1995), altri ancora, invece, (Kleiman, 1982) attribuiscono proprio ai maschi una maggior vulnerabilità al comportamento odontofobico, giocando questa volta a loro sfavore i condizionamenti sociali tesi a modellare condotte coraggiose cui, però, alcuni di essi non sanno corrispondere.

Se, entro certi limiti, la paura verso il dentista può essere considerata normale (De' Fornari Coccanari et al., 2004), particolari reazioni dovranno invece ritenersi disturbate come nel caso in cui il bambino manifesti disagio e agitazione in prossimità della visita (*anticipazione del dolore*), o quando ormai giunto in studio cerca affannosamente una via di fuga (si nasconde, scappa), mostra ostinazione (non apre la bocca) o aggressività aperta (scalcia, morde, usa parole offensive), ostenta sofferenza (piange per qualche male: gola, stomaco etc...).

Tutte queste reazioni esterne hanno anche un riscontro interno, poiché la situazione ansiogena causa uno stato di alta attivazione che a livello fisiologico si esprime, ad esempio, con contrazioni muscolari, aumento di frequenza del battito cardiaco, della pressione sanguigna e del respiro, e a livello mentale con la focalizzazione dei meccanismi di vigilanza sull'evento in corso, fino ad escludere ogni invito alla ragione o ad ogni altro pensiero che non sia quello di fuggire.

Al riguardo è importante osservare anche il comportamento del genitore: se e come interviene in merito alla condotta del figlio, quanto è disposto a giustificare la sua reazione, se cerca alleanza nel rapporto con il professionista o piuttosto complicità con il figlio, alimentandone in tal caso la sensazione di paura e di inaffidabilità verso il medico.

L'osservazione riferita al genitore e al bambino potrà avvalersi di una griglia elaborata sul modello del CDAS (Corah's Dental Anxiety Scale, 1969), in cui il professionista annota le sue considerazioni, aggiornandole nel corso del trattamento. Come strumento psicometrico si potrà utilizzare la CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale, di Melamed-Cuthbert, 1982) composta di due scale rivolte specificamente al bambino e al genitore.

Questo test si compone di 15 voci che esplorano le più frequenti reazioni alla visita odontoiatrica, in merito a particolari manovre e all'uso di strumenti quali trapano, siringa, ecc... Per ciascuna scala il punteggio varia da 1 a 5, ovvero da un minimo ad un massimo di paura che nei casi più difficili raggiunge il valore di 75.

Molto spesso le risposte dell'adulto e del bambino concordano nel grado di paura di fronte agli *stressor* elencati e ciò rafforza il concetto di *apprendimento vicario* (Brown et al., 1986; Milgrom et al., 1995); in alcuni casi, però, appare più disturbato il profilo del genitore che, con maggiore o minore consapevolezza, attribuisce al figlio la propria paura, frutto di passate esperienze non meglio elaborate (Townend et al., 1999).

L'utilizzo di questi strumenti psicometrici, per quanto non possa fornire una valutazione raffinata dell'ansia dentale, permette tuttavia di raccogliere informazioni sull'atteggiamento del bambino verso il setting odontoiatrico e promuovere, di conseguenza, interventi mirati al contenimento delle emozioni negative e dello stress.

- Aspetti comunicativi e relazionali
in ambito pedodontico

Più sopra si è accennato che la reazione fobica generalmente attecchisce negli anni infantili, dal momento che nel bambino le funzioni cognitive e il controllo sulle emozioni non si sono ancora pienamente dispiegati ed anzi, come spesso succede, eventi dalla forte coloritura emotiva possono interferire nel processo di acquisizione ed elaborazione delle esperienze.

Gli studi di Piaget (1970) hanno evidenziato le fasi dello sviluppo del pensiero durante tutto l'arco evolutivo, mettendo in luce come l'attività mentale, prima di culminare nel ragionamento logico che caratterizza lo stadio *operatorio-formale*, gradualmente evolva da modalità *pre-logiche*, permeate di fantasia e di elementi simbolici (2-7 anni), ad operazioni sempre più organizzate e complesse (7-11 anni) nelle quali predominano il realismo percettivo, il dato concreto e l'esperienza immediata connotata da piacevolezza/avversione.

Nel mondo infantile gli elementi di realtà coesistono con quelli immaginativi, e spesso questi ultimi assumono contorni dotati di fisicità tanto da diventare vere e proprie presenze concrete. Per quanto il bambino mostri una notevole abilità nei giochi di fantasia, al tempo stesso ha bisogno di mantenere stabile il rapporto con l'ambiente nel quale si riconosce.

Non meraviglia, pertanto, che di fronte ad esperienze nuove, improvvise, in qualche modo estranee alle proprie abitudini e ai propri schemi mentali, il bambino mostri atteggiamenti quanto meno di diffidenza, percependosi privo di strategie collaudate e rassicuranti. Se poi la situazione da affrontare si presenta carica di minacce, con vissuti persecutori sia sul piano dell'integrità fisica (dolore, mutilazione, ecc....) che su quello dei rapporti affettivi (ad esempio la separazione dal genitore), si potranno ravvisare nel suo comportamento reazioni contrassegnate da ansia e paura che sono i prodromi della manifestazione fobica.

Tra le molteplici occasioni in cui il bambino può trovarsi

esposto all'insorgenza fobica ci soffermeremo su quella che riguarda la visita odontoiatrica, quando questa viene percepita come attacco aggressivo-punitivo nei suoi confronti: ovviamente la reazione del bambino sarà tanto più intensa, quanto più avrà colto in coloro che gli stanno vicini ansia, preoccupazione o biasimo per la sua condotta recalcitrante.

A differenza della visita pediatrica, quella odontoiatrica presenta, infatti, delle specificità che la possono rendere particolarmente temibile dal momento che in essa si concentrano l'estraneità dell'ambiente e dell'arredo, la presenza di strumenti insoliti ed intrusivi, l'impressione di essere in balia di persone rese sinistre dal necessario abbigliamento (guanti, mascherina, copricapo), la percezione di odori sgradevoli e di rumori disturbanti, la consegna dell'immobilità e il senso di passività all'esplorazione in una delicata parte del corpo (Fabbrici et al., 2005); senza trascurare, poi, che spesso il bambino giunge alla visita in qualche modo condizionato da suggestioni poco rassicuranti al riguardo.

È in questi casi che l'atteggiamento del medico e dell'équipe curante può essere determinante al fine di arginare l'ansia e orientare il rapporto verso la fiducia e la collaborazione, obiettivi questi che possono essere raggiunti con un approccio *empatico*, aperto alla comprensione e attento all'urgenza dei bisogni.

In campo medico le cure pedodontiche pongono particolari problemi di comunicazione essendo coinvolti nel trattamento l'odontoiatra, il minore e i genitori. Uno studio condotto da Quartieri Bollani, Fenino, Strohmenger (2005), nel sottolineare la scarsità dei lavori riguardanti gli aspetti relazionali in ambito pedodontico, ha messo in evidenza come nell'interazione col paziente il medico utilizzi la maggior parte dello spazio comunicativo (72% vs. 28%, valore questo ottenuto dalla somma degli interventi effettuati dal minore e dai genitori). Gli autori, analizzando videoregistrazioni di sedute, hanno rilevato che percentualmente (35%) i contenuti scambiati durante la visita, per le loro caratteristiche di tipo informativo/prescrittivo, rientrano pre-

valentemente nell'impostazione del modello *biomedico*, mentre i contenuti emotivi si attestano percentualmente attorno a valori più modesti (12%). Gli autori inoltre mettono in luce come durante la consultazione l'interazione coinvolga in maniera precipua lo specialista e i genitori, relegando il bambino, se non nel ruolo di muta comparsa, comunque in posizione di marginalità e dipendenza (Tates et al., 2002).

Recenti campagne di sensibilizzazione hanno promosso verso l'igiene orale e la prevenzione della carie, con specifico riferimento ai bambini affetti da patologie sistemiche o con anomalie genetiche, un'attenzione significativa che in molti casi ha prodotto efficaci programmi educativi e terapeutici.

Poter contare sulla collaborazione dei genitori sicuramente avvantaggia il professionista, oltre che lo stesso beneficiario del trattamento; ma molto spesso l'odontoiatra deve affrontare più problematiche di natura relazionale che quelle di natura specificamente clinica (Lavalle, 2002).

Di fronte al bambino che mostri timore ad entrare da solo nello studio conviene assecondare la presenza degli adulti, dal momento che un atteggiamento rigido e di preclusione può compromettere il rapporto e accentuare la paura nei suoi confronti. Ciò è tanto più vero nei casi in cui il bambino giunge all'osservazione odontoiatrica a seguito di eventi traumatici che hanno causato lesioni più o meno gravi nel cavo orale (ferite, avulsione dei denti, ecc....).

È da notare che a volte, invece, sono i genitori che reclamano, "per il bene del bambino", di essere presenti nello studio, spinti inconsciamente da un atteggiamento di controllo e di iperprotezione che li rende quasi incapaci di tollerare la separazione dal figlio. Non di rado l'odontoiatra, nel corso della seduta, si vede costretto a fronteggiare soprattutto le ansie dei genitori che, se non contenute, potrebbero ostacolare nel figlio il necessario controllo motorio richiesto dalla situazione. In tal caso il bambino non accetta di stare seduto, aprire la bocca, seguire le indicazioni dello specialista: tra crisi di pianto, di rabbia e di im-

potenza generalizzata si interrompe un rapporto di difficile gestione e dagli esiti incerti.

Per quanto di giovane età, anche al bambino devono essere fornite le informazioni che lo riguardano esemplificando, in maniera chiara e semplice, le procedure da effettuare a casa, da solo o con l'aiuto dei genitori. Rendendolo protagonista in prima persona, quando l'età lo consente, da un lato lo si responsabilizza e dall'altro si agevola la sua emancipazione dalle ingerenze, talora ossessive, degli adulti.

Segnaliamo, al riguardo, il caso di Lorenzo.

Lorenzo è un bambino di 9 anni, insofferente verso la madre che, a suo dire, "pretende troppo e non è mai contenta". Negli ultimi tempi, a seguito della visita odontoiatrica che aveva evidenziato la comparsa di carie in un molare, Lorenzo si sente ostaggio delle meticolose ispezioni orali imposte dalla madre, ai cui occhi risulta del tutto inadeguato il lavaggio dei denti effettuato dal figlio. L'insofferenza spesso culmina in litigi ed incomprensioni a causa del modo urtante e coercitivo con cui la madre – secondo Lorenzo – antepone il proprio controllo, non risparmiandogli ramanzine e funeste previsioni neppure in presenza degli amici, dai quali egli teme di venire deriso per la sua infantile remissività.

Da parte sua Lorenzo pare deciso a tenere testa alla madre, attuando una sorta di resistenza passiva verso l'igiene orale. All'odontoiatra la signora chiede esplicitamente di intervenire sull'incuria del figlio e suggerisce l'impiego di severi rimproveri e minacce al fine di educarlo.

Effettivamente la signora mostra una personalità ansiosa con tratti ossessivi, accompagnati recentemente, per l'acuirsi delle difficoltà familiari, da ricorrenti episodi di bruxismo² notturno.

Tutto sommato Lorenzo non presenta un profilo disturbato; a differenza di altri bambini non mostra segni di paura/fobia ma, piuttosto, di oppositività/ribellione verso la madre.

Nei confronti di Lorenzo l'atteggiamento empatico dell'odonto-

2 Digrignamento dei denti durante il sonno.

iatra si è rivelato proficuo al fine di responsabilizzarlo verso l'igiene orale. Alla madre, invece, è stato proposto (e da lei ben accettato) un intervento psicologico centrato sulle sue problematiche personali con l'obiettivo, non secondario, di allentare la tensione verso il figlio.

Nel rapporto con i bambini le informazioni di carattere sanitario risultano nettamente più produttive se sono accompagnate da un atteggiamento amichevole ed incoraggiante e se evitano formule che, diversamente dalle intenzioni del professionista, potrebbero essere interpretate come presa in giro (“allora sei un fifone”), come minaccia di conseguenze devastanti (“guarda che perderai tutti i denti”), come pretesa eccessiva di comportamenti eroici (“i bravi bambini non fanno storie”) cui il piccolo paziente sente di non poter corrispondere (De' Fornari Coccinari et. al., 2004).

È comunque possibile superare le resistenze attraverso alcuni accorgimenti. Si sa, infatti, come il bambino sia particolarmente sensibile alla gratificazione e all'esperienza immediata di piacere. Pertanto l'utilizzo del *rinforzo*, cioè dell'erogazione di premi (attestato di bravura, piccoli doni dal valore simbolico quali kit e presidi odontoiatrici) costituisce un importante alleato verso le cure proposte e le figure dei vari operatori di studio.

Piera è una bambina di 7 anni affetta da mal'occlusione; sin dall'inizio appare riluttante verso la visita finalizzata all'applicazione di un apparecchio ortodontico: vuole che la madre sia presente alla seduta, lamenta che vuole andare via e che non le “importa nulla se i denti sono storti”. Il suo atteggiamento, piuttosto rigido e contratto, esprime qualcosa di più di un semplice disagio: si saprà poi che era effettivamente impaurita per le previsioni, non prive di “sadismo”, trasmesse dal fratello di poco maggiore d'età. Terminata la visita mostra di gradire il kit che le viene consegnato e la promessa di ricevere, se meritati, attestati di bravura di valore via via crescente. Dopo alcune sedute appare più sicura e collaborativa: la mamma ora può attendere in sala d'aspetto, con i vari operatori intrattiene comportamenti di avvicinamento, chie-

dendo di indossare, ad esempio, mascherina e copricapo. Sembra particolarmente fiera di aver totalizzato un buon numero di attestati al merito e di vedere il proprio nome tra coloro che risultano nella “top ten” dello studio. A sua volta, inoltre, non manca di gratificare con disegni quanti le prestano le cure necessarie.

Nella letteratura pedodontica vanno segnalati alcuni contributi derivanti dall'utilizzo del *modeling*, risultando tale procedura particolarmente efficace nel familiarizzare il bambino con la situazione che dovrà affrontare (Melamed et al., 1975). La tecnica del *modeling* consiste in una sorta di apprendimento sostitutivo – *vicarious learning* – o di apprendimento per osservazione – *observational learning* – (Brown et al., 1986, Milgrom et al., 1995). Scopo del *modeling* in genere è indurre nell'osservatore (il giovane paziente) un comportamento imitativo/emulativo adeguato alla situazione: assistere a sedute in cui coetanei accettano e collaborano all'azione del medico aiuta a contenere la paura e ad attivare le risorse personali (Zamagni-Mattarozzi, 2008).

Nell'arco dell'età evolutiva, oltre il *modeling* trovano vasto impiego anche altre procedure definite di “distrazione”, quali l'uso di videogame (Corah et al., 1979) e di cartoni animati (Ingersoll, 1982).

La distrazione dell'attenzione, come sottolineano gli studi nell'ambito delle neuroscienze e delle metodiche di neuroimmagine, si presenta come un'efficace strategia nei confronti delle situazioni critiche. Lo spostamento dell'attenzione da stimoli nocicettivi ad altri caratterizzati da piacevolezza/benessere riduce, infatti, l'attivazione di alcune aree cerebrali corrispondenti alla via *laterale e mediale* di elaborazione del dolore, col conseguente effetto di contenere l'intensità dell'esperienza dolorosa e dello stress ad essa collegato (Maravita, 2005).

Come nell'adulto, anche nel bambino l'ansia – se non altro quella di “stato” che insorge di fronte a prestazioni specifiche e occasionali (Spielberger, 1983) – può preannunciarsi qualche giorno prima della seduta, o nelle vicinanze dell'ubicazione del-

lo studio dentistico, toccando il proprio acme nella sala d'attesa. Qui il bambino deve poter fruire di un arredo confortevole che gli permetta di giocare, dal momento che l'esperienza ludica esercita un'azione distraente dall'ansia e dall'ingorgo emotivo (Cristiano-Russ, 1996). Pertanto il piccolo paziente dovrà avere a disposizione materiale di cancelleria, giornalini, pupazzi, cassette con cartoni animati e, non ultimo, un acquario la cui presenza associa agli effetti rilassanti di un mondo silenzioso e tranquillo anche quelli capaci di stimolare curiosità e interesse.

La sala d'attesa, inoltre, può diventare occasione di socializzazione con altri coetanei, luogo quindi dove esperienze piacevoli possono mitigare timori ed insicurezze. Questo ambiente può essere arricchito da composizioni grafiche o di tipo letterario, nelle forme di poesie e racconti, prodotte dai bambini: una sorta di "galleria" *naïve* in cui gli autori si riconoscono e si sentono valorizzati sul piano personale.

Nei centri, tra cui quello della Clinica Odontoiatrica dell'Università di Bologna, che prevedono la presenza in sala d'attesa di animatori, opportunamente preparati ad intrattenere i giovani pazienti nell'attività di *giochi di ruolo*, si sono ottenuti risultati pienamente soddisfacenti. Non solo i bambini si mostrano più collaborativi durante la visita, ma anche i genitori, percependo un clima più disteso, riescono a controllare le loro preoccupazioni, facilitando così il trattamento.

Il gioco è un'attività di primaria importanza nello sviluppo del bambino soddisfacendo motivazioni di ordine cognitivo-affettivo-sociale, senza trascurare la sua valenza terapeutica quando viene utilizzato nell'ambito della psicopatologia infantile.

Oltre alla funzione di divertimento, il gioco simbolico permette ad un attento osservatore di far luce sulle dinamiche interne del bambino e sul suo modo di rappresentarsi il mondo che lo circonda. Se in preda alla paura la realtà appare minacciosa, tanto da trasformare in aggressori coloro che sono preposti a compiti di cura, attraverso il gioco di ruolo il bambino, sovvertondo l'ordine delle cose, adatta la realtà alle proprie esigenze

(Piaget, 1972). Non sarà più il paziente impaurito, ma, nel nostro caso, il “dentista” che con disinvoltura pratica le manovre necessarie su un pupazzo/bambola, o, meglio ancora, su un adulto che accetti il ruolo di timoroso interlocutore.

Certo l'adulto deve incondizionatamente accettare la “scegneggiatura” che il bambino costruisce, una sorta di “drammatizzazione” in cui, mentre viene proiettato il proprio mondo interno, quello delle regole sociali diventa, grazie alla finzione, meno distante e più assimilabile.

Nell'esperienza ludica il bambino suggerisce cosa l'altro deve fare o dire (“facciamo che tu...”); una catarsi che mentre allevia l'ansia e la paura, permette, attraverso il rispecchiamento con l'altro, di inscenare in prima persona ruoli ritenuti impraticabili, di dilatare con l'immaginazione un repertorio di atteggiamenti sofferti, ma che ora possono volgere verso la conquista e l'esibizione di un Io divenuto improvvisamente grande e temerario (Koch, 1980).

Il caso di Anna illustra, seppur sinteticamente, il percorso intrapreso.

Anna è una bambina di 6 anni che ha riportato, a seguito di una caduta sugli attrezzi del parco, un trauma ad un incisivo superiore ed alcune lesioni al mento.

La visita odontoiatrica si presenta subito difficile, praticamente ingestibile. Piange, s'aggrappa al collo del padre e, non paga di ciò, vuole che la madre le dia la mano come per fare una barriera protettiva nei confronti degli operatori.

I tentativi di rassicurazione che non sentirà alcun male e l'appello a comportarsi da grande, “pena la vergogna”, non solo non sortiscono l'effetto desiderato, ma sembrano vieppiù eccitare nella bambina reazioni di paura, rabbia, disperazione: il pianto le soffoca il respiro fino a provocarle accessi di tosse stizzosa, suda, si dimena, scalcia, provocando l'exasperazione del padre che alterna momenti di tenerezza a momenti di rimprovero.

In queste condizioni, ovviamente, non si può far nulla; si decide di rinviare di lì a qualche giorno la visita, confidando che l'even-

to patito possa nell'intermezzo temporale diventare più controllabile e rendere meno oppositorio il suo comportamento.

Al riguardo si invitano i genitori ad accompagnare la figlia nel parco e di non proibirle quegli attrezzi con cui aveva riportato il trauma della caduta, evitando comunque di enfatizzare il ricordo dell'incidente.

Il momento del congedo trasforma Anna da paziente intrattabile in una bimba spaventata ma un poco più malleabile, tanto che nell'uscire getta una timida occhiata alla stanza dei giochi dove altri bambini sono intrattenuti dall'animatore.

Nell'incontro successivo si programma di farla semplicemente soggiornare nella sala d'attesa. Anna appare ancora intimorita e diffidente, si raccomanda che la madre stia con lei e che le faccia da scudo; divisa tra aversione e partecipazione si limita a guardare ciò che gli altri bambini fanno, mantenendosi però a distanza di sicurezza tra le gambe del genitore.

La volta dopo ancora Anna si mostra più disponibile, tanto da interagire con il conduttore e con i coetanei che, per fortuna, non rivelano segni di disagio o di insofferenza.

L'attività ludica inscena la visita odontoiatrica: il conduttore imita in maniera divertente le procedure del caso utilizzando strumenti/giocattolo con cui riproduce la seduta. La gestualità, non priva di spirito, è accompagnata da battute nelle quali sono bandite parole quali "paura" e "male", a favore invece di quelle tese a valorizzare la curiosità e il divertimento ("chissà cosa dice quel dente laggiù in fondo quando si guarda nello specchietto?", "ah, che solletico questo tampone!", ecc...).

Questa "teatralizzazione" coinvolge i bambini che talora fuoriescono con battute originali, prontamente accolte e sottolineate dall'animatore.

Nonostante l'esibizione di atteggiamenti spavaldi, non di rado si fanno strada risposte che riflettono, invece, preoccupazione e paura; in tal caso, a seconda delle circostanze, si fa ricorso a strategie in cui l'adulto, alleato del bambino, mostra abilità sorprendenti capaci di contrastare efficacemente le presenze cattive.

Nel prosieguo, Anna ha partecipato alla visita di un coetaneo, un bimbetto spiritoso e molto interattivo con gli operatori. Finalmente anche lei ha accettato di sedersi sulla poltrona, di aprire la

bocca e farsi visitare. Pur reclamando la presenza della madre, il suo sguardo appare ora più orientato ad incontrare con fiducia quello dell'operatore.

Insomma, "perdendo un po' di tempo", si è riusciti a stabilire una relazione e forse a prevenire l'insorgenza di comportamenti fobici.

• Disabilità e cure pedodontiche

Quando poi il bambino è affetto da disabilità fisiche/psichiche, o è portatore di gravi patologie, il trattamento può presentarsi ancora più difficoltoso, sia sul piano dell'intervento clinico che sul piano relazionale. In passato, di fronte al paziente disabile e sofferente, l'azione terapeutica e riabilitativa del cavo orale veniva in qualche modo eclissata dalla constatazione di problemi di più vasta portata, o comunque di non diretta pertinenza odontoiatrica. Nella "razionalizzazione" della rinuncia ad intervenire, o nell'enfasi posta sull'inaffidabilità del paziente (e della sua famiglia) verso i trattamenti ortodontici si possono cogliere vari aspetti: l'impreparazione emotiva e il conseguente disagio del medico ad affrontare situazioni cariche di drammaticità, una sorta di rassegnazione fatalistica, un'ipervalutazione dei deficit fisici o mentali nei cui confronti la patologia dentaria diventa marginale.

Tra odontoiatra e genitori, soprattutto in passato, v'era molto spesso una sorta di collusione che portava anche questi ultimi ad attribuire caratteristiche di centralità e dominanza alla disabilità del figlio, così che ogni altro tentativo migliorativo o riabilitativo era ritenuto fuori luogo o superfluo.

Da tempo ormai sono stati varati progetti di "parent education" e di "parent training" allo scopo di favorire l'interazione degli adulti verso i figli, specialmente quando in questi ultimi è presente una situazione critica dovuta a disabilità psichica e/o fisica (Baker et. al., 1991; Soresi, 2001). Il figlio affetto da anomalie non di rado genera problemi che investono l'intera famiglia,

anche se il più delle volte è alla madre che viene demandato un impegno pressoché totalizzante.

La quotidiana gestione del figlio disabile e i mille problemi che egli pone inducono facilmente ad atteggiamenti iperprotettivi, con l'esito di rinforzare, seppur involontariamente, comportamenti disadattivi, o che comunque non favoriscono l'acquisizione di abilità elementari come, ad esempio, quelle che riguardano la cura della propria persona (Larcan, 1988; Milani, 1993).

La "parent education" si configura come un efficace intervento d'aiuto specialmente se condotta in situazione di gruppo. In tal caso, dopo un'attenta attività di *assessment* (stato di criticità, analisi dei bisogni, aspettative, riconoscimento di eventuali incoerenze educative, ecc...) i genitori hanno la possibilità di confrontarsi tra loro sulle difficoltà del figlio, traendo utili suggerimenti da coloro che hanno già superato determinati scogli.

Nel caso delle cure dentarie, essendo l'igiene del cavo orale un insostituibile fattore di prevenzione e di mantenimento della salute, è auspicabile organizzare programmi di "parent training" così da rendere più attuabile la *compliance* ai trattamenti. Ascoltare le altrui esperienze che derivano da un condiviso problema riduce lo stress e il senso di solitudine, rafforza – senza peraltro cadere in comportamenti coercitivi o, al contrario, lassisti – gli obiettivi preposti, favorisce in famiglia un clima affettivo di reciproca gratificazione ("Un esempio concreto... lavarsi i denti. Ho scomposto l'operazione in più parti, poi le davo i suggerimenti e l'aiutavo. Ora fa da sola, a parte aprire il tubetto del dentifricio ma lì non riesce proprio perché non può muovere le dita...", tratto da Soresi, pag. 246).

Certamente è importante che in questi incontri sia presente anche il trainer allo scopo di osservare le dinamiche in corso, monitorare eventuali cambiamenti, stimolare gli interventi, dare fiducia.

Nel nostro presente, grazie alla crescente disponibilità dei medici, all'acquisizione di nuove tecniche d'intervento e alla sensibilizzazione delle famiglie, si assiste ad un maggior interessamen-

to verso i minori disabili. Deficit, malattie o disabilità non devono diventare alibi al disimpegno e alla rinuncia; anzi la loro presenza deve costituire ancor più motivo di intervento allo scopo di ridurre il danno e aumentare il senso di benessere.

Di tutte le parti del corpo il volto rappresenta con particolare salienza l'identità personale, sia per ciò che attiene la sfera intima/soggettiva che quella esterna/interpersonale. Per quanto riguarda il volto, la conformazione dei singoli tratti (occhi, naso, orecchie, bocca, denti), ma soprattutto la loro dinamica interazione possono indurre a valutazioni estetiche più o meno favorevoli. È noto come a partire dalla pre-adolescenza, il ragazzo spesso viva con apprensione e malessere certe irregolarità somatiche, specialmente quando queste si trovano in parti non occultabili, quali il volto. La percezione di disarmonia, seppure transitoria, può generare una risposta di rifiuto che in certi casi si traduce in un vissuto di *dismorfofobia*.

Per quanto attiene la bocca e i denti va rilevato che tali elementi non sono solo soggetti ad una valutazione di tipo estetico, ma sono anche deputati ad assolvere importanti funzioni sia da un punto di vista biologico che socio/affettivo. Se ciò è vero in generale, ancor più la promozione della salute orale e l'attuazione di tutti i possibili interventi riparativi debbono essere estese a coloro che sono in una situazione di svantaggio, al fine di migliorare la loro qualità di vita e facilitare l'integrazione sociale.

Al riguardo, non trascurabili risultati sono pervenuti dall'impegno di chi opera in campo legislativo, sociale ed assistenziale, come testimonia il documento approvato (24 Giugno 2005) dal Comitato Nazionale di Bioetica in cui, a proposito del diritto alla salute orale, si auspica una "transizione da un'odontoiatria delle cure ad un'odontoiatria del *care*"³.

Se da una parte si osserva una mutata considerazione verso il

disabile, dall'altra però occorre constatare come nei suoi confronti persistano atteggiamenti tipici del "pensiero prevenuto". Questa modalità di pensiero è fortemente influenzata dall'azione di *stereotipi e pregiudizi* (Abrams et al., 1990): la loro presenza guida i processi cognitivi in maniera globale e semplificante, rafforza l'omeostasi psichica impedendo di rivedere, alla luce di nuove esperienze e informazioni, le categorie concettuali assimilate e, non ultimo, spinge alla ricerca di un "capro espiatorio" su cui scaricare aggressività e frustrazioni.

Numerosi studi di psicologia sociale hanno sottolineato come un aspetto attraente (conformazione somatica, abbigliamento, trucco, ecc...) mobiliti, con caratteristiche di immediatezza (*primacy effect*), comportamenti di accettazione (*beauty is good*, Eagly, 1974), unitamente all'attribuzione di qualità positive (*effetto alone*) spesso frutto di inferenze e di proiezioni personali.

Diversamente un aspetto sgradevole, che presenti anomalie o menomazioni, o che non sia in linea con i criteri estetico-valutativi condivisi dal gruppo sociale di riferimento, tende ad indurre comportamenti di evitamento e di derisione.

Sul disabile molto spesso ricadono valutazioni stigmatizzanti scaturite proprio dalla percezione dei loro attributi fisici e comportamentali (Jones et al., 1990), rendendolo per di più, come riportano recenti fatti di cronaca, bersaglio di ingiustificati e lesivi attacchi alla sua persona. Pertanto, se in passato, l'odontoiatra veniva genericamente identificato nel ruolo minaccioso e demolitivo di chi estrae i denti, ora il repertorio dei suoi interventi si è ampiamente dilatato: dalla prevenzione alla cura, dalle tecniche conservative a quelle implantologiche, dai trattamenti riabilitativi a quelli migliorativi, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse personali.

Si è più sopra accennato all'importanza di un setting confortevole dal punto di vista architettonico e dell'arredo, nonché rispettoso delle esigenze personali del paziente (controllo del dolore, puntualità, riduzione del tempo di attesa, elasticità verso l'"agenda" del paziente, ecc...). Effettivamente sempre più lo studio odontoiatrico oggi risponde a criteri di efficienza, funziona-

lità e prestigio, caratteristiche queste capaci di attivare nel paziente risposte di “avvicinamento” e di fiducia verso l’operatore. Tuttavia nelle relazioni d’aiuto non si deve mai perdere di vista il ruolo centrale della comunicazione empatica che, più della fascinazione dell’ambiente, favorisce l’alleanza *terapeutica* e il mantenimento della *compliance*.

• Riassunto

L’interesse verso la sintomatologia fobica ha indotto i cultori delle principali scuole psicologiche (psicodinamica, comportamentista, cognitivo-comportamentale) ad interrogarsi sulla sua eziopatogenesi e a formulare, secondo i propri assunti di base, metodi e strategie d’intervento.

Nel vasto panorama delle fobie, quella che ha per oggetto la cura del cavo orale costituisce un notevole problema che coinvolge, in forza della resistenza opposta, non solo il paziente ma anche lo specialista.

In questo lavoro si è presa in considerazione la fobia dentale nel bambino, forma questa meno frequente ma più grave della paura dentale. L’*odontofobia* può avere delle significative ricadute che, non di rado, vanno al di là del trattamento e della specifica compliance; essa infatti può compromettere la salute in generale, minare l’autostima, innescare conflitti nelle relazioni familiari. Trattandosi di bambini in età evolutiva si è voluto porre l’accento su alcuni accorgimenti che, in ambito *pedodontico*, possono incrementare la motivazione all’igiene orale, stabilizzare la relazione con lo specialista e, all’occorrenza, sollecitare opportune strategie di coping verso l’ansia.

Infine si è voluto accennare anche alle difficoltà d’intervento nei confronti di minori disabili e come sia, in tal caso, importante favorire con i genitori una relazione aperta alla fiducia e alla condivisione.

• Résumé

L'intérêt pour les névroses phobiques a porté les chercheurs des principales écoles de psychologie (psychodynamique, comportementaliste, cognitive-comportementale) à s'interroger sur l'étiopathogénèse et à formuler, suivant ses thèses de base, des méthodes et des stratégies d'intervention.

Dans le vaste panorama des phobies, celle qui a pour objet le soin de la cavité orale constitue un important problème qui implique, en vertu de la résistance opposée, non seulement le patient mais aussi le spécialiste.

Dans ce travail, nous avons pris en considération la phobie dentaire chez l'enfant, forme moins fréquente mais plus grave que la peur dentaire. L'odontophobie peut avoir d'importantes conséquences qui, souvent, vont au delà du traitement et de la compliance spécifique ; elle peut en effet compromettre la santé en général, miner l'estime de soi, entraîner des conflits au sein des relations familiales. S'agissant d'enfants en âge évolutif, nous avons voulu mettre l'accent sur certains moyens qui, dans le domaine pédodontique, peuvent développer la motivation à l'hygiène orale, stabiliser la relation avec le spécialiste et, à l'occurrence, solliciter des stratégies opportunes de coping envers l'anxiété.

Enfin, nous avons aussi voulu indiquer les difficultés d'intervention chez les mineurs handicapés et combien il est important de favoriser avec les parents une relation ouverte à la confiance et au partage.

• Summary

The interest towards phobic symptomatology has persuaded the experts of the main psychological schools (psychodynamics, behaviourism, cognitive behaviourism) to question its etiopathogenesis and to formulate methods and intervention strategies according to their own basic assumptions.

In the vast list of phobias the one that concerns the treatment of

the oral cavity constitutes a significant problem that involves not only the patient but also the specialist due to opposing resistance.

The following paper has taken into consideration child dental phobia which is one of the more serious and less frequent dental fears. Odontophobia can have significant relapses which more often than not go beyond the treatment and the specific compliance: in fact it can compromise the general health, damage the self-esteem and trigger conflicts within family relations. As this problem regards children at the age of development, emphasis has been placed on some tricks which in the pedodontic field can increase the motivation towards oral hygiene, establish a relationship with the specialist and, if need be, stimulate appropriate coping strategies for anxiety.

Finally the paper aims to emphasize the difficulties in operating on disabled minors and the necessity in such situations to encourage a relationship with parents that is open to trust and sharing.

Bibliografia

- Abrams, D., Jackson, D., Lindsay, St.C. (1990) *Social identity and the handicapping functions of stereotypes: children's understanding of mental and physical handicap*, Human Relations, 43, 11, 1085-1098
- Baker, B.L., Landen, S.J., Kashima, K.J. (1991) *Effects of parent training on families of children with mental retardation: increased burden on generalized benefit?*, American Journal on Mental Retardation, 96, 127-136
- Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall
- Belacchi, C., Gobbo, C. (2004) *Parlare con i bambini. L'interazione comunicativa nello sviluppo normale e patologico*, Carrocci, Roma
- Brown, D.F., Wright, F.A., Mc Murray, N.E. (1986) *Psychological and behavioural factors associated with dental anxiety in children*, Journal of Behavioural Medicine, 9, 213-218
- Chapman, H.R., Kirby-Turner, N.C. (1999) *Dental fear in children-a proposed model*, British Dental Journal, 187, 8, 408-412

- Corah, N.L. (1969) *Development of Dental Anxiety Scale*, Journal of Dental Research, 48, 596
- Corah, N.L., Gale, E., Illig, S. (1979) *The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures*, Journal of American Dental Association, 98, 390-394
- Corkey, B., Freeman, R. (1988) *Predictors of dental anxiety in six year old children: findings of a pilot study*, Journal of Dentistry for Children, 55, 231-236
- Craske, M.G., Barlow, D.H. (2001) *Panic disorder and agoraphobia*, in *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*, New York, Guilford
- Cristiano, B.A., Russ, S.W. (1996) *Play as predictor of coping an distress in children during an invasive dental procedure*, Journal of Clinical Child Psychology, 25, 2, 130-138
- Cusinato, M., Tessarolo, M. (1993) *Ruoli e vissuti familiari, nuovi approcci*, Giunti, Firenze
- De' Fornari Coccanari, M.A., Rusconi, A.C., Passarelli, P., Bollea, E. (2004) *Monitoraggio di ansia, paura e fobia in ambito pedodontico*, Minerva Psichiatrica, 45 (1), 29-35
- DSM-IV-TR (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Texts Revision*, American Psychiatric Association
- Eagly, A.H. (1974) *Comprehensibility of persuasive arguments as a determinant of opinion change*, Journal of Personality and Social Psychology, 29, 758-773
- Eijkman, M. (2007) *A fearful patient's journey for dental help*, Patient Education and Counseling, 66, 259-269
- Ekman, P. (1982) *Emotion in the human face*, New York, Cambridge University Press
- Fabbrici, C., Ceri, I., Merli, M., Zamagni, M.P. (2005) *L'intervento psicologico in un servizio odontoiatrico per disabili in età evolutiva: alcune considerazioni teoriche e alcuni suggerimenti*, in *Patologie sistemiche e patologie del cavo orale in età evolutiva*, (a cura di G. Piana), Bononia University Press
- Fanselow, M.S. (1997) *Species-specific defense reactions: retrospect and prospect*, in M.E. Bouton-M.S. Fanselow (Eds.), *Learning, motivation, and cognition: the functional behaviorism of R.C. Bolles*, Washington, DC, American Psychological Association
- Foa, E.B., Kozak, M.J. (1986) *Emotional processing of fear: exposure to corrective information*, Psychological Bulletin, 99, 20-35
- Folayan, M.O., Idehen, E.E., Ojo, O.O. (2004) *The modulating effect of*

- culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review*, International Journal of Paediatric Dentistry, 14, 241-245
- Gatchel, R.J. (1989) *The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys*, Journal of American Dental Association, 118, 591-593
- Gedney, J.J., Logan, H. (2004) *Memory for stress-associated acute pain*, Journal of Pain, 5, 83-91
- Gilbert, D.T. (1989) *Thinking lightly about others: automatic components of the social inference process*, in J.S. Uleman-J.A. Bargh (Eds.) *Unintended thought*, New York, Guilford
- Herbert, R.M., Innes, J.M. (1979) *Familiarization and preparatory information in the reduction of anxiety in child dental patients*, Journal of Dentistry for Children, 46, 319-323
- Hettema, J.M., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2001) *A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders*, American Journal of Psychiatry, 158, 1568-1578
- Ingersoll, B. (1982) *Behaviour management in pediatric dentistry*, in R.J. Gatchel, A. Baum, J.E. Singer *Handbook of Psychology and Health*, vol. 3, 149-164, Lea, Hillsdale, New York
- Jones, R.S.P., Wint, D., Ellis, C.N. (1990) *The social effects of stereotyped behaviour*, Journal of Mental Deficiency Research, 34, 261-268
- Kessler, R.C., Stein, M.B., Berglund, P. (1998) *Social phobia subtypes in the national comorbidity survey*, American Journal of Psychiatry, 155, 613-619
- Kleiman, M.B. (1982) *Fear of dentists as an inhibiting factor in children's use of dental services*, Journal of Dentistry for Children, 49, 209-213
- Klingberg, G., Broberg Anders, G. (2007) *Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors*, International Journal of Paediatric Dentistry, 17, 391-406
- Koch, K. (1980) *Desideri, sogni, bugie*, Emme Edizioni, Milano
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967) *Enciclopedia della psicanalisi*, Editori Laterza, Bari, 1968
- Larcan, R. (1988) *Il Parent Training nella formazione dei genitori di bambini handicappati*, in E. Caracciolo, F. Rovetto (a cura di) *Handicap. Nuove metodologie per il ritardo mentale*, Franco Angeli, Milano
- Lavalle, P.S. (2002) *The effects of parenting stress, fear, knowledge and indifference on children's oral health*, Dissertation Abstracts International, The Sciences and Engineering, 62, 11-B

- Le Doux, J. (1992) *Emotion and the limbic system concept*, Concepts in Neuroscience, 2, 169-199
- Liddell, A., Locker, D. (1997) *Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control*, Community Dentistry and Oral Epidemiology, 25, 314-319
- Litt, M.D., Nye, C., Shafer, D. (1993) *Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control*, Journal of Dental Research, 72, 1237-1243
- Malle, B.F. (1999) *How people explain behavior: a new theoretical framework*, Personality and Social Psychology Review, 3, 23-48
- Maravita, A. (2005) *Rappresentazione cerebrale del dolore e dell'analgesia ipnotica*, Rivista italiana di ipnosi e psicoterapia ipnotica, 25, 3, 61-63
- Melamed, B.G., Weinstein, D., Hawes, R., Katrin Borland, H. (1975) *Reduction on fear-related dental management problems using filmed modeling*, Journal of the American Dental Association, 90, 822-826
- Melamed, B.G., Cuthbert, M.I. (1982), *A screening device: children at risk for dental fears and management problems*, Journal of Dentistry for Children, 49 (6), 432-436
- Milani, P. (1993) *Progetto genitori*, Centro Studi Erikson, Trento
- Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S., Weinstein, P. (1988) *The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city*, Journal of the American Dental Association, 116, 641-647
- Milgrom, P., Mand, L., King, B. Weinstein, P. (1995) *Origin of children dental fear*, Behaviour Research and Therapy, 33, 313-319
- Mineka, S. (1987) *A primate model of phobic fears*, in H. Eysenck-I. Martin (Eds.), in *Theoretical foundation of behavior therapy*, New York, Plenum
- Mullen, B., Suls, J. (1982) *The effectiveness of attention and rejection as coping styles: a meta-analysis of temporal differences*, Journal of Psychosomatic Research, 26, 43-49
- Oliverio Ferraris, A. (2007) *Psicologia della paura*, Bollati Boringhieri, Torino
- Pasini, W., Haynal, A. (1992) *Psicologia odontoiatrica*, Masson, Milano
- Pavlov, I.P. (1927) *Conditioned reflexes*, New York, Oxford University Press
- Peterson, C., Bossio, L.M. (2001) *Optimism and physical well-being*, in *Optimism and pessimism: implications for theory, research and practice*, Washington, DC, American Psychological Association
- Piaget, J. (1970) *Genetic epistemology*, New York, Norton, (tr. it. *L'epistemologia genetica*, Laterza, Bari, 1993)
- Piaget, J. (1972) *La formazione del simbolo*, La Nuova Italia, Firenze

- Quartieri Bollani, M., Fenino, M.A., Strohmer, L. (2005) *La comunicazione in odontoiatria infantile: una ricerca descrittiva*, in *La Cura*, 1, 51-55
- Raadal, M., Milgrom, P., Cauce, A.M., Mancl, L. (1994) *Behavior problems in 5-11 year old children from low income families*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1017-1025
- Rowe, M., Moore, T. (1998) *Self-report measures of dental fear: gender differences*, *American Journal of Health Behavior*, 22, 243-247
- Seligman, M.E.P. (1971) *Phobias and preparedness*, *Behavior Therapy*, 2, 307-320
- Skinner, B.F. (1938) *The behavior of organisms*, New York, Appleton-Century-Crofts
- Spielberger, C.D. (a cura di, 1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologist Press, Palo Alto-California
- Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L., Bensing, J. (2002) *Doctor-parent-child relationship: a pas de trois*, *Patient Education and Counseling*, 48,5-14
- Ten Berge, M., Weerkamp, J.S., Hoogstraten, J. (2002) *The aetiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences*, *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 321-329
- Thorpe, G.L., Olson, S.L. (1997) *Behavior therapy: concepts, procedures, and applications*, Boston, Allyn and Bacon
- Townend, E., Dimigen, G., Fung, D. (1999) *A clinical study of child dental anxiety*, *Behaviour Research and Therapy*, 38,31-46
- Trope, T., Gaunt, R. (1999) *A dual-process model of overconfident attributional inferences*, in S. Chaiken-Y. Trope (Eds.) *Dual process theories in social psychology*, New York, Guilford
- Van Den Heuvel, O.A., Van De Wetering, B.J., Veltman, D.J., Pauls, D.L. (2000) *Genetic studies of panic disorder: a review*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 756-766
- Watson, J.B. (1924) *Behaviorism*, Chicago, University of Chicago Press
- Weinstein, P., Milgrom, P., Hoskuldsson, O., Olletz, D., Jeffcott, E., Koday, M. (1996) *Situation-specific child control: a visit to the dentist*, *Behaviour Research and Therapy*, 34, 11-21
- Wells, A. (2009) *Disturbi emozionali e metacognizione*, Edizioni Erickson, Trento
- Winnicott, D.W. (1974) "Gioco e realtà", Armando, Roma
- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, CA, Stanford University Press
- Zamagni, M.P., Mattarozzi, K. (2008) *La relazione con il paziente odontoiatrico: tecniche di intervento sull'ansia*, *Psychofenia*, anno XI, 18, 63-75