

Basile Thoan Violet

Hipnoanalgesia: uma opção em medicina dentária

Faculdade Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2019

Basile Thoan Violet

Hipnoanalgesia: uma opção em medicina dentária

Faculdade Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2019

Basile Thoan Violet

Hipnoanalgesia: uma opção em medicina dentária

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção de
grau de Mestre em Medicina Dentária.

Basile Thoan Violet

RESUMO

A dor, nas suas diferentes formas, é uma manifestação clínica presente na prática da medicina dentária.

Este trabalho apresenta uma primeira parte onde serão expostos os mecanismos gerais da dor e a sua relação com a prática clínica. Numa segunda secção analisa-se o conceito “hipnose” e discute-se a hipnoanalgesia em medicina dentária.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica (revisão narrativa) nas principais bases de dados *PubMed*, *Pmc* e *Science Direct B-on, Elsevier*, no período 2009-2019. As palavras-chave utilizadas foram: « Dor », « Hipnose », « Ansiedade », « Hipnoanalgesia », « Hipnoanestesia », « Medicina Dentária ».

A hipnoanalgesia, apresenta vantagens amplamente descritas na literatura e são identificados parâmetros essenciais para o sucesso da terapêutica. A medicina dentária beneficia da utilização da hipnose em contexto clínico e a comunidade científica revela interesse crescente pelo estudo da hipnose - o futuro apresenta-se promissor neste contexto.

Palavras-Chave: « Dor », « Hipnose », « Ansiedade », « Hipnoanalgesia », « Hipnoanestesia », « Medicina Dentária »

ABSTRACT

Pain, in its different forms, is a clinical manifestation present in the practice of dental medicine.

This paper presents a first part about the general mechanisms of pain and its relationship with clinical practice. In a second section the concept « hypnosis" and is analyzed the hypnoanalgesia in dentistry is discussed.

A bibliographic search (narrative review) was carried out in the main databases PubMed, Pmc and Science Direct B-on, Elsevier, in the period 2009-2019. The keywords used were: 'Pain', 'Hypnosis', 'Anxiety', 'Hypnoanalgesia', 'Hypnoanalgesia', 'Dental medicine'.

Hypnoanalgesia has advantages widely described in the literature and essential parameters are identified for the success of the therapy. Dental medicine benefits from the use of hypnosis in a clinical context and the scientific community shows increasing interest in the study of hypnosis - the future is promising in this context.

Keywords: "Hypnosis", "Pain", "Hypnosis", "Anxiety", "Hypnoterapy", "Hypnoanalgesia", "Dental medicine"

AGRADECIMENTOS

En tout premier lieu, à mes parents, pour tout leur amour, leur aide et leur force de tout les jours. Vous êtes parfaits, un bel exemple à suivre.

A mes soeurs, Inès qui me surprendra toujours par son calme et sa force de travail. Et à Adèle qui malgré sa stupidité me fait bien rire.

A mes grand-parents, pour tout leur amour et leur présence à mes cotés . Vos conseils sont précieux et vos récits source d'inspiration. Vous représentez un idéal de vie. Mannie et Granp, merci pour vos délicieux repas tout au long de ces 5 années et votre aide continue. Nanou, d'être aussi forte et courageuse. Une pensée spécial pour pour toi Yves qui n'a pas pu voir la fin de mes études, tu me manques.

A mes cousins et cousines, toujours là quand on à besoin de vous.

A mes oncles et tantes, vos parcours sont inspirants.

Merci beaucoup à mes colocataires et vrais amis Alexis, Thomas, Lucien et Antoine, mon binôme de clinique « les beaux-gosses de la Turma 1 ». Toujours là pour une bonne tranche de rigolade et pour les coups durs aussi.

A Alexia, ma plus belle rencontre de ces 5 années, une amie pour la vie. Et aussi à mes compatriotes de cliniques Adrien et Anaëlle.

Merci à mes amis français de Porto, Vincent, Greg et Lisa, plus qu'une amie, pour votre amitié et gentillesse.

Merci beaucoup à mes amis de France, « le S », Mégane, Elise, Louis, Polo, Jendel, Hortense, Laurine, Arthur, Martin, Clément, Victor, Naïs, Charlotte, Pauline, Ludo, Franck e Julie. Et sans oublier mes amis grec Spyrodon e Iasonas. Vous êtes la base.

A ma professeur Augusta Silveira, ma tutrice, pour l'aide que vous m'avez donné tout au long de ce travail.

A tout les professeurs de l'Université qui ont m'ont apporté leur savoir et expérience pendant ces 5 années.

Merci beaucoup pour tout.

RESUMO.....	v
ABSTRACT	vi
AGRADECIMENTOS	vii
ÌNDICE DE ABREVIATURAS	ix
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Materiais e Métodos.....	1
II. DESENVOLVIMENTO.....	2
1. A Dor.....	2
1.1 Definição e Conceitos.....	2
1.2 Classificação.....	2
1.3 Dor em medicina dentária.....	3
1.4 Tratamento da dor em medicina dentária.....	3
2. A hipnose.....	4
2.1 Perspectiva Histórica.....	4
2.2 Definição.....	5
2.3 Tipos de hipnose.....	5
2.4 Técnicas.....	6
3. Hipnoanalgesia em medicina dentária.....	7
3.1 Definição.....	7
3.2 Modo de acção.....	7
3.3 Teorias sobre mecanismos neurofisiológicos.....	8
3.4 Técnicas de hipnoanalgesia em consultório odontológico.....	10
3.5 Hipnoanalgesia: vantagens e desvantagens	12
3.6 Formação contínua.....	13
III. DISCUSSÃO	14
IV.CONCLUSÃO	15
V. BIBLIOGRAFIA.....	16

INDICE DE ABREVIATURAS

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

RMD - Rede de modo padrão

I. INTRODUÇÃO

"Hipnose": palavra assustadora, uma palavra mal entendida, um termo que, desde o seu aparecimento, é controverso. Realidade científica ou charlatanismo? Existem muitas dúvidas sobre a sua eficácia para fins terapêuticos. Contudo, técnicas de hipnose têm sido usadas de forma crescente por vários profissionais de saúde como instrumento de trabalho, a fim de reduzir a ansiedade do paciente, especialmente no alívio da dor (Zeidan, 2009).

O atendimento odontológico é confrontado todos os dias com dor nas suas diferentes formas. O conceito de dor é complexo e a sua percepção depende de cada indivíduo e da sua experiência prévia. A sua componente emocional também é muito importante. A hipnose tem apresentado algumas vantagens, relacionadas principalmente com a maior sensação de segurança (Zeidan, 2009). Revela-se um instrumento de comunicação interessante, com potencial para acalmar os medos do paciente e otimizar a relação médico-paciente numa perspectiva humana e de melhor compreensão (Rohrbach, 2007).

Este trabalho apresenta uma primeira parte onde serão expostos os mecanismos gerais da dor e a sua relação com a prática clínica em medicina dentária. Numa segunda secção analisa-se o conceito "hipnose" e discute-se a hipnoanalgesia em medicina dentária.

1. Materiais e métodos

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica (revisão narrativa) nas principais bases de dados *PubMed*, *Pmc* e *Science Direct B-on, Elsevier*. As palavras-chave utilizadas foram: « Dor », « Hipnose », « Ansiedade », « Hipnoanalgesia », « Hipnoanestesia », « Medicina Dentária ». Os artigos científicos e as revisões bibliográficas encontradas foram escolhidos num intervalo de tempo compreendido entre 2009 e 2019. Foram ainda incluídas algumas referências bibliográficas anteriores a este período pela sua importância histórica. Foram encontrados 80 artigos. Os critérios de exclusão foram os seguintes: artigos cujo rigor científico não teria relevância ou interesse para a concretização do trabalho e artigos repetidos devido às várias combinações. Como critério de inclusão consideraram-se os artigos escritos em inglês, português ou francês. No total, foram seleccionados 76 referencias bibliográficas com informação considerada relevante para o desenvolvimento desta tese.

II. DESENVOLVIMENTO

1. A dor

1.1 Definição e conceitos

Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (AEPD) em 2019, « *A dor é uma experiência multidimensional, desagradável, com componentes sensorial e emocional, associada à lesão tecidual real ou potencial* ». A dor é, portanto, subjetiva e modulada pelo contexto em que ocorre. Essa interação entre as duas dimensões da dor: a sensorial (nociceção) e a emocional pode ajudar a explicar como a hipnose pode modular ou atuar na experiência dolorosa (Bioy e Wood, 2013; Vinckier e Vansteenkiste, 2003).

A dor nociceptiva é causada por uma resposta de nociceptores à lesão ou inflamação tecidual (Marchand, 2009). É ainda um fenómeno perceptivo dotado de particularidades emocionais agrupadas em 4 componentes: sensorial, emocional, cognitiva e comportamental (Fernandez e Turk, 1992). A componente sensorial e discriminativa é a descodificação da mensagem sensorial pela identificação da intensidade, da localização, da duração e da qualidade do estímulo doloroso. É o fenómeno da dor projetado para a localização da dor visceral profunda (Fernandez e Turk, 1992). A componente emocional é o impacto da dor no humor, ansiedade ou depressão do paciente. Essa experiência pode ser percebida como desagradável, agressiva e dolorosa (Rainville et al., 1999). A componente cognitiva é a interpretação do paciente da sua dor em relação à sua experiência prévia. O contexto situacional é decisivo no processo de atenção e distração (Bushnell, Čeko e Low, 2013). A última componente é a componente comportamental. É o comportamento do paciente, físico e verbal, causado pela dor em sua vida quotidiana. A comunicação e as reações dos outros podem interferir nas queixas e analgesia. A dor é uma das experiências multidimensionais do indivíduo com maior impacto negativo na sua qualidade de vida (Hale e Hadjistavropoulos, 2016).

1.2 Classificação

A dor pode ser classificada em 3 vertentes principais : a classificação temporal, a classificação por mecanismos e a classificação topográfica. Na classificação temporal, a

duração e a evolução distingue a dor aguda, da dor crónica (Orr, Shank e Black, 2017; Svensson e May, 2017; McAllister, 2012; Boucher e Pionchon, 2006; Carr e Goudas, 1999). Na classificação por mecanismos, que permite distinguir a origem da dor, identifica-se a dor nociceptiva, inflamatória, neuropática, inexplicada do ponto de vista médico « psicogénica » e idiopática (Orr, Shank e Black, 2017; Boucher et Pionchon, 2006). Na classificação topográfica podemos distinguir as « dores primárias », as dores « secundárias » ou « projetadas », as dores relatadas e as dores referidas (Orr, Shank e Black, 2017; Boucher e Pionchon, 2006).

1.3 Dor em medicina dentária

As dores da cavidade oral podem ser o motivo da consulta, mas também podem surgir durante ou após o tratamento. É necessário distinguir a dor pela sua localização anatómica/histológica: pulpar, muscular, articular/ ligamentar, mucosa oral ou periodonto (Naidoo et al., 2001). A pulpite reversível, pulpite irreversível, a periodontite apical aguda, o abscesso apical agudo, o traumatismo dentário, a dor pós-operatória em endodontia podem originar dor relacionada com a polpa dentária. Têm geralmente origem patológica e sinais clínicos e radiológicos frequentemente evidentes. A dor da mucosa oral e do periodonto pode ser traumática, infecciosa, auto-imune, associada ao cancro, metabólica ou iatrogénica (Miranda-Rius et al., 2018).

Também estão presentes outras dores da esfera orofacial como a artromialgia facial, as dores otorrinolaringológicas e oftalmológicas, as dores neurovasculares, a dor facial neuropática e a dor orofacial atípica (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019; Svensson e May, 2017; Woda e Pionchon, 2007; Boucher e Pionchon, 2006; Navez et al., 2005).

1.4 Tratamento da dor em medicina dentária

Para combater a dor em medicina dentária, é crucial identificar a sua etiologia (Boucher e Pionchon, 2006).

Estudos clínicos demonstram que a dor se torna intolerável muito por causa da sua componente emocional. Reduzir esta componente da dor tem um duplo interesse terapêutico: aliviar a dor aguda e prevenir o desenvolvimento da dor crónica (Alvarez-Munõz, Voisin e Dallel, 2006).

Alguns pacientes também associam a dor à prestação de cuidados médico-dentários. O médico dentista dispõe de um arsenal terapêutico farmacológico/ químico, mas estudos contemporâneos descrevem meios não medicamentosos, que não podem ser negligenciados- a terapêutica psico-comportamental (hipnose) tem sido discutida neste contexto (Boucher e Pionchon, 2006).

2. Hipnose

2.1 Perspectiva Histórica

A prática da hipnose tem uma longa história. O uso de tratamentos hipnóticos por sacerdotes praticantes do Egito é documentado a partir de 2000 aC (Breasted, 1991). De 500 a 500 dC, na Ásia Menor, os templos do sono de Askelepios eram centros de prática hipnótica (Brier, 1981). A hipnose tem flutuado entre aceitação e rejeição nas ciências médicas. Muitos autores citam Franz Anton Mesmer (1734-1815), um médico vienense do século XVIII, como o primeiro a estabelecer as bases para o desenvolvimento da hipnose moderna. Postula a existência de um fluido magnético circulando entre os seres, fluido esse responsável por fenómenos inexplicáveis. Em França, esse magnetismo foi condenado pela Faculdade de Medicina em 1784. A "terapia magnética" de Mesmer é amplamente praticada na medicina geral e na anestesia até 1850. O neurologista Jean-Martin Charcot equipara o estado hipnótico a um estado patológico da mesma natureza da histeria, opondo-se a Hippolyte Bernheim, que o descreve como « *um sono simple* » produzido por sugestão e com aplicações terapêuticas. Na década de 1950, a hipnose experimentou um novo ciclo com Milton Ericsson (1901-1980), psiquiatra americano que desenvolve a sua própria abordagem (a hipnose ericksoniana) e descreve a hipnose como « *um fenómeno banal e natural que todo indivíduo conhece em sua vida quotidiana* » (Jugé e Tubert-Jeannin, 2013). Desde 1950, a hipnose está em constante progresso e aceitação.

Os mitos sobre a hipnose são considerados os principais obstáculos para a prática efetiva da hipnose. Os hipnoterapeutas devem dissipar as dúvidas dos pacientes e fornecer explicações que diferenciem as percepções místicas e científicas da hipnose (Meyerson, 2015).

2.2 Definição

A definição consensual de hipnose não existe entre os autores devido à sua complexidade e à sua diversidade (Musellec e Bernard, 2013). A palavra "hipnose" é derivada da palavra grega "*Hypnos*", em homenagem ao Deus do sono, contudo, na realidade, no estado hipnótico, o indivíduo não dorme. A hipnose não se assemelha ao sono noturno ou ao sono induzido por drogas (Achy et al., 2012). Segundo Bioy em 2019, a hipnose tem o objectivo de « *intencionalmente reproduzir o estado modificado da consciência com um objetivo que varia de acordo com o quadro em questão (cuidado, relaxamento, evolução pessoal)* ». Pela fala, o hipnoterapeuta induz no paciente a um estado particular de consciência caracterizado por uma indiferença ao exterior e uma hipersugestionabilidade. Esse estado "hipnótico" de consciência pode ser usado para amplificar os recursos internos do paciente para lutar contra a ansiedade, dor ou para eliminar outros sintomas (Gueguen et al, 2015).

A hipnose tem um conjunto de práticas significativamente diferentes: a hipnosedação (para efeitos sedativos), a hipnoanalgesia (para diminuir a dor) e hipnoterapia (para fins psicoterapêuticos). Três condições básicas são necessárias para a boa prática da hipnose: motivação do paciente, cooperação do paciente e confiança do paciente no terapeuta (Virot e Bernard, 2018).

2.3 Técnicas

As técnicas utilizadas são variadas dependendo do tipo de hipnose praticada.

- As técnicas linguísticas incluem : diminuir o ritmo de fala, fazer pausas para relaxar o paciente, usar palavras simples e positivas num tom baixo e falar durante a expiração do paciente.

- As técnicas relacionais compreendem : respeitar a distância com o paciente, o *mirroring* (referem-se aos gestos e palavras do paciente que ele usa), o *small talk* (falar de uma coisa totalmente diferente), a permissividade (levar o paciente a fazer certas coisas com permissividade).
- As técnicas de focalização envolvem: a concentração numa tela, a concentração na respiração.
- As técnicas de dissociação englobam : a catalepsia, a confusão, a levitação, a utilização de metáforas e a linguagem dissociativa (Gueguen et al., 2015).

Na comunicação hipnótica, utilizam-se técnicas linguísticas e técnicas relacionais. Na hipnose de conversação, são adicionadas técnicas de focalização. E na hipnose terapêutica são utilizadas todas as técnicas (Gueguen et al., 2015).

2.4 Tipos de hipnose

A hipnose é uma terapia complexa que se apresenta em diferentes formas.

A hipnose clássica-direta é caracterizada pelo aspeto diretivo do hipnotizador, às vezes até dominante. O hipnotizador sugere uma mudança direta ao paciente. Esta forma de hipnose foi largamente deixada de lado (Dan Short, 2018).

A hipnose Ericksoniana é uma prática hipnótica que não direciona o paciente, mas o acompanha. Baseia-se no pressuposto de que o inconsciente é capaz de mobilizar recursos que pode conduzir às mudanças desejadas, realizando um trabalho consciente e inconsciente conjunto (Gueguen et al., 2015). As abordagens ericksonianas são projetadas para melhorar a relação médico / paciente, favorecendo o relacionamento terapêutico (Patterson, 2010). Citando Erickson em 1960, « *O terapeuta não controla o comportamento de nenhuma outra pessoa. O terapeuta conhece, ajuda os pacientes, direcionando-os para atender às suas necessidades. Mas o terapeuta não trabalha com pacientes para atingir os seus próprios objetivos. O objetivo é o bem-estar deles e, quando conseguir obter o bem-estar do paciente, o terapeuta tocará diretamente no seu próprio bem-estar*».

A hipnose conversacional é uma forma de comunicação que visa melhorar o sentimento e o conforto do paciente. Segue-se uma escuta ativa do paciente e utilização de

linguagem verbal (palavras usadas, expressões), não verbal (tom, ritmo, volume) e paraverbal (movimentos, atitudes). Passa por algumas técnicas de comunicação hipnótica, tais como o uso de palavras simples e tranquilizadoras e a ausência de negação (por exemplo, uso de "tranquelize-se" em vez de "não se preocupe"). A repetição de palavras e gestos do paciente permite aumentar a empatia e fazê-lo entender que sua queixa foi acolhida. O uso de um tom sério de voz e de um ritmo oratório lento é considerado positivo (Bernard e Musellec, 2012; Bioy, 2012; Cassagnau e Tiberghien, 2012; Bernard, 2009; Wood et al., 2004).

A auto-hipnose é um estado de hipnose alcançado pelo próprio sujeito através de uma aprendizagem com um terapeuta e treino pessoal. É definido como "*a auto-indução de um transe hipnótico para atingir um objetivo específico*" (Virot e Bernard, 2018). O paciente aprende como induzir um estado modificado de consciência, usando técnicas simples como o foco de atenção - focando um ponto fixo (Gueguen et al., 2015).

Em medicina dentária, a hipnoterapia tem estado associada à redução de ansiedade e fobias, controlo da salivação e do tempo de hemorragia, recuperação pós-operatória, hipnoanestesia e hipnoanalgesia (Ferdegini, R. et al., 2018).

3. Hipnoanalgesia em medicina dentária

3.1 Definição

A hipnoanalgesia refere-se ao uso da hipnose para reduzir a dor, estando associada a uma atenção e uma consciência periférica reduzida. Pode substituir totalmente o uso de fármacos/químicos como: anestésicos locais, benzodiazepínicos, ou analgésicos, mas é frequentemente um adjuvante de produtos anestésicos usados em doses mínimas (Bioy et al., 2013). A hipnose pode, portanto, estar associada à sedação consciente e / ou anestesia local (Lombart, et al., 2018).

3.2 Modo de ação

A ansiedade, o stress e a dor estão presentes em todas as idades. A ansiedade odontológica pode ser considerada um fenómeno universal com alta prevalência em

todo o mundo e está na origem de um aumento da percepção dolorosa. A ansiedade é ainda um preditor essencial do aparecimento de distúrbios pós-operatórios, incluindo a dor (Gay e Marmion, 2009).

A diminuição da ansiedade e a modulação da dor por hipnose tem sido documentada (Facco e Zanette, 2017; Glaesmer et al., 2015; Calipel et al., 2005; Defechereux et al., 2000).

O objetivo principal das técnicas e induções em ambiente odontológico passa por não gerar a ideia de dor, porque a ideia de dor amplifica a percepção do estímulo doloroso. Isso é explicado pela capacidade do cérebro gerar dor mesmo sem estímulos dolorosos, sendo a sugestão de dor suficiente (Derbyshire et al., 2004). O uso de palavras negativas ou dolorosas é conhecido por ativar áreas da matriz cerebral da dor. Esse efeito é diminuído pela relação particular estabelecida na comunicação hipnótica, pelo recurso a alguns elementos linguísticos simples, como o não uso da negação e o uso de palavras neutras ou positivas (Patel, Potter e Mellor, 2017).

3.3 Teorias sobre mecanismos neurofisiológicos

A teoria « neo-dissociativa » uma das mais antigas, sugere que o corpo regista a dor, mas que há uma barreira amnésica que impede de tomar consciência dessa percepção. Esta teoria encontra hoje uma explicação pela modulação da interconexão cerebral na região hipocampal, útil à memória. Estudos experimentais mostram que a hipnose diminui a percepção da intensidade dolorosa, mas também a memorização do número de picos dolorosos administrados. Indivíduos submetidos a estímulos dolorosos repetidos, mas sob hipnose têm menos memórias da intensidade e do número de estímulos realmente aplicados, do que indivíduos sem hipnose (De Pascalis, 1999).

A teoria de ativação de um circuito inibitório propõe que o processo hipnótico diminui os aferentes nociceptivos periféricos, seja ao nível da medula espinal, seja pela ativação de um circuito inibitório cortico-espinal. No nível medular, a hipnose pode inibir um reflexo nociceptivo bloqueando a transmissão nociceptiva no corno posterior da medula espinal. Relata-se o facto do reflexo RIII - um reflexo poli-sináptico do joelho de longa latência causado por estimulação elétrica dolorosa no nervo sural do tornozelo- poder

ser inibido pela hipnose em 60% dos indivíduos e diminuída para os restantes 40% (Danziger et al., 1998).

A teoria das emoções explica que as emoções como medo, raiva, tristeza ou ansiedade têm efeitos no desconforto da dor, mais do que sua intensidade. Isso corrobora a observação clínica denominada "dissociação" física e psicológica, em que a percepção da dor é mitigada pela introdução de controles inibitórios corticais. A hipnose tem a particularidade de induzir mudanças no estado emocional, permite modular as reações e emoções causadas pela dor (Rainville et al., 2005).

As teorias mais recentes são elaboradas através de imagens funcionais baseadas na atividade particular do córtex cingulado anterior - parte central. Isso desencadeia a ativação de outras áreas da matriz cerebral da dor. Existe uma interconectividade real entre diferentes áreas do cérebro. O córtex cingulado anterior é ativado proporcionalmente à intensidade dos estímulos dolorosos. Quanto mais o estímulo da dor aumenta, mais o córtex cingulado anterior é ativado (Faymonville et al., 2003). Intervenções psicológicas podem aliviar a dor modulando a atividade numa rede interconectada de regiões corticais e subcorticais envolvidas no tratamento de informações prejudiciais (Kupers et al., 2005). O córtex cingulado anterior também age recrutando correntes nociceptivas inibitórias descendentes e criando mudanças particularmente no sistema límbico (Vanhaudenhuyse et al., 2008). A hipnose pode produzir mudanças na rede de modo padrão (RMD). O RMD tem sido associada a processos como pensamento independente, memória episódica, processamento semântico e autoconsciência. O estado de absorção atencional após uma indução hipnótica é associado com uma redução na atividade do RMD e um aumento na atividade dos sistemas atencionais pré-frontais, em várias condições de estimulação visual passiva. A descoberta da distinção subjetiva e neurológica entre hipnose e pensamento conceitual espontâneo em repouso também é relevante na compreensão do fenómeno da própria hipnose (Ohlmann, 2018).

Finalmente discute-se na literatura o efeito placebo associado à hipnose. Qualquer terapia, incluindo hipnose, beneficia em parte variável do efeito placebo. A criação de um contexto hipnótico, expectativas e crenças desempenham um papel importante de ativação da resposta hipnótica. Se os pacientes acreditam que estão hipnotizados e estão em presença de um ritual hipnótico, isso é suficiente para desencadear uma resposta

analgésica. Contudo, a hipnose não é apenas um efeito placebo. Estudos de neuroimagem têm demonstrado respostas diferentes ao efeito placebo e à hipnose, por exemplo na alteração do reflexo padronizado de RIII (Schafer et al., 2018; Vandenhuyse et al., 2009; Gandhi, 2005; Kupers et al., 2005; Petrovic et al., 2002; Miller e Bowers, 1993).

3.4 Técnicas de hipnoanalgesia em consultório odontológico

Uma sessão de hipnose na prática clínica em Medicina Dentária requer um conjunto de procedimentos específicos que passamos a analisar.

A atitude do médico - dentista deve ser concordante com a atmosfera serena dos espaços da clínica, onde o paciente é recebido e será tratado. A calma, o controle e o domínio das técnicas que oferece é crucial para estabelecer um relacionamento terapêutico de confiança (Gout, 2016).

Do ponto de vista técnico, a abordagem usual da hipnose, ou hipnose formal, inclui os seguintes passos: entrevista inicial, indução, dissociação, estado hipnótico, aprofundamento, sugestões e reavivamento (Machat, 2018; Meyerson e Ratson, 2015).

A entrevista inicial permite ao médico - dentista, observar e conhecer o paciente, fazer uma aproximação ao seu perfil psicológico, para adaptar a técnica hipnótica. Essa anamnese permite ainda justificar a indicação da hipnose, detectar uma possível contraindicação e obter o máximo de elementos úteis para a estratégia terapêutica (Machat, 2018; Meyerson e Ratson, 2015).

Durante a indução, o paciente é levado ao estado de transe. Isso é feito focando a atenção do paciente em si mesmo (na sua respiração, por exemplo). Dependendo do perfil do paciente, diferentes técnicas podem ser aplicadas. Uma técnica frequentemente usada é o relaxamento progressivo, pelo qual as diferentes partes do corpo estarão progressivamente relaxadas (Machat, 2018; Meyerson e Ratson, 2015).

A dissociação é o momento final da indução. É uma dissociação "mente-corpo". Na maioria das vezes, o paciente torna-se cataléptico, entorpecido ou imóvel. É um fenómeno motor que ocorre frequentemente durante transes hipnóticos. É principalmente observado nas extremidades, particularmente ao nível dos dedos. A

cataplexia pode ser generalizada, mas na maioria das vezes é limitada a uma parte do corpo (Salem e Bonvin, 2012).

O estado hipnótico é alcançado quando a realidade interna do paciente, se torna mais importante do que a realidade externa. O paciente permanece plenamente consciente, mas privilegia sua realidade interna. Para estabilizar a hipnose, um aprofundamento do transe pode ser realizado (Machat, 2018; Meyerson e Ratson, 2015).

Durante o aprofundamento paciente encontra-se agora num estado de paz e prazer que se intensifica. Ele está, neste momento, tão imerso em seus pensamentos que ele esquece o resto. O paciente esquece a dor, a ansiedade e o estresse do tratamento (Salem e Bonvin, 2012).

A sugestibilidade e a susceptibilidade hipnótica são os principais vetores da terapia. As sugestões podem ser diretas ou indiretas- na forma de metáforas. É exemplo de sugestão direta: « você dorme » e de sugestão indireta: « talvez em alguns minutos você queira dormir ». Um exemplo de metáfora usada para reduzir a dor: o paciente é levado a imaginar que desce uma escada sem dificuldade e que quando desce as escadas, seu limiar de dor diminui (Gueguen et al., 2015).

Apesar de estar descrito que o paciente abandona o estado hipnótico após aproximadamente vinte minutos, o médico-dentista pode manter o estado hipnótico de acordo com a duração do tratamento, não existindo tempo preciso (Machat, 2018; Meyerson e Ratson, 2015).

O reavivamento é o último passo, também denominado "reassociação", em resposta à dissociação como palavras. Torna possível passar da realidade interna para a realidade externa. Ela deve ser lenta e serena. O paciente deixa o estado hipnótico em confusão (confusão pós-hipnótica) devido à dissociação mente-corpo. É, portanto, muito importante que o hipnoterapeuta acompanhe passo a passo o paciente nessa fase. O paciente deve, com efeito, redefinir seu corpo e os seus sentidos no contexto da realidade externa, ao seu próprio ritmo (Machat, 2018; Meyerson e Ratson, 2015).

A sessão de hipnose será construída e consolidada através da atenção especial do terapeuta ao seu paciente, para permitir um ajuste permanente. As sessões não são padronizadas, mas personalizadas. A construção das sessões hipnóticas leva em conta: a personalidade do paciente, o seu contexto de vida, o contexto da intervenção, o seu

problema, a sua queixa principal e a dimensão que lhe atribui, o tipo de relação que estabelece com o terapeuta e tudo o que vivenciou em sessões de hipnose prévias. Tudo isso destaca que a prática da hipnose se abre na arte da comunicação e compreensão e não pode ser uma mera aplicação de técnicas (Bioy e Wood, 2013).

3.5 Hipnoanalgesia: Vantagens e Desvantagens

As vantagens da hipnoterapia são bem conhecidas. Os benefícios psicológicos no tratamento da dor pela hipnose, também se encontra documentado na literatura (Montgomery et al., 2000).

A hipnoanalgesia permite uma diminuição da dor pela gestão do medo e ansiedade associados ao atendimento em medicina dentária (Nicolas et al., 2007). A hipnose apresenta natureza não invasiva e tem-se revelado benéfica, como uma intervenção complementar, para reduzir a ansiedade em pacientes submetidos a cirurgia oral. A hipnose é geralmente bem aceite pelos pacientes (Glaesmer et al., 2015).

Um paciente menos ansioso, permite ainda um melhor relacionamento com o Médico - dentista (Brand, 1999). A hipnoanalgesia promove assim o conforto do paciente e facilita a atividade clínica do profissional de saúde (Maquet et al., 1999; Cerrina, 2018).

A hipnose é usada em complemento ou como uma substituição das técnicas farmacológicas habituais de analgesia e/ou anestesia (Montgomery et al., 2000). Permite uma diminuição do uso de anestésicos locais e da dose utilizada (Devoize, 2017), possibilitando a redução dos seus efeitos colaterais, como: palidez, palpitação, dormência ou sudorese excessiva (Kaufman et al., 2000). A hipnose pode ser ainda muito útil em pacientes alérgicos aos princípios ativos de anestésicos e/ou analgésicos (Devoize, 2017).

A hipnose também faz parte do arsenal terapêutico para o tratamento da dor crónica (Brennstuhl, 2018; Jensen, 2009). Tem sido uma ferramenta terapêutica eficaz para aliviar os pacientes com dor facial (Abrahamsen et al., 2008). A maioria das intervenções hipnóticas para aliviar a dor crónica inclui instruções sobre a auto-hipnose (Elkins, Jensen e Patterson, 2009).

A implementação da hipnose não leva muito tempo e está associada a custos bastante baixos (Glaesmer et al., 2015).

A hipnose requer um compromisso individual e uma certa motivação e envolvimento do paciente. Existem por isso, algumas contra-indicações associadas a hipnose : problemas psiquiátricos e distúrbios mentais, medo da técnica, tratamento sob a pressão de um terceiro, paciente que é contra hipnose e crianças menores de 3 anos de idade (Machat, 2018).

Também existe uma grande variação na sensibilidade primária à hipnose. Uma resposta lenta pode ser superada com várias sessões e / ou uma mudança de terapeuta. Todos os pacientes, na dose apropriada, são sensíveis aos agentes anestésicos, mas o número de pacientes que podem atingir um nível de hipnose comparável ao da anestesia é variável (Griffiths, 2017).

Embora a sua eficácia seja agora suficientemente conhecida, a analgesia hipnótica não se aplica a todos e nem sempre proporciona alívio completo da dor. Novos estudos são necessários, para ajudar a identificar variáveis e a desenvolver métodos capazes de aprimorar a sua eficácia, para que mais pessoas possam obter os benefícios significativos que a hipnose pode oferecer (Provençal, 2018).

3.6 Formação continua

A maioria dos cursos e *workshops* em hipnose para Médicos - dentistas é oferecida em seminários intensivos, de curta duração. Estes seminários são promovidos por organizações profissionais, universidades ou escolas profissionais (Ferdeghini, R. et al., 2018; Wark e Kohen, 2002). A maioria dos formandos é motivada pelo desejo de melhorar o seu desempenho profissional, geralmente influenciado pela experiência de colegas de profissão (Meyerson et al., 2013).

As formações duram em média 3 semanas com um volume horário de 105 horas. Existem contudo formações de 1 a 2 dias. O conteúdo programático dessas formações inclui : história, noções básicas de hipnose médica, os instrumentos, as técnicas e induções (rápidas, lentas e instantâneas), as indicações e a aplicação de hipnose em

medicina dentária, a discussão de casos clínicos e a aplicação prática (Gueguen et al., 2015).

Em Portugal, não existem cursos universitários, apenas formações privadas ou realização de *workshop* dentro ou fora das universidades. Em França, há formação universitária e formações privadas (Gueguen et al., 2015).

III. DISCUSSÃO

A dor é uma manifestação clínica importante em Medicina Dentária. Não distingue género, raça ou grupo etário. Pode surgir numa diversidade de formas: excesso de nociceção, dor pós-operatória e ainda a dor antecipada. Pela sua natureza, o medo de “ter dor” é promotor de ansiedade e desconforto e representa um enorme obstáculo na prática clínica e no relacionamento médico-paciente.

A hipnose apresenta-se como uma ferramenta terapêutica para contornar este problema de ansiedade e dor. Seja conversacional ou formal, acrescenta serenidade e proporciona um relacionamento saudável e agradável entre a equipa clínica e os pacientes. Isso modifica positivamente o comportamento de todos nessa relação (Zeidan, 2009).

Pode-se perguntar por que não é prevalente na prática clínica? O teimoso clichê da ciência "mágica" e a falta de reconhecimento pela comunidade científica podem ser responsáveis. Na verdade, apesar da convivência com a hipnose se tornar cada vez mais comum e de lhe ser reconhecida uma contribuição benéfica, a hipnose não se encontra ainda aprovada na generalidade pela medicina convencional, nem é ensinada na formação inicial de profissionais de saúde (Meyerson, 2015).

Os mecanismos fisiológicos em ação na hipnose foram e continuam a ser estudados regularmente. Os resultados desses estudos permitem concretizar as mudanças na função cerebral em relação ao transe hipnótico, mas ainda não permitem que o fenómeno seja completamente explicado (Gueguen et al., 2015). Além disso, a compreensão das vias nociceptivas e mecanismos da dor está longe de ficar completa.

Estas práticas levam em conta a pessoa como um todo, sem se concentrar num sintoma ou doença em particular. Perspectiva-se que no futuro, o paciente possa ter uma vasta escolha de técnicas que possam representar verdadeiras alternativas no controlo da dor.

Técnicas como hipnose, acupuntura, reflexologia, auriculoterapia ou osteopatia podem fazer parte do leque de opções (Le Bronec, 2015).

IV. CONCLUSÃO

A dor é uma manifestação clínica presente na prática da medicina dentária, nas suas diferentes formas.

No futuro, o paciente terá a possibilidade de escolher entre várias alternativas para controlo da dor, onde a hipnose naturalmente se inclui.

A hipnoanalgesia, apresenta vantagens amplamente descritivas na literatura : natureza não invasiva promotora do conforto do paciente, reduz da ansiedade, apresenta boa aceitação por parte do paciente, facilita a prática clínica, tem custo reduzido, permite a redução substancial das doses de anestésicos locais e analgésicos usualmente utilizadas, apresentado-se como alternativa viável em pacientes alérgicos a esses fármacos.

A literatura identifica parâmetros essenciais para o sucesso da terapêutica: a confiança e a motivação do paciente; o domínio total das técnicas por parte do hipnoterapeuta e o ambiente adequado. A formação contínua revela-se essencial, e a realização de estudos científicos irá certamente contribuir para otimização das técnicas de hipnose.

A medicina dentária beneficia da utilização da hipnose em contexto clínico e pode certamente incluir esta técnica como complementar de outras opções terapêuticas.

V. BIBLIOGRAFIA

- Abrahamsen, R. *et al.* (2008). Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain—clinical and psycho- social findings. *Pain*, 136, pp. 44-52.
- Achy, J. *et al.* (2012). L'hypnose en médecine dentaire. *RFOP Rev. Francoph. Odontol. Pédiatrique* 7, pp 118–123.
- AEPD. (2019). Definição da dor. <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>.
- Alvarez-Munõz, Voisin, D. e Dallel, R. (2006). Autonomic and behavioural coding of the emotional component of pain in the rat: a radiotelemetric and immunohistochemical study. *FENS Forum Abstracts*, 3.
- Bernard, F. (2009). L'hypnose conversationnelle, une autre manière de communiquer avec le patient. *Oxymag*, pp. 4–7.
- Bernard, F. e Musellec, H. (2012). Bases Neurophysiologiques De L'Hypnose. em Arnette (ed.) *La communication dans le soin*. Books e-bo, pp. 50–78.
- Bioy, A. (2012). Hypnose et douleur: Connaissances actuelles et perspectives. *Revue Medicale Suisse*, 8(347), pp. 1399–1403.
- Bioy, A. e Wood, C. (2013). L'hypnose. em Institut UPSA de la Douleur (Ed.) *Thérapies à méditation corporelle*, pp. 123–144.
- Boucher e Pionchon (2006). *Douleurs orofaciales : diagnostic et traitement*. Cdp. Edited by Mémento. Paris.
- Brand HS (1999) Cardiovascular responses in patient and dentists during dental treatments. *Int Dent J*, 49(1), pp.60-6.
- Breasted, J. (1991). *The Edwin Smith Surgical Papyrus, Volume 1: Hieroglyphic Transliteration, Translation, and Commentary*. OIP 3.
- Brier, B. (1981). *Ancient Egyptian Magic*. New York.
- Brennstuhl, M-J. (2018). L'hypnose. In DUNOD (Ed.) *Prendre en charge la douleur*, pp.103-115.
- Bushnell, Čeko e Low (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), pp. 502–511.
- Calipel, S. *et al.* (2005). Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Pediatr Anesth*, 15(5), pp. 275-81
- Carr e Goudas. (1999). Acute Pain. *Lancet*, 353(91169), pp. 2051–2058.
- Cerrina, C. (2018). *Gestion du stress au cabinet dentaire : le patient et les professionnels*. Université de Nantes.
- Danziger, N. *et al.* (1998). Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: A neurophysiological study. *Pain*, 75(1), pp. 85–92.
- Defechereux, T. *et al.* (2000). L'hypnosédation , un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. *American Journal Of Clinical Hypnosis*, pp. 539–546.
- De Pascalis, V. (1999). Psychophysiological Correlates of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis*, 47, pp. 117–43.
- Derbyshire *et al.* (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage*, 23(2) pp. 392-401.
- Devoize, L. (2017). Les allergies en odontostomatologie. *Colle*, pp. 14-15.

- Elkins G., Jensen M. e Patterson D. (2009). Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), pp. 1–9.
- Facco, E. e Zanette, G. (2017). The odyssey of dental anxiety: From prehistory to the present. A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 8(JUL), pp. 1–15.
- Faymonville *et al.* (2003). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 73(3), pp.361-7.
- Ferdeghini, R. *et al.* (2018). Hypnotic approach during dental treatment: analysis of descriptive data of a case series. *J Biol Regul Homeost Agents*, 32, pp. 67–71.
- Fernandez, E. e Turk, D. C. (1992). Sensory and Affective Components of Pain: Separation and Synthesis. *Psychological Bulletin*, 112(2), pp. 205–217.
- Gandhi, B. (2005). Does « hypnosis » by any other name smell as sweet? The efficacy of « hypnotic » inductions depends on the label « hypnosis ». *Consciousness and Cognition*, 14(2), pp. 304-315.
- Gay, M. C. e Marmion, D. (2009). Lien entre anxiété et complications postopératoires en chirurgie dentaire. *Annales Medico-Psychologiques*, 167(4), pp. 264–271.
- Glaesmer, H. *et al.* (2015). A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients. Patient Education and Counseling. *Elsevier Ireland Ltd*, 98(9), pp. 1112–1115.
- Gout, J.-C. (2016). *Apport de l'hypnose dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste*. Toulouse III- Paul SABAT.
- Griffiths, M. J. (2017). The role of hypnotherapy in evidence-based clinical practice. *Oral Diseases*, 23(4), pp. 420–423.
- Gueguen, J. *et al.* (2015). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *Inserm*, pp.215.
- Hale, C. J. e Hadjistavropoulos, T. (2016). Emotional Components of Pain. *Pain Research and Management*, 2(4), pp. 217–225.
- Holden, A. (2012). The art of suggestion: The use of hypnosis in dentistry. *British Dental Journal*. Nature Publishing Group, 212(11), pp. 549–551.
- Jensen, M. P. (2009). Hypnosis for chronic pain management: A new hope. *International Association for the Study of Pain*, 146(3), pp. 235–237.
- Jugé, C. e Tubert-Jeannin, S. (2013). Effects of hypnosis in dental care. *Presse Medicale*. *Elsevier Masson SAS*, 42(4), pp. e114–e124.
- Kaufman *et al.* (2000). Adverse reactions triggered by dental local anesthetics : A clinical survey. *Anesth Prog*, 47(4), pp. 134-138.
- Kupers R, Faymonville ME, Laureys S. (2005). The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res*, 150, pp. 251-69.
- Le Bronec, C. (2015). *Place du Holisme dans la dentisterie contemporaine*. Université Toulouse III- Paul Sabatier.
- Lee *et al.* (2014). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Neurogastroenterol Motil*, 20, pp.152–162.
- Lombart, T. *et al.* (2018). Training in distraction and hypnosis for pain relief in paediatrics. *Soins Pédiatr Pueric*, 39(305), pp. 33–36.
- Lynn, S. J., Laurence, J. R. and Kirsch, I. (2015). Hypnosis, Suggestion, and Suggestibility: An Integrative Model. *American Journal of Clinical Hypnosis*. no, 57(3), pp. 314–329.
- Machat, F. (2018). *L'hypnose au cabinet dentaire*. Mémento. Edited by CdP.

- Maquet, P. *et al.* (1999). Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biological Psychiatry*, 45(3), pp. 327–333.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur, comprendre pour mieux soigner*. 2nd ed. Edited by Masson.
- McAllister. (2012). Institute of chronic pain. *What is chronic pain syndrome?*. Disponível em <<http://www.instituteforchronicpain.org/understanding-chronic-pain/what-is-chronic-pain/chronic-pain-syndrome>>. [Consultado em 19/05/2019].
- Meyerson, J. (2015). The myth of hypnosis: The need for remythification. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(3), pp. 378–393.
- Meyerson, J. *et al.* (2013). What motivates professionals to learn and use hypnosis in clinical practice? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), pp. 71–80.
- Meyerson, J., e Ratson, T. (2015). [Use of hypnosis in treating a patient with dental anxiety: A case study]. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(4), pp. 20-26.
- Miller e Bowers. (1993). Hypnotic analgesia : dissociated experience or dissociated control ? *Abnorm Psychol*, 102(2), pp. 29-38.
- Miranda-Rius *et al.* (2018). The Periodontium as a Potential Cause of Orofacial Pain: A Comprehensive Review. *The Open Dentistry Journal*, 12(1), pp. 520–528.
- Montgomery GH, *et al.* (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*, 48(2), pp. 138-53.
- Naidoo S. (2001). Prevalence and impact of dental pain in 8-10-year-olds in the Western Cape, *SADJ*, 56, pp. 521-23.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institutes of Health. (2018). Trigeminal Neuralgia Information. Disponível em <<https://www.nih.gov/>>. [Consultado em 25/05/2019].
- Navez, M. *et al.* (2005). Primary and atypical facial pain: Diagnosis and treatment. *Revue de Medecine Interne*, 26(9), pp. 703–716.
- Nicolas, E. *et al.* (2007). A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health*, 7, pp. 1–7.
- Ohlmann, Q. (2018). *Prise en charge post immédiate du psychotraumatisme : Aspects psychothérapeutiques et médicamenteux*. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen.
- Orr, P. M., Shank, B. C. e Black, A. C. (2017). The Role of Pain Classification Systems in Pain Management. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. Elsevier Inc, 29(4), pp. 407–418.
- Patel, B., Potter, C. and Mellor, A. C. (2017). The Use of Hypnosis in Dentistry: A Review. *Dental Update*, 27(4), pp. 198–202.
- Patterson D. (2010). Clinical hypnosis pain control. *American Psychological Association*. Washington, DC. pp 89-118.
- Provençal, S.-C. (2018). *L'hypnose clinique dans la gestion de la douleur*. Quebec.
- Rainville, *et al.* (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118, pp. 306-318.
- Rainville, P. *et al.* (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82(2), pp. 159–171.
- Rohrbach, U. (2007). *Info Dents*. 2007, p. 1.

- Salem, G. e Bonvin, E. (2012). *Soigner par l'hypnose*. Edited by Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux.
- Schafer *et al.* (2018). Mechanisms of placebo analgesia: A dual-process model informed by insights from cross-species comparisons. *Progress in Neurobiology*. Elsevier Ltd, 160, pp. 101–122.
- Short, D. (2018). Conversational Hypnosis: Conceptual and Technical Differences Relative to Traditional Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Routledge, 61(2), pp. 125–139.
- Svensson, P. e May, A. (2017). Classification: The key to understanding facial pain. *Cephalalgia*, 37(7), pp. 609–612.
- Vallée, A. *et al.* (2018). De la douleur à la douceur. *Hypnose & Thérapies brèves*, March, pp. 23–25.
- Vanhauzenhuysse, A. *et al.* (2008). Hypnose et perception de la douleur. *Rev Med Liege*, 63(1), pp. 5–6.
- Vinckier F e Vansteenkiste G. (2003). Stratégie de traitement chez le patient anxieux. *Rev Belge, Med Dent*, pp. 209–220.
- Virot, C. e Bernard, F. (2018). Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Edited by Arnette.
- Wark, D. M. e Kohen, D. P. (2002). A spiral curriculum for hypnosis training. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(2), pp. 119–128.
- Woda, A. e Pionchon, P. (2007). *Classifications des douleurs orofaciales*. in Mémento (Ed.) Douleurs orofaciales. CDP, pp. 447–354.
- Wood, C. *et al.* (2006). *L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et de l'adolescent*. in Enfance (Ed.) La douleur chez l'enfant, pp. 26–39.