

СОВЛАДАНИЕ СО СТРЕССОМ В СИТУАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

М. И. Мойсейчук

Белорусский государственный университет, г. Минск;

m.moiseichuk@mail.ru;

науч. рук. – Ю. Г. Фролова, канд. психол. наук, доц.

Работа посвящена проблеме возникновения и преодоления стресса в ходе стоматологического вмешательства. Комфорт, безопасность, снижение уровня стресса и тревоги могут являться залогом успешной работы врача. Стресс, испытываемый пациентом, может являться фактором снижения качества оказываемых врачом услуг. Одной из нерешенных задач современной стоматологии является проблема обеспечения адекватного обезболивания у амбулаторных пациентов, испытывающих высокий уровень стресса. Боль является результатом динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов. Пациент способен активно влиять на выраженность болевого синдрома, корректировать свою жизнь, связанную с болью, и управлять совладающим поведением. Совладания с зубной болью зависит от интенсивности боли пациента, его пола и возраста.

Ключевые слова: стоматологическое вмешательство; стресс; копинг-стратегии; тревога; зубная боль; катастрофизация.

Страх, волнение и напряжение перед посещением стоматолога испытывают от 52 до 85 % пациентов, около 5 % испытывают сильнейший страх при упоминании о стоматологическом вмешательстве [1]. Данное эмоциональное состояние может формироваться после травмирующего посещения стоматолога в детском возрасте, либо в результате невнимательного поведения врача, некорректных манипуляций или при наличии боли сильной интенсивности. Комфорт, безопасность, снижение уровня стресса и тревоги могут являться залогом успешной работы врача. В связи с этим, представляется актуальным исследование психологических способов коррекции и регулирования эмоционального состояния пациентов. Как отмечает, Н. Ю. Анисимова на стоматологическом приеме складывается система взаимоотношений человек – человек, поэтому от характера этих взаимоотношений зависит эффективность, содержание и результаты лечения в ходе стоматологического вмешательства [1].

Стресс, испытываемый пациентом, влияет также и на работу врача, снижая качество оказываемых им услуг. Страх перед стоматологическим вмешательством у пациентов может приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови. По результатам исследования З. М. Гасановой для психологической коррекции негативного эмоционального состояния, возникающего в ходе стоматологиче-

ского вмешательства, были сформулированы рекомендации для пациентов с низким и средним уровнем психотизма. З. М. Гасанова также утверждает, что перед стоматологическим приемом у пациента рекомендовано определять уровень выраженности психотизма и тип темперамента. Так, если пациент является меланхоликом, рекомендовано, чтобы основную часть речи врача при воздействии в процессе лечения составляло положительное подкрепление. Если по типу темперамента пациент – холерик, то рекомендуется, чтобы в речи врача преобладало положительное и отрицательное подкрепление, применяемые в равной степени. В свою очередь, в случае проведения вмешательства с пациентом, являющимся сангвиником, рекомендуется в речи врача использовать все вербальные конструкции с превалированием положительного подкрепления. Применять все вербальные конструкции при минимальном использовании отрицательного подкрепления рекомендовано пациенту-флегматику [2].

Как отмечает, Н. А. Демина при любом заболевании, в том числе и при проведении стоматологического вмешательства, важно знать преморбидные особенности личности и актуальное эмоциональное состояние пациентов. Необходимо учитывать профиль личности, тип нервной системы, личностные особенности [4].

Одной из нерешенных задач современной стоматологии является проблема обеспечения адекватного обезболивания у амбулаторных пациентов, испытывающих высокий уровень стресса. А. Б. Данилов и Ал. Б. Данилов, определяя процесс переживания боли как сложное сочетание ряда взаимозависимых биомедицинских, психологических и социокультурных факторов, взаимоотношения между которыми динамичны и изменяются с течением времени, предлагают авторскую биопсихосоциокультурную модель (концепцию) боли. Она основана на понимании боли как результате динамического взаимодействия биологических (анатомические, генетические, физиологические), психологических (аффективные, когнитивные, поведенческие) и социокультурных (гендерные различия, система здравоохранения, традиции страны происхождения) факторов. Опираясь на представленную биопсихосоциальную модель боли, следует отметить, что пациент способен как активно влиять на выраженность болевого синдрома, корректировать свою жизнь, связанную с болью, так и управлять совладающим поведением [3].

Совладающее поведение в процессе переживания боли как комплекс осознанных адаптивных и неадаптивных действий (когнитивных, аффективных, поведенческих), которые позволяют человеку справляться с болью, уменьшить или увеличить ее интенсивность, смириться или свыкнуться с ней. Можно выделить две группы копинг-стратегий пре-

одоления боли – пассивные и активные. Пассивные копинг-стратегии направлены на избегание физической и социальной активности, стремление к социальной поддержке (ожидание сочувствия, понимания), невербально-моторное выражение боли (стон, стискивание зубов, замедленность движений и реакцию дистанцирования (уменьшение значимости ситуации, молитвы, надежды) и т. п. Особое место среди пассивных копинг-стратегий занимает стратегия катастрофизации. Активные, конструктивные копинг-стратегии способствуют успешному преодолению боли.

В широком контексте активные эмоционально-ориентированные стратегии совладающего поведения базируются на оптимизме больного, уверенности в наличии выхода из любой, даже самой сложной ситуации, а активные когнитивные – на сохранении самообладания, в основе которого анализ трудностей и возможных путей их преодоления, повышение самооценки и самоконтроля. Среди частных случаев активных поведенческих копинг-стратегий можно привести результаты исследования И. Г. Измайловой, проведенного с детьми, страдающими от приступов головной боли. Автор наблюдала такое совладающее поведение как отвлечение с помощью чтения книг, просмотра телевизора, прослушивание музыки или рисование ободряющих картинок [5].

По результатам наших предыдущих исследований было обнаружено, что выбор стратегий совладания с зубной болью зависит от интенсивности боли пациента, его пола и возраста. Чем интенсивнее болевые ощущения, тем чаще пациенты прибегают к стратегии катастрофизации для совладания с зубной болью. Также что более тревожные пациенты чаще используют стратегию катастрофизации и поиска социальной поддержки, чтобы справиться с зубной болью. Полученные данные еще раз доказывают, что тревога – неотъемлемая составляющая переживания боли, которая оказывает непосредственное влияние на процесс совладания с ней и, следовательно, на ход лечения [6;7].

Таким образом, стоматологическое вмешательство является ситуацией, провоцирующей стресс для большого числа пациентов. Пациенты стоматологического профиля испытывают тревогу, напряжение, что сказывается на лечении и профилактике заболеваний. Более того, эмоциональное состояние пациентов отражается и на работе врача. Существует взаимосвязь между уровнем тревоги, стратегиями совладания и интенсивностью болевых ощущений, что, в свою очередь, актуализирует проблему обезболивания в стоматологической практике.

Библиографические ссылки

1. *Анисимова Н. Ю.* Пациенты с дентофобией на стоматологическом приеме // Вестник ТГПУ. 2014. № 5. С. 123–128.

2. *Гасанова З. М.* Психофармакологические методы коррекции стрессовых состояний у пациентов перед стоматологическими вмешательствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14. М., 2003.
3. *Данилов А. Б., Ал. Б. Данилов* Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 1. С. 30–36.
4. *Демина Н. А.* Эмоционально-личностные особенности пациентов при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. М., 1999.
5. *Измайлова И. Г.* Копинг-стратегии при эпизодической и хронической головной боли напряжения в детском возрасте // Астраханский медицинский журнал. 2002. № 2. С. 66–70.
6. *Мойсейчук М. И.* Особенности выбора стратегий совладания с зубной болью : сб. работ 72-й науч. конф. студ. и асп. БГУ, Минск, 11–22 мая 2015 г. Мн., 2015. Ч. 2. С. 454–457.
7. *Мойсейчук М. И., Фролова Ю. Г.* Методы оценки стратегий совладания с болью у стоматологических пациентов // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки. Мн., 2017. Вып. 17, ч. 3. С. 398–405.