

СТРАХ БОЛИ В СТОМАТОЛОГИИ

Н. СЕМЕНОВА*

Наш журнал неоднократно обращался к теме психотерапевтической помощи людям, переживающим состояние зубной боли (см.: Василюк, 1997). В статье, которую мы представляем вниманию читателя на этот раз, дается обзор широкого круга психологических исследований в сфере стоматологии. Оказывается, по крайней мере, 25% взрослых переживают чувство боязни перед визитом к стоматологу. Тревожные пациенты реально испытывают меньшую боль сравнительно с предвосхищаемой. В статье рассматривается феноменология страха рутинного стоматологического лечения. Описываются психологические подходы к снижению стресса и тревоги стоматологических пациентов.

Введение

Известно, как боятся люди стоматологического лечения. При виде “бормашины” и стоматологического кресла многие испытывают такой страх и тревогу, что лечащие врачи считают взаимодействие с этими пациентами наиболее стрессовым моментом в своей работе. Не удивительно, что проблема *стоматофобии* стала предметом многочисленных психологических исследований. Имеются в виду, прежде всего, работы клинических психологов Великобритании, на которые мы и будем, главным образом, опираться в данном обзоре, при этом относительно часто отсылая читателя к обзору S.Lindsay и C.Jackson (1993), который представляется нам исчерпывающим во многих отношениях.

Отправным моментом исследований послужили некоторые тенденции настоящего времени. Во-первых, в последние годы к исследованию природы страха и воздействию на него все более применяется когнитивная психология, опирающаяся на такие разделы общей психологии, как Память, Мышление, Воображение и Восприятие. Во-вторых, в практике стоматологии общее обезболивание (наркоз) в качестве средства помощи тревожным пациентам становится все менее приемлемым (Poswillo, 1990), –

* Семенова Наталья Дмитриевна – клинический психолог, кандидат психологических наук; Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А.Семашко, кафедра педагогики и психологии; клиничко-поликлинический стоматологический комплекс.

Обзор подготовлен при финансовой поддержке Отделения медицинской социологии университета г.Ульм (Германия). (Universität Ulm, Abteilung für Medizinische Soziologie).

вместо него используется седация, при которой пациенты остаются в полном сознании, отслеживают ход лечения и, таким образом, сохраняют восприимчивость к той или иной психологической помощи (Weinstein, Domoto & Holleman, 1986). В-третьих, все более признается роль поведенческих наук в практике стоматологии (General Dental Council, 1990). Наконец, многими исследованиями доказана эффективность психологических методов воздействия на переживание боли, в связи с чем наметилась позитивная тенденция, когда специалисты в области психического здоровья приходят в стоматологию с целью оказания психологической помощи пациентам.

Страх перед стоматологией

Страх перед стоматологическим лечением весьма распространен, о чем свидетельствует ряд эпидемиологических исследований. Так, в одном из них, проведенном в Голландии, было установлено, что 36% взрослых “очень боятся” визитов к зубному врачу (Schuurs, Duivenvoorden et al., 1981).

Для оценки страха используются различные опросники и стандартизированные интервью, варьирующие по длине, содержанию и сложности измеряемых параметров. А. Schuurs с соавторами (1981), например, спрашивал своих респондентов, 1) боятся ли они вообще стоматологического лечения, и 2) беспокоятся (или беспокоились) ли обычно накануне визита к зубному врачу. Предлагаются варианты ответа: “да”, “нет”, “в определенной степени”. Постановка вопросов не дает респонденту опорных точек для описания страха, поэтому судить о его интенсивности невозможно.

Для более дифференцированного описания страха в стоматологии применяется опросник *Dental Anxiety Scale* (CDAS), предложенный N. Corah (1969). Шкала содержит всего 4 пункта, имеет хорошие психометрические свойства и широко используется в эпидемиологических и клинических исследованиях (Corah, 1978; Kent, 1984). Существуют версии шкалы на разных языках, а также нормативы для немецкой, норвежской и датской выборок (Humphris, Morrison & Lindsay, 1995). Один из вопросов CDAS звучит так: “Когда Вы (взять типичный случай) ждете своей очереди на прием к зубному врачу – Вы при этом “расслаблены”, “немного волнуетесь”, “напряжены”, “тревожны” или “так волнуетесь, что делаетесь потным или даже почти заболеваете физически”?”. В последнюю категорию, согласно некоторым оценкам, попадает 34% взрослых (Lindsay & Jackson, 1993).

Наряду с достоинствами CDAS (простота шкалы, позволяющая клиницисту быстро и с наименьшими затратами оценить психологическое состояние пациента), S. Lindsay и C. Jackson отмечают и ее недостатки. В

предложенных респондентам вариантах ответа собственно эмоциональные переживания даны наряду с состояниями, описывающими сугубо физический (физиологический) уровень. Между тем, известно, что страх и тревога, кроме указанных реакций (“так волнуюсь, что делаюсь потным или почти заболела физически”), физиологически могут проявляться и иными симптомами – одышкой, сердцебиением и др.

Кроме того, физиологические реакции могут весьма слабо коррелировать с тем, как сами пациенты оценивают интенсивность своего страха. Респондент, описывающий себя как *очень боящегося*, может не ощущать наблюдающейся у него высокой частоты пульса или не выдавать такой реакции. Это подтвердил проведенный R.Kleinknecht с соавт. (1984) факторный анализ шкал тревоги, в которых респонденты описывали свои физические реакции на стоматологию. Наконец, определенные группы людей могут отличаться одна от другой по степени восприятия интенсивных физических реакций. Пожилые люди, например, ощущают интенсивный страх несколько иначе, нежели лица молодого возраста.

Вообще говоря, для эпидемиологического исследования не столь важны физиологические переменные, использующиеся в качестве индикаторов страха. Фиксируя данные показатели, можно оценить сиюминутный страх, но не общую установку тревоги и страха в отношении стоматологического лечения, что требует уже введения поведенческих параметров.

S.Lindsay с соавт. (1987) просили респондентов ответить, при каких условиях они легко перенесли бы стоматологическое лечение (когда погружены в сон; когда расслаблены с помощью медикаментов или без какой-либо подобной помощи?). 31% опрошенных, подтвердив свой страх перед стоматологией, ответили, что предпочли бы спать или быть расслабленными с помощью медикаментов.

В попытке усовершенствовать шкалу CDAS, G.Humphris с соавт. (1995) разработали ее модифицированную версию – *Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)**. Были внесены два существенных изменения. Первое: оригинальная шкала не касалась такого важного вопроса, как местная анестезия, тогда как процедура местной анестезии расценивается многими так же, как и “сверление”, в плане испытываемых страхов и тревог. Пациент может бояться шприца и не бояться “сверления”, и наоборот. Так был добавлен дополнительный, пятый вопрос о местной анестезии. Второе: для каждого вопроса была введена новая, упрощенная система ответов.

Используя MDAS, G.Humphris с соавт. (1995) протестировали 1390 испытуемых различных групп. 13% обследуемых отметили повышенную тревогу по поводу анестезии, тогда как по поводу обработки полости зуба –

* Модифицированная версия CDAS (MDAS) – в переводе на русский язык – имеется в распоряжении автора данной статьи.

лишь незначительную. Таким образом, первоначальная версия шкалы (CDAS) эту группу пациентов не охватывала. Наименьший уровень тревоги отмечен у медицинских работников, в частности, у студентов-стоматологов. Женщины оказались более тревожными, чем мужчины, а лица 60 лет и старше – существенно менее тревожными, чем более молодые.

Итак, согласно различным оценкам, от четверти до трети взрослых предвосхищают высокий уровень страха перед стоматологическими процедурами. Эта группа людей столь многочисленна, что врачам-стоматологам действительно необходимо обратить на них самое пристальное внимание, стараясь по возможности изменить их ситуацию.

Стабильность страха

Данные относительно страха перед лечением не представляли бы особой ценности, если бы он непредсказуемо варьировал от случая к случаю в зависимости от обстоятельств. Исследования показывают, что это не так. Страх перед стоматологическим лечением характеризуется определенной стабильностью.

С помощью шкалы MDAS С. Jackson (1992) изучил сообщения пациентов о страхе перед стоматологией (обработка полости зуба и местная анестезия). Замеры производились дважды с разницей в неделю. Первый раз все испытуемые заполняли опросник в клинике до начала лечения. Повторный замер одна половина пациентов проводила дома, другая – непосредственно перед лечением по прибытии в клинику. Установлено значительное снижение страха при второй пробе вне зависимости от того, где она происходила, – дома или в клинике. Одновременно показатели двух замеров высоко коррелировали друг с другом: *высокие* показатели начального замера предсказывали *высокие* показатели последующего. Изменение, зафиксированное данной шкалой, особенно показательное, так как DAS оценивает *общую установку* страха перед стоматологией, а не страх по поводу какого-то отдельного случая.

Чего именно боятся пациенты?

У стоматологических больных есть стойкая психоэмоциональная установка на боль, которую они предчувствуют, еще не видя инструментов, а лишь при одной мысли о предстоящем лечении (Бизяев, Лепилин, Иванов, 1992). S.Lindsay с соавт. (1987) установили, что 84% взрослых ожидают наступления болевого дискомфорта, по крайней мере, от некоторых визитов к врачу, в рамках рутинного стоматологического лечения.

Клинический опыт показывает, что пациенты стоматологии боятся и многого другого: фиксированного положения в стоматологическом кресле;

наступления слабости, состояния, близкого к обмороку; удушья; беспомощности, невозможности контролировать ход лечения; травм мягких тканей полости рта; наконец, потери контроля над своим поведением (*Lindsay, Jackson, 1993*). В условиях реальной клинической практики всегда найдутся и иные примеры.

В клинике страхов в целом исследуются и такие моменты, как социальная тревога и панические атаки (*Clark, 1988*). В этой связи следует различать страх перед собственно стоматологией и страх перед ситуациями социального характера. Так, некоторые пациенты, годами избегающие стоматолога, боятся не столько лечения как такового, сколько неприятных замечаний, которые, как им кажется, сделает врач по поводу плохого состояния полости их рта (*Lindsay, Jackson, 1993*).

Что касается панических состояний, то, согласно международной классификации болезней ICD-10 (*МКБ-10/ICD-10, 1994*), основным их признаком выступают повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией и потому непредсказуемы. Доминирующие симптомы этого состояния могут варьировать у разных больных, но общим остается неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение, чувство нереальности. Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или безумия. Частота и течение атак довольно-таки переменчивы. При панической атаке больные испытывают резко нарастающие страх и вегетативные симптомы. При непредсказуемых панических атаках люди нередко боятся оставаться в одиночестве, появляться в людных местах. Часто атака приводит к постоянному страху возникновения другой атаки.

Паническое расстройство необходимо отличать от панических атак, возникающих как часть фобических расстройств. Обеспокоенность пациента может концентрироваться на отдельных симптомах, таких как сердцебиение или ощущение дурноты, и также часто сочетаться с вторичным страхом смерти.

Некоторые сообщения стоматологических пациентов можно расценивать не иначе, как панические атаки. Одна пациентка так пугалась звуков стоматологической установки, что пережила приступ паники, когда печатала письмо под диктовку в комнате, соседствующей с отделением хирургической стоматологии. Другой пациент имел столь чувствительный рефлекс на роторасширитель, что “выдавал” симптомы паники даже при простом клиническом обследовании полости рта (*Lindsay, Jackson, 1993*).

Насколько часто встречаются панические атаки в стоматологии – неизвестно. Тест *Dental Fear Survey* (DFS) – еще один из инструментов оценки стоматофобии – предусматривает опрос пациентов о некоторых физических симптомах паники (*Kleinknecht, Klepac, Alexander, 1973*), однако, ус-

тановить наступление панических атак с помощью данного теста затруднительно, так как в него введен далеко не весь набор соответствующих симптомов.

Субъективные ожидания и реальный опыт

Пациентов просили оценить сначала степень ожидаемой боли и сразу после лечения – реально испытанную боль (*Arntz, van Eck, Heijmans, 1990; Kent, 1985; Lindsay, Wege, Yates, 1984*). Реальная оказалась значительно меньше той, что они предвосхищали. Эта закономерность прослеживалась даже среди завсегдатаев стоматологической клиники: от визита к визиту у них мало что менялось.

Сходные ожидания болевого дискомфорта отмечаются и у детей. Возможно, подобные ожидания формируются в детском возрасте и, однажды установившись, крайне трудно поддаются коррекции (*Lindsay, Jackson, 1993*). Пожалуй, это самый сложный момент в природе страха стоматологии.

Чем больше страх лечения, тем выше уровень ожидаемой боли (*Lindsay, Wege, Yates, 1984*). Клинические исследования, однако, еще не показали с достаточной достоверностью, испытывают ли тревожные пациенты большую боль сравнительно с менее тревожными. Мы еще вернемся к этому вопросу в одном из последующих разделов.

Остается вопрос, насколько корректны сообщения пациентов о боли, чтобы на них опираться (как это делают авторы приведенных выше работ)? Ожидания пациентов оценивались именно в тот момент, когда они находились в состоянии наивысшей тревоги, опыт же испытанной боли, – когда все, связанное с лечением, осталось позади и тревога пошла на убыль. Сообщения пациентов, таким образом, включены в разные смысловые контексты. Феноменологическая динамика *боли до* – иная, нежели *боли после* (*Василюк, 1997*).

Восприятие боли опосредовано и когнитивными процессами. Пациенты с хронической болью обнаруживают специфический когнитивный стиль, типичные “когнитивные ошибки” (катастрофизация, генерализация и др.), ввиду чего описание боли, которое дается пациентами, создает искаженную картину (*Miller, 1993*).

Вышесказанное подтверждает и работа *G.Kent (1989)*. Одних пациентов автор спрашивал о дискомфорте предшествующего лечения непосредственно перед следующим приемом у врача, других – сразу после него. Как и следовало ожидать, актуальное состояние тревоги влияло на то, как вспоминался пережитый ранее болевой дискомфорт: сообщения перед приемом содержали более драматичные описания, нежели сообщения, сделанные

после. Однако, строго говоря, данную закономерность автору удалось проследить лишь среди женщин-пациенток.

Для того, чтобы и ожидания, и реальный опыт оценить при сходных условиях, 28 пациентов были опрошены сразу после лечения. Требовалось ответить, была ли только что пережитая боль *больше*, *меньше* или *той же самой*, что и ожидаемая. Лишь один из пациентов сказал, что боль была несколько больше, чем он ожидал; 11 ответили, что она была гораздо менее сильной; 10 – чуть менее сильной; а 6 – той же, что и ожидалась. Таким образом, еще раз подтвердилось, что ожидается более интенсивный дискомфорт, нежели реально пережитый (цит. по {*Lindsay, Jackson, 1993*}).

Любопытно, что при последующих визитах к стоматологу уровень ожидаемой боли у пациентов не снижается (*Kent, 1989*). Возможно, каждый позитивный предшествующий опыт они расценивают как нетипичный (“так уж случайно получилось”) и в дальнейшем на него не опираются.

Если реальная боль значительно меньше предвосхищаемой, то, как видно, сила психологического воздействия должна быть направлена, прежде всего, на стойкость (персистенцию) нереалистических ожиданий у тревожных пациентов, делают вывод авторы (*Lindsay, Jackson, 1993*).

Заметим, что в приведенных работах не рассматривается влияние, которое сам факт исследования может оказывать на поведение врача-стоматолога. Вполне возможно, что в условиях эксперимента врач работал более осторожно, чем обычно, стараясь максимально облегчить боль пациента. То, что субъекты ведут себя иначе, когда знают, что за ними ведется наблюдение, – хорошо установленный в психологии факт (*Lindsay, Powell, 1993*).

Факторы, влияющие на стабильность ожидания боли

G.Kent (1985) обнаружил удивительный факт: по истечении трех месяцев после лечения тревожные пациенты вновь вспоминают о нем как о более дискомфортном, сравнительно с той оценкой, которую они вынесли сразу же после лечения. При этом степень тяжести боли, по прошествии трех месяцев, совпадала со степенью предвосхищаемой боли в минуты ожидания врачебного приема. Вновь возникает вопрос, насколько валидны сообщения пациентов о боли, сделанные сразу же после лечения.

Возможно, полагает G.Kent, как только память о недавнем лечении угасает, воспоминание о нем подвергается реконструкции на основе какой-либо одной устойчивой характеристики, выступившей в рамках предшествующего опыта лечения и накладывающей свой отпечаток на ожидания при дальнейших визитах в стоматологическую клинику.

Представленные выше переживания стоматологических пациентов S.Lindsay (1984) объясняет моделью классического обусловливания, хотя и

признает при этом, что реалии стоматологической практики отличаются от полученных в лабораторных условиях.

Согласно S.Lindsay с соавт. (1984), имеется связь между определенностью знаний пациентов о предстоящем лечении и уровнем ожидаемой тревоги: чем больше неопределенность, тем выше тревога. Между тем, информируя испытуемого об ощущениях, связанных с неприятным событием, специалист делает это событие менее “угрожающим”, так как невольно внушает мысль о том, что неприятные ощущения типичны, обыденны, стандартны.

Многие пациенты находятся в неопределенности и относительно управления болью в процессе лечения. Однако связь этого фактора со страхом лечения не установлена (Lindsay et al., 1987).

Существует множество обнадеживающих данных, согласно которым применение поведенческой терапии в принципе способствует снятию страхов. Наибольшего эффекта удастся достичь, когда сеансы проводятся часто и укладываются в небольшой интервал времени. Если, например, в ходе одной терапевтической встречи удастся снизить страх, то положительный сдвиг можно затем подкрепить на следующем, не отсроченном, сеансе. Однако сомнительно, что нечто подобное можно наблюдать в стоматологии. Согласно данным некоторых исследований (Arntz, van Eck, Heijmans, 1990), у тревожных пациентов предвосхищение боли в двух замерах не претерпело значимого снижения за счет опыта безболезненного лечения, даже когда замеры проводились непосредственно вслед за таким лечением. Иначе говоря, опыт безболезненного лечения не влияет на предвосхищаемую боль и ее ожидание (Lindsay, Jackson, 1993).

Возможно, в известной степени эта особенность объясняется убежденностью многих стоматологических пациентов в том, что заведомый настрой на весьма болезненное лечение позволит им легче перенести самую боль. Согласно S.Lindsay (1984), тревога “гасит” боль: пациенты, переживающие состояние тревоги в ожидании болевого дискомфорта, будут испытывать меньшую боль, если вдруг анестезия не подействует. Тревожные пациенты, вероятно, стоят перед дилеммой: не предвосхищать боли и пережить дистресс, когда она случится; либо ждать наступления боли, находясь в состоянии неослабевающей тревоги, но уже меньше страдать от боли.

Вышесказанное подтверждается исследованиями биохимических механизмов регуляции боли, проведенными на животных. Под воздействием стресса животные переживали меньший дискомфорт от негативной стимуляции. Возможно, это объясняется повышенным продуцированием так называемых эндорфинов (Lindsay, Jackson, 1993). Существует несколько регуляторных систем, одной из которых является система эндогенных опиатов (эндорфинов), которая и включается в ситуациях стресса. Эндо-

генные опиаты подавляют иммунную систему. Выдвинуто предположение, что лица с репрессивным стилем переживания (те, кто старается подавить, удалить из сознания тревожащую их информацию) характеризуются повышенной активностью эндорфинной системы. У них отмечаются также и высокие болевые пороги. Однако если эта особенность и характеризует основную массу стоматологических больных, то чрезмерно тревожные пациенты выпадают из данного ряда, – у них не отмечается повышенного уровня эндорфинов (*Law, Logan et al., 1991*).

Снижение тревоги перед необходимостью лечения

Как уже отмечалось, тревога пациентов достигает наивысших показателей непосредственно перед лечением. Что же все-таки могло бы ее нейтрализовать?

Страх в ожидании лечебной процедуры можно снять такими приемами, как релаксация и систематическая десенситизация, а также применением оральных медикаментозных средств. Краткий курс релаксации, выступающей в виде инструкций, в условиях стоматологической клиники достаточно эффективен, однако, ее эффективность применительно к очень тревожным пациентам вызывает сомнения (*Lindsay, Jackson, 1993*). Страх же в процессе лечения может быть снят посредством седации, внутривенным введением седативных препаратов или общей анестезией (*там же*).

К сожалению, некоторые из этих техник не всегда приемлемы и не всегда эффективны (*Poswillo, 1990*). Обезболивание подчас проводится стандартно, с привлечением ограниченного ассортимента анестетиков, без учета психоэмоционального состояния пациента.

Вообще говоря, значительно большей ясностью относительно средств редукации страха и тревоги располагает общая хирургия. Снижение тревоги достигалось здесь за счет информирования пациентов о тех ощущениях, которых им следует ожидать во время и после оперативных вмешательств (цит. по: {*Lindsay, Jackson, 1993*}). Однако то, что эффективно в общей хирургии, может и не быть таковым, если мы имеем дело с обычной стоматологией (*Lindsay, Rear, Wege., 1985*). Хотя стоматологические пациенты и нервы, когда находятся в неопределенности относительно ожидающих их ощущений, большинство из них все же способны предсказать с достаточной точностью, что это будут за ощущения (*Lindsay, Wege, Yates, 1984*). Любой (среднестатистический) взрослый, как правило, имеет опыт рутинного стоматологического лечения, чего не скажешь об опыте пребывания в общей хирургии.

По данным опроса, проведенного *S. Jackson (1992)*, из 632 пациентов стоматологических клиник 59%, вместо информации об ощущениях,

предпочли бы знать об управлении болью, а свыше 80% – о технике контроля хода лечения с помощью так называемых “стоп-сигналов”.

Можно ли снизить страх перед стоматологическим вмешательством, если предоставить пациентам именно такую информацию? Чтобы ответить на данный вопрос, С. Jackson и S. Lindsay (1995) предприняли исследование, на котором мы вкратце остановимся.

В исследовании приняли участие 50 взрослых пациентов, имеющих опыт стоматологического лечения, но впервые обратившихся к данному врачу. Тревога измерялась с помощью опросника Спилбергера (*Spielberger, State Anxiety Inventory*, – STAI), оценивающего степень ее проявлений к моменту работы с этим инструментом. STAI заполнялся до и после того, как пациенты получили для ознакомления листовку с необходимой информацией. Половина пациентов стали обладателями листовки, где сочувственно признавалось право на переживание тревоги, признаки которой отмечаются у большинства стоматологических пациентов, и сообщалась информация о “стоп-сигналах”, а также об управлении болью (местные анестетики). Остальные получили другую листовку, где первая содержательная часть осталась без изменений, но далее следовал перечень некоторых причин страха перед стоматологией (негативный прошлый опыт, опыт других людей, страх неизвестного), приводились также сведения о степени распространности таких страхов. Обе листовки были краткими и одинаково понятными.

У пациентов, получивших первую информационную листовку, тревога значительно снизилась, причем до начала контакта с врачом. Кроме того, эти пациенты, сравнительно с пациентами второй группы, с достоверно большей частотой признавали полезность содержания листовки. Просто успокоения, сочувствия, понимания ситуации пациентам вне полезной информации недостаточно, делают вывод авторы.

Важно различать статистически и клинически значимые изменения. Во-первых, даже незначительная редукция тревоги у стоматологических пациентов считается важной, так как она вообще труднодостижима. Во-вторых, статистически невыразительное снижение тревоги может, тем не менее, свидетельствовать о качественном ее изменении – из “непереносимой” она превращается в “управляемую”. В-третьих, редукция тревоги оказалась наибольшей как раз у самых тревожных пациентов, то есть у тех, кто более всего нуждается в помощи (*Jackson, Lindsay, 1995*).

Подчеркивается предпочтительность информации именно в письменной форме, нежели в устной. Текст может быть вручен пациенту в любое время до лечения и сконструирован так, чтобы оптимально способствовать пониманию и запоминанию материала (*Jackson, 1992*).

Остается понять, способствует ли редукция тревоги снижению чувствительности к боли и влияет ли она на тревогу при последующих визитах к стоматологу. Участники исследования были из числа тех пациентов, кто часто посещает стоматолога. В этой связи важно также установить, полезны ли такие листовки тем, кто посещает стоматолога редко, и то лишь тогда, когда испытывает острую боль.

Завершая данный раздел, коснемся и еще одного важного момента. Из 25 пациентов вышеизложенного исследования у троих, поначалу наименее тревожных пациентов, по прочтении информационной листовки уровень тревоги существенно повысился. Эти данные получают подтверждение в исследованиях, проводившихся в русле концепции стресса (*McCaul and Malott* – цит. по {*Кочубей*, 1990}). Было выявлено, что предоставление лицам определенного психологического склада избыточной информации о предстоящей угрозе, формируя установку на “угрожающий мир”, резко повышает уровень их тревоги и увеличивает частоту сердечных сокращений. Таким образом, объем получаемой информации должен соответствовать индивидуальному стилю переживания.

Дистрессирующие переживания в ходе лечения и управление ими

Боль

Работа врача-стоматолога в большой степени – работа с болью. Как известно, не существует специального органа восприятия боли. В отличие от визуального или слухового опыта, где сигналы, которые воспринимаются органами чувств, могут быть одновременно восприняты другими людьми, феномен боли имеет место только “в субъективном пространстве личности” и в иной форме не существует (*Большакова*, 1995). Чрезвычайная сложность и многоплановость этого феномена объясняется и тем, что он включает в себя не только сенсорные, но и мотивационные, когнитивные, эмоциональные компоненты. Достаточно велика в болевых синдромах и роль психосоциальных переменных (уровень повседневного стресса, локус контроля, отношение к боли и др.) (*Miller*, 1993).

В упоминавшихся нами исследованиях, которые проводились в русле концепции стресса (*McCaul and Malott* – цит. по {*Кочубей*, 1990}), рассматривались механизмы переносимости боли. Было установлено, что реакции стресса зависят от защитных манипуляций, влияющих на его восприятие. Стратегия когнитивного “избегания” (стремление субъекта избежать информации относительно болевого стрессора) оказалась наиболее эффективной в случае болевых стимулов умеренной интенсивности, тогда как при сильной боли лучшие результаты принесли “следящие” стратегии типа анализа ощущений или интеллектуализации. Было обнаружено также,

что приемы отвлечения внимания (*дистракции*) тем более эффективны, чем больше когнитивных усилий они требуют. Мобилизация механизмов рационального анализа ощущений способствует успешному преодолению болевого стресса (*Кочубей, 1990*).

Одна из особенностей феномена боли – отсутствие однозначного соответствия между наличием патологии в организме и испытываемой болью. При сходных патологических изменениях наблюдается достаточно широкая вариабельность субъективных реакций и состояний. Существуют синдромы, которые отличаются явным несоответствием клинических проявлений боли – степени и характеру периферических поражений, а также наличием боли при отсутствии соответствующей стимуляции. Иначе говоря, встречается группа пациентов, жалобы которых на боль отклоняются от типичных клинических проявлений, характерных для определенной нозологии, и не укладываются в ее “паттерн боли”. Для описания данного круга феноменов используют различные термины – “психогенная”, “функциональная”, “атипичная” боль и др. Подчеркивается основная роль психических факторов в симптомообразовании (*Каптелин, 1990* – цит. по {*Большакова, 1995*}).

Считается, что страхи усиливают боль, переживаемую в кабинете стоматолога (*Lindsay, 1984*). И если это так, то помочь пациентам можно путем сведения страха к минимуму. Изучению этого феномена посвящен широкий круг исследований, которые, однако, принесли весьма неоднозначные результаты (*Arntz et al., 1990; Kent, 1984* и др.). *S.Lindsay* и *C.Jackson* позволяют себе усомниться в выводах, полученных в рамках данных исследований (1993). Уровень боли, которую испытывали пациенты-испытуемые, был достаточно невелик, и это затрудняло проверку связи боли с тревогой и страхом. Обращается внимание и на другой момент. В работах не описывается поведение врача, хотя специалист может прилагать особенные усилия (в плане контроля боли), если у него в кресле находится нервный пациент.

Если клиническими исследованиями пока еще не подтвержден факт влияния страха на боль, то лабораторные – со всей очевидностью свидетельствуют: усиление тревоги повышает сензитивность к боли (*Lindsay, 1984*). Что касается очень нервных стоматологических пациентов, то проследить эту связь с достаточной четкостью не удастся. Задача во многом осложняется тем, что боль невозможно измерить напрямую, а лишь при посредстве сопутствующих ей реакций – биохимических, психофизиологических, поведенческих и т.д. У очень тревожных стоматологических пациентов особенно сложно оценить пороги и рейтинги боли.

Процедуры местной анестезии, как уже отмечалось выше, также могут быть болезненными, и для многих пациентов они представляют еще один

устрашающий момент стоматологии. Специалистами отмечается, что в 13% случаев применяемые в стоматологии местные анестетики “не срабатывают”, т.е. не обеспечивают защиту от боли (цит. по {Lindsay, Jackson, 1993}). Пациенты при этом могут испытать внезапную непредсказуемую боль. Следовательно, необходима разработка новых, улучшенных процедур местной анестезии, которые могли бы быть использованы в дополнение к привычным или взамен их. В качестве одной из таких процедур было предложено дентальное электрообезболивание (*Electrical Dental Anaesthesia*, EDA). A.Modaresi, S.Lindsay и др. (1996) на материале детской стоматологии показали, что EDA, в плане контроля боли, не менее эффективна, чем местная анестезия, но не более, чем плацебо. Иначе говоря, EDA, скорее всего, работает по принципу дистрактора (не предотвращает боль, а отвлекает внимание, помогая тем самым ее контролировать) и в силу этого не может использоваться как заменитель конвенциональной местной анестезии.

В плане контроля над болью, пациенты подчас применяют по личному усмотрению те или иные средства, предназначенные для купирования приступов острой боли. В поведенческих науках под понятием “контроль над болью” подразумевается владение пациентом “стратегиями совладания с болью” (*coping strategies*), а также средствами, позволяющими регулировать ее восприятие. Среди известных сегодня психологических подходов к воздействию на боль наибольшее распространение получили поведенческий и когнитивно-поведенческий. В последнем случае в качестве “мишеней” избираются неприемлемые убеждения и ожидания, имеющиеся у пациентов на предмет боли. Основная задача – развитие у пациента необходимых когнитивных стратегий и навыков. В ряде случаев когнитивно-поведенческие техники работы дополняются приемами релаксации и био-обратной связи, гипнозом, а также техниками дистракции. Арсенал конструктивного поведения пациента расширяется, а неконструктивное “болевое поведение” (нескончаемые жалобы, пассивность, неприемлемое использование медикаментозных средств и других физических методов лечения) – редуцируется. Как ни парадоксально, но при хронических болевых синдромах избыточная семейная и социальная поддержка может подкреплять “болевое поведение” пациента; в подобных условиях пациенты демонстрируют более высокий уровень боли и низкий уровень активности (Miller, 1993).

Психологические подходы к лечению боли включают также и психодинамически ориентированные приемы. Реализация последних, однако, весьма сложна, и в своем развернутом виде они применяются не столь широко. На практике обычно все ограничивается лишь информированием, объяснением (интерпретацией), поддержкой, хотя значение психодинами-

ческой терапии при боли нельзя отвергать, коль скоро в этой области так велика роль личностного фактора. Особенно это касается хронической боли, связанной с депрессией и соматизацией. Здесь на первый план может выступить так называемая “болевая транзакция”, когда жалобы пациента на боль ориентированы лишь на поддержание статуса инвалидизированного человека, со всеми вытекающими из этого последствиями. Пациент, таким образом, получает возможность манипулировать врачом, контролировать его действия и ход лечения.

В этом контексте нельзя не упомянуть и работ отечественных психологов (Василюк, 1997). Описываются приемы “объективации” и “диалогизации” в работе с болью, подчеркивается направленность психотерапии на чувство одиночества пациента, претерпеваемое в состоянии боли и создающее дополнительный компонент страдания. Утверждается, что мониторинг болевых ощущений не только информирует психотерапевта о текущем состоянии пациента, но и оказывает успокаивающее и облегчающее воздействие, вводя боль в диалогический контекст.

Таким образом, комплексная природа боли требует многопланового лечебного подхода. Для помощи больным с хроническими болевыми синдромами создаются “пакеты” лечебных программ (Miller, 1993). Компоненты этих программ, кроме техник из перечисленных выше психотерапевтических подходов, включают физические упражнения, семейную и супружескую психотерапию, тренинг коммуникативных качеств и социальных навыков, медицинский мониторинг.

Панические атаки

Роль панических атак, от которых могут страдать пациенты, остается пока объектом исследования. Что касается панических нарушений вообще, то для их лечения существуют эффективные психологические и медицинские терапии, требующие, однако, длительной работы специалистов (Clark, 1988). Ряд авторов рекомендуют применять отдельные приемы такой терапии (например, объяснение панических симптомов) и к стоматологическим пациентам (Milgrom, Weinstein et al., 1985).

Способы справляться с паникой, годные для применения в условиях обычного (смешанного) стоматологического приема, еще не достаточно прояснены. Имеются лишь весьма противоречивые рекомендации, ориентированные на работу с дыханием. Однако эффективность инструкций по дыханию остается спорной (Lindsay, Jackson, 1993). Медикаментозное лечение паники, например, с помощью имипрамина, дает некоторый эффект, но рекомендовать прием данного препарата, когда речь идет об одном-единственном визите к стоматологу, нецелесообразно.

Если паника пациентов манифестирует в виде интенсивного страха и не осложнена иными включениями (психиатрического регистра), а признается пациентами лишь как их реакция на стоматологические вмешательства, то в подобных случаях может успешно применяться сокращенный вариант систематической десенситизации (*Wolpe*, 1982). Некоторые стоматологи используют гипноз (*Milgrom, Weinstein et al.*, 1985), хотя его эффективность, если судить по литературе последних 20 лет, многими оспаривается. С целью редукции страхов применяют также процедуры релаксации и дистракции (*Corah et al.*, 1979). В целом, еще предстоит ответить на вопрос, эффективны ли все эти меры относительно стоматологических страхов, осложненных паническими атаками.

Потеря сознания и специфические страхи

Потерю сознания не следует путать с паникой. Хотя в последнем случае пациенты и жалуются на обморочное чувство, но, как правило, не теряют сознания (*МКБ-10*, 1994). Опыт показывает, что пациенты, которые боятся полулежачего положения в стоматологическом кресле, легко могут ассоциировать потерю сознания со стоматологическим лечением. Таких пациентов следует проинструктировать, как полулежать и приподниматься, чтобы предотвратить обморок.

Страх некоторых пациентов, вызванный фиксированным положением в стоматологическом кресле, по своей природе близок к клаустрофобическим. Эти страхи могут осложняться паниками (*Lindsay, Jackson*, 1993). В данном случае также могут применяться процедуры систематической десенситизации.

Итак, боль следует редуцировать до минимума в ходе лечения, а эффективность новых болеутоляющих процедур – проверять квалифицированными поведенческими исследованиями. Эффективность применения гипноза и релаксации в условиях стоматологической клиники вызывает сомнения. Дистракция и десенситизация подтвердили свою успешность, но для стоматологических страхов, осложненных паниками, эти и другие меры, типа дыхательных инструкций, требуют проверки.

В целом, работа со страхом пациентов перед стоматологическими вмешательствами не сводится к ригидному применению одних и тех же процедур. Гораздо важнее определить, какая помощь необходима конкретному пациенту в его конкретной проблеме (*Lindsay, Powell*, 1993).

ЛИТЕРАТУРА

Бизяев А.Ф., Лепилин А.В., Иванов С.Ю. Премедикация в условиях стоматологической поликлиники. Изд-во Сарат. ун-та, 1992.

- Большакова М.Б. Психологическая саморегуляция при хронических болевых синдромах. Канд. дисс., М., МГУ, 1995.
- Василюк Ф.Е. Психотерапевтическое облегчение зубной боли. *Московский Психотерапевтический Журнал*, 1997, № 1, с.142-147; № 2, с.96-100.
- Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф., Панин А.М. Клинико-функциональное обоснование премедикации при стоматологических вмешательствах. *Метод. пособие для врачей-интернов, ординаторов, хирургов-стоматологов*. М., 1997.
- Кочубей Б.И. Психофизиология личности (Физиологические подходы к изучению активного субъекта) // *Итоги науки и техники: Физиология человека и животных*. Т. 40, М., ВИНТИ, 1990.
- МКБ-10/ICD-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). *Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике*. Россия, СПб, Оверлайд, 1994.
- Arntz A., van Eck M., Heijmans M. (1990). Predictions of dental pain: the fear of any expected evil is worse than the evil itself. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 29-41.
- Clark D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S.Rachman and J.D.Maser (Eds.) *Panic. Psychological Perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
- Corah N.L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*. 48, 596.
- Corah N.L., Gale E.N. and Illig S.J. (1978). Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Association*, 97, 816-819.
- Corah N.L., Gale E.N. and Illig S.J. (1979). The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures. *Journal of the American Dental Association*, 98, 388-394.
- Humphris G.M., Morrison T. and Lindsay S.J.E. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. 12, 143-150.
- General Dental Council (1990). *Guidance on the Teaching of the Behavioural Sciences*. London: Author.
- Green R.M. and Green A. (1985). Adult attitudes to dentistry among dental attenders in South Wales. *British Dental Journal*, 157-160.
- Jackson C.P. (1992). *Preferences for, and effects of, preparatory information in dental patients*. London, University of London, PhD Thesis.
- Jackson C.P. and Lindsay S.J.E. (1995). Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. *British Dental Journal*, 179: 163-167.
- Kent G. (1984). Anxiety, pain and type of dental procedure. *Behaviour Research and Therapy*, 22: 465-469.
- Kent G. (1985). Memory of dental pain. *Pain*. 21: 187-194.

- Kent G. (1986). *The typicality of therapeutic „surprises“*. *Behaviour Research and Therapy*, 24: 625-628.
- Kent G. (1989). *Memory of dental experiences as related to naturally occurring changes in state anxiety*. *Cognition and Emotion*, 3: 45-53.
- Kleinknecht R.A., Klepac R.K. and Alexander L.D. (1973). *Origins and characteristics of dental fear*. *Journal of the American Dental Association*, 86: 842-848.
- Kleinknecht R.A., Thorndike R.M.F.M. and Harkavy J. (1984). *Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation*. *Journal of the American Dental Association*, 108: 59-61.
- Law A., Logan H., Koorbusch G. and Harwig A. (1991). *Perceived control and beta-endorphin levels*. *Journal of Dental Research*, 70, 52.
- Lindsay S.J.E. (1984). *The fear of dental treatment: a critical and theoretical analysis*. In S.Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology III*. Oxford: Pergamon Press.
- Lindsay S. and Jackson C. (1993). *Fear of routine dental treatment in adults: Its nature and management*. *Psychology and Health*, 8, 135-154.
- Lindsay S.J.E. and Powell G.E. (1993). *Practical Issues of investigation in clinical psychology*. In Lindsay S.J.E. and Powell G.E. (Eds.). *A Handbook of Clinical Psychology (2nd edition)*, London: Routledge.
- Lindsay S.J.E., Wege P. and Yates J. (1984). *Expectations of sensations, discomfort and fear in dental treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 99-108.
- Lindsay S.J.E., Humphris G.M. and Barnby G.J. (1987). *Expectations and preferences for routine dentistry in anxious adult patients*. *British Dental Journal*, 163, 120-124.
- Lindsay S.J.E., Rear S., Wege P. and Willard P. (1985). *Effects of information about discomfort in routine observation*. *Journal of Dental Research*, 64, 685 (201).
- Milgrom P., Weinstein P., Kleinknecht R. and Getz T. (1985). *Treating Fearful Dental Patients. A Patient Management Handbook*. Reston: Reston Publishing Co.
- Miller L. (1993). *Psychotherapeutic approaches to chronic pain*. *Psychotherapy*. Volume 30/Spring, Number 1, 115-124.
- Modaresi A., Lindsay S.J.E., Gould A. and Smith P. (1996). *A partial double-blind, placebo-controlled study of electronic dental anaesthesia in children*. *IAPD and BSPD. International Journal of Paediatric Dentistry*. 6, 245-251.
- Moore R., Brodsgaard I. and Birn H. (1991). *Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population*. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 51-60.

- Poswillo D. (1990). Report of an expert working party on general anaesthesia, sedation and resuscitation in dentistry. London: Standing Dental Advisory Committee, Department of Health.*
- Schuurs A.H.B., Duivenvoorden H., Van Velzen S. and Verhage F. (1981). Factors Associated with Regularity of Dental Attendance: An Empirical-Psychological Investigation. Brussels: Stafleu and Tholen.*
- Weinstein P., Domoto P.K. and Holleman E. (1986). The use of nitrous oxide in the treatment of children: results of a controlled study. Journal of the American Dental Association, 112, 325-331.*
- Wolpe J. (1982). The practice of behavior therapy (3rd ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press.*