

УДК 159.947 (15.21.45)

Н. Ю. Анисимова

ПАЦИЕНТЫ С ДЕНТОФОБИЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Использование метода мотивационного интервьюирования на стоматологическом приеме позволяет снизить страх и тревожность пациентов в течение нескольких посещений на $33,7\% \pm 0,18$, что может значительно уменьшить риск неотложных состояний во время проведения вмешательств и сформировать у пациентов приверженность стоматологическому лечению.

Ключевые слова: *мотивационное интервьюирование, эмоциональное напряжение пациентов перед стоматологическим приемом, ситуативная тревожность.*

Страх, волнение и напряжение перед посещением стоматолога испытывают от 52 до 85 % пациентов, около 5 % испытывают сильнейший страх при одном упоминании о стоматологе [1–3]. Данная стойкая боязнь, доводящая пациента до панического страха, может формироваться после полученной психологической травмы в детстве или отрочестве, а также вследствие некорректного поведения врача или сильной боли. В современной стоматологии, где существует масса эффективных анестетиков и способов обезболивания, проблема психологической реабилитации таких пациентов остается актуальной, так как страхи могут трансформироваться, расширяться, переходя из страха боли в страх некомпетентности врача или значительных финансовых потерь.

Пациенты, которые всю жизнь избегают врача-стоматолога [4], часто остро нуждаются в квалифицированной помощи, приходя на прием уже с острой болью, а когда причина устранена и намечен план лечения, игнорируют рекомендации врача и посещают его опять лишь в случае острой боли. На приеме такие пациенты истощают все энергетические запасы врача [5], мешая своей излишней эмоциональностью концентрироваться на этапах лечения [6], от чего страдает качество лечения, а нередко и весь распорядок дня в лечебном учреждении.

Игнорировать страх пациента нельзя ни в коем случае, так как вмешательство во время паники может привести к обострению соматических заболеваний пациента [3] или даже привести к неотложным состояниям. Поэтому стоматологи довольно активно используют фармакологические способы седации (диазепам, медазолам), проведение которой сегодня возможно лишь с помощью анестезиолога в связи с возможностью развития лекарственной зависимости. Использование таблетированных форм легких седативных препаратов (грандаксин, тенотен, афобазол и т. д.) [5] не решают проблему дентофобии, так как стресспротективный эффект эти препараты могут продемонстрировать при курсовом приеме.

Очевидно, что индивидуальный подход к пациенту, обеспечение его комфорта и безопасности

на приеме является ключом успешной работы [7], поэтому большое внимание уделяется психологическим способам коррекции его эмоционального состояния. В то же время мануальные навыки и владение современными технологиями для врача являются обязательными. На стоматологическом приеме складывается система взаимоотношений человек–человек, поэтому от характера этих взаимоотношений очень сильно зависит эффективность, содержание и результаты лечения [8].

Для купирования страха у стоматологических пациентов используются методы рациональной психотерапии [9] и релаксации, гипноз. Одним из перспективных направлений коррекции стоматофобии является метод поведенческой психологии, однако указанное направление насчитывает более 15 методик. Выбор наиболее подходящих методов коррекции стоматофобии является самостоятельной задачей и демонстрирует необходимость дальнейшего поиска новых стресспротективных способов, доступных для использования самим врачом-стоматологом, которые бы позволили устранить страх, волнение, напряжение, но при этом сохранять сознание пациента и контакт его с врачом во время приема, уменьшая вероятность возникновения осложнений [10].

Наше внимание привлекла концепция мотивационного интервьюирования, которая была разработана на основе опыта, полученного в ходе работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем. Впервые она была описана У. Миллером в 1983 г. Позднее данный способ использовался у пациентов в различных областях медицины, имеющих ненаправленное поведение с амбивалентностью суждений (т. е. двойственностью отношения к чему-либо, в особенности – двойственностью переживания, когда один объект вызывает у человека два противоположных чувства) [11]. В стоматологической практике данный способ необходим для познания страхов пациента, его ожиданий, устранения проблемы неприверженности стоматологическому лечению, неадекватности на последующие приемы, профилактики конфликтных ситуаций.

Метод мотивационного интервьюирования (МИ) – это системный консультативный подход к проблемам пациента, направленный на формирование мотивации пациента к изменению его поведения, основанный на выявлении его побуждений к действию и оказании результативного влияния на внутренне-мотивационную динамику поведения пациента. Стратегия врача при использовании данного способа подразумевает не диктат правил, а мобилизацию его внутренних мотивационных механизмов [12]. Подходы метода опираются на следующие положения о природе мотивации: мотивация многомерна, динамична и неустойчива, интерактивна; мотивация – это ключ к изменению, который можно преобразовывать в ходе лечения; стиль работы врача и всего медицинского персонала сильно влияет на мотивацию пациента [13].

Мотивация вбирает в себя внутренние переживания, отражает внешнее давление на пациента, заставляет переоценивать свое поведение, риск и преимущества определенного выбора. Это динамичное состояние подвержено изменениям под влиянием времени и различных ситуаций в большей степени, нежели любой другой статичный признак личности. Мотивация дана человеку с рождения, но, тем не менее, поддается влиянию посторонних людей и окружающих факторов, причем внутренние факторы – это основа изменений, а внешние – это условия изменений. На мотивацию личности влияет семья, друзья, личные переживания и поддержка общества.

Для эффективного взаимодействия с пациентом и настраивания его на волну изменений врач может придерживаться следующей стратегии: сконцентрироваться на сильных сторонах пациента, не обращая внимания на его слабости; уважать независимость и самостоятельные решения пациента; сделать лечение индивидуальным, а пациента центрированным; развивать терапевтическое партнерство; проявлять сочувствие и не оказывать авторитарное давление; принять во внимание предыдущие попытки лечения; задать новые цели лечения, включая промежуточные, пошаговые и даже временные этапы достижения [14].

Мотивационное интервьюирование следует определенным принципам: выражать эмпатию (осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания); усиливать противоположности суждений; не вызывать сопротивления пациента; подкреплять позитивную самооценку пациента.

Применение принципов мотивационного интервьюирования на стоматологическом приеме

Выражать эмпатию	Усиливать противоположности суждений	Не вызывать сопротивления пациента	Подкреплять позитивную самооценку пациента
Сопереживать пациенту, не теряя реальности происходящего	Обращать внимание пациента на разности результатов его поведения	Не назидать, указывая, что делать	Хвалить за достигнутые результаты
«Расскажите, что вас беспокоит, мы обязательно решим этот вопрос»	«Вы хотите иметь здоровые зубы и не любите чистить зубы, следует определиться, что важнее»	«Для того, чтобы иметь хорошее настроение и здоровое дыхание, хорошо бы провести гигиену полости рта»	«Как замечательно, что вы не пропускаете профилактические осмотры»

Эти способы использовал У. Миллер (1980) во время ведения беседы врача с пациентом, когда врач задает открытые вопросы пациенту [вопросы, не подразумевающие ответов «да», «нет»], избегает открытого противостояния и использует принцип усиления противоположностей для помощи в принятии решения, когда врач вместе с пациентом рассматривает все возможные аргументы изменить свое поведение в сторону здорового или нет до тех пор, пока пациент не примет адекватного решения в сторону изменения [15]. Недостатком данного способа является тот факт, что на каждое мотивационное интервью тратится более часа времени, что невозможно применить на стоматологическом приеме, ведь в частных клиниках на каждого пациента отводится период времени, равный часу, и выход за его пределы облагается штрафом, а в государственных поликлиниках на каждого пациента отводится лишь 20 минут.

Для пациентов, не готовых менять свое поведение, W. R. Miller, S. Rollnick (2002) разработали способ, заключающийся в проведении специального консультирования, где собеседование с клиентом проходит в атмосфере безусловного принятия, используется эмпатическое слушание, задаются открытые вопросы и используется конструктивная конфронтация (принцип усиление противоположностей) [16]. Врач помогает пациенту разрешить свою амбивалентность, противоречивость в отношении своего здоровья и будущего, и это помогает принять решение об изменении поведения. Недостаток метода заключается в том, что он не может быть использован на стоматологическом приеме

в связи с отсутствием четкого алгоритма действий врача, и том, что он используется для формирования мотивации на изменение поведения лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков. На стоматологическом приеме необходимо использовать структурированный метод, направленный на формирование приверженности стоматологическому лечению, преодоление излишней тревоги и страха, а также формирование мотивации на активный уход за полостью рта с целью профилактики прогрессирования стоматологической патологии, формирования комплаенса (терапевтического взаимодействия врача с пациентом).

Целью нашей работы являлась разработка способа мотивационного интервьюирования в условиях амбулаторного стоматологического приема. Нами был разработан алгоритм проведения метода мотивационного интервьюирования в амбулаторной стоматологической практике, состоящий из следующих действий:

Нами было определено, что у пациентов с высокой тревожностью и высокой самоэффективностью проведение мотивационного интервьюирования необходимо на каждом посещении с преобладанием стиля ведения беседы, снижающего сопротивление пациента. Таким пациентам необходима поддержка врача, семьи и близких друзей, а постоянно присутствующая эмпатия в отношениях между врачом и пациентом усиливает эффективность лечения. Такие пациенты любят вступать в споры и долговременные обсуждения вопросов, часто слыша лишь себя, поэтому врачу-стоматологу желательно перевести акцент на амбивалентности суждений пациента. В первое посещение таких пациентов не рекомендуется подвергать травматичным вмешательствам, а только познакомить с обстановкой кабинета и, внимательно обследовав, провести профессиональную гигиену, конечно, если причина обращения не острая боль. Нужно отметить, что в случае длительного алгоритма лечения некоторых заболеваний перерывы между посещениями не должны превышать 10 дней. Это связано с периодом выживания мотивации к лечению и профилактикой прохождения стадии срыва у пациента. Реабилитационные перерывы не стоит продлевать более четырех месяцев.

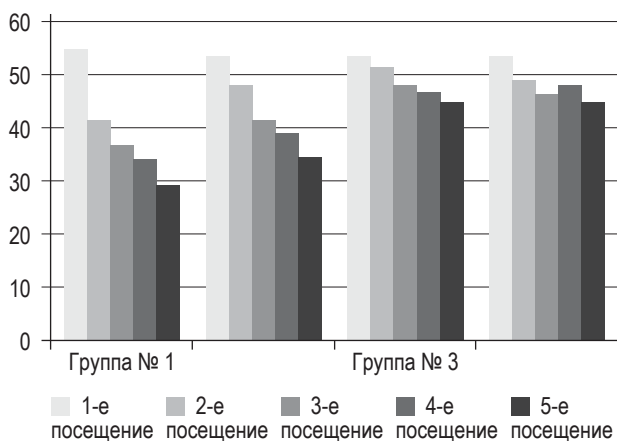
В группе пациентов с высокой тревожностью и низкой самоэффективностью первым этапом взаимодействия может стать фармакологическая коррекция эмоционального состояния (тенотен, грандаксин, гомеопатические седативные препараты). Так же, как и в вышеописанной группе, этих пациентов следует оберегать от травматических вмешательств в первые два посещения, чтобы адаптация к новой обстановке, вызывающей сопротивление, и сильных страх, прошла мягче. Ощущения пони-

мания и эмпатии со стороны врача помогают пациентам этой группы преодолевать эмоциональное сопротивление лечению. Срывы у таких пациентов происходят чаще на 45 %±3,31, чем у предыдущей группы, что связано с отсутствием выраженного самоуважения, поэтому эффективность взаимодействия врача с пациентом и, соответственно, результаты лечения будут во многом зависеть от поддержки родственников и близких людей. Сомнения этих пациентов и нежелание что-либо менять в состоянии полости рта должен озвучить врач и скорректировать согласно положению об амбивалентности (двойственности отношения к чему-либо) суждений. Посещение врача-стоматолога такими пациентами может происходить в присутствии родственников и близких людей, чье поведение должно быть скорректировано врачом-стоматологом, согласно принципам мотивационного интервью.

Пациентам было определено функциональное состояние оценкой показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений до и после вмешательства. По результатам обследования пациентов (мужчин и женщин от 18 до 56 лет без выраженной сопутствующей патологии) с высокой ситуативной тревожностью (216 человек) мы разделили на четыре группы. В первую группу входили пациенты с высокой тревожностью и высокой самоэффективностью (59 человек), во вторую – пациенты с высокой тревожностью и низкой самоэффективностью (52 человека) – в этих двух группах проводилось мотивационное интервьюирование; третью и четвертую группы сравнения составили пациенты с аналогичными данными тестирования, как и в первых двух, однако с ними не проводилась психологическая коррекция. Все вмешательства таким пациентам проводились на терапевтическом приеме и данные собирались в течение пяти посещений до и после каждого вмешательства. В случае измерений показателя ситуативной тревожности пациентов учитывалась динамика от посещения к посещению, так как после проведения вмешательства пациенты были рады окончанию процедур и чувствовали воодушевление от результата совместной работы с врачом-стоматологом.

Были получены следующие результаты:

Так, ситуативная тревожность в первой группе изначально составляла перед первым посещением – $53,42 \pm 4,67$, затем к началу третьего посещения величина данного показателя составляла $39,54 \pm 2,95$ и к пятому посещению эта цифра составляла $29,34 \pm 2,49$ ($p \leq 0,05$). Во второй группе динамика ситуативной тревожности представляла следующую картину: изначально составляла $52,14 \pm 4,19$, ситуативная тревожность к третьему посещению составляла $43,29 \pm 3,82$ и к началу пя-



Динамика ситуативной тревожности. По оси абсцисс – количество посещений, по оси ординат – баллы ситуативной тревожности

того посещения – $38,19 \pm 3,21$ ($p \leq 0,05$). В группе сравнения № 3 показатель ситуативной тревожности изменялся следующим образом: к началу первого вмешательства его значение составляло $53,62 \pm 3,98$, к третьему посещению – $48,38 \pm 4,31$ и к началу пятого – $41,12 \pm 3,51$ ($p \leq 0,05$).

Функциональные показатели изменялись следующим образом: среднее систолическое артериальное давление в первой группе составляло $141,7 \pm 7,92$ и в заключение первого вмешательства снизилось до $121,3 \pm 7,36$, в дальнейшем эти показатели систолического артериального давления в среднем оставались в пределах нормы, а в конце посещений стабильно снижалась, доказывая безопасность вмешательств; во второй группе данный показатель изначально составлял $136,9 \pm 9,21$ и по-

сле первого проведенного мотивационного интервьюирования снизился до $118,4 \pm 9,02$; в третьей группе – с $141,3 \pm 9,73$ до $139,7 \pm 9,2$ и в четвертой – со $142,52 \pm 9,13$ до $129,3 \pm 9,21$ ($p \leq 0,05$). Изменения диастолического артериального давления не имеют принципиального значения. Динамика частоты сердечных сокращений достоверно снижалась в первых двух группах на $21,4 \% \pm 1,36$ в среднем после каждого вмешательства, где проводилось мотивационное интервьюирование и на $13,6 \% \pm 1,14$ в среднем в группах сравнения № 3 и 4.

Пациенты, которым проводилось мотивационное интервьюирование, старались взаимодействовать с врачом, соблюдали индивидуальную гигиену полости рта, следовали плану лечения и приходили на прием. Пациенты групп сравнения записывались и игнорировали прием врача, устраняя лишь острые болевые ощущения, периодически не соблюдали гигиену полости рта и следовали плану лечения всего лишь в 50 % случаев. Приглашать на прием таких пациентов приходилось практически принудительно, поэтому перерывы между приемами у таких пациентов составляли от 15 до 27 дней, что негативно сказывалось на выживаемости внутренней мотивации, не подкрепленной врачом-стоматологом.

Таким образом, полученные результаты объективной оценки показали, что использование метода мотивационного интервьюирования помогает значительно снизить тревожность пациентов, их эмоциональное напряжение перед приемом, что в свою очередь обеспечивает безопасность проведения стоматологического вмешательства.

Список литературы

1. Анисимова Е. Н., Гасанова З. М., Молчанов А. С., Рязанцев Н. А. Психологический способ коррекции страха и тревоги перед стоматологическим вмешательством // Эндодонтия today. 2012. № 1. С. 31–35.
2. Молчанов А. С. Технология управления поведением по Б. Ф. Скиннеру // Педагогика и психология в высшем медицинском образовании: сб. науч. ст. фак-та пед. образов. в высшей мед. школе. М.: МГМСУ, 2011. Ч.1. С. 27–38.
3. Бизяев А. Ф. Обезболивание у больных с сопутствующей патологией в условиях стоматологической поликлиники. автореф. дис. ... канд мед. наук. М., 1989. С. 30–31.
4. Айер У. Психология в стоматологической практике. СПб., 2008. 212 с.
5. Алекминская А. Ф. Врач-стоматолог: психологический анализ личностных особенностей в профессиональной деятельности // Институт стоматологии. 2006. № 4 (33). С. 18–19.
6. Гуревич К. Г. Индивидуальные особенности реакций регуляторных систем организма на стресс и методы их коррекции: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. С. 94–110.
7. Булатова Т. А., Черных Е. И. Социальная тревожность в психологическом контексте // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2010. Вып. 2. С. 107–112.
8. Копысова Л. А., Шешунов И. А. Развитие мотивационной составляющей профессиональной активности врача // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2010. Вып. 4. С. 68–75.
9. Михальченко В. Ф. Системные механизмы формирования эмоционального напряжения человека в условиях стоматологического приема: дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград: Волгоградская медицинская академия (ВМА), 2002. С. 53–84.
10. Максимовский Ю. М., Ларенцова Л. И. Межличностные взаимоотношения стоматолога с пациентом – важная составляющая в стоматологической практике // Стоматология для всех. 2006. № 4. С. 34–37.

11. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Мотивация в контексте первичной, вторичной и третичной профилактики наркоманий // Наркология. 2002. № 8.
12. Райнов Н. А. Комплексное лечение стоматологических больных в клинике терапевтической стоматологии с применением психотерапии: дис. ... канд. мед. наук. М., 1986. С. 112–120.
13. Рабинович С. А. Оценка потребности в проведении местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приеме // Клиническая стоматология. 2011. № 3. С. 15.
14. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Работа с мотивацией // Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / под ред. Ю. В. Валентика, Н. А. Сирота. М., 2002. С. 93–120.
15. Miller W. R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA. Printed July 2000, pp. 99–106.
16. Rollnick S., Mason P., Putler C. Health Behavior Change. A Guide for practitioners; Churchill Livingston, 1999, pp.98–113.

Анисимова Н. Ю., аспирант.

Московский государственный медико-стоматологический университет.

Ул. Земляной вал, 12/7, Москва, Россия.

E-mail: dent.natalia@mail.ru

Материал поступил в редакцию 17.02.2014.

N. Yu. Anisimova

PATIENTS WITH DENTOPHOBIA AT DENTAL APPOINTMENT

Use of the method of motivational interviewing for dental examination can reduce the fear and anxiety of patients during several visits to 33,7 % \pm 0,18, which can significantly reduce the risk of emergency conditions during the interventions and commitment form in patients dental treatment.

Key words. *motivational interviewing, emotional strain before dental appointment, situational uneasiness.*

Referenses

1. Anisimova E. N., Gasanova Z. M., Molchanov A. S., Ryazantsev N. A Psychological method of correction of fear and anxiety before dental intervention. *Endodontics today*, 2012, no. 1, pp. 31–35 (in Russian).
2. Molchanov A. S. Behavior control technology after B.F. Skinner. *Pedagogy and Psychology in higher medical education: a collection of scientific articles of the Faculty of Teacher Education in Higher Medical School*. Moscow, MSMSU Publ., 2011, p. 1, pp. 27–38 (in Russian).
3. Bizyaev A. F. *Anesthesia for patients with concomitant diseases under dental clinic*. Abstract of thesis cand. diss. Moscow, 1989, pp. 30–31 (in Russian).
4. Ayer W. *Psychology in dental practice*. St. Petersburg, 2008. 212 p. (in Russian).
5. Alekminskaya A. F. Dentist: a psychological analysis of personality characteristics of professional activity. *Institute of Dentistry*, 2006, no. 4 (33), pp. 18–19 (in Russian).
6. Gurevich K. G. *Individual features of regulatory systems reactions to stress and methods of their correction*. Thesis doct. of med. Moscow, 2002, pp. 94–110 (in Russian).
7. Bulatova T. A., Chernykh E. I. Social anxiety in the sphere of psychological protections. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2010, vol. 2, pp.107–112 (in Russian).
8. Kopysova L. A., Sheshunov I. A. Development of motivational component of professional activity of the doctor. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2010, vol. 4, pp. 68–75 (in Russian).
9. Mikhachenko V. F. *System mechanisms of formation of emotional stress in the person in conditions of dental appointment*. Thesis doct. of med. Volgograd, 2002, p. 53–84 (in Russian).
10. Maksimovskiy Y. M., Larentsova L. I. Interpersonal relationships of the dentist with the patient – an important component in the dental practice. *Dentistry for all*, 2006, no. 4, pp. 34–37 (in Russian).
11. Sirota N. A., Yaltonsky V. M. Motivation in the context of primary, secondary and tertiary prevention of drug addiction. *Drug Addiction*, 2002, no. 8 (in Russian).
12. Raynov N. A. *Comprehensive treatment of dental patients in the clinic therapeutic dentistry using psychotherapy*. Thesis ... cand. medicine. Moscow, 1986, pp. 112–120 (in Russian).
13. Rabinovich S. A. Assessment of the need for the local anesthesia on an outpatient dental examination. *Clinical Dentistry*, 2011, no. 3, p. 15 (in Russian).
14. Sirota N. A., Yaltonsky V. M. Working with motivation. *Manual rehabilitation of patients with addiction to psychoactive substances* / Ed. Yu. V. Valentika, N. A. Sirota. Moscow, 2002, pp. 93–120.

15. Miller W. R. Motivation enhancement therapy: description of counseling approach. *Approaches to Drug Abuse Counseling*. NIDA. Printed July 2000. P. 99–106.
16. Rollinck S., Mason P., Putler C. Health Behavior Change. *A Guide for practitioners*. Churchill Livingstone, 1999, pp. 98–113.

Moscow State University of Medicine and Dentistry.

Ul. Zemlyanoy Val, 12/7, Moscow, Russia.

E-mail: dent.natalia@mail.ru