

# Anksiozni poremećaj i fobije od stomatoloških zahvata

## Podcijenjeni aspekt u stomatološkoj prevenciji

Torsten Glas

**Sažetak:** Unatoč učinkovitim stomatološkim terapijskim postupcima te opsežnim konceptima za profilaksu oko jedne trećine populacije od toga premalo ili uopće ne profitira, jer kod njih postoji fobija od pojedinih terapijskih zahvata, ili čitavog stomatološkog liječenja. Ako se jedan dio ovih fobija smatra varijantom posttraumatskog stresnog poremećaja, čini se da je iz medicinskih razloga potreban ciljani nadzor zahvata. Dok bi psihološki temeljene preventivne strategije, kao i strukturirani terapijski intervencijski postupci kod izrazitog straha od stomatoloških zahvata u stomatološkoj svakodnevi trebali biti rutina i sastavni dio preventijskog koncepta, u usporedbi s tim, znanstveno temeljeni i strukturirani tipovi postupaka jedva da se spominju tijekom studija stomatologije. Cilj članka je, radi toga, obuhvatiti znanstvene aspekte stomatološke prevencije i intervencije kod anksioznih poremećaja, odnosno fobija od stomatološke terapije.

**Ključne riječi:** anksiozni poremećaj, strah, fobija od stomatološkog zahvata, panika, hipnoza, prevencija, profilaksa

### UVOD

Prevencija bolesti zuba i usta trenutno zauzimaju opsežan dio stomatološke skrbi. U skladu s tim, danas je 8 od 10 12-godišnjaka bez karijesa. Broj usta u kojima nema karijesa se od 1997. do 2014. godine udvostručio<sup>17</sup>. Unatoč tome, oko trećine svih mladih i odraslih ima nenormalan strah od stomatološke terapije.<sup>1,12,22</sup> Ova populacijska skupina često ne koristi prednosti napredaka u stomatologiji, a preventijske i terapijske posjete kod stomatologa ne shvaća ozbiljno. Kao posljedica toga mogu se razviti klinička stanja koja zahtijevaju terapiju, no dugo vremena ostaju neliječena. Argument da svaki odrasli pacijent samostal-

no mora voditi računa o svom zdravlju u nekim slučajevima može vrijediti samo "uvjetno", budući da za pojavu takvih situacija mogu biti odgovorne kako vlastita (proživljena) negativna iskustva, tako i negativna iskustva roditelja ili skrbnika prilikom stomatoloških posjeta.

Za fobije se općenito smatra da su za njihovo formiranje najosjetljivija dječja i mladenačka dob<sup>9</sup>. Radi toga se smije diskutirati o tome u kolikoj je mjeri manjkavo psihološko vođenje tijekom indiciranih stomatoloških terapijskih zahvata čak i suodgovorno za pojavu fobija. Primjerice, neka se ovdje navedu vođenje razgovora bez imalo empatije te s nespretnim odabirom riječi, loše izvedena demonstracija terapijskih instrumenata te nedovoljna

anestezija pri bolnim zahvatima. Poznavanje znanstveno temeljenih postupaka u svrhu prevencije i terapije fobija (u vezi s terapijom) trebalo bi se etablirati i za područje stomatološke terapije. Cilj dotičnog slučaja radi toga je definirati relevantne razvojno psihološke međuovisnosti, te na osnovi njih izvesti prijedloge za preventivne i terapijske zahvate. Treba napomenuti da se svi zaključci odnose na zdravu djecu i mlade, bez teških psiho-patoloških ili neuroloških kliničkih slika.

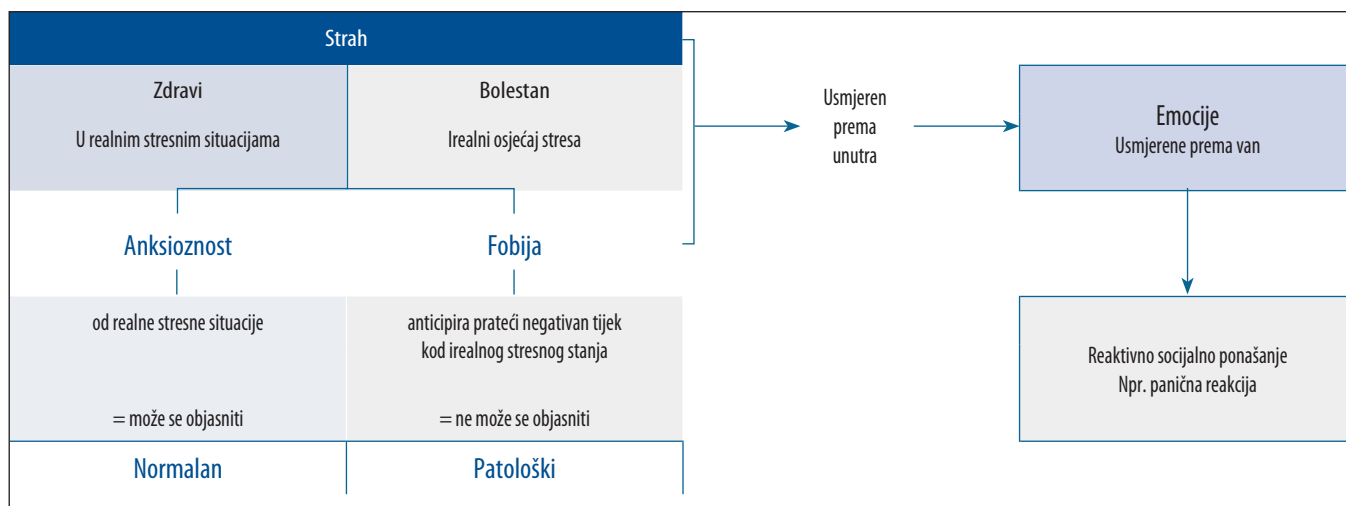
### **FOBIJA OD STOMATOLOŠKIH ZAHVATA KAO DEFINIRAN PSIHIČKI POREMEĆAJ**

Fobija od stomatološkog liječenja se u Internacionalnoj statističkoj klasifikaciji bolesti i pridruženih zdravstvenih problema (ICD-10) nalazi pod šifrom F40.2, te se opisuje kao jednostavna (specifična) fobija i smatra se jednakom fobiji od visine ili životinja. Prijelaz u stanje panike (ICD-10, F41.0) je moguće, ali se stomatološka fobija mora razgraničiti od teških, generaliziranih anksioznih poremećaja i socijalnih fobija. Za stomatologa je korisno potražiti interdisciplinarnе podatke iz psihologije i neurobiologije na temu općenitih anksioznih fenomena, te ih hijerarhijski interpretirati.

Pojmovi strah, anksioznost, fobija i panika opisuju mentalna unutarnja stanja, koja nastupaju zajedno s tipičnim promijenjenim psihofiziološkim parametrima. Strah se primarno smatra evolucijskim oblikom ponašanja, koje omogućava instinktivno – refleksno reagiranje u svrhu preživljavanja u realnim prijetećim situacijama<sup>6,15</sup>, te utječe na vegetativni sustav. Ovaj obrazac ponašanja usađen je u prirođeno nesvjesno ponašanje, koje nije pod utjecajem naše volje. Ove instinktivne reakcije ("fixed action patterns"<sup>20</sup>) nisu pod utjecajem volje. Osjećaj nespecifične anksioznosti prije nepoznatog stomatološkog zahvata tako je najprije normalan. Proživljeni strah uvjetuje (iščekivanjem sličnih konstelacija u takozvanom epi-

zodnom razmišljanju<sup>36</sup>) ili svijest da bi se s njim ponovo trebalo suvereno nositi, ili zabrinutost da će se ponoviti katastrofa. Na posljednji način razvija se anksioznost. Ovaj naučeni kontekst pohranjuje se većinom u nesvjesnom – Freud<sup>10</sup> "podsvijesti". Pritom se ne mora nužno izbjeći u pravilu očekivana neugodna situacija, budući da u normalnom slučaju postoji svijest o ponovljenom pokušaju rješavanja problema.

Sigurnost u to da postoji kompetentnost za savladavanje anksioznosti očito je normalno prisutna. Za razliku od toga, razviju li se radi pogrešnog učenja iracionalne anticipacijske konekcije, može se razviti bolesna anksioznost, bez saznanja kako ju savladati; fobija (grčki phobos = strah). Kao bolest, ona se objašnjava nepotrebnim osjećajem ugroženosti, koji je uzrokovan jasno definiranim, općenito bezopasnim situacijama ili objektima, koji se nalaze izvan pogođene osobe. Uzročne situacije se podnose pod velikim stresom, ili se u potpunosti izbjegavaju. Opseg stvarnih patoloških blokada uzrokovanih fobijama ovisi o tome koliko lako pogođena osoba može izbjeći situacije, koje izazivaju fobije. U svakodnevnom stomatološkom radu to znači da pacijent više ne dozvoljava indiciranu dijagnostiku i terapiju. Osoba s fobijom paradoksalno proživljava kroz svoju iracionalnu taktiku izbjegavanja pozitivan osjećaj afirmacije, koji vjerojatno može biti dodatno pojačan izlučivanjem hormona noradrenalina (endorfini), kada zahvaljujući ponašanju izbjegavanja povjeruje da je sigurna. Analogno, kod osoba sa socijalnom fobijom nalazi se nadprosječno mnogo serotonina<sup>11</sup>. Postepeno se javlja opasnost od samoozljeđivanja s jasnom kliničkom slikom. Strah, anksioznost i fobija usmjerene su prema unutra i pacijent ih proživljava samo unutar sebe. Premaše li stimulacije individualno različiti prag tolerancije, proživljava se jaki osjećaj opasnosti, što se manifestira u obliku emocije (lat. emovere = izraziti)<sup>28</sup>. Na taj način može doći i do panične reakcije. Panika je je poseban oblik akutnog gubitka samokontrole, te predstavlja reaktivnu kulminaciju stresa



**Slika 1.** Klasifikacija pojmova strah, anksioznost, fobija, emocija i panika u hijerarhijskom kontekstu, koji uključuje patološki aspekt

uzrokovanog očekivanjem. Može nastati samostalno, ili kao posljedica fobije. Od simptoma vide se tjelesne kretnje obrambenog ponašanja i bježanja, a mogu se javiti zajedno s plakanjem i vikanjem. Takva panična reakcija postoji i kod djece i kod odraslih. Paniku treba razlikovati od idiopatskih – iracionalnih napada panike, koji predstavljaju teži oblik bolesti, no na ovom mjestu se trebaju pobliže opisivati (Slika 1.).

Kod fobije od stomatoloških zahvata radi se, dakle, o iracionalno prejakom osjećaju koji potiče iz simpatičkog živčanog sustava. Individualno ga je moguće reproducirati, a posljedica je negativno anticipirane vizije doživljaja u vezi s dolazećim stomatološkim liječenjem, koja može prijeći u paniku. Pogođene osobe starije mladenačke i odrasle dobi prihvaćaju negativne zdravstvene, funkcionalne, estetske isocijalne posljedice, ali su paradoksalno često sami vrlo nezadovoljni ovim stanjem. Dok sposobnost anticipacije vjerojatno ugrožavajuće situacije kod male djece ne postoji, ovdje postoji samo već spomenuta panična reakcija, dok u toj dobnoj skupini još uvijek ne postoje fobije<sup>23</sup>. U ovoj fazi života se, međutim, stvaraju temelji za kasniju fobiju, kao npr. stomatološku fobiju<sup>9</sup>. Kao morfološka korelacija,

u svrhu objašnjavanja spominje se limbički sustav, koji je od svog prvog opisa prošao kritičku reevaluaciju<sup>24</sup>. Neuroznanosti izvještavaju već neko vrijeme o dominaciji osjećajnog nad racionalnim razmišljanjem<sup>8,18,21</sup>, no samo pod određenim uvjetima, koji se moraju promatrati u kontekstu korelacija tijekom odlučivanja. Ovi modeli pružaju važan dodatak u pogledu mogućnosti razumijevanja strategija za komunikaciju s osobama koje pate od fobija. Početna ideja terapeuta je da se konstruktivne metode za savladavanje anksioznih situacija baziraju na nesvjesno apliciranom i uvijek prisutnom resursu "uvjerenosti u savladavanje fobije". Zdrava osoba može bez prepreka posegnuti za ovim modelom regulacije osjećaja, dok to nekome s fobijom ili iz nje rezultirajućom paničnom reakcijom samo svojom silom više nije moguće, radi podsvjesnih utjecaja. Zbog toga se opisuju intervencije, koje putem verbalne i neverbalne komunikacije mogu dospjeti u osjetnu centralu, na granicu između podsvjesnog i nesvjesnog. Mobilizacija osjećaja kao hrabrosti, odnosno odvažnosti čini se pritom kontraproduktivnom, jer ona od početka uključuje i neuspjeh. Radi toga su prevencija i intervencija u slučaju fobije usmjerene na to da se nesvjesno postojeća sigurnost u savladava-

nje (kojoj pripada i dozvoljavanje provođenja stomatoloških terapijskih postupaka) održi, odnosno da se omogući da ih pacijent može ponovno proživjeti.

## PREVENCIJA STOMATOLOŠKIH FObIJA

Tijekom razvoja od malog djeteta do odrasle osobe postoje značajni momenti i aspekti za učinkovito izbjegavanje fobijom induciranih konstelacija. Samo svjesni, neverbalni i operativni način postupanja pritom može pridonijeti korisnoj kontroli percepcije djeteta u okviru stomatoloških zahvata. U odnosu na kompleksnu međuljudsku komunikaciju, eksterne demonstracije kao dizajn ordinacije, izloženi časopisi i knjige, kutak za igru, miris, te eventualno primjena ručnih lutaka potpuno su inferiorni. Komunikacija sadrži uz razgovor i "subinformacije" na meta ravninama modulacije osjeta. Doživljaji se s udjelom osjeta shvaćaju i sjećaju kao ukupni doživljaj<sup>4</sup>. Produženo unutarnje uzbuđenje često je jače

od racionalnih činjenica<sup>8</sup>. Pojedinačne epizode u vezi s različitim posjetama stomatologu u biografskom se tijeku na kraju obuhvaćaju u jedinstveni doživljaj, koji može ispasti pozitivan, negativan ili neutralan. Kako bi se u stomatološkoj svakodnevici moglo dodatno djelovati u smjeru prevencije fobija, nužno je poznavanje razvojno psiholoških povezanosti različitih stadija adolescencije<sup>5,25,31,34,37</sup>. Njihovo prevođenje u praktičnu svakodnevicu predstavlja kompleksan zadatak. Tablica 1, prikazuje o dobi ovisnu podjelu razvojno psiholoških stupnjeva podražaja (prikupljeno iz različitih izvora), te njihove temeljne karakteristike.

### Mala i predškolska djeca (Skupine I i II)

Prva stomatološka posjeta predstavlja ključni događaj za buduće povjerenje. Radi toga stomatolog mora poznavati činjenicu "premijere". Stvaranje povjerenje započinje tako što dijete iz čekaonice osobno doprati i pozdravi asistent ili stomatolog (Slika 2.). Najbolje bi bilo kada bi se u ordinaciju pustila još samo jedna osoba u pratnji, no roditeljima se uvijek treba posvetiti velika pažnja<sup>14</sup>, jer tako se problemi

**Tablica 1.** Po grupama tipizirane razvojne, fiziološke karakteristike osobnosti u odnosu na dob, koje mogu imati značaj u vezi s nastankom fobija

Grupa I	Grupa II	Grupa IIIa	Grupa IIIb	Grupa IV
Malo dijete 0-2 godine	Dijete predškolske dobi 3-5 godina	Dijete školske dobi 6-12 godina	Školsko dijete pubertetske dobi 13-17 godina	Mlađa odrasla dob 18 godina
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prijelaz od dojenčeta na malo dijete</li> <li>• Prirođeni, refleksivni način ponašanja</li> <li>• Formiranje veza</li> <li>• Razvoj motorike i govora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedostatak empirijskog procjenjivanja; još uvijek nema planskog, nego je ponašanje impulsivno</li> <li>• Još nema fobija</li> <li>• Moguće su panične reakcije</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biografska prekretnica</li> <li>• Svjesna percepcija samoga sebe / stvaranje osjećaja vlastite vrijednosti</li> <li>• Asimilacija kulturnog kodeksa</li> <li>• Apliciranje empirijskog procjenjivanja za ciljano razmišljanje</li> <li>• Faza mješovite denticije</li> <li>• Stvaranje fobija moguće / analogno posttraumatskom stresnom poremećaju</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specifična dinamika pubertetskog načina ponašanja</li> <li>• Postepeni prijelaz prema racionalnom načinu razmišljanja</li> <li>• Fobije već mogu biti etablirane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fobije i panične reakcije mogu biti etablirani modeli reagiranja</li> <li>• Mogu se primijeniti psihoterapijski modeli za odrasle</li> </ul>



**Slika 2.** Izgradnja povjerenja započinje još i prije samog pregleda, odnosno terapijskih zahvata. Od pomoći je spustiti se u vidnu razinu djeteta. Nužna uspostava trajnog kontakta očima upravo je kod skeptične djece osnova verbalne i neverbalne komunikacije

s prilagođavanjem mogu svesti na minimum. Od enormnog je značaja strukturirano vođenje zahvata. Pritom se težište treba nalaziti na vođenju verbalnog dijela prve posjete. Djeca mogu vrlo brzo početi pokazivati neverbalne signale (dakle, "pokazati misli"), i suprotno - intuitivno prepoznaju bezkonceptne nesigurnosti. Stomatološko osoblje trebalo bi zauzeti prijateljsko – dominantnu ulogu. Stomatolog i asistent nalaze se pri liječenju djece - pa tako i kod terapije odraslih s fobijom – i sami u jednom posebnom stanju svijesti, koje se može opisati kao "trans" tijekom izvođenja terapije ili postizanja određenog cilja. Na taj način lakše im uspijeva slanje neverbalnih signala u vezi s kompetencijom, koje pacijent na kraju može i pouzdano zanemariti.

Važno je da se u središtu dijaloga nalazi dijete, a ne prisutne osobe u pratnji. Kontakt očima i iskrenu osmijeh su kao oblik izražajnog govora tijela zajedno s respektivnim dodirnom nužne osnove neverbalne veze s pacijentom. Trebalo bi se voditi računa o tome da je dječje shvaćanje u velikoj mjeri usmjereno na prepoznavanje tipičnih karakteristika lica i mimike.

Maska preko usta i naočale s povećalima mogu radi toga smetati, ili čak izazvati strah. U pravilu se zahvati odvijaju pod utjecajem osobe od povjerenja. Nalaz se prikuplja kroz igru. Veliko značenje ima "tell-show-do" metoda,<sup>32</sup> no trebala bi se provoditi na način razumljiv djetetu; "Prebrojat ću tvoje zube. U tu svrhu koristim jednu posebnu žličicu, koja ima jednu stranu poput ogledala. Za brojanje uzimam i jedan štapić." Drugi primjeri opisa stomatoloških instrumenata i terapijskih postupaka prikladnih za djecu nalaze se u predloženoj literaturi, kao i prilikom izmjene informacija s kolegama prilično lako.

Terapijske intervencije trebale bi se uvijek izvoditi bezbolno. Budući da lokalnu anesteziju niti nakon prethodne površinske anestezije nije moguće izvesti bezbolno, ovaj moment mora biti povezan s vještom verbalnom distrakcijom. Od pomoći je reinterpetacija događaja: "Ovo je moja specijalna olovka, koja uspava zub. Ako si potpuno tih, možeš čak i čuti kako zub hrče. Ponekad se položaj jastuka kod zuba mora ispraviti, jer ga pritišće ili škaklja – i tada se i ti tome možeš nasmijati." Posljednje je opis momenta nježnog uboda, riječima prikladnima za dječju dob. Nakon toga se odmah (u smislu distrakcije) počinje razgovarati o potpuno drugačijoj temi, pri čemu je prednosti poznavanje aktualnih dječjih filmova, odnosno knjiga. Tako se anestezija i sami terapijski zahvat odvijaju "usput". Kratka, još uvijek uočljiva izražavanja negodovanja ("Au!") interpretiraju se u svim životnim fazama kao dio strategije ophođenja sa stomatološkim zahvatom<sup>33</sup>. Nema potrebe da ih se potiskuje, i osoba u pratnji trebala bi ih smatrati normalnom.

U pedodonciji bi trebao biti indiciran po mogućnosti što brži zahvat. "Životna dob pomnožena s 3 = maksimalno trajanje terapije u minutama"<sup>2</sup> – ovo bi se trebalo prihvatiti kao "gruba smjernica" u terapiji. Neovisno o tome u iznimnim slučajevima mogu se primijeniti manje restriktivne terapijske metode, kao primjerice selektivna ekskavacija karijesa. Svaka



**Slika 3.** Kod djece je svjesno podizanje ruke zajedno s fleksijom palca dobra metoda za indukciju transa (hipnoze), zajedno s verbalnim sugestijama kao disocijativnim elementom

posjeta trebala bi se, međutim, djetetu i osobi u pratnji na kraju uvijek s puno pohvala opisati kao uspješna. Sada svjesno stimulirani osmjech osnažuje i fizički i psihički: "Sada kada izađeš van smiješ se jako glasno smijati i tako svima pokazati da je sve u redu."

### Djeca školske dobi (Skupine IIIa i IIIb)

Očito je da sve kulture svijeta primjećuju značajne promjene u osobnosti otprilike oko šeste godine života<sup>13</sup>, što se može opravdati modelom postepene samosvijesti.<sup>27</sup> Prijelaz iz grupe IIIa u IIIb je trenutak početka puberteta. U objema grupama mogu se stvoriti osnove za kasnije fobije.

U grupi IIIa se sa stomatološkog stajališta u prvom planu nalazi faza mješovite dencije s mogućom potrebom za ortodontskom terapijom. Budući da psihološko kognitivni razvoj ima individualno različiti tijek, potreban je fleksibilan i kreativan način komunikacije i ponašanja s pacijentom. Kao i kod grupa I i II preporuča se težiti empatičkom, ali od strane stomatološkog osoblja dominantnom stilu vođenja posjete s obaveznim kontaktom očima prilikom razgovora. Komunikacija može biti

formulirana racionalnije. Faze razgovora kroz kojeg se formira povjerenje odnose se na školu, prijatelje i hobby. U pravilu je u ordinaciji dovoljna samo jedna osoba od povjerenja (u pratnji pacijenta). Ako je potrebno ova se osoba u pratnji može prijateljski zamoliti da napusti ordinaciju, jer se tako sprečava mentalna fiksacija na tu osobu i olakšava se vlastiti pristup djetetu. Uvijek bi se trebalo raditi s (vjero-dostojnim) komplimentima.

Grupa IIIb, dakle od 13. godine života na dalje, općenito se smatra početkom mladenačke dobi, s uobičajenim prijelazom u odraslu dob, sve do grupe IV. Izmjena zuba sada je skoro u potpunosti gotova. Međutim, i ovdje postoje pacijenti kod kojih se posjeta vodi na različite načine. Komunikacija je sada sve više moguća kao kod odraslih. Ipak, veliku ulogu igra posebnost puberteta. Iako se upravo u ovoj fazi života većinom jako veliki značaj pridaje izgledu i općem dojmu, ponekad averzija od stomatološkog zahvata preteže tako jako da se i same situacije narušene estetike (radi karijesa u području frontalnih zuba) paradoksalno akceptiraju. Međutim, u mnogim slučajevima ipak se uspije izvesti zahvat, ali uz vrlo uvjerljive argumente.



**Slika 4.** Dodatna primjena dušičnog oksidula (rajskog plina) zahtijeva suradljivost pacijenta i fizičko vođenje od strane stomatološkog osoblja. To nije "in-out" metoda kao intubacijska narkoza, ali u slučaju odgovarajućeg iskustva terapeuta može biti učinkovita dodatna metoda za uspostavu stanja potrebnog za izvođenje terapije



**Slika 5.** Terapija djece u općoj anesteziji; dijagnostika i terapija izvode se isključivanjem budnog stanja u kompleksnoj posjeti. Tako se može spriječiti negativna fiksacija na tijek terapije. Na kraju su potrebni ciljani adaptacijski termini, kako bi se postepeno učvrstio "normalni" kontakt pacijenta i liječnika

## POSTUPAK KOD ODBIJANJA TERAPIJE

### Mala djeca i djeca predškolske dobi (grupe I i II)

Ovdje se pretežno pojavljuju panične reakcije<sup>19</sup>, koje nakon napuštanja ordinacije većinom u potpunosti prestanu. Osim činjenice da su takve reakcije antropološki formirane, one mogu biti i dodatno pojačane, primjerice negativnim doživljajima kod drugih liječnika i tranzitornim preuzimanjem obrazaca ponašanja određenih osoba, koje nisu od pomoći. U svrhu savladavanja anksioznih situacija može se kod djece primijeniti hipnoza<sup>3,29</sup>. Pritom vrlo dobar preduvjet predstavlja većinom izražena spremnost za fantazije (Slika 3.). Inače je postupak nešto što je samo za vrlo educiranog terapeuta, jer se trans jednako tako brzo može stvoriti, kao i ponovno izgubiti.

Postoji li kod postojeće potrebe za terapijom i potpuna nesuradljivost pacijenta, savjetuje se da se posjeta prekine. Ako se prilikom slijedeće posjete pokaže slično ponašanje, mora se potražiti neka alternativa. Dodatna sedacija dušičnim oksidulom (Slika 4.) pret-

postavlja minimum sposobnosti surađivanja (prihvatanje maske preko nosa) i dobar međuljudski odnos, koji je kod manjkave suradljivosti moguć samo vrlo rijetko. Pojača li se dojam da mladi pacijent jednostavno još uvijek ne može ili ne želi ohrabriti, kod potrebe za određenom terapijom čini se da je indicirana opća anestezija (Slika 5.). Nakon toga je nužno potreban redoviti i česti recall, kako bi se uz karijes protektivne terapijske ciljeve uspostavila i normalna spremnost za terapiju.

### Školska djeca

Postoji li iracionalno odbijanje terapije, može se kod grupe IIIb govoriti o etabliranoj fobiji. Kao znakovi vrijede uobičajena pubertetska nesuradljivost s istovremeno racionalnim razumijevanjem. U ovim situacijama moguće je primijeniti psihoterapijski temeljene modele intervencija, kao kod odraslih. Verbalne zagonetke također su od pomoći. Na taj način može se pokušati instalirati "konstruktivni osjećaj srama" kod mlađeg pacijenta, koji se fokusira na nerazumnost njegovog vlastitog ponašanja i nežno ga vodi u ulogu osobe koja odgovorno donosi vlastite odluke. Nadalje, treba uvesti



**Slika 6.** Neposredni “momentum post sessionem” je analogno posthipnotičkoj komandi idealan za sugestivno formuliranje, koje pozitivno utječe na buduće posjete

pitanja orijentirana na rješenja, razgovor koji nije negativan, takozvane “Yes-Setting” tehnike, terapijske metafore, prethodni “mentalni trening” (autogeni trening) te hipnotički trans. Uz pomoć ovih metoda može se ponovno proživjeti osjećaj sigurnosti, koji naposljetku i uvjetuje samu spremnost na terapiju. Terapija pod općom anestezijom može biti indicirana samo u apsolutno iznimnim slučajevima.

### **ZADRŽAVANJE POZITIVNOG SJEĆANJA U OKVIRU “MOMENTUMA POST SESSIONEM”**

Iz perspektive svakog pacijenta bez obzira na dob uspješna stomatološka posjeta može izazvati osjećaj olakšanja povezan s ponosnom na postignuto. U ovom trenu “divljenja samo-me sebi” (Slika 6.) moguće je svjesno koristiti taj osjećaj sreće, koji je uvjetovan izlučivanjem endorfina. Kliničko iskustvo pokazuje da u ovom kratkom trenutku postoji znatno povišena sugestibilnost. Analogno posthipnotičkoj naredbi u terapijskom transu sada se može započeti s dugotrajnim djelovanjem vješto instaliranih pozitivnih utjecaja terapije. Odrasli pacijenti se zamole da sami verbaliziraju bezo-



**Slika 7.** Efektno planirani trik na kraju uspješne terapije, kao npr. davanje kovanice s magičnom snagom poput talismana vrlo je korisno kako bi se dugoročno učvrstilo buduće povjerenje kod stomatoloških terapijskih zahvata

pasnost posjete: “I sigurno ste primijetili da je sve bilo puno jednostavnije nego što ste zamišljali, zar ne?”. Tako se pacijent animira da sam formulira odgovor, koji bi mogao glasiti otprilike ovako: “Da, priznajem, bilo je vrlo dobro.” Nakon toga stomatolog može zaključiti: “Primijetit ćete da će svaka posjeta u budućnosti za vas biti još lakša i jednostavnija. Još ćete se i sigurno veseliti posjetima stomatologu.” Na ovaj način nastaje dodatno sekundarno – refleksivno i efekt konfrontacijske terapije, bez da se to mora posebno formulirati.

Kod mlađih pacijenata grupe II do IIIa nagradni pokloni imaju ulogu nezaboravljanja pozitivnih sjećanja do slijedeće posjete. Ovi “give aways” trebali bi, međutim, imati određenu kvalitetu i trebali bi se dramaturški smisleno prezentirati. Komercijalno dostupni jeftini pokloni od plastike ne ispunjavaju ovaj zahtjev. Prikladniji su neobični pokloni kao npr. zagnetke s zapanjujućim odgovorom, mali rebusi (“doodles”<sup>26</sup>) kao i efektni magični trikovi (Slika 7.). U mnogim slučajevima dijete može ove nagrade samostalno prezentirati u svom razredu i u krugu svojih prijatelja, i tako uživati u pojačanom osjećaju priznanja, kojega može zahvaliti svojoj stomatološkoj ordinaciji.



## ZAKLJUČCI

Nekoliko desetljeća unatrag, oko jedne četvrtine stomatologa zatražilo je posebnu edukaciju na području prevencije i intervencije u slučaju fobija<sup>30,35,37</sup>. Sve do sada ona se najbolje mogla steći tijekom postdiplomske nastave, budući da takvi aspekti nisu bili dostatno opisani niti tijekom sveučilišnog studiranja, niti tijekom kasnije stručne edukacije. K tome se tematika praktički iskusi tek tijekom rada, i posljedično se tek sa zakašnjenjem prepoznaje potreba za odgovarajućim strategijama rada. U vezi s tim mogao bi kurikulum "Praktična psihologija za strukturirano vođenje stomatološke posjete" rasvijetliti svijest o ovom podcijenjenom aspektu svakodnevnog rada stomatologa. Kao posebno važno, pritom se može naglasiti značenje racionalno temeljene prevencije fobije u definirajućim godinama adolescencije. Osim toga, uz komunikativnu kompetenciju treba naglasiti i pozitivno ozračje čitavog tima. Strateški temeljeni komunikacijski modeli i značenje "momentuma post sessionem" trebali bi se ponovno vratiti u općeniti prevencijski model.

## LITERATURA

- Allan FK, Peckham E, Liu J et al. Acupuncture for anxiety in dental patients: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Integr Med* 2018;20:22-35.
- Beckers-Lingener B. Konzept für eine erfolgreiche Kinderbehandlung. Die ritualisierte Verhaltensführung. *Mitteilungsblatt Berliner Zahnärzte* 2016; 11: 10-15.
- Beckers-Lingener B, Beckers L. Die „ritualisierte Verhaltensführung“ – Ein Konzept zur erfolgreichen Behandlung von Kindern in der zahnärztlichen Praxis. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose* 2011;2:6-13.
- Cahill L, McGaugh JL. Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends Neurosci* 1998;21:294-299.
- Charton M, Käppler C, Wetzell H. Einführung in die Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz, 2003.
- Craske MG. Functions of fear versus anxiety. Origins of phobias and anxiety. Oxford: Elsevier, 2003.
- Damásio A. *Selbst ist der Mensch: Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Pantheon, 2013.
- Dawkins R. *Das egoistische Gen*. Berlin: Springer Spektrum, 1994.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 10. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2015.
- Freud S. *Das Ich und das Es* (1923). In: Sigmund Freud Studienausgabe, Bd. III: *Psychologie des Unbewußten*. Frankfurt am Main: Fischer, 1975.
- Frick A, Åhs F, Engman J et al. Serotonin synthesis and reuptake in social anxiety disorder: A positron emission tomography study. *JAMA Psychiatry* 2015;72;8:794-802.
- Gordon D, Heimberg RG, Tellez M, Ismail AI. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *J Anxiety Disord* 2013;27:365-378.
- Göttl C. *Aussage im Rahmen der Filmdokumentation „Unendlich Jetzt“*. DVD, 0:46-0:60 min. Finsing: Ascot Elite Home Entertainment, 2014.
- Gymnich I von. *Die Rolle der Eltern bei der zahnärztlichen Kinderbehandlung*. ZMK 2018;34: 850-854.
- Hoffmann G, Hochapfel G, Eckhardt-Henn A, Heuft G. *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in die Psychodiagnostik und Psychotherapie*. 8. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2009.
- Jiayi L, Rongjun Y. Follow the heart or the head? The interactive influence model of emotion and cognition. *Front Psychol* 2015;6: 573.
- Jordan R, Micheelis W. *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)*. IDZ-Materialienreihe Bd. 35. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2016.
- LeDoux J. *Das Netz der Gefühle: Wie Emotionen entstehen*. München: dtv Verlagsgesellschaft, 2001.
- Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res* 1999;78: 790-796.
- Lorenz K. Über den Begriff der Instinkthandlung. *Folia Biotheoretica II* 1937;17:17-50.
- MacLean PD. *The triune brain in evolution – Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Publishing, 1990.
- Oosterink FM, de Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci* 2009;117:135-143.
- Öst L. Age of onset in different phobias. *J Abnorm Psychol* 1987; 96:223-229.

24. Pessoa L, Hof PR. From Paul Broca's great limbic lobe to the limbic system. *J Comp Neurol* 2015;17: 2495-2500.
25. Piaget J. La formation du symbole chez l'enfant imitation, jeu et reve. Neuchâtel: Delachaux & Niestie, 1959; dt. Übers.: Nachahmung, Spiel und Traum. Stuttgart: Klett Cotta, 1975.
26. Price R. Doodles. San Francisco: Monogram California, 1956.
27. Rochat P. Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Conscious Cogn* 2003;12: 717-731.
28. Schirmer A. Emotion. Los Angeles: SAGE Publications, 2015.
29. Schmierer A (Hrsg). Kinder-hypnose in der Zahnmedizin. Stuttgart: Hypnos, 2001.
30. SerjlHG, Müller-FahlbuschH(Hrsg). Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz, 1989.
31. Specht J. Personality development in reaction to major life events. In: Specht J (ed). Personality development across the lifespan. San Diego: Elsevier Academic Press, 2017: 341-356.
32. Steffen R, Diener V. Behaviour Management in der Kinderzahnmedizin: Mehr als Tell – Show – Do! *Quintessenz* 2018;69:396-404.
33. Swee G, Schirmer A. On the importance of being vocal: saying "ow" improves pain tolerance. *J Pain* 2015;16:326-334.
34. Tomasello M. Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens – Zur Evolution der Kognition. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2006.
35. Tönnies S, Heering-Sick H. Patientenangst im Erleben von Zahnärzten mit unterschiedlichen Persönlichkeitshaltungen. In: Serjl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg). Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz, 1989:71-76.
36. Tulving E. How many memory systems are there? *Am Psychol* 1985;40:385-398.
37. Wetzel WE. Die Angst des Kindes vor dem Zahnarzt. München: Hanser, 1982.



**Torsten Glas**

Dr. med. dent.  
 E-adresa: [info@zahnzentrum-leipzig.de](mailto:info@zahnzentrum-leipzig.de)  
 Zahnzentrum Leipzig  
 Straße am Park 2  
 04209 Leipzig