

Aneta Olszewska

Klinika Ortodoncji i Dysfunkcji Narządu Żucia

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Marta Jaskuła

Katedra Żywności i Żywienia

Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, Kalisz

DENTOFOBIA JAKO ZJAWISKO LĘKOWE WŚRÓD DZIECI I DOROSŁYCH PACJENTÓW

DENTOPHOBIA AS AN ANXIETY PHENOMENON AMONG CHILDREN AND ADULT PATIENTS

Definicja, rodzaje, podłoże lęku

Niejasny, nieprzyjemny stan emocjonalny, charakteryzujący się przeżywaniem obaw, strachu, stresu i przykrości nazywamy lękiem. Lęk jest często przeciwstawiany strachowi ze względu na to, że lęk jest stanem pozbawionym obiektu, natomiast strach jest zawsze strachem przed czymś, kimś lub jakimś zdarzeniem. W teorii uczenia się termin ten odnoszony jest do wtórnych (uwarunkowanych) popędów, które motywują do podejmowania reakcji unikania. W ten sposób, reakcja unikania jest wzmacniana przez zmniejszanie się lęku. W teorii Freuda lęk działa jako rodzaj sygnału niebezpieczeństwa natury psychicznej, które może się pojawić, jeśli nieświadome pragnienie zostanie zrealizowane. W egzystencjalizmie lęk to reakcja emocjonalna towarzysząca bezpośredniej świadomości braku sensu, poczucia, że świat, w którym żyjemy, jest niepełny, chaotyczny [1]. Lęk w odróżnieniu od strachu dotyczy sytuacji, które są w naszej wyobraźni i nie jest wywołany realnym zagrożeniem, a raczej negatywnym nastawieniem, doświadczeniami, czy przeżyciami z przeszłości. Najczęściej trudno jest określić z cze-

go wynikają objawy lęku, dodatkowo brak jasnej przyczyny może być źródłem dyskomfortu i w mechanizmie błędnego koła nasilać lęk.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego wyróżnia się pięć rodzajów zaburzeń lękowych:

- ▶ napady lęku panicznego związane z agorafobią,
- ▶ napady lęku nie związane z agorafobią,
- ▶ fobię społeczną,
- ▶ fobię prostą,
- ▶ uogólnione zaburzenia lękowe.

Zaburzenia te postrzegane i rozpoznawane są jako odrębny problem na podstawie mniej lub bardziej charakterystycznych zachowań.

Rodzaje lęku

AGORAFOBIA

Przypadłość tą postrzega się jako lęk przed lękiem. Jest to inaczej obawa przed nieporadzeniem sobie z danym problemem, sytuacją, z której ucieczka może być trudna lub kłopotliwa, czy też przed brakiem odpowiedniej pomocy w chwili wystąpienia ataku. Osoby z agorafobią doświadczają zupełnie nieoczekiwanych, powracających ataków paniki. Symptomy towarzyszące napadowemu panicznemu lękowi to między innymi przyspieszone bicie serca, zawroty głowy, duszności, przyspieszony i krótki oddech, bóle brzucha, pocenie się, drgawki, trudności z przełykaniem śliny, poczucie bezsensu, lęk przed śmiercią. Pomimo tego, że najczęściej pierwszy atak występuje w konkretnych okolicznościach czasu i miejsca, to następnych ataków nie można przewidzieć. Skutkuje to unikaniem szeregu sytuacji takich jak wyjście do kina, po zakupy, podróżowanie środkami transportu publicznego, przebywanie zarówno w zamkniętych, jak i otwartych przestrzeniach np. parkach, teatrach, czy sklepach z obawy przed wystąpieniem kolejnego ataku. Agorafobii bardzo często towarzyszy depresja ze względu na poczucie bezradności, pozbawienia kontroli nad swoim zachowaniem i częsta izolacja[1,2].

ZABURZENIA Z NAPADAMI LĘKU PANICZNEGO NIEZWIĄZANE Z AGORAFOBIA

Jest to przypadłość podobna do ataków paniki wywołanych agorafobią jednak lęk wywołuje wrażenie, że organizm nie funkcjonuje prawidłowo, a pogorszenie zdrowia jest nieuniknione. Chory nie unika miejsc publicznych w tak znacznym stopniu jak osoba cierpiąca na agorafobię. Osoby cierpiące na ten rodzaj lęku w trakcie ataku odczuwają szereg wyolbrzymionych objawów, do których należą m.in. przyspieszone bicie serca, ból w klatce piersiowej, brak możliwości złapania powietrza, zawroty głowy, drżenie, drętwienie, uderzenia gorąca lub zimna. Sygnały te są błędnie odbierane i interpretowane w sposób katastroficzny jako realne

zagrożenie życia. Przykładowo chory przyspieszoną akcję serca będzie interpretował jako objaw choroby np. zawału, a problem z koncentracją jako objaw popadania w obłęd[1].

FOBIA SPOŁECZNA

Ludzie cierpiący na ten rodzaj zaburzenia obawiają się sytuacji, w których będą musieli rozmawiać z innymi ludźmi. Lęk mogą wywołać: przebywanie w zatłoczonych pomieszczeniach, środkach transportu publicznego, spotkania lub imprezy towarzyskie, jak również wystąpienia publiczne. Najczęstszymi przyczynami unikania sytuacji wywołujących lęk jest niechęć przed byciem ocenianym, obawa przed ośmieszeniem się, czy nieumiejętność jasnego formułowania swoich myśli. Osoby cierpiące na fobię społeczną przebywając w większym gronie odczuwają lęk nieadekwatny do sytuacji, mogący wywołać szereg dolegliwości takich jak pocenie się dłoni, drżenie głosu, czerwienienie się na twarzy, szyi lub dekolcie, zawroty głowy, czy uczucie suchości w jamie ustnej, a także dolegliwości żołądkowo-jelitowe lub podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. W wielu przypadkach fobii społecznej pojawia się tzw. lęk antypacyjny, czyli lęk wywołany już samym wyobrażeniem sobie sytuacji społecznej. Powodem jest to unikanie lękowych sytuacji, takich jak spotkania towarzyskie, czy przebywanie w zatłoczonych miejscach takich jak np. poczekalnia gabinetu stomatologicznego[2].

FOBIA PROSTA

Do tego rodzaju fobii zaliczamy np. klaustrofobię czy lęk wysokości. Osoby cierpiące na ten rodzaj fobii boją się konkretnych sytuacji lub zdarzeń. Większość fobii prostych jest uleczalna dzięki zastosowaniu terapii skupiających się na poznaniu przyczyny lęku i posługiwaniu się technikami przezwyciężania obaw. Terapia jest złożona, jednak gdy przyczyna lęku jest znana, dość łatwo jest ukierunkować dane leczenie tak, aby przyniosło możliwie najlepszy skutek terapeutyczny. Przykładem takiej terapii jest np. oswojanie pacjenta z arachnofobią przez stopniowe oswojanie źródła lęku. Początkowo z takim pacjentem ogląda się pajaka ze znacznej odległości, stopniowo zmniejszając ten dystans, kończąc na dotykaniu pajaków, aby ostatecznie zniwelować źródło niepokoju. Przykład ten możemy przenieść na gabinet stomatologiczny, w którym stopniowo oswojamy pacjenta, szczególnie dzieci, przez odbywanie wizyt adaptacyjnych[1].

Uogólnione zaburzenia lękowe

Ten rodzaj zaburzeń charakteryzuje się odczuwaniem długotrwałego lęku, w którym występują krótkie momenty ulgi. Najczęstszymi przyczynami tego zaburzenia są lęki związane z życiem codziennym np. kłopotami w pracy, problemami zdrowotnymi, finansowymi czy rodzinnymi. W odróżnieniu od lęku panicznego, który jest bardzo nasilony i pojawia się w krótkim czasie, lęk uogólniony jest lękiem przewlekłym. Utrzymuje się przez długi okres czasu i charakteryzuje się nieokreślonym stanem napięcia, niepokoju i zagrożenia. Osobom cierpiącym na

ten rodzaj zaburzeń lękowych może towarzyszyć stała drażliwość, problemy ze snem, uczucie zmęczenia i osamotnienia, a dodatkowo osoby te nie potrafią znaleźć rozwiązania problemów życia codziennego. U dzieci przyczynami wystąpienia lęku uogólnionego mogą być stres związany ze szkołą, nauką, zajęciami dodatkowymi, czy codziennymi obowiązkami domowymi [1].

Elementy składowe lęku

ELEMENT FIZYCZNY

Fizyczny aspekt lęku to sposób, w jaki nasze ciało chroni nas przed niebezpieczeństwem. Ma on swoje korzenie w instynktach samozachowawczych i pełni funkcję ochronną. W obliczu zagrożenia wywołuje automatyczną reakcję podjęcia natychmiastowego działania tj. ataku lub ucieczki. Strukturą odpowiedzialną za te procesy jest tak zwany gadzi mózg. Jest to najstarsza część mózgu i to właśnie ona odpowiada za podstawowe funkcje życiowe, a także rozpoznawanie i reagowanie na niebezpieczeństwo. Reakcje te mają pomóc przygotować ciało do działania w przypadku niebezpieczeństwa, jednak w momentach, w których nie ma realnego zagrożenia doświadczają się ich jako ataku paniki. Wielu pacjentów odczuwa doznania fizyczne takie jak : ból brzucha, wzrost tętna, czy pocenie się podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym [2].

Tabela 1. Doznania fizyczne związane z reakcją ataku/ucieczki oraz ich funkcje ochronne

Doznanie	Funkcja ochronna
Przyspieszona akcja serca	Do różnych części ciała dopływa większa ilość krwi, dotleniając je i przygotowując do natychmiastowego działania
Zdrętwienie/mrowienie	Krew kierowana jest do większych grup mięśni potrzebnych do działania (np. do ramion i nóg), powodując drętwienie/mrowienie innych (np. palców u rąk czy nóg). Reakcja ta może również zmniejszyć wpływ krwi w wypadku zranienia
Przyspieszony oddech	Tkanki i mięśnie otrzymują więcej tlenu, przygotowując się do działania
Zawroty głowy	Przyspieszony oddech może nieznacznie spowolnić dopływ krwi do mózgu, co – mimo że nie jest niebezpieczne – może wywołać uczucie zawrotów głowy, niewyraźnego widzenia itp.
Pocenie się	Pomaga ochłodzić ciało oraz zapobiega jego przegrzaniu podczas wysiłku. Dawniej mogło mieć znaczenie dla przetrwania, czyniąc skórę bardziej śliską, co utrudniało przeciwnikom uchwycenie ofiary
Bóle brzucha	Funkcje trawienne mogą ulec spowolnieniu, jako że główne zasoby energii organizmu są wykorzystywane przez inne procesy, powodując tym samym bóle brzucha
Napięcie mięśni i drżenie ciała	Może wystąpić, gdy mięśnie całego ciała przygotowują się do działania
Uderzenia gorąca	Może się pojawić, gdyż pobudzenie całego organizmu wymaga uwolnienia dużej ilości energii
Zmęczenie	Jest częstym następstwem reakcji ataku/ucieczki, która wymaga dużej ilości energii oraz wykorzystania innych zasobów organizmu

ELEMENT POZNAWCZY

Bardzo istotnym składnikiem lęku i paniki są niepokojące myśli. „Poznawczy model paniki dowodzi, iż ataki paniki są rezultatem „katastroficznie błędnej interpretacji” określonych doznań fizycznych” [3]. Ta błędna ocena powoduje, że doznania fizyczne wydają się o wiele niebezpieczniejsze niż są w rzeczywistości. Objawy takie jak np. drżenie ciała może być interpretowane jako utrata panowania nad sobą albo choroba umysłowa, chwilowy brak tchu jako zatrzymanie procesu oddychania prowadzącego do śmierci, a palpitacje mogą być odbierane jako zbliżający się atak serca. Element poznawczy lęku ma również związek z instynktem samozachowawczym i powoduje skupienie uwagi na potencjalnych oznakach niebezpieczeństwa. Tak jak w przypadku fizycznym, konfrontacja twarzą w twarz z niebezpieczeństwem powoduje reakcję ataku/ucieczki, tak samo w elemencie poznawczym dochodzi do nadinterpretacji symptomów skupiając uwagę właśnie na nich i interpretując je np. jako „ja umieram” lub „tracę kontrolę nad sobą.

ELEMENT BEHAVIORALNY

Ta składowa lęku odpowiada za charakterystyczne reakcje. Najczęstszym zachowaniem związanym z lękiem jest ucieczka oraz unikanie. Powodem takiej reakcji jest to, że na krótki czas redukuje ona uczucie lęku i niepokoju. Problem jednak jest bardziej złożony i zachowanie to w rzeczywistości nasila poczucie lęku przez podważenie zdolności danej osoby do radzenia sobie w podobnej sytuacji. Dodatkowo reakcja unikania oraz ucieczki wpływa na normalne funkcjonowanie osoby z zaburzeniami lękowymi. Może to powodować, że chorego ominie wiele doświadczeń, takich jak spotkania ze znajomymi, czy różnego rodzaju uroczystości, a także w bardziej dramatycznych przypadkach może wymusić rezygnację z czynności życia codziennego w tym pracy zawodowej. W kontekście stomatologicznym najczęstszą reakcją behawioralną jest odwoływanie wizyty w gabinecie[4].

CYKL PANIKI

Prawie każdy człowiek doznaje fizycznych symptomów lęku i pragnie unikać nieprzyjemnych sytuacji, a także doświadcza niepokojących myśli. Jednak dopiero gdy wszystkie trzy elementy współgrają ze sobą tworząc podłoże dla zespołu lęków oraz wystąpienia ataków paniki możemy mówić o cyklu paniki. Przykładem takiego cyklu jest odczuwanie bólu brzucha przed wizytą u stomatologa, skupianie się na tym bólu i odwoływanie z tego powodu wizyty w gabinecie.

Metody oceny lęku

Do oceny lęku stosowane są metody subiektywne i obiektywne. Do pierwszej z nich najczęściej wykorzystywane są różne kwestionariusze oceny lęku. Mogą one oceniać lęk przed jakimś konkretnym wydarzeniem np. planowaną operacją, porodem, czy leczeniem stomato-

logicznym lub oceniać ogólny poziom lęku. Kwestionariusze oceniające poziom strachu związanego z daną sytuacją zawierają pytania dotyczące np. procesu leczenia, czynnika stresogenego czy reakcji organizmu związanej z daną chwilą. Ankiety badające lęk uogólniony skupiają się na pytaniach z życia codziennego. Warto jednak pamiętać, że są one tylko narzędziem pozwalającym określić odczucia związane z zespołem lęku uogólnionego, co za tym idzie, nie mogą być one stosowane do postawienia diagnozy. Kwestionariusze oceny lęku mogą być również stosowane jako narzędzie przesiewowe, pomagające podjąć decyzje, czy wskazana jest wizyta u psychologa lub psychiatry[5].

Interpretacja wyników zawiera się w sześciostopniowej skali, w której wynik : 0-4 oznacza minimalny lęk lub jego brak, 5-10 oznacza stan na pograniczu lęku, czyli taka osoba odczuwa sporadycznie lęk, jako sygnał o stresującej sytuacji, jednak potrafi sobie z nim radzić, 11-20 oznacza łagodny lęk, w tym przypadku sytuacja jest podobna jak punkcie wyżej, jednak odczucie lęku nie jest już sporadyczne, 21-30 oznacza umiarkowany lęk, określa to osoby, które odczuwają lęk, znają mechanizmy radzenia sobie z nim, jednak rzadko potrafią z nich skorzystać, 31-50 oznacza poważny lęk, osoby te cechują bardzo słabe mechanizmy radzenia sobie z lękiem, najczęściej mają problem z pokonaniem stresującej sytuacji, 51-99 oznacza skrajny lęk lub panikę, tacy pacjenci nie posiadają mechanizmów radzenia sobie z lękiem, a reakcje lękową odbierają w sposób skrajny[5].

Obiektywne metody oceny lęku natomiast opierają się głównie na badaniu fizjologicznych reakcji organizmu na czynnik stresowy. Strach jest widoczny w wielu aspektach funkcjonalnych organizmu ludzkiego, najpopularniejszym jest zaburzenie rytmu serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, czy dolegliwości układu pokarmowego. Dlatego do metod fizjologicznych oceny lęku stosuje się: pomiar ciśnienia, tętna, szybkość akcji serca, badanie reakcji entodermalnej, czy biomarkerów takich jak pomiar wolnego kortyzolu w ślinie[6,7].

Niestety żadna z metod nie daje jasnego obrazu poziomu lęku u pacjenta. Wynika to z faktu, że metody fizjologiczne są podatne na odchylenia wynikające z płci, wieku, czy aktywności fizycznej pacjenta, a techniki subiektywne bazują na odczuciach i emocjach badanego, które nie zawsze mogą być miarodajne. Dopiero zbiór kilku badań i doświadczenie psychologa lub psychiatry pozwala postawić trafną diagnozę dotyczącą oceny lęku u pacjenta[5].

Dentofobia

Większość osób przed wizytą w gabinecie stomatologicznym odczuwa pewien rodzaj strachu, lęku lub niepokoju. Większość tych doznań jest zwykłą reakcją na niecodzienną sytuację, niepewność diagnozy, planu, czy kosztu leczenia. Jednak spora część pacjentów odczuwa tak silny lęk, że wpływa on na unikanie podjęcia decyzji o wizycie w gabinecie, nawet gdy wiedzą, że jest to konieczne. Od wielu lat zachowania te stanowią przedmiot zainteresowań zarówno lekarzy dentystów, jak również psychologów i psychoterapeutów. Bardzo ważne jest poznanie przyczyn i możliwości zapobiegania lękowi stomatologicznemu, ponieważ może on

mieć negatywne skutki dla zdrowia jamy ustnej. Odczuwanie silnego lęku wiąże się z reakcją unikania w tym przypadku wizyty w gabinecie, co w konsekwencji wpływa na niekorzystny stan uzębienia i przyzębia. Dlatego odraczanie regularnych wizyt powoduje uwikłanie się pacjentów w tzw. błędne koło[8,9].

DEFINICJE

Strach, lęk czy fobia stomatologiczna są często pojęciami używanymi naprzemiennie, jednak zgodnie z pojęciami rozwiniętymi już we wcześniejszym rozdziale mają one różne definicje i zabarwienie emocjonalne. Strach jest naturalną reakcją na realne zagrożenie, w warunkach gabinetu stomatologicznego mogą go wywoływać np. widok igły do znieczulenia lub wiertła. Lęk nie jest powiązany z bezpośrednim zagrożeniem, jest subiektywnym odczuciem będącym reakcją na nieznane niebezpieczeństwo[10].

Lęk przed dentystą, czyli dentofobia jest rodzajem paraliżującego strachu, który wpływa na podjęcie decyzji o wizycie w gabinecie, a w niektórych przypadkach wręcz ją uniemożliwia. Dentofobia jest nie tylko lękiem przed osobą dentysty, ale także przed wizytą w gabinecie stomatologicznym, jaki i wszelkimi zabiegami wykonywanymi w obrębie jamy ustnej. Skutki występowania lęku możemy rozpatrywać w trzech płaszczyznach fizjologicznej, behawioralnej i psychologicznej. Z fizjologicznego punktu widzenia w czasie sytuacji stresowej aktywuje się głównie współczulny układ nerwowy oraz oś podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy. Prowadzi to do wystąpienia różnych reakcji somatycznych, wśród których najczęściej występującymi są: przyspieszenie akcji serca, przyspieszony i pogłębiony oddech, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka, wzmożona potliwość, zaczerwienienia lub bledź powłok skórnych. W płaszczyźnie behawioralnej wyraża to się brakiem zdolności do działania np. umówieniem wizyty czy wejściem do gabinetu stomatologicznego. Na poziomie psychologicznym pojawia się subiektywny stan napięcia i niepokoju, obawa utraty kontroli nad własnym życiem, działaniem, a w skrajnych przypadkach może nawet prowadzić do obawy popadnięcia w obłęd[11].

PRZYCZYNY DENTOFOBII U DOROSŁYCH

Przyczyn występowania dentofobii jest bardzo wiele, do najczęstszych zaliczamy negatywne doświadczenia z dzieciństwa, brak kontroli podczas zabiegów stomatologicznych i poczucie bezsilności oraz obawę przed bólem. W największym stopniu niepokój stomatologiczny warunkują nabyte wyuczone reakcje lękowe powstające pod wpływem środowiska i uprzednich przeżyć. Strach dodatkowo potęgują sugestie najbliższych, stereotypy, intensywność odczuwanych dolegliwości, a także wygląd poczekalni i gabinetu oraz dochodzące z niego dźwięki. Niepokój swój szczyt osiąga tuż przed rozpoczęciem zabiegu wywołując tzw. konflikt motywacyjny, czyli konflikt między potrzebą leczenia ze względu na ból, a unikaniem leczenia, bo będzie bolało. Występowanie dentofobii wiąże się często z obowiązującym stereotypem dentysty. Stereotypy charakteryzujące się większą zgodnością społeczną najprawdopodobniej są przekazywane przez kulturę lub media, zaś stereotypy o mniejszej zgodności najpewniej

powstały na drodze oddolnej, czyli indywidualnych doświadczeń z przedstawicielami grupy, której dotyczy stereotyp. W przypadku zawodu dentysty z jednej strony żywe jest wciąż powiedzenie o dentystach-sadystach, z drugiej jednak pacjenci mogli zweryfikować słuszność tego stwierdzenia, czy też jego braku zasiadając na fotelu i zbierając własne doświadczenia. Dzięki tej możliwości społeczna zgodność dotycząca typowego dentysty jest zróżnicowana. W dzisiejszych czasach obraz szkolnego dentysty i brak powszechności znieczuleń na szczęście zaczyna się zacierać, jednak wciąż istotny jest wpływ stereotypu na myślenie i zachowanie danej osoby, w tym przypadku pacjenta[12]. Powszechnie znane stereotypy nie są jednak jedyną przyczyną powstawania dentofoibii a etiologia strachu dentystycznego jest wielowymiarowa i nie do końca poznana. Pomocny w określeniu przyczyny dentofoibii może być podział stworzony przez Rachmanna. Podzielił on nabywanie strachu na trzy mechanizmy - informacje powodujące strach, obserwacja lękliwych zachowań oraz własne doświadczenia. Pierwszym z nich są wywołujące lęk informacje. Proces ten kryje w sobie wiele możliwości wywoływania lęku stomatologicznego. Od najmłodszych lat mogą to być np. bajki zawierające nieprzyjemną wizytę u dentysty, opowieści innych osób o ich doświadczeniach np. bolesnym leczeniu stomatologicznym, czy wcześniej wspomniane stereotypy. Drugi mechanizm opiera się na obserwacji zachowań innych ludzi, przykładem tego mechanizmu jest obserwowanie przez dziecko lękliwych zachowań rodziców u dentysty. Trzecim są bezpośrednie doświadczenia, które w przypadku dentofoibii dotyczą traumatycznych przeżyć podczas wizyty u dentysty[13].

PRZYZNY DENTOFIBII U DZIECI

Dentofoibia dotyka także dzieci, a jej przyczyny mogą być różne. Większość z nich pokrywa się z tymi u osób dorosłych, jednak w przypadku dzieci musimy wziąć pod uwagę, że strach i lęk są ich naturalną reakcją obronną. Dlatego ucieczka, płacz, czy przytulanie się do opiekuna będzie normalną reakcją na nowe doświadczenia, także wizytę w gabinecie stomatologicznym. Niezmiernie ważne są także odczucia opiekuna. Dzieci obserwują i naśladują zachowania rodziców. Lęk jest stanem psychicznym, który szczególnie łatwo przechodzi na dziecko i jeżeli mały pacjent zaobserwuje zachowanie lękowe u opiekuna to będzie to dla niego sygnałem, że jest coś czego należy się obawiać. W przypadku dzieci znaczenie mają także codzienne rytuały. Gdy umówimy takie dziecko np. w porze drzemki lub obiadu, to zmniejszamy szanse na powodzenie takiej wizyty. Dziecko zmęczone, czy głodne nie tylko mniej chętnie będzie współpracowało, ale także będzie miało większe predyspozycje do zachowań lękowych[12]. Do czynników najbardziej stresogennych u dzieci w gabinecie stomatologicznym zaliczamy:

- okłamywanie- może być to błąd zarówno ze strony personelu, jak i rodziców. Mówienie, że nic nie będzie, w momencie gdy w planie mamy jakikolwiek zabieg, jest okłamywaniem i może wpłynąć na utratę zaufania ze strony dziecka. Takie same skutki przyniesie mówienie dziecku, że nic nie będzie bolało, w momencie gdy np. musimy zastosować znieczulenie. Lepszym rozwiązaniem jest szczery komunikat, w którym momencie może być odczuwany dyskomfort podczas zabiegu.

- obce miejsce- lęk i strach u dzieci jest normalną reakcją na nowe doświadczenia, miejsca i osoby. Dziecko przebywające pierwszy raz w nowym otoczeniu zazwyczaj odczuwa jakiś rodzaj strachu. Może on pojawić się nawet w pozornie błahych sytuacjach, np. gdy dziecko pierwszy raz będzie u kolegi w domu, czy podczas odwiedzin cioci. Tym bardziej w gabinecie stomatologicznym, w którym jest dużo nieznanego sprzętu, wystrój i zapach jest specyficzny, a dodatkowo są obcy ludzie ubrani w fartuch i maseczkę.
- przykre doświadczenia- wcześniejsze doświadczenia mają ogromny wpływ na dalszą współpracę z małym pacjentem. Ważne jest, aby nie tworzyć nieprzyjemnych wspomnień, dlatego powinno się stosować znieczulenia tak, aby to leczenie było komfortowe dla pacjenta. A także używać prawidłowej komunikacji i konsekwentnie realizować umowę z dzieckiem np. umówienie się na podniesienie ręki jakby się coś działo, jako sygnał do przerwy. Pozwoli to dziecku zachować poczucie kontroli w stresującej chwili. Do obowiązków rodziców jest zadbanie, aby mały pacjent oswajał się z gabinetem w jak najbardziej dogodnych warunkach, dlatego ważne jest odbywanie wizyt adaptacyjnych. Gdy pierwszej wizycie towarzyszy ból, to ciężko te przykre doświadczenie odwrócić, przepracować. Warto pamiętać, że dla dziecka stresujący może być nie tylko ból, ale także np. woda wypływająca z turbiny lub kwaśny smak, który poczuje w trakcie leczenia.

Hałas, silne światło- mogą być stresorami u dzieci, szczególnie te niespodziewane.

METODY OCENY LĘKU STOMATOLOGICZNEGO

Do oceny lęku związanego z leczeniem stomatologicznym wykorzystuje się subiektywne i obiektywne metody. I mimo tego, że wciąż nie ma idealnej strategii oceny strachu, to do subiektywnego pomiaru poziomu lęku używa się licznych narzędzi wykorzystujących techniki behawioralne, projekcyjne czy psychometryczne. Wśród metod subiektywnych kwestionariusze samooceny wciąż są złotym standardem i pomimo swoich wad są najczęściej stosowane. Jeżeli chodzi o obiektywne metody opierają się one na fizjologicznych reakcjach organizmu. Lęk i strach jest niczym innym jak zaburzeniem homeostazy. Głównymi układami aktywnymi w czasie sytuacji stresowej są współczulny układ nerwowy oraz oś podwzgórze-przysadka-kora-nadnerczy. Zmiany fizjologiczne są widoczne w wielu układach organizmu, między innymi w układzie krwionośnym przez przyspieszenie akcji serca czy wzrost ciśnienia tętniczego krwi, w oddechowym (uczucie braku tchu lub przyspieszony oddech), trawiennym (ból brzucha, wymioty, biegunki), mięśniowym (zwiększenie napięcia mięśni) oraz aktywności gruczołów potowych objawiające się zwiększoną potliwością[14]. Oprócz podziału na subiektywne i obiektywne metody do oceny lęku stosuje się także podział na techniki fizjologiczne, behawioralne i psychologiczne. Behawioralne stosowane są głównie u dzieci i polegają na ocenie zachowania pacjenta oraz zaznaczeniu odpowiedniej kategorii na skali behawioralnej przez lekarza dentystę. U dzieci strach przed wizytą na fotelu może być powodem demonstrowania

zachowań niewspółpracujących i destruktywnych, które mogą utrudniać lub wręcz uniemożliwiać prawidłowe leczenie. Wyodrębniono trzy wzorce zachowań u dzieci związane z lękiem stomatologicznym, pierwszym z nich jest aktywne unikanie leczenia, drugim pasywne wycofanie, a trzecim napięcie i utrzymywanie ciała w bezruchu. Do oceny lęku u dzieci stosuje się skalę Frankla, opisuje ona reakcje dziecka na leczenie. Dzieląc zachowania na 4 kategorie, od zdecydowanie negatywnego do zdecydowanie pozytywnego. Wadą tej metody jest trudność w klinicznym rozpoznaniu lęku u dzieci, które wykształciły mechanizmy radzenia sobie ze stresem. Powoduje to ocenienie zachorowania jako brak lęku, mimo nieakceptacji procesu leczenia przez dziecko. Dodatkowo nie każde zachowanie niewspółpracujące wynika z lęku. Kluczową rolę odgrywa tutaj subiektywna ocena zachowań oraz lęku dziecka przez lekarza dentyzę [4].

Rycina 3 Skala zachowania dziecka wg Frankla et al.

	Kategoria zachowania (Behaviour category)	Charakterystyka zachowania (Behaviour characteristics)
1.	Zdecydowanie negatywne (Definitely negative)	dziecko odmawia leczenia, głośno krzyczy, jest przestraszone, jawnie manifestuje skrajny negatywizm
2.	Negatywne (Negative)	dziecko niechętnie akceptuje leczenie i ujawnia postawę negatywną, ale w stopniu niezbyt nasilonym, np. nadąsanie, zamknięcie się w sobie
3.	Pozytywne (Positive)	dziecko akceptuje leczenie, ale jest ostrożne, skłonne do stosowania się do poleceń stomatologa, czasem z pewną rezerwą, lecz realizuje polecenia lekarza
4.	Zdecydowanie współpracujące (Definitely positive)	dziecko nawiązuje dobre porozumienie z lekarzem, interesuje się zabiegami leczniczymi, śmieje się i cieszy sytuacją terapeutyczną

Oprócz oceny zachowania dziecka, warto stosować także skale do oceny bólu. Spośród nich najczęściej używaną jest skala VAS, która przedstawia 6 twarzy wyrażających emocje od szczęścia do płaczu. Dziecko wskazuje palcem jak silny jest ból, który odczuwa. Metoda ta sprawdza się tylko u starszych dzieci, które potrafią odróżniać emocje. U noworodków i dzieci do 3 roku życia stosuje się skale oceny bólu oceniające behawioralne wskaźniki takie jako płacz, napięcie, wygląd twarzy. Wśród nich możemy wyróżnić:

- ▶ skala PIPP (Premature Infant Pain Profile)
- ▶ skala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)
- ▶ skala CRIES Children's Revised Impact of Event
- ▶ skala COMFORT

Część z tych skal ocenia także parametry życiowe takie jak częstość akcji serca, czy saturację. Skalą stosowaną w stomatologii jest np. skala NIPS badająca reakcje pacjenta na leczenie.

Tab. 2 Skala NIPS do oceny bólu u noworodków i małych dzieci.

	Nie boli	Trochę boli	Bardzo boli
Twarz	Spokojna	Grymas	Ból
Placz	Brak	Popłakuje	Krzyczy
Oddech	Spokojny	Przyspieszony	Wysilony
Ręce	Swobodne	Zgięte	Wyprostowane
Nogi	Swobodne	Zgięte	Wyprostowane
Stan świadomości	Śpi	Nie śpi	Pobudzony

Metody fizjologiczne opierają się na pomiarach fizjologicznych reakcji organizmu takich jak ciśnienie krwi, tętno, szybkość akcji serca. HR - heart rate, czyli częstość akcji serca i ciśnienie krwi są wykorzystywane jako wskaźnik lęku stomatologicznego, jednak jest wiele czynników, które wpływają na jego poziom niezależnie od poziomu lęku są to np. aktywność mięśni szkieletowych, poziom ciśnienia krwi oraz regularna aktywność fizyczna. Do objawów fizjologicznych lęku zaliczmy, także pocenie się dłoni, zmniejszone wydzielanie śliny, czy napięcia mięśni. Aby poznać poziom lęku można zastosować także reakcje ektodermalną (EDA- Electrodermal Activity) bada ona pobudzenie autonomicznego układu nerwowego i opisuje zmiany we właściwościach elektrycznych skóry. Do najczęstszych metod oceny reakcji ektodermalnej zaliczamy pomiar przewodnictwa skóry. Jest badaniem o wysokiej czułości i najbardziej przydatnym psychofizjologicznym wskaźnikiem pobudzenia podatnego na stany emocjonalne układu współczulnego. Dodatkowymi bardzo wartościowymi metodami jest pomiar wolnego kortyzolu w ślinie oraz alfa-amylazy ślinowej jako biomarkerów wykorzystywanych do oceny pobudzenia współczulnego układu nerwowego. Obecnie biologia molekularna i medycyna skupia się właśnie na takich biologicznych markerach zawartych w ślinie człowieka. Do oceny pobudzenia współczulnego układu nerwowego wykorzystuje się alfa-amylazę ślinową (sAA- salivary alpha-amylase). Wzrost poziomu sAA w ślinie jest powiązany z odpowiedzią organizmu na stres zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Dodatkowym atutem tej metody jest fakt, że nie wymaga inwazyjnych technik pobierania materiału, dzięki czemu nie występuje dodatkowy stresor w postaci np. bólu przy ukłuciu igłą. Aby przeprowadzić badania wystarczy pobrać próbkę śliny. Maksymalną wartość w ślinie amylaza osiąga około 5 minut od zadziałania stresora, a do wartości przed pobudzeniem wraca w około 10 minut. Drugim biomarkerem jest tzw. hormon stresu, czyli kortyzol, który uwalniany jest pod wpływem sytuacji stresowej i wywołuje szereg efektów metabolicznych. Kortyzol, dzięki swoim biochemicznym właściwościom jest transportowany z krwi do innych płynów ustrojowych w tym do śliny. Jego stężenie w ślinie jest miarodajnym odzwierciedleniem ilości niezwiązanego kortyzolu we krwi. Badanie to jest szeroko stosowane szczególnie wśród dzieci i młodzieży i jest wiarygodną metodą oceny stresu. Technika pobrania podobnie jak w przypadku alfa-amylazy ślinowej polega na zebraniu próbki śliny, czyli jest nieinwazyjna, łatwa w przeprowadzeniu i powtarzalna [12]. Minusem tej metody jest podatność na odchylenia pod wpływem czynników takich jak płęć,

wiek, masa ciała czy pora pobrania materiału i potencjalnie może wpływać na otrzymany wynik. Mimo tego, że techniki te nie są idealne, przez wpływ czynników niezależnych od poziomu strachu to uznawane są za przełom w badaniu lęku u pacjentów stomatologicznych.

Z metod psychologicznych do oceny lęku stosuje się wypełniane przez pacjenta kwestionariusze. Najpopularniejszymi z nich jest skala DAS (Corah's Dental Anxiety Scale) i MDAS (Modified Dental Anxiety Scale). Pierwsza z nich stworzona przez Corah składa się z czterech pytań. Na każde z pytań odpowiada się w pięciostopniowej skali oceniającej nasilenie lęku w sytuacji, której dotyczy pytanie. Wynik mieści się w granicach między 4, a 20 punktów. Wynik 4-7 pkt. wskazuje na niski poziom lęku, 8-11 pkt. - średni, zaś 12-20 oznacza wysoki lęk, z czego wynik powyżej 15 pkt. wskazuje na fobię dentystyczną.

Skala MDAS jest zmodyfikowaną skalą DAS przez dodanie piątego pytania, dotyczącego znieczulenia miejscowego, co w czasach powszechności leczenia właśnie w tym znieczuleniu jest bardzo istotnym punktem. W tym przypadku fobię dentystyczną określa wynik powyżej 19 pkt, a ogólne wyniki mieszczą się w granicach między 5 a 25 punktów[5].

Kolejną miarą lęku dentystycznego jest skala DFS (Kleinknecht's Dental Fear Survey). Kwestionariusz ten zawiera 20 charakterystycznych sytuacji związanych z leczeniem stomatologicznym, takich jak umawianie wizyty czy słyszenie dźwięku wiertła. Odpowiedzi zaznacza się na pięciostopniowej skali Likerta. Wyniki mieszczą się w granicach od 20 oznaczając brak lęku do 100 oznaczając najwyższy poziom lęku. Analizując te czynniki wyodrębnia się trzy parametry: unikanie leczenia, somatyczne objawy lęku i lęk powodowany bodźcem związanym z leczeniem stomatologicznym. Kolejną metodą jest 10-stopniowa skala strachu Gatchela. Osoba wypełniająca kwestionariusz sama ocenia swój lęk i umiejscawia go w przedziale między 1 a 10, z czego 1- oznacza brak lęku, 5- umiarkowany lęk, 8- silny lęk, a 10- bardzo silny lęk. Warto zauważyć, że ta skala bada ogólny poziom lęku w kontekście wizyty u dentysty, a wcześniejsze skupiają się bardziej na określonych sytuacjach związanych z leczeniem stomatologicznym[4,5].

Kwestionariuszy służący do oceny lęku stomatologicznego jest wiele, jednak te trzy należą do najpopularniejszych i najczęściej stosowanych w praktyce stomatologicznej. Można zauważyć, że są to ankiety wypełniane przez pacjenta, więc oceniają tylko jego subiektywne odczucia, które nie zawsze muszą być miarodajne. Jednak musimy pamiętać, że w poznaniu przyczyny dentofoibii kluczowe znaczenie mają uczucia i emocje pacjenta. Oczywiście metody psychologiczne powinniśmy zestawiać z fizjologicznymi i behawioralnymi, tak aby poznać najbardziej miarodajny poziom lęku stomatologicznego. Jednak poznanie psychologicznego aspektu dentofoibii umożliwia indywidualne podejście zarówno do samego pacjenta, jak i do całego procesu leczenia.

BIBLIOGRAFIA

1. Reber A. Słownik psychologii. Warszawa: (2000). Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
2. Bourne EJ. Lęk i fobia: praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
3. Mattis SG., Ollendick T.H. Lęk i fobie nastolatków. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2004
4. Clark DM. A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 1986, nr 24, s. 461-470.
5. Kaczmarek U. Wilk-Sieczak B. Metody oceny lęku stomatologicznego u dzieci i młodzieży. Dent. Med. Probl. 2006, 43, 4, s. 598.
6. Skowron M, Waliczek M, Nowak P, Więckiewicz W. Występowanie lęku u pacjentów leczonych stomatologicznie. Dental Forum 1/2018/XLVI.
7. Gruz E, Jaczewski M, Juzala P. Analiza poziomu lęku i czynników go modelujących oraz stereotypu stomatologa u pacjentów przed stomatologicznym leczeniem chirurgicznym. Dent. Med. Probl. 2006, 43, 3, 415-420.
8. Olszewska I, Żarowa M, Gofrom B, Paczuńska P. Analiza stopnia lęku pacjentów przed leczeniem stomatologicznym. Magazyn Stomatol. 2000, 10, 7/8, 58-62.
9. Kowalska-Kustra O, Jarzębowska A, Zakrzewski J. Wpływ doświadczeń i emocji stomatologicznych rodzica na sposób kształtowania postawy stomatologicznej dziecka. Nowa Stomatol. 2015; 20(2): 47-52.
10. Kaczmarek U, Kanaffa-Kilijańska U, Frydecka D. Metody oceny lęku stomatologicznego u dorosłych. Dent. Med. Probl. 2010, 47, 1, 97-100.
11. Sobczak-Zagalska H, Peplińska M, Emerich K. Obiektywne metody oceny lęku związanego z wizytą dzieci i młodzieży u stomatologa. Ann. Acad. Med. Gedan. 2014, 44, 117-124.
12. Uram P. Społeczne uwarunkowania zjawiska dentofobii - problem dzieci i dorosłych. Zeszyty naukowe UJW. 2018, 11, 245-262.
13. Sporniak-Tutak K. Ocena lęku u pacjentów przed zabiegami stomatologicznymi. Czas.stomatol. 1995, 48, 396-399.
14. Sobczak-Zagalskiej H, Peplińska M, Emerick K. Lęk bezpośredni z wizytą dzieci i młodzieży u stomatologa – subiektywne metody oceny Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2014, 23, 1, 47-52.

STRESZCZENIE

Dentofobia to paniczny lęk przed wizytą u dentysty oraz zabiegami w jamie ustnej, który dotyczy dzieci, jaki i dorosłych. Podstawą pracy z pacjentem jest zrozumienie przyczyny i określenie poziomu strachu, co pozwala na dobranie odpowiednich technik łagodzenia lęku stomatologicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: dentofobia, zachowania lękowe, pacjenci stomatologiczni

SUMMARY

Dentophobia is a panic fear of visiting the dentist and oral procedures which affects both children and adults. The basis for working with a patient suffering from dentophobia is to understand its cause and determine the level of fear, which allows for the selection of appropriate techniques to alleviate dental anxiety.

KEYWORDS: dental phobia, dentophobia, anxious behavior, dental patients