

PSYCHOLOGIA W STOMATOLOGII

Egzemplarz obowiązkowy
- Biblioteka Jagiellońska



Redakcja

Julia Wyszomirska, Adriana Modrzejewska



Śląski
Uniwersytet
Medyczny
w Katowicach

Psychologia w stomatologii

Autorzy

lek. dent. Arthur Apper  – Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny

lek. dent. Patrycja Badora-Smołeń – A&A CLiNiC Stomatologia i Medycyna Estetyczna, Siemianowice Śląskie

prof. dr hab. n. o zdr. Monika Bąk-Sosnowska  – Centrum Psychosomatyki i Profilaktyki Zdrowotnej, Collegium Medicum, Akademia WSB, Dąbrowa Górnicza

lek. dent., mgr Karolina Bernacka – Centrum Stomatologii Luxdent, Bielsko-Biała

lek. dent. Anna Biały – Białe Stomatologia, Bielsko-Biała

dr n. med. i n. o zdr. Joanna Biegańska-Banaś  – Katedra Bioetyki i Psychologii Zdrowia, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Zakład Psychologii Klinicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

mgr Agnieszka Borowska  – Oddział Dzienny Rehabilitacji Psychiatrycznej, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

dr hab. n. o zdr. Kamila Czepczor-Bernat  – Oddział Kliniczny Pediatrii, Otyłości Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Kości, Katedra Pediatrii i Medycyny Rodzinnej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. med. Paweł Dębski  – Oddział Kliniczny Psychiatrii, Katedra Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; Instytut Psychologii, Wydział Psychologii, Akademia Humanitas, Sosnowiec

lek. dent. Karolina Felenzer – Katedra Chirurgii i Medycyny Jamy Ustnej, Uniwersytet w Bergen, Norwegia

dr n. o zdr. Magdalena Gruszczyńska  – Zakład Antropologii Lekarskiej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. o zdr. Ewa Martyniak  – Katedra i Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

lek. dent. Ewa Michalczyk – Klinika Implantologii i Periodontologii, Paryż

mgr Adriana Modrzejewska  – Zakład Antropologii Lekarskiej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. hum. Justyna Modrzejewska  – Instytut Pedagogiki, Wydział Humanistyczno-Społeczny, Uniwersytet Bielsko-Bialski

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Pihut  – Katedra Protetyki Stomatologicznej i Ortodoncji, Instytut Stomatologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

dr n. społ. Jagoda Sikora – Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

mgr Dorota Turska-Czyż  – Zakład Psychoprofilaktyki, Oddział Kliniczny Psychiatrii, Katedra Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. o zdr. Monika Tysiąc-Miśta  – Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. o zdr. Julia Wyszomirska  – Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

lek. dent. Rafał Ziaja – Stomatologia Ziaja, Żory

PSYCHOLOGIA W STOMATOLOGII

Redakcja naukowa

Julia Wyszomirska i Adriana Modrzejewska



Śląski
Uniwersytet
Medyczny
w Katowicach

Recenzent

Prof. dr hab. Ewa Syrek

Redakcja

Teresa Pawłok

Projekt okładki

Julia Wyszomirska

Grafika na okładce: AI – Nano Banana Pro 2,5 by Gemini

Publikacja na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe
(CC BY-NC-ND 4.0)

Publication under license Creative Commons

Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)



Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach
Wydawnictwa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
oraz Polskiej Platformy Medycznej

Wydanie I

ISBN 978-83-7509-515-9

Wydawca

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Katowice 2025

Skład komputerowy i łamanie

Wydawnictwo
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Medyków 18
40-752 Katowice
www.wydawnictwo.sum.edu.pl

Spis treści

Od Autorek	9
Podziękowania	11
1. Nawyki i zachowania związane z higieną jamy ustnej (<i>Anna Biały</i>)	13
1.1. Co to jest nawyk i jak się kształtuje?	13
1.1.1. Neuronowy mechanizm tworzenia nawyku	14
1.2. Czy i jak można zmieniać nawyki?	14
1.3. Pożądane i najbardziej niepożądane nawyki związane z higieną jamy ustnej	15
1.3.1. Pożądane nawyki związane z higieną jamy ustnej	16
1.3.2. Niepożądane nawyki związane z higieną jamy ustnej	18
1.4. Interwencje zmieniające nawyki u pacjentów stomatologicznych	19
1.5. Studia przypadków	19
1.6. Pytania i zadania	21
2. Pacjent z zaniedbanym uzębieniem (<i>Karolina Felenzer</i>)	24
2.1. Przyczyny zaniedbań zdrowia jamy ustnej	26
2.2. Dialog motywujący – jak zachęcić, a nie zrazić	28
2.3. Ubóstwo jako czynnik wykluczający/utrudniający korzystanie z opieki dentystycznej	30
2.4. Pytania i zadania	31
3. Nawyki oralne (<i>Patrycja Badora-Smoleń, Rafał Ziaja</i>)	37
3.1. Bruksizm – etiologia, konsekwencje, interwencje	37
3.2. Ssanie kciuka, palców – etiologia, funkcje, konsekwencje, interwencje terapeutyczne	41
3.3. Inne nawyki	42
3.4. Cechy psychiczne, emocje a nawyki oralne	43
3.5. Studium przypadku	45
3.6. Pytania i zadania	47
4. Ból (<i>Karolina Bernacka, Ewa Michalczyk</i>)	50
4.1. Odczuwanie bólu – mechanizm fizjologiczny i psychologiczny	50
4.2. Rodzaje bólu	53
4.3. Ocena nasilenia bólu	54
4.4. Interwencje w kontroli bólu u pacjentów stomatologicznych	56
4.4.1. Znieczulenie miejscowe	56
4.4.2. Techniki pomocnicze przy znieczuleniu oraz metody behawioralne	57
4.4.3. Hipnoza i trening Jacobsona	58
4.4.4. Sedacja farmakologiczna	58
4.5. Kontrola bólu przewlekłego	58
4.5.1. Farmakoterapia	59
4.5.2. Terapia poznawczo-behawioralna	59
4.6. Neuralgia i neuropatia nerwu trójdzielnego	60
4.7. Pytania i zadania	61

5. Lęk i strach (<i>Dorota Turska-Czyż, Paweł Dębski</i>)	64
5.1. Emocje i ich funkcje	64
5.2. Lęk i strach – definicje	65
5.3. Wskaźniki i ocena nasilenia lęku	67
5.4. „Jak nas widzą, tak nas piszą” – negatywny i pozytywny obraz dentysty	68
5.5. Dentofobia	69
5.6. Pozafarmakologiczne interwencje redukujące lęk i napięcie emocjonalne	70
5.7. Wybrane specyficzne interwencje prewencji i redukcji lęku stomatologicznego	71
5.7.1. Dziecko	71
5.7.2. Dorosły	73
5.8. Pytania i zadania	74
6. Stres (<i>Julia Wyszomirska, Adrianna Modrzejewska</i>)	78
6.1. Jak rozumieć stres?	78
6.2. Rola i mechanizm stresu	80
6.3. Style i strategie radzenia sobie ze stresem	81
6.4. Wpływ stresu na zdrowie	82
6.5. Stres pacjenta	84
6.6. Stres stomatologa	87
6.7. Jak radzić sobie ze stresem?	89
6.8. Kiedy stres jest sprzymierzeńcem? Jak spostrzeganie stresu modyfikuje jego efekt	92
6.9. Pytania i zadania	93
7. Temperament i osobowość (<i>Ewa Martyniak, Agnieszka Borowska</i>)	97
7.1. Temperament	97
7.2. Osobowość	99
7.2.1. Osobowość w ujęciu psychodynamicznym	100
7.2.2. Osobowość w ujęciu behawioralno–poznawczym	101
7.2.3. Osobowość w ujęciu egzystencjonalno–humanistycznym	101
7.2.4. Czynniki teorie osobowości	102
7.3. Temperament i osobowość pacjenta a jego zachowanie w gabinecie stomatologicznym ..	102
7.4. Osobowość stomatologów	103
7.5. Pytania i zadania	105
8. Komunikacja (<i>Magdalena Gruszczyńska</i>)	107
8.1. Komunikacja interpersonalna	107
8.2. Komunikacja niewerbalna	109
8.3. Aktywne słuchanie	113
8.4. Blokada komunikacyjne	114
8.5. Bariery utrudniające aktywne słuchanie	116
8.6. Podstawowe elementy dobrych relacji z pacjentami	117
8.7. Narzędzia pomocne w komunikacji z pacjentem	118
8.8. Pytania i zadania	119
9. Współpraca i stosowanie się do zaleceń (<i>Justyna Modrzejewska, Kamila Czepczor-Bernat</i>) ..	121
9.1. Czynniki sprzyjające i niesprzyjające <i>adherence</i> i <i>non-adherence</i>	122
9.2. Pomiar i wybrane badania dotyczące adherencji	124
9.3. Sposoby zwiększenia poziomu adherencji poprzez budowanie współpracy lekarz–pacjent ..	125
9.4. Pytania i zadania	127
10. Hipnoza (<i>Monika Bąk-Sosnowska, Julia Wyszomirska</i>)	130
10.1. Charakterystyka hipnozy i jej rodzaje	130
10.1.1. Rys historyczny	130
10.1.2. Definicja	131

10.1.3. Teorie wyjaśniające zjawisko hipnozy	131
10.1.4. Zjawiska hipnotyczne i rodzaje hipnozy	132
10.2. Czynniki wpływające na skuteczność hipnozy	133
10.3. Podłoże neurofizjologiczne	134
10.4. Przebieg typowej sesji hipnozy medycznej	136
10.5. Hipnoza w medycynie	137
10.6. Hipnoza w stomatologii	138
10.7. Wyniki badań efektywności hipnozy w redukcji bólu, lęku, krwawienia	139
10.8. Prawne i etyczne aspekty stosowania hipnozy	141
10.9. Pytania i zadania	142
11. Dziecko w gabinecie stomatologicznym (Jagoda Sikora)	146
11.1. Rozumienie zdrowia i choroby w poszczególnych okresach rozwojowych a sposób komunikowania się w gabinecie stomatologicznym	146
11.2. Rola wizyty adaptacyjnej	148
11.3. Najczęściej spotykane trudności we współpracy z dziećmi/rodzicami i sposoby ich przezwyciężania	150
11.4. Refleksje dzieci po wizycie u stomatologa i ćwiczenie „jak można by pomóc”?	152
11.5. Pytania i zadania	153
12. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi w gabinecie stomatologicznym (Ewa Martyniak, Agnieszka Borowska)	155
12.1. Leczenie pacjenta psychotycznego	155
12.2. Pacjent w spektrum autyzmu	157
12.3. Pacjent z deficytami poznawczymi	160
12.4. Pacjent z rozpoznaniem depresji	161
12.5. Pacjent z rozpoznaniem zaburzeń lękowych	162
12.6. Pacjent z rozpoznaniem zaburzeń osobowości	164
12.7. Pytania i zadania	166
13. Problemy stomatologiczne pacjentów z wybranymi zaburzeniami odżywiania (Adriana Modrzejewska, Julia Wyszomirska)	168
13.1. <i>Anorexia nervosa</i>	168
13.2. <i>Bulimia nervosa</i>	170
13.3. <i>Pica</i>	173
13.4. Pytania i zadania	175
14. Zaburzenia skroniowo-żuchwowe – interdyscyplinarna współpraca w zakresie diagnostyki i leczenia (Joanna Biegańska-Banaś, Małgorzata Pihut)	177
14.1. Definicja, klasyfikacje, symptomatologia i etiologia zaburzeń skroniowo-żuchwowych	177
14.2. Znaczenie czynników psychologicznych i psychofizjologicznych w powstaniu i podtrzymaniu zaburzeń skroniowo-żuchwowych	179
14.3. Ból w przebiegu zaburzeń skroniowo-żuchwowych	181
14.4. Modele terapeutyczne dla zaburzeń skroniowo-żuchwowych	182
14.5. Oddziaływania psychoterapeutyczne i psychologiczne wraz z oceną efektywności podejmowanych interwencji	184
14.6. Opis przypadku	186
14.7. Pytania i zadania	190
15. Wypalenie zawodowe (Monika Tysiąc-Miśta)	195
15.1. Czynniki ryzyka wypalenia zawodowego	197
15.2. Ocena wypalenia zawodowego	198
15.3. Prewencja i postępowanie terapeutyczne w przypadku wypalenia zawodowego	199
15.4. Pytania i zadania	200

16. Student stomatologii (<i>Arthur Apper, Monika Tysiąc-Miśta</i>)	203
16.1. Główne wyzwania rozwojowe i specyficzne związane ze studiowaniem stomatologii ...	203
16.2. Jak efektywnie się uczyć?	206
16.3. Efektywny wypoczynek studentów stomatologii	209
16.4. Pytania i zadania	211
17. Materiały uzupełniające	215
18. Notka o Autorach	228

Od Auterek

Zagadnienia psychologiczne są coraz częściej uwzględniane w medycynie. Dotyczy to zarówno rozumienia mechanizmów etiologii, utrzymywania się objawów, chorób, zachowań pacjentów, współpracy w toku leczenia, jak i zachowań, nastawień i emocji personelu medycznego. Mimo potrzeb w tym zakresie, dotychczas na polskim rynku brakowało podręcznika przeznaczonego dla przyszłych stomatologów. Studenci są oczywiście zapoznawani z podstawami wybranych zagadnień psychologicznych, ale wymaga to korzystania z wielu różnych źródeł, najczęściej przeznaczonych ogólnie dla pracowników ochrony zdrowia i podręczników psychologii. Naszym celem było ułatwienie tego procesu. Stąd pomysł, by najważniejsze zagadnienia omówić w jednym podręczniku. Założyliśmy, że studenci powinni dysponować podstawową wiedzą psychologiczną, którą będą mogli wykorzystać w praktyce lekarskiej, a także swoim życiu osobistym. Dlatego prezentowany podręcznik nie tylko zawiera najważniejsze treści teoretyczne, przybliża mechanizmy wybranych zjawisk, ale także w sposób bezpośredni odnosi je do problemów spotykanych w praktyce stomatologicznej. Jednocześnie ma być narzędziem autorefleksji oraz pomagać w sprawdzeniu swojej wiedzy i kompetencji w tym zakresie. Zawiera omówienie teorii, wyniki badań z zakresu stomatologii, praktyczne porady oraz zadania, ćwiczenia i studia przypadków. Wybrane treści powtarzają się w różnych rozdziałach tego podręcznika, co jest zabiegiem celowym. Zależało nam, aby każdy rozdział stanowił odrębną całość, którą można czytać niezależnie, bez pominięcia przy tym żadnych kluczowych informacji. Powtarzające się zagadnienia dotyczą tematów fundamentalnych, które mają szerokie zastosowanie lub odniesienia do wielu problemów opisanych w podręczniku. Ich waga jest na tyle istotna, że dokładne zrozumienie i zapamiętanie tych treści ma kluczowe znaczenie w kontekście edukacji. Z tego względu wielokrotne ich przypomnienie, choć mogące sprawiać wrażenie uporczywości, jest celowe.

Aby osiągnąć zamierzony rezultat, konieczne było zgromadzenie zespołu naukowców i praktyków – psychologów oraz stomatologów. Prace przebiegały intensywnie, a po drodze pojawiło się wiele trudności, co jest jednak naturalnym elementem takich przedsięwzięć. Mamy nadzieję, że ostateczny efekt okaże się satysfakcjonujący. To nasza pierwsza próba w roli autorek podręcznika dla studentów stomatologii, jak i redaktorek naukowych. Jak wiadomo, wiąże się z tym ryzyko błędów, niedociągnięć, subiektywizmu w doborze treści. Z pewnością nie oddajemy w Wasze ręce podręcznika idealnego. Wiele zagadnień mogło zostać przedstawionych skrótowo, a niektóre zupełnie pominięte, mimo to zachęamy Was do korzystania z naszej publikacji. Prawdopodobnie kolejne edycje będą wymagały poprawek. Jakich? To pokaże czas i doświadczenie. Nauczyciele akademicki, korzystając z tego podręcznika w nauczaniu psychologii, zauważą jego braki. Jednak Wy – Studenci – także bądźcie aktywnymi czytelnikami i krytykami. Liczymy na Wasze uwagi i refleksje, które pomogą nam poprawić i uzupełnić treści.

Drodzy Studenci i Nauczyciele akademicki, jesteśmy otwarte na Wasze sugestie¹.

Życzymy owocnej lektury oraz intensywnej i satysfakcjonującej nauki, która przyniesie długo-trwałe efekty.

Julia Wyszomirska i Adriana Modrzejewska

¹ Prosimy o kontakt pod adresem: jwyszomirska@sum.edu.pl; adriana.modrzejewska@sum.edu.pl

Podziękowania

Dziękujemy Współautorom – badaczom, nauczycielom i praktykom – którzy przyczynili się do powstania tego podręcznika. Każdy z Was przedstawił swoją unikalną perspektywę, co wyraźnie wzbogaciło treść podręcznika. Pogodzenie różnych punktów widzenia, napiętych terminów, a także obowiązków zawodowych były dla nas sporym wyzwaniem. Jednak teraz, patrząc na efekt naszej wspólnej pracy, mamy nadzieję, że jesteście zadowoleni, a może nawet czujecie dumę z tego, co udało nam się osiągnąć. Razem stworzyliśmy coś wartościowego. Coś, co – mamy nadzieję – będzie nieocenioną pomocą dla studentów stomatologii, pozostawiającą trwały ślad w ich edukacji. Dziękujemy za Waszą cierpliwość, zaangażowanie i wytrwałość w dążeniu do celu.

Drodzy Studenci, dziękujemy za Waszą aktywność, pytania, zdziwienia, komentarze, a nawet głosy oburzenia w trakcie zajęć, które pomogły nam w zaplanowaniu i doborze tematyki podręcznika. Liczymy na Wasze refleksje zarówno w odniesieniu do tej publikacji, jak i pomysły co do nowych treści z zakresu psychologii, które uważacie za wartościowe dla Was na różnych etapach edukacji zawodowej.

Julia Wyszomirska i Adriana Modrzejewska

1. Nawyki i zachowania związane z higieną jamy ustnej

Anna Biały

Codienne zachowania kształtują ludzkie zdrowie. Zrównoważona dieta, zwiększona aktywność fizyczna, odpowiednia ilość snu, ograniczenie stresu, używek, odpowiednie nawyki higieniczne i regularne kontrole zdrowia mogą korzystnie wpłynąć na jakość życia, stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz przyczynić się do jego wydłużenia (World Health Organization, 2015). Spełnienie oczekiwań zdrowotnych może nastąpić w dwojaki sposób – jako jednorazowe wydarzenie, którego skutki są długoterminowe (przykładem jest podanie szczepionki i tym samym aktywacja układu odpornościowego), czy też przybierając formę wypracowanych, konkretnych, wielokrotnie powtarzanych zachowań prozdrowotnych (Erikssen, 1997). Co więcej, regularne zachowania mogą potęgować pozytywny efekt jednorazowego wydarzenia, na przykład aktywność fizyczna wzmacnia pierwszą linię obrony układu odpornościowego, tym samym zwiększając skuteczność szczepień (Sebastien i in., 2021).

1.1. Co to jest nawyk i jak się kształtuje?

Nawyk, inaczej zwany reagowaniem nawykowym, to forma zachowania, która kształtuje się w wyniku regularnego powtarzania określonych działań. Proces tworzenia nawyku polega na **aktywacji wyuczonego skojarzenia między bodźcem/sygnałem a działaniem** (Gardner, 2015). Bodźce sytuacyjne wyzwalają impuls, którym jest zamiar wykonania danej czynności. Niezbędne w całym procesie są pragnienie, chęć wprowadzenia zmian, motywacja do celowego działania. Właśnie od siły tych emocji, towarzyszących decyzji o rozpoczęciu określonego działania, zależy szybkość, z jaką kształtuje się nawyk (Tracy, 2021).

Kiedy rodzi się nawyk, mózg przestaje w pełni uczestniczyć w podejmowaniu decyzji. Świadoma decyzja o wielokrotnym powtarzaniu zachowania przybiera ścieżkę wyuczonego skojarzenia. Badania wykazują, iż podczas podejmowania nawykowych czynności jedynie w 40% wykorzystuje się je świadomie (Wood i in., 2002). Mózg szereguje świadome uczenie się i przekształca je w wyuczone skojarzenie między kontekstem a zachowaniem, np. sięgając po szczoteczkę do zębów, automatycznie zabiera się również i pastę. Proces ten manifestuje się niskim poziomem świadomości podczas jego wykonywania. Na początku uczenia się nowych czynności mózg zużywa energię i korzysta z procesów kontrolowanych. Jednakże, gdy są one powtarzane wielokrotnie, kontrola nad nimi zostaje przekazana do głębokich obszarów mózgu, takich jak jądra podstawne, gdzie stają się one zautomatyzowane (Graybiel, 2025). Dzięki temu mózg nie musi już poświęcać uwagi tym czynnościom i może skupić się na innych zadaniach. To pozwala

wykonywać czynności efektywnie, niekoniecznie skupiając się na nich przez cały czas. Związane z tym emocje, napięcie, uczucie zmęczenia oraz poczucie bezradności wygasają (Hong i in., 2018).

1.1.1. Neuronowy mechanizm tworzenia nawyku

Kształtowanie się nawyków jest głęboko zakorzenione w neurobiologii ośrodkowego układu nerwowego. Proces ich formowania angażuje różne obszary mózgu, w szczególności te odpowiedzialne za **pamięć, emocje oraz przetwarzanie nagród**. Formowanie nawyku rozpoczyna się w korze przedczołowej, która odpowiada za złożone zachowania poznawcze, ekspresję osobowości, podejmowanie decyzji oraz moderowanie zachowań społecznych. Na początku procesu **kora przedczołowa**, pełniąc funkcje wykonawcze, aktywnie uczestniczy w formowaniu nawyków, zarządzając świadomą kontrolą i podejmowaniem decyzji. Wraz z rozwojem nawyków jej udział stopniowo zmniejsza się, a główną rolę przejmują struktury podkorowe, takie jak **prążkowie** składające się z jądra ogoniastego i skorupy, które kodują wzorce ruchowe i odpowiadają za automatyczne zachowania. Powtarzane działania stają się rutynowe i coraz bardziej zakorzenione w mózgu. **Dopamina**, kluczowy neuroprzebieg i neuromodulator związany z układem nagrody, pojawia się w odpowiedzi na reakcję i odgrywa centralną rolę w procesie utrwalania nawyków – tworzy pozytywne skojarzenie z danym zachowaniem i utrzymuje motywację do podejmowania działań (Wyatt, 2024). Mechanizm ten wzmacnia nawyki, tworząc silne połączenia neuronalne, które prowadzą do automatyzacji działań. Pojawia się sprzężenie zwrotne z jąder dopaminergicznych śródmózgowia, przekształcając celowe działania w bezwysiłkowe nawyki. Nadmierne uwalnianie dopaminy w układzie nagrody prowadzi do patologicznego wzmocnienia niepożądanych nawyków. Wzmoczona aktywacja dopaminergicznych ścieżek neuronalnych skutkuje przeprogramowaniem układu nagrody, kreując uzależnienie. Nawyki odgrywają istotną rolę w samoregulacji jednostki oraz w osiąganiu długoterminowych celów (Wood, 2017). Kwestia ich nabywania zależy od stylu życia, uwarunkowań środowiskowych, socjoekonomicznych, zdrowotnych, behawioralnych. Istotne znaczenie mają tutaj: wiek, sprawność intelektualna i fizyczna, miejsce zamieszkania, dostęp do świadczonych usług medycznych, stan majątkowy, kondycja zdrowia psychicznego, współistniejące uzależnienia, wsparcie społeczne (personelu medycznego, rodziców, opiekunów).

1.2. Czy i jak można zmieniać nawyki?

Nawyki są zakodowane w funkcjonalnych obwodach mózgu, są pewnego rodzaju automatyzmem, dlatego nigdy nie znikają całkowicie. Połączenia neuronalne mogą się aktywować po wielu latach, na skutek pojawienia się ich **wyzwalaczy** (Graybiel, 2005). Nie sposób o nich zapomnieć, natomiast można je przełamać (Clear, 2019). Niejednokrotnie wystarczy wyeliminować jeden sygnał, zmienić otoczenie, by osłabić siłę nawyku. Drugim sposobem jest zastąpienie niepożądanego nawyku innym, pod warunkiem, że nagroda może być równie atrakcyjna. Metoda ta redukuje potrzebę samokontroli, przez co jest bardziej dostępna dla mózgu (Kazieko, 2013).

Neuroplastyczność to zdolność połączeń neuronalnych do zmian swojej struktury i funkcji w odpowiedzi na doświadczenia. Jest podstawą do tworzenia zarówno nowych nawyków, jak i modyfikacji czy też zaprzestania starych (Wyatt, 2024). Przykładowo **terapia poznawczo-behawioralna** (CBT), angażując korę przedczołową, odpowiedzialną za wyższe funkcje

poznawcze (osąd, rozwiązywanie problemów, świadomą kontrolę nad zachowaniem), może na tyle wzmocnić uważność, by przerwać cykl nawykowych reakcji i stworzyć możliwość zmiany zachowań dysfunkcyjnych czy nałogu. **Trening uważności** (*mindfulness*) czy inne **treningi medytacyjne** regularnie praktykowane zwiększają grubość kory mózgowej, a to przekłada się na stan zwiększonej świadomości, zgodnie ze swoimi celami i aspiracjami (Brown & Ryan, 2003).

Sen, zwłaszcza faza REM, stanowi kluczowe spoiwo między pamięcią a zdolnością uczenia się. Wzmacnia połączenia neuronowe, jednocześnie potęgując nowo nabyte zachowania (Wyatt, 2024).

W analizie literatury dotyczącej budowania nowych oraz modyfikacji istniejących zachowań wyróżnia się trzy strefy:

- **intencję** do podjęcia działania (zamiar działania), kiedy postrzegane są zyski i straty w wyniku podejmowanego zachowania, precyzowane są oczekiwania dotyczące danej zmiany,
- **motywację** jako teorię uzasadnionego działania (intencji),
- **poczucie skuteczności** poprzez wykluczenie lęku, strachu, smutku, uczucia bezsilności (Gruszczyńska, 2015).

Im większa jest **pewność co do możliwości rozwiązania problemu**, tym większa jest motywacja do podjęcia działania. Należy pamiętać, że zmiana intencji, owszem, wiąże się ze zmianą zachowania (np. zakup nici dentystycznej), lecz niejednokrotnie nie wpływa na wykreowanie nawyku (regularne jej używanie).

Zmiana zachowania nie zawsze wiąże się ze zmianą nawyku, dlatego ważne jest uświadomienie, przeanalizowanie danego działania, dlaczego jest wykonywane, co motywuje do zmian (co zyskuje się zmieniając zachowanie), dlaczego trzeba to zmienić oraz jakie będą konsekwencje zaniechania zmiany, a jaka nagroda końcowa (Sheeran & Webb, 2016). Nawet po nauczaniu się nowych nawyków stare ślady pamięci niekoniecznie zostają zastąpione, natomiast brak starych sygnałów otwiera możliwości do podejmowania decyzji o czymś zupełnie nowym (Bouton i in., 2011).

Zgodnie z efektem przerwania nawyku, działania je zmieniające są skuteczniejsze, gdy idą w parze ze zmianami życiowymi, na przykład zmianą miejsca zamieszkania, warunków bytowych, pracy, stanu cywilnego, pojawieniem się w otoczeniu osoby trzeciej, wyczułonej na dane zachowanie.

1.3. Pożądane i najbardziej niepożądane nawyki związane z higieną jamy ustnej

Dobre nawyki związane z higieną jamy ustnej odpowiadają za znaczną część sukcesu zdrowia całego organizmu, dlatego powinny być kreowane przez całe życie. O ile na początku to rodzic czy opiekun w pełni odpowiada za nabywanie umiejętności przez dziecko, o tyle w późniejszym okresie decydujący wpływ mają nauczyciele, rówieśnicy, środki masowego przekazu. Okres dorosłości jest już etapem pełnej świadomości człowieka, okresem pozyskiwania i krytycznego podejścia do wiedzy przekazywanej bezpośrednio przez personel medyczny (lekarze dentyści, lekarze rodzinni, higieniści/higienistki) jak i osób trzecich. Intensywność zabiegów higienicznych zmniejsza się jednak z wiekiem, co wynika ze spadku zdolności manualnych oraz przekonania, że sztuczne uzębienie nie wymaga takiej samej uwagi, jak naturalne zęby (Scheffs & Marcinkowska, 2018).

Oprócz wieku wpływ na higienę jamy ustnej mają warunki materialne rodziny. Według raportu na temat „Zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w Polsce” opublikowanego przez Instytut Matki i Dziecka (2015) zamożność rodziny jest silnym czynnikiem warunkującym nawyki higieniczne (w kontekście porównania rodzin skrajnie biednych i skrajnie bogatych na korzyść rodzin bogatych). Znaczenie ma również miejsce zamieszkania – im większa miejscowość, tym lepsze nawyki higieniczne. Wiąże się to zarówno ze wzrostem świadomości na temat stanu zdrowia, jak i dostępnością do świadczonych usług medycznych (Instytut Matki i Dziecka, 2015).

Szeroko rozumiane zaburzenia poznawcze i fizyczne utrudniają prawidłową higienę jamy ustnej. Wszyscy eksperci zajmujący się tą kwestią podkreślają istotną rolę wsparcia opiekunów przy szczotkowaniu zębów w ramach wykonywania przez dziecko codziennych procedur higienicznych (Desai, 1997). Według raportu opublikowanego w 2009 roku, u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz średnim obserwuje się częstsze występowanie próchnicy (43%) i chorób dziąseł (52%) niż u osób ogólnie zdrowych (Paszyńska, 2009). Problem dotyczy również osób niewidomych i niedowidzących. Wynika on bardziej z braku wiedzy na temat właściwej higieny niż niechęci pacjenta.

Zdrowie jamy ustnej ma znaczący wpływ na zdrowie mentalne i odwrotnie. Osoby zmagające się z chorobą psychiczną należą do grupy o podwyższonym ryzyku rozwoju stanów zapalnych jamy ustnej. Stan emocjonalny, obniżona pamięć, uwaga i możliwość rozpoznawania problemów w połączeniu z terapią farmakologiczną czy też długotrwałym procesem leczenia w ośrodku terapeutycznym, bez wsparcia osób trzecich, utrudniają zachowanie zdrowia jamy ustnej (Dordević i in., 2016).

Istnieje potrzeba bardziej szczegółowych i odpowiednio dobranych metod edukacji oraz dostępu do narzędzi higienicznych, które umożliwią danej grupie społecznej skuteczne utrzymanie zdrowia jamy ustnej.

Nawyki związane z higieną jamy ustnej należy podzielić na dwie grupy:

- **prozdrowotne**, te najbardziej pożądane; zapobiegają chorobie oraz wspomagają powrót do zdrowia,
- **antyzdrowotne**, szkodzące zdrowiu; mogą mieć negatywny wpływ na aspekty emocjonalne, fizyczne i psychospołeczne (Gruszczyńska, 2015).

1.3.1. Pożądane nawyki związane z higieną jamy ustnej

1. **Regularne wizyty kontrolne** w gabinecie stomatologicznym, gabinecie higieny jamy ustnej. Systematyczna diagnostyka wewnątrzustna oraz radiologiczna pozwala na wykrycie problemów na początkowym etapie rozwoju. Dotyczy to zarówno problemów ściśle powiązanych z tkankami miękkimi oraz twardymi jamy ustnej, jaki i problemów ogólnoustrojowych, manifestujących się w jamie ustnej (cukrzyca, choroby autoimmunologiczne, nowotworowe, zaburzenia odżywiania, spadki odporności organizmu). Przyczynia się to do redukcji bólu, dyskomfortu i bezradności, które niejednokrotnie towarzyszą zaawansowanym stanom zapalnym. Należy również pamiętać o jeszcze jednym aspekcie – wczesne wykrycie oraz konsekwentne leczenie problemów stomatologicznych jest w dłuższej perspektywie mniej obciążające finansowo.

2. **Szczotkowanie zębów.** Nawyk ten powinien być wykonywany w sposób właściwy i regularny. Istotne znaczenie ma tu określona częstotliwość, technika, czas oraz kontrola wizualna obszaru szczotkowania (Glenny i in., 2022), a także stosowanie pasty do zębów zawierającej fluor czy też hydroksyapatyt. Szczotkowanie powinno odbywać się minimum 2 razy dziennie, głównie przed snem i co najmniej raz jeszcze w ciągu dnia, by usunąć płytkę nazębną i utrzymać korzystny poziom fluoru w jamie ustnej, co odgrywa główną rolę w profilaktyce próchnicy (Glenny i in., 2024).
3. Stosowanie **produktów wspomagających higienę jamy ustnej.**
 - Nici dentystyczne, szczoteczki międzyzębowe, irygatory wodne. Kluczowe znaczenie ma dobór odpowiedniego produktu dostosowanego do potrzeb oraz wyuczenie właściwej techniki użytkowania. Wielu pacjentów napotyka trudności w początkowej fazie tego procesu. Z praktycznego punktu widzenia wymaga to ogromnej cierpliwości, delikatności oraz precyzji. Szczególny nacisk kładzie się na odpowiednie wykonywanie tych zabiegów przez pacjentów z problemami periodontologicznymi, w trakcie leczenia ortodontycznego, z wadami rozwojowymi oraz z uzupełnieniami implantoprotetycznymi (Bravo Pérez i in., 2016).
 - Płyny do płukania jamy ustnej. Ich zadaniem jest łagodzenie stanów zapalnych błony śluzowej, nawilżanie oraz działanie wspomagające w przebiegu cukrzycy, leczenia onkologicznego, u pacjentów po chemio- i radioterapii (Borowski i in., 2024).
 - Guma do żucia z sorbitolem/xylitolem. Jako produkt stosowany w przerwach między posiłkami, stymuluje produkcję śliny i obniża pH jamy ustnej, znacznie redukując ryzyko powstania próchnicy (Jensen, 1999). Stosowana w nadmiarze może powodować zaburzenia w układzie mięśniowo-stawowym oraz zaburzenia jelitowe.
4. **Oczyszczanie ruchomych uzupełnień protetycznych** z jednoczesną dbałością o higienę tkanek miękkich. Pacjenci posiadający ruchome uzupełnienia protetyczne, zwłaszcza całkowite, sporadycznie odwiedzają gabinety stomatologiczne. Czynnikiem skłaniającym ich do wizyty jest uszkodzenie, brak dopasowania czy też utrata estetyki uzupełnienia. Są one zdecydowanie rzadsze niż standardowe wizyty kontrolne pacjentów z uzębieniem własnym. Osoby te niejednokrotnie nie przykładają wielkiej wagi do higieny uzupełnienia protetycznego, nie wspominając o higienie tkanek go otaczających. Wizyty są sporadyczne, często mają miejsce co kilka lat. Niesie to ze sobą ryzyko rozwoju wielu patologii jamy ustnej, do których zaliczyć można kandydozę, zakażenia wirusowe i bakteryjne, a w skrajnych przypadkach metaplastję, która może zostać wykryta zbyt późno. Zjawiskiem dość często towarzyszącym stanom zapalnym oraz niewłaściwej higienie jest *fetor ex ore* (Scheffs & Marcinkowska, 2018).
5. **Zbilansowana dieta niskowęglowodanowa.** Jednym z głównych czynników predysponujących do rozwoju próchnicy jest znaczne spożycie cukrów, zwłaszcza cukrów prostych (sacharozy). Bakterie próchnicotwórcze w przebiegu swojego metabolizmu produkują kwasy, obniżając pH jamy ustnej. Proces ten doprowadza do przewagi demineralizacji nad remineralizacją szkliwa, a w konsekwencji do powstania ubytków próchnicowych (Sweeney & Hall, 2020).
6. **Płukanie jamy ustnej** wodą po spożyciu pokarmów, napojów o niskim pH, po wymiotach, po aplikacji leków (zwłaszcza sterydów wziewnych, syropów) głównie u dzieci.
7. Nawyk **oddychania przez nos**, prawidłowa pozycja języka. Wczesna diagnostyka wad ortognatycznych połączona ze współpracą z ortodontą, laryngologiem, neurologopedą oraz fizjoterapeutą stanowi łącznik między prawidłowym wzrostem twarzoczaszki, funkcjonowaniem układu oddechowego a sprawnością psychofizyczną (Mew, 2021).

1.3.2. Niepożądane nawyki związane z higieną jamy ustnej

1. **Nadmierna konsumpcja napojów i pokarmów o niskim pH.** Spożywanie dużych ilości kwasowych napojów, takich jak napoje gazowane i soki owocowe, może przyczyniać się do stopniowego uszkodzenia szkliwa zębów w wyniku procesu erozji. Częstym problemem spotykanym w gabinecie stomatologicznym jest wysoka nadwrażliwość zębów pacjenta, objawiająca się nie tylko podczas spożywania kwaśnych lub zimnych pokarmów czy wdychania chłodnego powietrza, ale również podczas codziennego funkcjonowania, na przykład w trakcie rozmowy. Problem ten jest dość złożony. Z jednej strony nadmierne spożywanie napojów energetycznych o wysokiej zawartości kwasów i cukru w grupie nastolatków, z drugiej strony częste lub codzienne spożywanie czystego soku z cytryny lub wody z octem jabłkowym w grupie osób dorosłych. Praktyka ta związana jest z preferencjami dietetycznymi, a także z zaleceniami zdrowotnymi u osób z problemami diabetologicznymi – spożywanie wymienionych płynów w znaczący sposób wpływa na obniżenie poziomu glikemii po posiłku oraz na czczo (Ratajczak i in., 2015, za: Pujer, 2019).
2. **Niedostateczne, a także nadmierne szczotkowanie zębów.** Te dwa skrajne zachowania niosą ze sobą znaczne ryzyko uszkodzenia struktury tkanek twardych. Zła technika szczotkowania, niedokładność, niemycie zębów przed lustrem (dobrze umyty ząb to ten, który widzimy w trakcie mycia), zbyt krótki czas szczotkowania. Niedostateczne mycie przyczynia się do rozwoju próchnicy, chorób dziąseł, a w konsekwencji do chorób przyzębia. Nadmierne szczotkowanie w połączeniu z użyciem twardych szczoteczek past o wysokim RDA (*relative dentine abrasion*), tzn. past wybielających, past dla palaczy, powoduje starcie struktury szkliwa, zwłaszcza w obszarach najbardziej narażonych na nadwrażliwość. Towarzyszące temu recesje, będące konsekwencją urazu mechanicznego, ukazują wtórny problem – nadwrażliwość ze strony odsłoniętego cementu korzeniowego i niejednokrotnie zaniechanie szczotkowania w danym obszarze.
3. **Niewłaściwe stosowanie płynów do płukania jamy ustnej.** Zbyt częste lub nieprawidłowe używanie płynów do płukania ust, zwłaszcza zawierających alkohol, może prowadzić do wysuszenia jamy ustnej i zaburzeń równowagi bakteryjnej, błędnych odczuć smakowych oraz trwałych przebarwień zębów.
4. **Unikanie regularnego szczotkowania, nitkowania ze względu na stan zapalny.** Strach przed krwawieniem, uszkodzeniem tkanek miękkich oraz związany z tym ból są często obserwowane u pacjentów z przeciętną lub niedostateczną higieną jamy ustnej. W miejscu zbyt długiego zalegania płytki bakteryjnej, resztek pokarmowych rozwija się stan zapalny. Drażnienie danego miejsca szczoteczką czy też nicią dentystyczną, ze względu na obrzęk i zaczerwienienie danej okolicy, wywołuje dyskomfort i niejednokrotnie ból. Towarzyszące temu krwawienie zniechęca pacjenta do kontynuowania zabiegów higienicznych. Wynika to z błędnego przekonania, iż dalsze zabiegi higieniczne tylko pogorszą stan zapalny (Addy & Hunter, 2011).
5. **Szczotkowanie zębów przez pacjentów z zaburzeniami odżywiania, bezpośrednio po torsjach oraz spożyciu napojów o niskim pH.** Do najczęstszych działań mających na celu neutralizację dyskomfortu w jamie ustnej po zwróceniu treści żołądkowej zalicza się szczotkowanie zębów oraz języka. Tkanki twarde narażone na działanie kwaśnej treści żołądka mogą ulec uszkodzeniu poprzez erozję chemiczną, której działanie spotęgowane jest drażnieniem mechanicznym, zaraz po epizodzie znacznego obniżenia pH w jamie ustnej. Zdecydowanie korzystniejszym działaniem neutralizującym dyskomfort po wymiotach jest płukanie jamy ustnej wodą (Johansson, 2022).

6. **Niedostateczna higiena jamy ustnej u dzieci.** Wynika z braku bądź niedostatecznej pomocy ze strony rodziców czy opiekunów. Według badań tylko u 44% 3-letnich dzieci zabieg szczotkowania był wykonywany przez osobę dorosłą (Soika i in., 2017)
7. **Palenie papierosów.** Istotne znaczenie ma częstotliwość palenia oraz liczba wypalanych papierosów. W badaniu przeprowadzonym przez Liew Ee Jiuna i in. (2015) u ponad połowy badanych palaczy (57,3%) stwierdzono ubogą higienę jamy ustnej, a oprócz tego również nalot na języku oraz *fetor ex ore*.
8. **Nadmierne spożycie alkoholu.** Regularna i nadmierna konsumpcja alkoholu zwiększa ryzyko negatywnych skutków dla zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego (Song, 2012). Zwiększone spożycie alkoholu może negatywnie wpływać na rozwój i integralność pewnych struktur mózgu, co prowadzi do zaburzeń pamięci, zdolności uczenia się, kontrolowania impulsów oraz podejmowania decyzji i planowania. Czynniki te w znaczący sposób zaburzają proces formowania nawyków pozytywnych i samodyscypliny (Squeglia, 2014).

1.4. Interwencje zmieniające nawyki u pacjentów stomatologicznych

Szeroko pojęta promocja zdrowia jamy ustnej zarówno w wieku wczesnym, jak i dojrzałym, jest celem priorytetowym. Kreowanie tej świadomości spoczywa nie tylko na osobach związanych ze środowiskiem medycznym (lekarzach pierwszego kontaktu – dentystach, lekarzach rodzinnych, pediatrach, higienistach), lecz także na osobach odpowiedzialnych za wychowanie (rodzice, opiekunowie, nauczyciele, dietetycy). W praktyce klinicznej często obserwuje się, że pacjentom nie tyle brakuje chęci do dbania o higienę jamy ustnej, ile odpowiedniej wiedzy na ten temat. Wiele osób funkcjonuje w przekonaniu, że ich sytuacja zdrowotna jest stała, a zmiany dotyczące zdrowia są jedynie kwestią upływu czasu lub dziedziczenia. Zmiana dotychczasowych nawyków jest niewygodna. Istnieje jednak również grupa pacjentów, którzy są świadomi korzyści wynikających z wprowadzenia zmian, a dla których dostosowanie zachowań zdrowotnych jest formą osobistego poświęcenia, z którego czerpią satysfakcję życiową. Kluczowym czynnikiem umożliwiającym wprowadzenie pozytywnych zmian jest świadomość korzyści zdrowotnych, jakie one przynoszą (Górny & Fereniec, 2016).

1.5. Studia przypadków

1. **Pacjentka, lat 28,** zgłosiła się do gabinetu stomatologicznego z powodu nadmiernej wrażliwości wszystkich zębów podczas jedzenia oraz picia. W wywiadzie ogólnie zdrowa. W badaniu zewnątrzustnym wykazano nadmierną tkliwość mięśni żwaczy. Wewnątrzustnie higiena na bardzo dobrym poziomie, bez objawów zapalnych w tkankach miękkich. Zęby nadmiernie połyskujące, obłe, z widocznymi dołkami erozyjnymi oraz ubytkami klasy V. Obniżona wysokość zwarcia manifestująca się zawężoną kopertą funkcjonalną. Podczas badania wewnątrzustnego pacjentka dość boleśnie reagowała na podmuch dmuchawki oraz dotyk zębów. Pacjentka negowała jakiekolwiek nadmierne działania higieniczne. Po przeprowadzeniu ponownego wywiadu bez udziału asysty przyznała się do regularnego spożywania na czczo soku z całej cytryny, a następnie czyszczenia zębów. Uświadomiono, jak niekorzystne w skutkach jest takie zachowanie. Udzielono informacji pod kątem zmiany nawyków żywieniowych oraz higienicznych (eliminacja pokarmów o niskim pH, instruktaż higieny po spożyciu pokarmów,

zwłaszcza kwaśnych oraz konsekwencji w przypadku braku ich wykluczenia). Zalecono regularne stosowanie preparatów z hydroksyapatytem. Kontrola po 3 miesiącach wykazała nieznaczne zmiany w odczuciu pacjentki. Wprowadzono terapię łączoną znoszącą nadwrażliwość, w dalszym ciągu edukując o prawidłowych nawykach higienicznych oraz żywieniowych. Pacjentka podała, iż bardzo trudno jej zrezygnować z codziennego rytuału picia soku z cytryny. Po niespełna roku pacjentka, będąc w ciąży, pojawiła się w gabinecie na kolejnej wizycie kontrolnej skierowana przez lekarza ginekologa, celem przeprowadzenia badania stomatologicznego. Zmagiała się z ogromną nadwrażliwością nawet podczas mowy oraz oddychania. Zaobserwowano znaczną redukcję tkanek twardych zębów na całej ich powierzchni. Pacjentka podała, iż od początku ciąży zmaga się z silnymi nudnościami i wymiotami. Na żadnej z wizyt u pacjentki nie zaobserwowano rozwoju ubytków próchnicowych.

Przykład ten pokazuje, iż codzienne czynności higieniczne powinny zostać skorelowane z prawidłowym stylem odżywiania, a przede wszystkim świadomością działania określonych substancji. Samopoczucie pacjentki po wypiciu soku z cytryny było tak motywujące, iż nie była w stanie się powstrzymać mimo świadomości negatywnych konsekwencji. Szczotkowała zęby według utartego schematu. Wizyty w gabinecie stomatologicznym traktowała jako pierwszą pomoc, jednocześnie nie potrafiąc dokonać zmian swoich zachowań dietetycznych.

2. **Pacjent, lat 15**, zgłosił się wraz ze swoją matką do gabinetu stomatologicznego. W wywiadzie ogólnym zespół Downa. W przeszłości utrudniony kontakt z lekarzem prowadzącym; leczenie wykonywane wyłącznie w znieczuleniu ogólnym. W dniu wizyty w gabinecie pacjent w kontakcie werbalnym dobrym. W sposób spokojny odpowiadał na zadawane mu pytania, reagował na polecenia, chętny do współpracy i leczenia. Zewnątrzustnie cechy typowe dla syndromu, ustny tor oddychania. Wewnątrzustnie liczne braki zębowe, atrofia szczęki spowodowana wczesną utratą uzębienia. Higiena uboga. Obecny stan zapalny dziąseł oraz przyzębia. Tkliwość tkanek miękkich podczas badania, zaczerwienienie i krwawienie błony śluzowej typowe dla zdiagnozowanych stanów zapalnych. Liczne ubytki próchnicowe oraz odwapnienia szkliwa. Po dłuższej rozmowie z pacjentem oraz opiekunką na temat zastanego stanu jamy ustnej przeprowadzono instruktaż higieny, uświadamiając jak ważną rolę odgrywa tu pomoc opiekunki. Poinstruowano zarówno pacjenta, jak i matkę, z uwagi na ograniczone możliwości fizyczne i poznawcze pacjenta. Wykonano pełną higienizację według protokołu Guided Biofilm Therapy (GBT). Wizyta kontrolna po 2 tygodniach pokazała regionalną poprawę higieny jamy ustnej. Obszary przedsionkowe zębów górnych bocznych oraz językowe zębów dolnych bocznych wraz z odcinkiem przednim dolnym w dalszym ciągu pozostawały niedoczyszczone z ewidentnym stanem zapalnym tkanek miękkich. Ponownie przeprowadzono pełen instruktaż higieny z wykorzystaniem kamery wewnątrzustnej, dopasowano szczoteczki międzyzębowe, nić dentystyczną na procy (ze względu na łatwiejsze jej użycie przez opiekunkę). Wy tłumaczono konieczność dokładnego doczyszczania pomimo krwawienia z błony śluzowej. Sanacja jamy ustnej obejmowała 6 wizyt. Na każdej z nich poświęcano czas na dopracowanie nawyków higienicznych u pacjenta. Po zakończonym procesie leczenia stan higieny jamy ustnej pacjenta utrzymywał się w stopniu zadowalającym. Wzrosła świadomość opiekunki oraz motywacja samego pacjenta do utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej. Komfort pacjenta w znaczący sposób uległ poprawie.

Opisany przykład wskazuje, że **zdobycie zaufania pacjenta niepełnosprawnego oraz jego opiekuna w znaczący sposób ułatwia dalsze postępowanie terapeutyczne**. Niedostateczne nawyki higieniczne niejednokrotnie nie wynikają z opieszałości pacjenta, a z niewiedzy, ograniczonych możliwości manualnych czy też wad rozwojowych.

W codziennej praktyce gabinetu stomatologicznego spotyka się pacjentów ze skrajnie różnymi problemami, wiedzą i nastawieniem. Pacjenci potrzebują czasu, by nabrać przekonania i opowiedzieć o swoich problemach. Niejednokrotnie to lekarz dentysta staje się lekarzem pierwszego kontaktu w dalszej diagnostyce ogólnej pacjenta. Osoby zaniedbane bardzo często wstydzą się wizyt lekarskich, co przedłuża tylko narastający problem. Moment, w którym ostatecznie pojawiają się w gabinecie stomatologicznym, by uzyskać konkretną pomoc, poprawić komfort życia, jest dla nich przełomowy. Należy pamiętać, że zaniedbania higieniczne, o ile takowe występują, to składowa wielu czynników. Wiek, status socjoekonomiczny, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, przyjmowane leki, używki, wpływ otoczenia i social mediów, motywacja, a tym bardziej jej brak, mają bezpośredni wpływ na kondycję jamy ustnej.

W rutynowym postępowaniu pacjent po przeprowadzonym wnikliwym wywiadzie zostaje przebadany zewnątrz- oraz wewnątrzustnie. Standardowym postępowaniem jest również diagnostyka radiologiczna ogólna w postaci zdjęcia OPG (ortopantomograficznego) czy też bardziej wnikliwa w postaci badania CBCT (*cone beam computed tomography*). Kreując prawidłowe nawyki higieniczne, należy uświadomić pacjenta o konsekwencjach biernego działania, zarówno krótko-, jak i długoterminowych, wprowadzić regularny trening nowej praktyki połączony z częstymi wizytami w gabinecie stomatologicznym. Powinien on obejmować pochwałę pacjenta za włożony trud, docenienie jego starań, motywację.

1.6. Pytania i zadania



1. Od czego uzależniasz częstość, zakres wizyt kontrolnych pacjenta (wiek, stan zdrowia jamy ustnej, higiena jamy ustnej, użytkowane uzupełnienia protetyczne, zdolność psychofizyczna)?
2. Lekarz dentysta a może higienista – kto powinien być bardziej zaangażowany w wypracowanie prawidłowych nawyków u pacjenta, do kogo należy edukacja pacjenta?
3. Pacjent nie chce czy nie może zmienić swoich nawyków – zastanów się, od czego jest to uzależnione? Zadaj sobie to samo pytanie, odnosząc się do nawyku, który wypracowałeś, a nie jest korzystny dla zdrowia.
4. W jakich sytuacjach skończyłyby się czas i twoje chęci w edukacji i monitorowaniu postępów pacjenta?
5. Wymień najbardziej skuteczne metody wizualizacji problemu (wymień minimum 3).
6. Jaka powinna być rola opiekuna – kiedy, w jaki sposób, czy na pewno jest potrzebna?
7. Przedstaw możliwości zmiany nawyku u pacjentki w prezentowanym w rozdziale studium przypadku. Jakie zaproponowałbyś/zaproponowałybyś rozwiązanie?
8. Jakie interwencje psychologiczne warto wziąć pod uwagę w przypadku niskiej samokontroli, nadmiernych bodźców zewnętrznych kojarzonych z niewłaściwym nawykiem?

Bibliografia

- Addy, M., & Hunter, M. L. (2011). Can tooth brushing damage your health? Effects on oral and dental tissues. *British Dental Journal*, 211(5), 243–249.
- Borowski, G., Bakula, P., Zasadzińska, M., Piechowicz, P., Mróz, A. M., Orlicki, F., & Dzierżanowski, T. (2024). Oral mucositis – characteristics and management of a common complication of cancer treatment. *Medycyna Paliatywna*, 16(4).
- Bravo Pérez, M., Llodra, J. C., Fernández-Meseguer, A., & Herrera, D. (2016). Interproximal hygiene is synonymous with health and wellbeing. *Journal of Clinical Periodontology*, 43(7), 548–556.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. (2003). The benefit of being present: mindfulness and human flourishing. *J happiness Stud.* 2003; 4(1).
- Chong, T. T.-J., Bonnelle, V., & Husain, M. (2018). The role of motivation in fatigue: A neurobiological approach. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 89(9), 955–963.
- Clear, J. (2019). *Atomowe nawyki: drobne zmiany, niezwykle efekty*. Wydawnictwo Galaktyka.
- Desai S. S. (1997). Down syndrome: a review of the literature. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 84(3), 279–285.
- Dordević, V., Dukić Dejanović, S., Janković, L., & Todorović, L. (2016). Schizophrenia and oral health: Review of the literature. *Balkan Journal of Dental Medicine*, 20(1), 15–21.
- Duhhig, C. (2017). *Sila nawyku*. Warszawa: Dom wydawniczy PWN.
- Erikssen, G., Liestøl, K., Bjørnholt, J., Thaulow, E., Sandvik, L., & Erikssen, J. (1998). *The Lancet*, 352(9130), 759–762.
- Glenny, A.-M., Walsh, T., Iwasaki, M., Kateeb, E., Braga, M. M., Riley, P., & Melo, P. (2024). Development of tooth brushing recommendations through professional consensus. *International Dental Journal*, 74(3), 526–535.
- Górny, K., & Fereniec, E. (2016). Rola edukacji zdrowotnej w kształtowaniu nawyków prozdrowotnych. *Psychologia w Edukacji*, 5(2), 45–55.
- Graybiel, A.M. (2005). The basal ganglia: learning new tricks and loving it. *Current Opinion In Neurobiology*, 15(6) 638–644.
- Gruszczyńska, M., Bąk-Sosnowska, M. & Plinta, R. (2015), Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia, *Hygeia Public Health*, 50(4).
- Jensen, M. E. (1999). Diet and dental caries. *Dental Clinics of North America*, 43(4), 615–633.
- Johansson, A.-K., Øvretvedt, T. M., Reinholtsen, K. K., & Johansson, A. (2022). Zaburzenia odżywiania: analiza wywołanych przez siebie wymiotów, objadania się i zachowań związanych z higieną jamy ustnej, *International Journal of Clinical Practice*, 2022(1).
- Jopkiewicz, S. (2019). Rola żywności i żywienia w patogenezie i profilaktyce cukrzycy typu 2. W Pujer, K. (Red.), *Problemy nauk medycznych i nauk o zdrowiu, tom 9* (s. [46]). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Kazieko, M. (2013). Działania nawykowe a zachowania kierowane przez cele. *Coaching Review*, 1(5), 22–36.
- Liew Ee Jiuna, I., Abu Bakar Siddika, S.N., Malik, S.N., Tin-Oo, M.M., Alam, M.K., & Khan, M.D. (2015). Association between oral hygiene status and halitosis among smokers and nonsmokers, *Oral Health & Preventive Dentistry*, 13, 395–405.
- Marteau, T.M., Labrecque, J., Rothman, A.J., Walker, I., Bouton, M.E., & Wood, W. (2016). The psychology of habits. *Annual Review of Psychology*, 67, 289–314.
- Mazur, J. (2015). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

- Mew, J. (2021). *Przyczyny i leczenie wad zgryzu*. Wydawnictwo Ortotropia.pl
- Paszyńska, E., Jurga, J., Dyszkiewicz-Konwińska, M., & Mehr, K. (2009). Ocena programu profilaktycznego zdrowia jamy ustnej u pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 5(4), 271–275.
- Scheffs, B. & Marcinkowska, A., (2018), Rola edukacji pacjentów w zakresie higieny protez ruchomych – opis przypadków, *Protetyka Stomatologiczna*, 68(1), 95–100.
- Sebastien, Ch. (2021). Effects of Regular Physical Activity on the Immune System, Vaccination Changes in physical fitness and changes in mortality and Risk of Community Acquired Infectious Disease in the General Population: Systematic Review and MetaAnalysis. *Sports Medicine*, 51, 1673–1686.
- Sheeran, P., & Webb, T.L. (2016). The intention-behavior gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 503–518.
- Soika, I., Turska-Szybka, A., Dudek, M., Gozdowski, D., & Olczak-Kowalczyk, D. (2017). Świadomość stomatologiczna oraz zachowania prozdrowotne rodziców dzieci 3-letnich na podstawie badania ankietowego, przeprowadzonego na terenie województwa mazowieckiego. *Nowa Stomatologia*, 22(4), 159–170.
- Song, E.Y., Smiler, A.P., Wagoner, K.G. et al. (2012). Adolescents' perceptions of peer, parent, and community alcohol norms, alcohol consumption, and alcohol-related consequences. *Substance Use & Misuse*, 47(1), 86–98.
- Squeglia, L.M., Jacobus, J., & Tapert, S.F. (2014). The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 125, pp. 501–510).
- Sweeney, C.M. & Hall, C.J. (2020). "Sugar consumption and dental caries: A systematic review". *The Journal of Evidence Based Dental Practice*, 20(3).
- Tracy, B. (2021). *Nawyki warte miliony*. Onepress.
- Wood W., Quinn J.M., Kashy D.A. (2002) Habits In Everyday Life: Thought, Emotion, and Action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1281
- Wood, W. (2017). Habit in Personality and Social Psychology. *Journal of the Society for Personality and Social Psychology*, 21(4), No. 4.
- World Health Organization. (2017). *Global health observatory data*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wyatt, Z. (2024). Neuroscience of habit formation. *Neurology and Neuroscience*, 2024; Vol 5,

2. Pacjent z zaniedbanym uzębieniem

Karolina Felenzer

Globalny raport o stanie zdrowia jamy ustnej z 2022 r. (Global Oral Health Status Report), opublikowany przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), szacuje, że około 3,5 miliarda mieszkańców świata dotkniętych jest chorobami jamy ustnej, przy czym aż 75% z nich mieszka w krajach o średnich dochodach (WHO, 2022). WHO definiuje **zdrowie jamy ustnej** jako stan jamy ustnej, zębów i struktur ustno-twarzowych, który umożliwia jednostce wykonywanie podstawowych funkcji, takich jak jedzenie, oddychanie i mówienie. Obejmuje wymiary psychospołeczne, takie jak pewność siebie, dobre samopoczucie i zdolność do nawiązywania kontaktów towarzyskich i pracy bez bólu, dyskomfortu i zawstydzenia. Zdrowie jamy ustnej stanowi nieodłączny element ogólnego stanu zdrowia i kondycji człowieka. Kształtuje się w ciągu całego życia, od dzieciństwa po późny wiek. Odgrywa kluczową rolę w funkcjach, takich jak żucie, mowa czy wyrażanie emocji. Ma także wpływ na funkcjonowanie społeczne oraz jakość życia jednostki.

Do chorób i schorzeń jamy ustnej (zwanych łącznie chorobami jamy ustnej) zalicza się nieleczoną próchnicę zębów mlecznych oraz stałych, choroby przyzębia, bezzębnie oraz nowotwory wargi i jamy ustnej. Choroby błony śluzowej jamy ustnej są ściśle powiązane z innymi problemami zdrowotnymi, stanowiąc istotny, a czasem kluczowy symptom chorób o charakterze ogólnoustrojowym, immunologicznym lub genetycznym (Górska, 2023).

Podczas kongresu w Poznaniu w 2016 r. Światowa Federacja Dentystyczna (World Dental Federation, FDI) zaproponowała zmiany w ówczesnej definicji zdrowia jamy ustnej.

Nowa definicja obejmuje pięć czynników, które mogą wpływać na zdrowie jamy ustnej, są to: predyspozycje genetyczne, środowisko społeczne, środowisko fizyczne, zachowania zdrowotne i dostęp do opieki. Definicja podkreśla także złożoność zdrowia jamy ustnej, które jest modyfikowane przez wiek, pochodzenie, warunki ekonomiczne, doświadczenie, oczekiwania i osobiste zdolności adaptacyjne konkretnej jednostki (Lamster, 2016).

Termin **zaniedbanie stomatologiczne** można zdefiniować jako nieprzykładanie wystarczającej wagi do utrzymania zdrowia jamy ustnej oraz zaniedbanie higieny stomatologicznej przez daną osobę. Obejmuje ono zły stan zdrowia jamy ustnej, brak regularnych wizyt w gabinecie dentystycznym oraz brak świadomości znaczenia zdrowia jamy ustnej (Coolidge i in., 2009). Amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD) definiuje zaniedbanie stomatologiczne jako „umyślne zaniechanie przez rodzica bądź

opiekuna leczenia lub kontynuowania leczenia niezbędnego do zapewniania poziomu zdrowia jamy ustnej pozwalającego na prawidłowe funkcjonowanie oraz brak bólu i infekcji”².

Jednym z narzędzi, które może być wykorzystane do oceny dostępności usług stomatologicznych, domowej higieny jamy ustnej oraz świadomości wagi zdrowia jamy ustnej, jest Skala zaniedbań stomatologicznych (Dental Neglect Scale, DNS). Analiza wyników DNS w zestawieniu z wynikami badania stomatologicznego może pozwolić na określenie korelacji między deklarowanym poziomem dbałości o zdrowie jamy ustnej a jej rzeczywistym stanem klinicznym.

DNS pozwala ocenić, w jaki sposób osoba dba o zdrowie jamy ustnej, korzysta z profesjonalnej opieki dentystycznej oraz jaki jest jej poziom świadomości na temat znaczenia zdrowia jamy ustnej (Thomson i in., 1996). W badaniach naukowych DNS jest wykorzystywana do oceny związku zaniedbania stomatologicznego ze stanem zdrowia i higieną jamy ustnej (Coolidge i in., 2009; Sarkar i in., 2015), liczbą wizyt u dentysty (Coolidge i in., 2009) oraz obecnością próchnicy zębów (Sarkar i in., 2015, Athira i in., 2021).

Ankieta została pilotażowo przetestowana w 1994 r. w USA (Strauss i in., 1994) i składała się z 9 pytań zadawanych pacjentowi. Obecnie stosowany jest kwestionariusz zawierający 6 pytań dotyczących oceny higieny jamy ustnej, dostępu do opieki stomatologicznej oraz ważności zdrowia jamy ustnej. Każda z pozycji zawiera odpowiedzi z przedziału „zdecydowanie zgadzam się” do „zdecydowanie nie zgadzam się”, na które pacjent odpowiada samodzielnie. Wyniki mieszczą się w przedziale od 6 do 30, im wyższa punktacja, tym większa skala zaniedbania stomatologicznego (Athira i in., 2021).

Tabela 2.1. Skala zaniedbania stomatologicznego – ankieta wypełniana samodzielnie przez pacjenta

Badane aspekty	Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Nie mam zdania	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Dbam o higienę jamy ustnej w domu					
Otrzymuję opiekę stomatologiczną, jaką powinienem					
Potrzebuję opieki stomatologicznej, ale ją odkładam					
Szczotkuję tak dobrze, jak powinienem					
Kontroluję podjadanie między posiłkami, tak jak powinienem					
Uważam, że zdrowie jamy ustnej jest ważne					

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Sarkar, P., Dasar, P., Nagarajappa, S., Mishra, P., Kumar, S., Balsaraf, S., Lalani, A., Chauhan, A. (2015). Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9, ZC67–ZC70; Athira, S., Vallabhan, C., Sivarajan, S., Dithi, C., Anand, P. S., Chandran, T. (2021). Association of dental neglect scale and severity of dental caries among nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 13(5), 812–816.

² American Academy of Pediatric Dentistry. (2023). Definition of dental neglect. In *The reference Manual of Pediatric Dentistry* Chicago, s. 18.

Thomson i Locker (2000) podkreślili, że DNS ma potencjał jako narzędzie wspierające promocję zdrowia jamy ustnej, choć wymaga dalszej weryfikacji pod względem trafności i rzetelności. Podobne wnioski zostały wysunięte w badaniu przeprowadzonym przez norweskich naukowców, w którym uczestniczyło 1309 osób. Porównania wyników ankiet DNS z badaniem klinicznym wykazały, że wysoka punktacja w DNS pokrywa się z klinicznym obrazem głębokiej próchnicy u pacjentów (Skaret i in., 2007).

DNS sama w sobie obiektywnie mierzy zaniedbania stomatologiczne oraz wymaga przeprowadzenia oceny z uwzględnieniem poszczególnych grup wiekowych, obszarów oraz sytuacji, jednak skorelowana z badaniem stomatologicznym może być bardzo pomocna w badaniu zależności między wizytami u dentysty a próchnicą zębów (Athira i in., 2021).

Wnioski z badania przeprowadzonego przez Balgiu i in. (2022), obejmującego 872 dorosłych rumuńskich pacjentów, sugerują, że DNS może stanowić istotne narzędzie do oceny postaw i zachowań związanych ze zdrowiem jamy ustnej. Skala jest łatwa w zastosowaniu oraz ocenie, dostarcza lekarzom i badaczom istotnych informacji do oceny zachowań związanych z opieką stomatologiczną oraz identyfikacji potrzeb edukacyjnych (Balgiu i in., 2022).

2.1. Przyczyny zaniedbań zdrowia jamy ustnej

Zdrowie jamy ustnej uważane jest za integralną część zdrowia ogólnego (Baiju i in., 2017). Występowanie chorób ogólnoustrojowych, takich jak choroby układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, pokarmowego ma związek z bakteriami obecnymi w przebiegu chorób jamy ustnej (Lockhart i in., 2009). Istnieje ścisła korelacja pomiędzy *periodontitis* a występowaniem cukrzycy, miażdżycy tętnic, powikłań w okresie ciąży oraz niskiej masy urodzeniowej u dzieci (Kane, 2017; US Department of Health and Human Services, 2000).

Badania naukowe wskazują także na silną zależność pomiędzy złą higieną jamy ustnej a rakiem jamy ustnej (Mathur i in., 2018). Brak higieny może doprowadzić do bólu, utraty zębów, stygmatyzacji społecznej lub problemów z przyjmowaniem pokarmów (Strand & Kvalheim, 2021). Istnieje wiele przyczyn, które wpływają na zaniedbywanie higieny oraz zdrowia jamy ustnej.

Badania wykazują, że **sytuacja socjoekonomiczna** pacjenta wpływa na świadomość znaczenia higieny jamy ustnej. Poziom edukacji oraz status zawodowy rodziców odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu odpowiedniej opieki stomatologicznej ich dzieciom. Na przykład niższy poziom wykształcenia rodziców oraz bezrobocie wiążą się z większą potrzebą leczenia u dzieci, podczas gdy zatrudnienie rodziców sprzyja lepszemu zdrowiu jamy ustnej ich podopiecznych. Poziom wykształcenia i zatrudnienie rodziców mają zatem istotny wpływ na zdrowie jamy ustnej dzieci, co jest zgodne z wynikami innych badań w tej dziedzinie (Minervini i in., 2023). Taka sama zależność jest obserwowana w przypadku dorosłych. Osoby, które ukończyły studia, charakteryzują się wyższym poziomem higieny jamy ustnej niż pacjenci z wykształceniem podstawowym (Colakoglu & Has, 2015). Przegląd badań (Knorst i in., 2020), obejmujący 75 metaanaliz przeprowadzonych na 109 269 badanych, jednoznacznie wskazuje, iż osoby o niskim statusie socjoekonomicznym cechują się niższą jakością życia mającą związek z poziomem zdrowia jamy ustnej (*oral health-related quality of life, OHRQoL*). Wynik ten dotyczył zarówno dzieci, jak i dorosłych, niezależnie od sytuacji ekonomicznej kraju.

Choroby psychiczne mogą przyczyniać się do zaniedbywania higieny jamy ustnej. W badaniu Mishu i in. (2022) jeden z pacjentów podał: „Mogę spędzić całe dni w łóżku, nie mówiąc już o myśleniu o szczotkowaniu zębów”. Inny pacjent zaznaczył, że drugi lockdown w czasie pandemii COVID-19 znacznie pogorszył jego stan psychiczny, co zaowocowało całkowitą utratą motywacji do dbania o higienę jamy ustnej. Pacjenci z podwójną diagnozą (uzależnienia od narkotyków oraz choroby psychicznej) wskazywali na trudności związane z higieną jamy ustnej z powodu braku szacunku do samego siebie, braku czasu oraz priorytetowego traktowania nałogu (Haugbo i in., 2010). W **starzejącym się społeczeństwie**, gdzie liczba osób w podeszłym wieku stale się zwiększa, często występują ograniczenia związane z higieną jamy ustnej. Są to osoby przyjmujące wiele leków i cierpiące na liczne choroby współistniejące. Ponadto słaba motoryka, wzrok, większa podatność na infekcje mogą wpływać na niedostateczną dbałość o zdrowie jamy ustnej (Strand & Kvalheim, 2021). W grupie pacjentów z niepełnosprawnością umysłową mogą wystąpić tego typu trudności, ze względu na brak pomocy w podstawowych czynnościach, takich jak na przykład szczotkowanie zębów, brak przeszkolenia opiekunów, personelu medycznego (Wilson i in., 2018).

Przyczyny unikania wizyt w gabinecie stomatologicznym?

Dodd i in. (2014) wskazali na główne czynniki prowadzące do unikania wizyt w gabinecie. Były to: czynniki ekonomiczne, utrudnienia związane z transportem, ubezpieczeniem zdrowotnym, obecność rodziców oraz lęk. Co ciekawe, to samo badanie wskazało, że badani, którzy ocenili stan zdrowia jamy ustnej jako dobry, nie widzieli potrzeby kontroli stomatologicznych, uważając, że szczotkowanie zębów dwa razy dziennie oraz używanie nitki jest wystarczające.

W badaniu Piotrowskiej (2018) brak funduszy finansowych (47,7%), strach przed wizytą i badaniem stomatologicznym (18,8%), długi czas oczekiwania na wizytę lub nieodpowiednie godziny przyjęć (18,4%) oraz brak czasu (8,5%) były elementami przyczyniającymi się do niekorzystania z usług stomatologicznych. Miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz wiek nie wpływały istotnie na rezygnację z wizyt w gabinecie stomatologicznym.

Badania przeprowadzone na 2551 mieszkańcach Norwegii (Astrom i in., 2022) w wieku 25–35 lat pokazały, że unikanie lub odwoływanie wizyt związane było z kosztami (37,7% respondentów) lub wynikało z lęku – odwoływanie wizyt (14,7%) lub unikanie wizyt (30,5%).

Dentofobia, czyli paniczny lęk przed wizytą u dentysty oraz procedurami wykonywanymi w gabinecie stomatologicznym (Czerżyńska i in., 2017), jest szeroko opisywana w literaturze medycznej, poświęcono jej również cały rozdział w tym podręczniku.

Ciekawych informacji dostarczają dane pochodzące z wywiadów z pacjentami z zaniedbanym uzębieniem, którzy od lat nieregularnie korzystali z opieki stomatologicznej. Pacjenci podawali różne powody, dla których wizyta u dentysty była odwoływana, między innymi: rozczarowanie/negatywne doświadczenia związane z leczeniem stomatologicznym w przeszłości, lęk przed dentystą oraz procedurami stomatologicznymi, obawa przed krytyką i osądzaniem ze strony dentysty, a poza tym również bagatelizowanie potrzeby leczenia i brak motywacji uwarunkowane młodym wiekiem (Gragoll i in., 2021).

W badaniach zebranych przez Tomaszewskiego i Matthews-Brzozowską (2022) stwierdzono istnienie silnej korelacji pomiędzy wykształceniem rodziców a korzystaniem z opieki stomatologicznej. 22,2% dzieci, których rodzice legitymowali się podstawowym wykształceniem, nie było

w ogóle leczonych, natomiast w przypadku dzieci rodziców z wyższym wykształceniem liczba ta wynosiła tylko 3,9%. Spośród 260 pacjentów poddanych leczeniu odwykowemu oraz terapeutycznemu z powodu chorób psychicznych (schizofrenii, zaburzeń osobowości, zaburzeń afektywnych), niemal połowa wykazywała silną dentofobię. Pacjenci często nie pojawiali się na wizytach lub odwoływali wizyty w ostatniej chwili. Stan uzębienia charakteryzował się wysoką aktywnością próchnicy oraz licznymi brakami (Haugbo i in., 2010; Hoifodt i in., 2018).

Inną z przyczyn zaniedbywania leczenia stomatologicznego może być **traumatyczne przeżycie** w przeszłości. W szwedzkim badaniu stwierdzono, że pacjenci, którzy byli ofiarami wykorzystania seksualnego, mogą doświadczać znacznego dyskomfortu podczas leczenia stomatologicznego. W rezultacie często decydują się na przerwanie wizyty, wielokrotnie odwołują wizytę lub całkowicie unikają leczenia (Wolf i in., 2021).

2.2. Dialog motywujący – jak zachęcić, a nie zrazić

Jednym z kluczowych zadań w pracy lekarza dentysty, równie istotnym jak umiejętności kliniczne, jest rozmowa z pacjentem. Komunikacja na poziomie lekarz–pacjent odgrywa ważną rolę w procesie leczenia i może pozytywnie wpłynąć na efekt końcowy (Heszen & Sęk, 2008). Często polega na motywowaniu pacjenta do poprawy higieny jamy ustnej, zmiany nawyków bądź też wykonania konkretnych zabiegów stomatologicznych (Gilliam & Yosuf, 2019). Niestety, zdarza się, że profesjonaliści odczuwają frustrację, gdy ich rady są bagatelizowane lub całkowicie lekceważone. W celu polepszenia komunikacji z pacjentem można wykorzystać metodę zwaną **dialogiem motywującym** (DM). Jest to efektywna metoda rozmowy z pacjentem mająca wzmocnić jego motywację do zmian, a także określić pożądane efekty (Jaworski, 2017). DM ma na celu stworzenie sytuacji, w której pacjent może zrozumieć i zastanowić się, jak najlepiej je osiągnąć (Miller & Rollnick, 2009; Helsedirektoratet, 2017).

Rozmowa pozwala uzyskać wiele istotnych informacji dotyczących zachowań oraz nawyków pacjenta. Metody, takie jak upominanie, pouczanie, nakazywanie, wypytywanie oraz krytykowanie, nie zdają egzaminu i są odbierane przez pacjenta jako brak zrozumienia dla jego obecnego stanu. Istotne jest, aby pacjent poczuł, iż osoba, z którą rozmawia, chce mu pomóc (Dulmien, 2002; Stangierska & Horst-Sikorska, 2007). Pozornie skuteczną metodą motywacji jest straszenie pacjenta konsekwencjami zdrowotnymi. Efekt mobilizacji pacjenta jest zazwyczaj krótkotrwały i bardzo często zanika zaraz po opuszczeniu gabinetu (Stangierska & Horst-Sikorska, 2007; Herber i in., 2014). Może również odnieść odwrotny skutek i uruchomić mechanizmy obronne osobowości, w celu złagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych i utrzymania stabilnej oceny własnej osoby poprzez wyparcie czy przeniesienie (Waqas, 2015).

DM został po raz pierwszy opisany przez Millera (1983), który bazował na doświadczeniach w leczeniu pacjentów z chorobą alkoholową. Początkowe doświadczenia zostały rozbudowane, a następnie rozpisane jako kliniczna procedura przez Millera oraz Rollnicka (1991).

Główne założenia dialogu motywacyjnego według Millera i Rollnicka (1991):

- empatia: wykazanie głębokiego zrozumienia wobec pacjenta, próba zrozumienia go bez oceniania,
- rozwijanie rozbieżności: pomoc w dostrzeżeniu rozbieżności między obecnymi zachowaniami a wyznaczonymi celami,
- unikanie konfliktu: podejście do pacjenta oparte na współpracy, unikanie bezpośredniej konfrontacji lub też konfliktu,
- wspieranie autonomii: zachęcanie pacjenta do podejmowania własnych decyzji, co wzmacnia poczucie kontroli nad własnym życiem,
- wzmacnianie wiary w siebie: wspieranie pacjenta w budowaniu poczucia wiary w siebie i swoje możliwości poprzez podkreślenie jego mocnych stron,
- aktywne słuchanie: zastosowanie technik, takich jak parafrazowanie, podsumowywanie, odzwierciedlanie, w celu lepszego zrozumienia pacjenta.

Istotnymi elementami DM, stanowiącymi jego fundament, są zasady *OARS* (*open questions, affirmations, reflective listening, summarizing*). **Pytania otwarte** pozwalają rozpocząć dialog, sprecyzować potrzeby oraz zgłębić się w szczegóły. **Afirmacje** pomagają budować zaufanie, wzmacniać poczucie własnej wartości oraz podtrzymywać motywację. **Słuchanie odzwierciedlające** jest aktywną formą rozmowy, pozwala zrozumieć klienta (pacjenta), ale również pomóc mu lepiej zrozumieć swoje odczucia i myśli. **Podsumowanie** jest ważną częścią rozmowy i potwierdzeniem, że istotne kwestie zostały zrozumiane, pomaga usystematyzować wnioski i stworzyć dalszy plan działania (Miller & Rollnick, 1991).

W badaniu Rogers i wsp. (2022) prawie wszyscy respondenci (98%) uważali DM za skuteczną strategię zmiany zachowań. Podkreślali, że jest to efektywne narzędzie, ponieważ opiera się na wewnętrznej motywacji do zmiany (90%). Wszyscy wskazywali również na istotność własnego poziomu motywacji do zmiany (100%). Na podstawie dotychczasowych dowodów wydaje się, że stosowanie DM jest efektywniejsze w modyfikowaniu zachowań w celu poprawy zdrowia jamy ustnej niż tradycyjne metody edukacji zdrowotnej (Rogers i in., 2022; Gilliam & Josuf, 2019).

Komunikacja z pacjentem powinna być jasna, zrozumiała i jednocześnie profesjonalna. Lekarz powinien przyjmować postawę równorzędną wobec pacjenta, z zachowaniem kontaktu wzrokowego i zapewnić pacjentowi strefę komfortu. Ważne jest, aby potrzeba zmiany była decyzją pacjenta z określeniem zakresu oraz ram czasowych. Jeśli osoba potrafi wyrazić swoje sprzeczne myśli dotyczące konkretnego zachowania, wydobyć własne argumenty przemawiające za pożądaną zmianą, zwiększa to szansę na sukces. Rozmowa powinna przebiegać w sposób aktywny i zaangażowany. Istotną kwestią jest, aby kierować rozmówcę na dobry tor, poprzez zachęcanie do rozwijania jego własnej wypowiedzi, zadawanie pytań dotyczących problemów, planów, chęci zmian, a także badanie najgorszych obaw z nimi związanych. Pacjent powinien zostać zmotywowany do patrzenia w przyszłość, z perspektywy zakładanej poprawy (Helsedirektoratet, 2017). Nie można zaniedbywać mowy niewerbalnej. Jej celem jest zachęcanie pacjenta do otwartości oraz wyrażanie zaangażowania w dialog przez obydwie strony. Ważne jest jednak, aby nie dominowała ona nad rozmową ani nie odwracała uwagi od istotnych kwestii.

Warto również wspomnieć o różnych rodzajach podejścia komunikacyjnego do pacjenta – *compliance, adherence, concordance*. Dwa pierwsze pojęcia określają stosowanie się do zaleceń i planu leczenia. **Compliance** oznacza „przestrzeganie zaleceń” (Zapała, 2018), jest to bierna postawa pacjenta wobec lekarza, gdzie lekarz (lekarz dentysta) mówi, a pacjent wykonuje zalecenia.

Adherence (adherencja) zakłada wspólne opracowanie planu terapeutycznego przez lekarza oraz pacjenta, a także jego realizację. *Adherence* obejmuje zarówno leczenie farmakologiczne, jak i pozafarmakologiczne, np. zmianę nawyków oraz trybu życia, wdrożenie odpowiedniej diety, aktywności fizycznej (Kubica i in., 2010). Kluczem do sukcesu przy zastosowaniu podejścia typu *adherence* jest zaufanie pacjenta do lekarza. Złe doświadczenia w przeszłości, brak informacji dotyczących pozytywnych skutków terapii oraz podkreślanie negatywnych konsekwencji związanych z niestosowaniem się do ustalonych planów, wzbudza niechęć i lęk u pacjenta (Bankiewicz-Nakielska i in., 2017). *Concordance*, czyli porozumienie z lekarzem, opiera się na współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem. Jest to dialog, dzięki któremu pacjent otrzymuje istotne informacje dotyczące sensu stosowanej terapii. Relacja lekarz/lekarz dentysta–pacjent jest równorzędna, potrzeby, gdzie przekonania oraz preferencje obu stron są równie ważne (Zapała, 2018). Więcej na ten temat można przeczytać w rozdziale 4.

2.3. Ubóstwo jako czynnik wykluczający/utrudniający korzystanie z opieki dentystycznej

Zgodnie z definicją Organizacji Narodów Zjednoczonych **ubóstwo** to „ograniczenie wyboru i szans życiowych, to naruszenie ludzkiej godności. Oznacza brak możliwości skutecznego uczestnictwa w społeczeństwie. Oznacza też niedostatek żywności i ubrań potrzebnych rodzinie, brak możliwości uczęszczania do szkoły i korzystania ze służby zdrowia, brak dostępu do ziemi, którą można uprawiać, lub pracy, żeby móc zarobić na życie, brak dostępu do kredytu. Ubóstwo oznacza również zagrożenie, bezsilność i wykluczenie jednostek, rodzin i społeczności. Oznacza podatność na przemoc i często wiąże się z życiem w niepewnych warunkach bez dostępu do czystej wody i urządzeń sanitarnych”³ (ONZ, 1998). W Polsce analizę danych dotyczących ubóstwa ekonomicznego prowadzi Główny Urząd Statystyczny (gus.gov.pl) – tabela 2.2.

Tabela 2.2. Podział ubóstwa – definicje

Pojęcie	Definicja
Ubóstwo skrajne	Określane na podstawie minimum egzystencji, które jest szacowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS). Konsumpcja poniżej tego poziomu zagraża życiu i zdrowiu człowieka.
Ubóstwo relatywne	Określane na podstawie przeciętnych miesięcznych wydatków polskich gospodarstw domowych. Gospodarstwa domowe, których wydatki wynoszą mniej niż 50% tych przeciętnych, są uznawane za żyjące w ubóstwie relatywnym.
Ubóstwo ustawowe	Wyznaczane na podstawie kryteriów dochodowych do pomocy społecznej. Osoby, których miesięczne dochody są niższe niż te kryteria, mają prawo do wsparcia w formie świadczeń pieniężnych wypłacanych przez ośrodki pomocy społecznej.
Strefa wykluczenia społecznego	Określana przez GUS na podstawie minimum socjalnego, które jest szacowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS). Konsumpcja poniżej tego poziomu oznacza poziom życia niższy niż uznany za minimalnie wystarczający pod względem biologicznym i społecznym.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, (2017) oraz <https://stat.gov.pl/metainformacje/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3217,pojecie.html>, dostęp 27.10.2025.

³ Organizacja Narodów Zjednoczonych. (1998). Statement of commitment for action to eradicate poverty adopted by Administrative Committee on Coordination, <https://press.un.org/en/1998/19980520.eco5759.html>, dostęp 27.10.2025.

Według danych GUS z grudnia 2022 r. zasięg skrajnego ubóstwa w Polsce wyniósł 4,7%, zasięg ubóstwa ustawowego ponad 7%, a stopa ubóstwa relatywnego kształtowała się na poziomie 12% (GUS, 2022). Ubóstwo może znacząco wpływać na leczenie stomatologiczne z wielu powodów.

Gospodarstwa domowe o niskich przychodach, gdzie wydatki na jedzenie sięgają nawet 20%, są narażone nie tylko na brak wystarczającej ilości jedzenia, ale także na jego obniżoną jakość, czyli żywność ubogą w składniki odżywcze, warzywa, owoce, oraz dietę kariogenną (Cope & Chestnutt, 2023, Burt i in, 2006). W praktyce może to prowadzić do zwiększonej podatności na choroby zębów oraz jamy ustnej. Badanie Cope i Chestnutt nakreśla problem **ubóstwa higienicznego** (*hygiene poverty*), który oznacza ograniczony dostęp do artykułów higieny osobistej oraz higieny jamy ustnej, osób żyjących w ubóstwie (szczoteczki czy pasty do zębów). Różne kraje oferują różne sposoby finansowania leczenia stomatologicznego. W Wielkiej Brytanii National Health Service (NHS) jest bezpłatnym systemem opieki zdrowotnej. Osoby z niskim przychodem, otrzymujące świadczenia socjalne wyszczególnione przez NHS, nabywają prawo do nieodpłatnego leczenia stomatologicznego (NHS, 2024). Norweski Urząd Pracy i Pomocy Społecznej wspomaga ubogich poprzez analizę dochodów i finansowanie leczenia (Arbeids-og velferdsdirektoratet, 2012). Dodatkowo, pacjenci w trakcie leczenia odwykowego czy pobytu w jednostkach penitencjarnych mają prawo do bezpłatnych usług stomatologicznych (Lovdata, 1983). W Polsce pacjenci mogą korzystać z koszyka świadczeń oferowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Jest on bezpłatny dla każdego, kto posiada ubezpieczenie zdrowotne. Informacje dotyczące rodzaju procedur oraz placówek stomatologicznych oferujących leczenie w ramach NFZ można uzyskać na stronie internetowej www.nfz.gov.pl (NFZ, 2024). Według raportu przeprowadzonego przez Najwyższą Izbę Kontroli (2023) w 2022 r. zaledwie 34,6% spośród lekarzy dentystów zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Lekarzy udzielało leczenia w ramach współpracy z NFZ (Najwyższa Izba Kontroli, 2023). Niewystarczająca liczba dentystów świadczących te usługi przyczynia się do wzrostu liczby oczekujących na leczenie. Zdecydowana większość lekarzy dentystów w Polsce oferuje prywatne usługi stomatologiczne. 56,4% badanych w przedziale wiekowym od 19 do 64 lat korzystało właśnie z takiego leczenia (Tomaszewski, 2021). Wśród osób powyżej 65 r.ż. tylko 8,8% pacjentów decydowało się na prywatną opiekę stomatologiczną. 55,5% badanych, stosujących hybrydową opiekę stomatologiczną, to dzieci poniżej 18 r.ż. Głównymi przyczynami korzystania z prywatnej opieki społecznej były długie oczekiwanie na wizytę w placówce NFZ, lepsze i nowocześniejsze metody oraz sprzęt używany w prywatnych praktykach. Badanie pokazuje również, że wśród osób, które w ogóle nie korzystają z opieki stomatologicznej, 19% to osoby poniżej 18 r.ż., 53,6% w wieku od 19 do 64 lat, a 27,5% to osoby powyżej 65 r.ż. Z danych GUS (2023) wynika, że w przychodniach oraz w ramach praktyk stomatologicznych świadczących usługi ze środków publicznych, udzielono 34,9 miliona porad stomatologicznych, co oznacza wzrost o 5,3% w porównaniu z rokiem poprzednim.

2.4. Pytania i zadania



1. Dlaczego dialog motywujący jest uważany za najlepszy sposób rozmowy z pacjentem w kontekście motywacji do zmiany?
2. Jakie mogą być powody, dla których pacjent rezygnuje z wizyty w gabinecie stomatologicznym?

3. Gdybyś miał/miała wpływ na reformę zdrowia w dziedzinie stomatologii, jakie rozwiązania zaproponowałbyś/zaproponowałabyś w ramach leczenia na NFZ?

Zadania do przedyskutowania w grupach

1. Mężczyzna, lat 24, zgłasza się do gabinetu stomatologicznego w celu założenia utraconego wypełnienia w siekaczu górnym. Ostatnia wizyta miała miejsce w wieku 18 lat z powodu ostrych bólów w jednym z trzonowców. W wywiadzie pacjent zaprzecza chorobom, przyjmowanym lekom oraz alergiom. Badanie kliniczne ujawnia wtórną próchnicę zęba 11 oraz 4 ubytki bez dolegliwości bólowych (D4/D5) w zębach bocznych. Wydaje się, że pacjent interesuje się naprawą zęba 11 jedynie ze względów estetycznych. Jak zmotywować go do dalszego leczenia?
2. Postaw się w sytuacji lekarza, który przyjmuje pacjenta z zaniedbanym uzębieniem, unikającym leczenia i wizyt u dentysty. Pacjent zgłosił się na dyżur stomatologiczny z powodu ostrych bólów, wymaga rozległego leczenia jamy ustnej. Pacjent informuje, iż w dzieciństwie doświadczył wykorzystywania seksualnego i obawia się utraty kontroli. Jak rozpoczniesz rozmowę z takim pacjentem? O co zapytasz? Czy należy zadawać pytania?

Propozycje rozwiązania

1. Zanim zaczniesz pracę z młodym pacjentem, któremu zależy głównie na naprawie zęba siekacza górnego, spójrz na to, jak na prawdziwe wyzwanie – nie tylko w celu poprawy jego uśmiechu, ale także dla sprawdzenia twojego profesjonalizmu i umiejętności przekonania go do kompleksowej opieki stomatologicznej. Rozpocznij od zrozumienia jego punktu widzenia. Wytlumacz mu, że ząb siekacza to wizytówka uśmiechu, a naprawa zęba 11 może znacząco poprawić wygląd całej twarzy. Następnie omów konsekwencje długoterminowego zaniedbywania zdrowia jamy ustnej. Warto zwrócić uwagę na fakt, że leczenie wyłącznie jednego zęba może prowadzić do dalszych problemów z sąsiednimi zębami, generować dodatkowe koszty i być źródłem dyskomfortu pacjenta. Podkreśl także znaczenie profilaktyki i regularnych wizyt kontrolnych, które pomogą uniknąć poważniejszych problemów w przyszłości. Zachęć pacjenta do podjęcia kompleksowej opieki stomatologicznej jako inwestycji w jego długoterminowe zdrowie i komfort życia. W ten sposób możesz pomóc mu zrozumieć, że naprawa jednego zęba to tylko początek drogi do pięknego i zdrowego uśmiechu, który będzie mu służyć przez wiele lat.
2. W opisanej sytuacji kluczowe jest stworzenie atmosfery zaufania i zrozumienia. Możesz zacząć od pytania: „Jak się dzisiaj czujesz? Dlaczego zgłosiłeś się do naszego gabinetu stomatologicznego? W czym mogę Ci pomóc?” To otwarte pytanie pozwoli pacjentowi wyrazić swoje obawy i potrzeby. Kiedy pacjent opowie o swoich dolegliwościach, okaż zrozumienie i empatię, odpowiadając: „Rozumiem, że to było trudne dla Ciebie i wpłynęło na Ciebie. Chciałbym Ci pomóc, najlepiej jak tylko potrafię, przejść przez dzisiejsze leczenie”. Następnie, możesz zapytać pacjenta o wcześniejsze doświadczenia z dentystami, aby lepiej zrozumieć jego obawy i unikać potencjalnych punktów stresu. Jednak ważne jest, aby postępować ostrożnie i szanować prywatność pacjenta. W trakcie rozmowy podkreśl znaczenie dbania o zdrowie jamy ustnej dla ogólnego zdrowia i samopoczucia. Wyjaśnij procedury leczenia w przystępny sposób, unikając fachowego żargonu. Zachęć pacjenta do zadawania pytań i wyrażania swoich obaw. W takim przypadku ważne jest, aby zapewnić pacjentowi poczucie kontroli nad leczeniem i umożliwić mu wyrażenie swoich potrzeb i ograniczeń. Możesz zaproponować: „Chciałbym, abys czuł, że

masz pełną kontrolę nad tym, co dzieje się podczas wizyty. Jeśli w jakimkolwiek momencie chcesz przerwać lub zatrzymać procedurę, wystarczy, że użyjesz znaku STOP, a zrobimy przerwę i omówimy dalsze kroki”. Następnie omów plan leczenia, krok po kroku, podkreślając, że pacjent może przerwać procedurę w dowolnym momencie, jeśli poczuje się zbyt nieswojo lub niepewnie. Ważne jest, aby zachęcać pacjenta do wyrażania swoich potrzeb i dbać o jego komfort podczas całego procesu. W przypadku bardziej inwazyjnych lub długotrwałych procedur warto również omówić z pacjentem strategie radzenia sobie ze stresem i dyskomfortem (techniki oddechowe czy umysłowe skupienie uwagi). Na koniec zapewnij pacjenta, że jesteś tutaj, aby wesprzeć go na każdym etapie leczenia i że będziesz respektować jego granice oraz decyzje. To pomoże mu poczuć się pewniej i bardziej komfortowo podczas wizyty u dentysty. Podkreśl, że jesteś tutaj, aby wspierać go w procesie leczenia i że możesz dostosować leczenie do jego potrzeb i preferencji. Na koniec, po zakończeniu rozmowy, możesz zaproponować dalsze wsparcie, na przykład udzielić mu informacji o dostępnych usługach psychologicznych lub grupach wsparcia dla osób z traumą związaną z leczeniem stomatologicznym.

Bibliografia

- American Academy of Pediatric Dentistry. (2023). Definition of dental neglect. In *The reference Manual of Pediatric Dentistry* Chicago, s. 18.
- Arbeids-og velferdsdirektoratet. (2012). Rundskriv Hovednr. 35 – Sosialtjenesteloven. Oslo: Arbeids-og velferdsdirektoratet.
- Astrøm, A.N., Agdal, M.L. & Sulo, G. (2024). Exploring avoidance of dental care due to dental fear and economic burden -A cross-sectional study in a national sample of younger adults in Norway. *International journal of dental hygiene*, 22(1), 148–157.
- Athira, S., Vallabhan, C., Sivarajan, S., Dithi, C., Anand, P. S. & Chandran, T. (2021). Association of dental neglect scale and severity of dental caries among nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 13(5), 812–816.
- Baiju, R.M., Peter, E., Varghese, N.O. & Sivaram, R. (2017). Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 11(6), ZE21–ZE26.
- Balgiu, B.A., Sfeatcu, R., Mihai, C., Ilici, R. R., Parlatescu, I. & Tribus, L. (2022). Validity and Reliability of the Dental Neglect Scale among Romanian Adults. *Journal of personalized medicine*, 12(7), 1035.
- Bankiewicz-Nakielska, J., Walkiewicz, M., Tyszkiewicz-Bandur, M. & Karakiewicz, B. (2017). What kind of physicians do patients cooperate with more willingly? Psychological skills in doctor–patient relation. *Medycyna Rodzinna*, 20, 156–161.
- Burt, B.A., Kolker, J.L., Sandretto, A.M., Yuan, Y., Sohn, W. & Ismail, A.I. (2006). Dietary patterns related to caries in a low-income adult population. *Caries research*, 40(6), 473–480.
- Çolakoğlu, N. & Has, L. (2015). A Research for People to Determine the Relationship between Oral Hygiene and Socio-Economic Status. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, 195, 1268–1277.
- Coolidge, T., Heima, M., Johnson, E.K. & Weinstein, P. (2009). The Dental Neglect Scale in adolescents. *BMC Oral Health*, 9(1), 2.
- Cope, A.L. & Chestnutt, I.G. (2023). The implications of a cost-of-living crisis for oral health and dental care. *British dental journal*, 234(7), 501–504.
- Czerżyńska, M., Orłow, P., Milewska, A.J. & Choromańska, M. (2017). Dentofobia. *Nowa Stomatologia*, 22(1).

- Dodd, V.J., Logan, H., Brown, C.D., Calderon, A. & Catalanotto, F. (2014). Perceptions of Oral Health, Preventive Care, and Care-Seeking Behaviors Among Rural Adolescents. *The Journal of School Health*, 84(12), 802–809.
- Dulmen, A.M. (2002). Different perspectives of doctor and patient in communication. *International Congress Series*, 1241, 243–248.
- FDI World Dental Federation. (2016). Oral health definition. <https://www.fdiworlddental.org/oral-health-definition>.
- Gillam, D.G. & Yusuf, H. (2019). Brief Motivational Interviewing in Dental Practice. *Dentistry Journal*, 7(2), 51.
- Główny Urząd Statystyczny. (2017). Obowiązująca ustawa o pomocy społecznej: tekst jednolity Dz.U.2017 poz.1769, z późniejszymi zmianami, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022). Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2022 roku, Warszawa. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/14/10/1/za_sieg_ubostwa_ekonomicznego_w_polsce_w_2022_roku.pdf
- Górska, R. (2023). Choroby błony śluzowej jamy ustnej: podręcznik dla studentów i lekarzy dentystów. Edra Urban & Partner.
- Gragoll, I., Schumann, L., Neubauer, M., Westphal, C. & Lang, H. (2021). Healthcare avoidance: a qualitative study of dental care avoidance in Germany in terms of emergent behaviours and characteristics. *BMC oral health*, 21(1), 563.
- Haugbo, H.O., Storhaug, K. & Willumsen, T. (2010). Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 120, 912–917.
- Helsedirektoratet. (2017). Motivational interviewing as a method [Online document]. Oslo: Norwegian Directorate of Health. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>.
- Heszen, I. & Sęk, H. (2008). Psychologiczne aspekty opieki zdrowotnej. W I. Heszen & H. Sęk (Red.), *Psychologia zdrowia* (s. 248–251). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Høifødt, T.S., Lund-Stenvold, E. & Høye, A. (2018). Don't forget the teeth. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138(20).
- Jaworski, M., Klimkowska, K., Różańska, K. & Fabisiak, A. (2017). Rehabilitacja żywieniowa w jadłowstręcie psychicznym: rola i zakres pracy dietetyka w zespole terapeutycznym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 23(2), 122–128.
- Kane, S.F. (2017). The effects of oral health on systemic health. *Gen Dent*, 65(6), 30–34.
- Knorst, J.K., Sfreddo, C.S., de F Meira, G., Zanatta, F.B., Vettore, M.V. & Ardenghi, T.M. (2021). Socioeconomic status and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Community dentistry and oral epidemiology*, 49(2),
- Kubica, A., Grzešk, G., Sinkiewicz, W., Koziński, M., Grzešk, E. & Goch, A. (2010). Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiologica*, 5(2), 54–57.
- Lamster, I.B. (2016). Defining oral health: a new comprehensive definition. *International dental journal*, 66(6), 321.
- Lockhart, P.B., Brennan, M.T., Thornhill, M., Michalowicz, B.S., Noll, J., Bahrani-Mougeot, F.K. & Sasser, H.C. (2009). Poor oral hygiene as a risk factor for infective endocarditis-related bacteremia. *Journal of the American Dental Association* (1939), 140(10), 1238–1244. 6.
- Lovdata. (1983). Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven), Oslo. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>.
- Mathur, R., Singhavi, H.R., Malik, A., Nair, S. & Chaturvedi, P. (2019). Role of Poor Oral Hygiene in Causation of Oral Cancer-a Review of Literature. *Indian journal of surgical oncology*, 10(1), 184–195.

- Miller, W.R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147–172.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009) Ten things that MI is not. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140.
- Minervini, G., Franco, R., Marrapodi, M.M., Di Blasio, M., Ronsivalle, V. & Cicciù, M. (2023). Children oral health and parents education status: a cross sectional study. *BMC oral health*, 23(1), 787.
- Mishu, M.P., Faisal, M.R., Macnamara, A., Sabbah, W., Peckham, E., Newbronner, L., Gilbody, S. & Gega, L. (2022). A Qualitative Study Exploring the Barriers and Facilitators for Maintaining Oral Health and Using Dental Service in People with Severe Mental Illness: Perspectives from Service Users and Service Providers. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4344.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2023). Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, Warszawa.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2024). Poradnik pacjenta: Stomatolog na NFZ – co ci przysługuje, Warszawa. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/poradnik-pacjenta-stomatolog-na-nfz-co-ci-przysluguje,8573.html>
- National Health Service. (2024). Who is entitled to free NHS dental treatment in England? London. <https://www.nhs.uk/nhs-services/dentists/who-is-entitled-to-free-nhs-dental-treatment-in-england/>
- Organizacja Narodów Zjednoczonych. (1998). Statement of commitment for action to eradicate poverty adopted by Administrative Committee on Coordination.
- Piotrowska, D.E., Pędziński, B., Jankowska, D., Milewski, R. & Szpak, A. (2018). Przyczyny niekorzystania z opieki stomatologicznej w Polsce. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 24(3), 191–194.
- Rogers, K.M., Arnett, M.C., Mays, K.A., Wang, Q. & Blue, C.M. (2022). Dental hygienists' use of motivational interviewing and perceptions of effectiveness in changing patient behaviors. *Journal of Dental Education*, 86(8), 909–917.
- Sarkar, P., Dasar, P., Nagarajappa, S., Mishra, P., Kumar, S., Balsaraf, S., Lalani, A. & Chauhan, A. (2015). Impact of Dental Neglect Scale on Oral Health Status Among Different Professionals in Indore City-A Cross- Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9, ZC67–ZC70.
- Skaret, E., Astrom, A.N., Haugejorden, O., Klock, K.S. & Trovik, T.A. (2007). Assessment of the reliability and validity of the dental neglect scale in Norwegian adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(4), 247–252.
- Stangierska, I. & Horst-Sikorska, W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1(1), 58–68.
- Strand, G.V. & Kvalheim, S.F. (2021). Risiko og forebygging av oral sykdom blant eldre. *Nor Tannlegeforen Tid*, 131, 348–355.
- Strauss, R., Beck, J.D. & Broder, H. (1994). Defining dental neglect: A population study of older adults. *Journal of Dental Research*, 73, 280.
- Thomson, W.M. & Locker, D. (2000). Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28, 414–418. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.028006414.x>
- Thomson, W.M., Spencer, A.J. & Gaughwin, A. (1996). Testing a child dental neglect scale in South Australia. *Community dentistry and oral epidemiology*, 24(5), 351–356.
- Tomaszewski, M. & Matthews-Brzozowska, T. (2022). Dental services market in Poland and its impact on the health decisions of patients and doctors. *European journal of paediatric dentistry*, 23(3), 225–229.

- US Department of Health and Human Services. (2000). Oral health in America: a report of the Surgeon General. NIH publication, 155–188.
- Waqas, A., Rehman, A., Malik, A., Muhammad, U., Khan, S., Mahmood, N. & Haque, A. (2015). Association of ego defense mechanisms with academic performance, anxiety and depression in medical students: A mixed methods study. *Cureus*, 7(9), e337.
- Wilson, N.J., Lin, Z., Villarosa, A. & George, A. (2018). Oral health status and reported oral health problems in people with intellectual disability: A literature review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(3), 292–304.
- Wolf, E., McCarthy, E. & Priebe, G. (2020). Dental care – an emotional and physical challenge for the sexually abused. *European Journal of Oral Sciences*, 128(4), 317–324.
- World Health Organization. (2022). Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061480> Accessed 18th December 2022
- World Health Organization. (2024). Oral health. https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1
- Zapała, M. (2019). Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji. *Psychologia Zdrowia*, 34(2), 112–125.

3. Nawyki oralne

Patrycja Badora-Smoleń, Rafał Ziaja

Nawyki oralne są to nietypowe, szkodliwe czynności wykonywane nieświadomie, powtarzające się często i zwykle niecelowo, inaczej zwane **parafunkcjami**. Konsekwencją powstałych parafunkcji może być szkodliwy wpływ na narząd żucia oraz na zdrowie pozostałej części organizmu. Do najczęściej spotykanych parafunkcji wieku dziecięcego zalicza się: ssanie smoczka, kciuka, wargi, obgryzanie paznokci, wkładanie pomiędzy zęby palców, języka, obgryzanie ołówków i innych przedmiotów. Należy pamiętać, że choć w wieku dziecięcym niektóre nawyki są fizjologiczne i samoistnie zajmują, to jednak często towarzyszą one również dorosłym. Przetrwale parafunkcje powodują wiele wad zgryzu, co może skutkować innymi powikłaniami zdrowotnymi (Karłowska, 2019).

3.1. Bruksizm – etiologia, konsekwencje, interwencje

Bruksizm jest to powtarzająca się aktywność mięśni żucia, występująca w czasie snu (bruksizm nocny) lub w stanie czuwania (bruksizm dzienny). Charakteryzuje się zaciskaniem zębów i/lub zgrzytaniem nimi, drżeniem/sztywnieniem żuchwy lub stukaniem zębami. Na przestrzeni lat badacze spierali się na temat etiologii bruksizmu, która – jak dziś wiadomo – jest złożona. U osób zdrowych bruksizm nie powinien być rozpatrywany jako schorzenie, lecz jako zachowanie (Lobezzo i in., 2018).

W przeszłości uznawano dwie główne teorie na temat etiologii. Pierwsza głosiła, że jest to parafunkcja zwarciowa, powstająca na tle nieprawidłowej okluzji (mechanizm obwodowy). Druga, że jest to zaburzenie w zwojach podstawnych mózgu (mechanizm ośrodkowy) (Behr i in., 2011). W 2018 r. osiągnięto międzynarodowy konsensus dotyczący bruksizmu – aktualne stanowisko na temat jego etiologii wspiera drugą **teorię – ośrodkową, mózgową** (Lobezzo i in., 2018). Zdaniem profesora Barona „bruksizm jest chorobą psychosomatyczną, która przez nadmierną aktywność mięśni żucia prowadzi do zaciskania i/lub zgrzytania zębami”⁴. Wiadomo, że pewne cechy charakteru sprzyjają jego występowaniu (Bader & Lavigne, 2000). Głównymi aspektami psychicznymi w etiologii opisywanego zachowania są **stres, stany lękowe oraz depresja** (Ahmed, 2013; Manfredini & Lobezzo, 2009). Jedne z najnowszych badań wskazują również na **genetyczną komponentę** występowania bruksizmu. Wykazano, że pewne sekwencje genowe odpowiedzialne za radzenie sobie ze stresem mogą mieć udział w patogenezie bruksizmu dziennego (Maciejewska-Szaniec i in., 2021). O ile forma dzienna zdaje się podświadomym zjawiskiem wyłącznie na tle nerwowym (Glaros, 1981), tyle forma nocna może być działaniem obronnym związanym z epizo-

⁴ Baron, S. (2023). Bruksizm i jego powikłania. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 4.

dami bezdechu sennego. Dzięki wysuwaniu żuchwy do przodu tworzy się miejsce w drogach oddechowych do swobodnego przepływu powietrza (Falace, 2007; Bader & Lavigne, 2000; Saito i in., 2013). Z tego powodu bruksizm uznaje się za zachowanie u osób zdrowych, natomiast za schorzenie u osób cierpiących na choroby ogólnoustrojowe, takie jak np. parasomnia snu REM, obturacyjny bezdech senny czy epilepsja (Lobezzo i in., 2018).

Klinicznie bruksizm objawia się patologicznym starciem zębów, bólem stawów skroniowo-żuchwowych, bólem mięśni żucia, uczuciem odrętwienia zębów, pęknięciami szkliwa, występowaniem kresy białej (linea alba) na policzkach czy odciskami zębów na języku (Falace, 2007; Ahmed, 2013). Ponadto może objawiać się problemami z dotychczasowymi uzupełnieniami protetycznymi, jak np. starcie lub odpryski porcelany z uzupełnień stałych czy startymi zębami w protezie akrylowej (Manfredini i in., 2014).



Źródło: Zdjęcia ze zbiorów własnych (aut. P. Badora-Smoleń).

Ryc. 3.1. Pionowe pęknięcia szkliwa.



Źródło: Zdjęcia ze zbiorów własnych (aut. P. Badora-Smoleń).

Ryc. 3.2 Starcia koron porcelanowych.



Źródło: Zdjęcia ze zbiorów własnych (aut. P. Badora-Smoleń).

Ryc. 3.3. Odciski zębów na języku.

Terapia opisywanego schorzenia jest złożona. Na przestrzeni lat zaproponowano wiele działań, które mają na celu leczyć pacjentów z bruksizmu, ale wciąż nie określono, które są najbardziej skuteczne (Wilmont i in., 2018).

Metody leczenia bruksizmu

1. **Aktywność fizyczna.** Pozwala zachować równowagę mięśniową, prawidłową postawę ciała oraz umożliwia rozładowanie stresu dnia codziennego (Carlson i in., 2001).
2. **Interdyscyplinarne leczenie** – współpraca między lekarzami stomatologami a fizjoterapeutami. W czasie fizjoterapii mogą być wykonane masaże mięśni żucia, terapia manualna, naświetlanie laserem, rozgrzewanie mięśni, elektroterapia czy nauka ćwiczeń rozciągających. Jest to również terapia symptomatyczna dolegliwości bólowych (Moraes i in., 2013). Wymienione czynności mają na celu rozluźnienie nadmiernie napiętych mięśni oraz poprawę zakresu ruchu w stawach skroniowo-żuchwowych. Dzięki zwiększonemu przepływowi krwi przez manipulowane tkanki usuwany jest z nich stan zapalny, redukowany ból oraz indukowane są procesy naprawcze tkanek na poziomie komórkowym (Clark, 2008; Friction, 2007).
3. **Szyna okluzyjna.** Często wybieranym przez lekarzy dentystów zabiegiem jest wykonanie szyny okluzyjnej (terapeutycznej). Z definicji zaproponowanej przez The Glossary of Prosthodontic Terms wynika, że szyna to „zdejmowana sztuczna powierzchnia okluzyjna, która zmienia relację żuchwy do szczęki, używana do diagnostyki lub terapii [...] i zapobiegania ścierania się zębów [...]”⁵. Szyny wykonywane są z twardego materiału, a ich zadaniem jest rozklinowanie zębów, szczęki i żuchwy, dzięki czemu następuje relaksacja włókien mięśniowych, a żuchwa może ustawić się w nowej pozycji mięśniowo-stawowej. Szyna zapewnia ponadto mechaniczne zabezpieczenie zębów lub uzupełnień protetycznych przed ścieraniem. Może być wykonana na łuk górny lub dolny, w zależności od indywidualnego przypadku klinicznego (Ré i in., 2009). Według badań stosowanie tylko jednej metody terapii jest zwykle niewystarczające, lepsze efekty przynosi łącznie kilku sposobów leczenia, np. terapia szyną okluzyjną z jednoczesną fizjoterapią mięśni żucia (Gomes i in. 2015).
4. **Psychoterapia.** Jest to szerokie zagadnienie, które łączy w sobie elementy biofeedbacku, naukę technik relaksacji oraz terapię poznawczo-behawioralną (Wilmont i in., 2018). Podstawą biofeedbacku jest założenie, że można oduczyć się nawyków, zwracając na nie świadomie uwagę (Amorim i in., 2018). Terapia poznawczo-behawioralna zaś ma na celu uświadomienie i zmianę sposobu myślenia osoby, co w konsekwencji przekłada się na ukształtowanie nowych zachowań (Fjellström i in., 2010).
5. Do leczenia bruksizmu możliwe jest zastosowanie **farmakoterapii** w formie leków podawanych systemowo, iniekcji do stawu skroniowo-żuchwowego lub do mięśni żucia. Do środków farmaceutycznych podawanych systemowo należą leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, leki z grupy NLPZ, a także zwiotczające mięśnie, znieczulające, uspokajające, rozkurczowe czy przeciwdrgawkowe (Baron, 2023, s. 85).

Coraz częściej postulowaną terapią w leczeniu bruksizmu jest podawanie kannabidiolu (CBD), czyli niepsychoaktywnego i legalnego, aktywnego składnika konopi (Baron, 2023, s. 85–88). CBD podawany doustnie lub w postaci kremów używanych zewnętrznie pomaga zwalczać ból, obniżać napięcie mięśniowe oraz regulować stany zapalne (Izzo i in., 2009). Terapia pozostaje wciąż w fazie badań.

⁵ Ferro, K.J. (2017). The glossary of prosthodontic terms. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 117(5S): e62.

Rozważając metodę inercyjną, należy wybrać spośród wielu preparatów. Często wybierany jest **kolagen**, czyli jedno z białek strukturalnych zwierzęcej tkanki łącznej. Można go podawać do mięśni żucia, co uśmierza ból napięciowy i działa relaksująco (Nitecka-Buchta i in., 2018), czy też stawu skroniowo-żuchwowego, bowiem wspomaga regenerację struktur wewnątrzstawowych (Baron, 2023).

Znaczącą rolę w leczeniu bruksizmu odgrywa **terapia toksyną botulinową** podawaną do mięśni żucia. Polega na czasowym i odwracalnym porażeniu mięśni, w celu ograniczenia mimowolnych i nieświadomych napięć mięśniowych. Efekt utrzymuje się od 3 do 6 miesięcy od podania, po czym powraca do stanu sprzed iniekcji, dlatego zaleca się je powtarzać. Terapia skutkuje relaksacją mięśni żucia oraz redukuje ich ból (Baron i in., 2010).

W przypadkach zwyrodnień i destrukcji stawu skroniowo-żuchwowego można zastosować iniekcje **kwasu hialuronowego** do wnętrza stawu. Jego działanie polega na stymulacji procesów przeciwzapalnych oraz zapewnieniu brakującego poślizgu w stawie, co zwiększa jego mobilność (Manfredini i in., 2010). W sytuacjach znacznych epizodycznych dolegliwości bólowych tkanek stawu skroniowo-żuchwowego można podać do jego wnętrza oraz w jego okolice **leki kortykosteroidowe**, które działają przeciwbólowo i przeciwzapalnie (Cahlin, 2016). Wśród opisanych metod terapii, szynoterapia i terapia z wykorzystaniem biofeedbacku mogą być uważane za pierwszorzędowe postępowanie (Minakuchi i in., 2022)

3.2. Ssanie kciuka, palców – etiologia, funkcje, konsekwencje, interwencje terapeutyczne

Wraz z narodzinami człowiek nabywa jedną z podstawowych umiejętności pozwalających na prawidłowe funkcjonowanie w życiu – ssanie. Uważa się, że do pierwszego roku życia ssanie jest czynnością fizjologiczną, natomiast przedłużone utrzymywanie tego nawyku w okresie niemowlęcym może być szkodliwe i prowadzić do różnych zaburzeń oraz wad zgryzu. Najczęstszym nawykiem jest ssanie smoczka, następnie palca, w szczególności kciuka. Ssanie palców zalicza się do typowych parafunkcji (czynności nietypowych), czyli szkodliwych, powtarzalnych nawyków, które pacjent wykonuje zazwyczaj nieświadomie. Warto nadmienić, że w okresie niemowlęcym ssanie kciuka, piąstki, rogu poduszki czy nawet palucha stopy jest czynnością fizjologiczną i nie wymaga eliminacji. W zależności od sposobu układania palca lub przedmiotów w jamie ustnej mogą powstawać określone **wady zgryzu** (Karłowska, 2019, s. 49).

Jak podaje Karłowska „układanie palca pod przednim odcinkiem łuku zębowego górnego prowadzi do wychylenia górnych zębów siecznych i zahamowania poprzecznego rozwoju szczęki (dochodzi do zwężenia szczęki), czemu może towarzyszyć przechylenie dolnych zębów siecznych. Z kolei układanie palca, zahaczając o zęby sieczne dolne, powoduje wysunięcie dolnego łuku zębowego, co przyczynia się do rozwoju zaburzeń klasy III. Przy każdym położeniu ssanego palca może dojść do zahamowania pionowego wzrostu wyrostka zębodołowego i powstania zgryzu otwartego”. Konsekwencją przedłużonego ssania palców lub przedmiotów jest wytworzenie wad zgryzu, takich jak tyłożuchwie, zwężenie szczęk, zgryz otwarty, brak kontaktów przeciwstawnych zębów,

zahamowanie pionowego wzrostu wyrostka zębodołowego⁶. Długotrwałe ssanie poza karmieniem piersią może mieć szkodliwy wpływ na rozwój mowy (Barbosa i in. 2009).

Powstałe już wady zgryzu należy poddać **leczeniu ortodontycznemu**, aby przywrócić utraconą fizjologię (Leung & Yechiam, 1991), zaś same nawyki należy wyeliminować (Leung i in. 1991, Friman & Schmitt, 1989). Głównymi osobami odpowiedzialnymi za odzwyczajenie dziecka są rodzice, korzystający z pomocy logopedy lub neurologopedy. Metody odzwyczajania zależą od wieku dziecka oraz jego czynnego udziału w procesie.

Dzieci poniżej drugiego roku życia głównie zajmuje się zabawą, **odwracając ich uwagę** od niepożądanego czynności. Dobre rezultaty przynoszą też **zajęcia rekreacyjne**, które skutecznie eliminują nawyki ssania palców u dzieci (Muzulan & Gonçalves, 2011). W niektórych przypadkach stosowane są dodatkowe techniki, takie jak **strażnicy kciuka**, których zadaniem jest przypominanie dziecku o zaprzestaniu wykonywania niepożądanego czynności. Należą do nich m.in. „gorzki paluszek” (w postaci żelu lub lakieru), rękawiczka, a także zastosowanie prostego leczenia ortodontycznego, np. płytki przedsionkowej (Deepika & Taranath, 2015).

U starszych dzieci proces oduczania ssania kciuka jest prostszy oraz trwa krócej. Badacze podają, że dziecko najlepiej radzi sobie, będąc czynnym i świadomym uczestnikiem tego procesu. Bardzo dobrze działa technika **pozytywnego wzmocnienia** (Leung i in. 1991) – w trakcie dnia zwraca się uwagę, gdy dziecko nie ssie kciuka, a następnie chwali się je i nagradza na przykład wspólną zabawą. Stosując tego typu strategię, należy pamiętać, aby wytłumaczyć dziecku, jak ważną rolę ono samo odgrywa w całym procesie.

3.3. Inne nawyki

Jednym z rażących nawyków u dzieci i dorosłych jest **obgryzanie paznokci** (*onychophagia*), występujące na tle nerwowym, wynikające z problemów w szkole, w rodzinie czy pracy, a dającą praktykującej osobie ukojenie. Jak wskazują badacze, aż do 20–30% ogólnej populacji obgryza paznokcie (Haleth i in., 2016). Przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association* – APA) *onychophagia* określana jest jako zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne na równi z gryzieniem warg, dłubaniem w nosie czy wrywaniem sobie włosów (APA, 2013, za: Baghchechi i in., 2020).

Uważa się, że obgryzanie paznokci jest patologicznym przedłużeniem odruchu ssania, gdy dziecko przez długi czas ssało smoczek lub było karmione butelką. W takiej sytuacji prawdopodobieństwo powstania nawyku wkładania przedmiotów do jamy ustnej będzie stosunkowo wysokie (Sabuncuoglu i in., 2014). Poza jawnymi skutkami, takimi jak zniszczenie płytki paznokcia czy stopniowe, bezpowrotne skrócenie jego długości (Lee, 2009), obgryzanie paznokci może prowadzić do infekcji otaczających je tkanek miękkich. Ma również wiele negatywnych skutków dla zdrowia jamy ustnej. Chroniczne obgryzanie paznokci prowadzi do stłoczenia, rotacji czy przechylenia zębów siecznych, co w konsekwencji może skutkować zaburzeniem zgryzu i patologicznym starciem zębów. W wyniku nieprawidłowego ustawienia zębów może dojść do recesji dziąsła w ich pobliżu – negatywnego powikłania, trudnego do leczenia (Bonetti i in., 2012). Przenoszenie patogenów z dłoni do jamy ustnej skutkuje jej kolonizacją drobnoustrojami, zaburzeniem flory

⁶ Karłowska, I. (2019). *Zarys współczesnej ortodoncji*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

bakteryjnej całego organizmu, zakażeniem błony śluzowej jamy ustnej lub dziąseł. Ponadto osoby obgryzające paznokcie utrzymują gorszą higienę jamy ustnej. W konsekwencji obgryzanie paznokci może nawet doprowadzić do dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego (Motghare i in., 2015).

W celu eliminacji tego szkodliwego nawyku pacjent musi być świadomie zaangażowany we wdrożone leczenie. Najlepsze efekty przynosi **terapia multidyscyplinarna**, czyli współdziałanie specjalistów z dziedzin psychologii, psychiatrii (jeśli to konieczne), stomatologii czy dermatologii. W przypadku dziecka lub osoby młodocianej, postuluje się angażowanie rodziców, rodzeństwa czy także nauczycieli oraz rówieśników (Baghchechi i in., 2020). Egzogennie poleca się stosować lakier do paznokci o nieprzyjemnym smaku, który zniechęca do obgryzania (Koritzky & Yechiam, 2011). Pacjent, podejmując terapię poznawczo-behawioralną, uczy się zwalczać swoje nawyki. Terapia ta bazuje na zachowaniu oraz modelach poznawczych danej osoby, czyli jak jego myśli i odczucia wpływają na jego emocje i zachowanie (Rothbaum i in., 2012). Według badaczy skuteczna jest terapia **odwracania nawyków**. W przypadku obgryzania paznokci jest nią żucie gumy do żucia, które zajmuje jamę ustną pacjenta i pomaga zniwelować nawyk (Woods i in., 1999). Należy jednak pamiętać, że żucie gumy może być niebezpieczne dla dzieci, ze względu na ryzyko zakrztuszenia się, a sam mechanizm nadmiernego żucia może doprowadzić do wystąpienia zaburzeń skroniowo-żuchwowych (patrz rozdział 14) oraz starcia zębów (Dodds, 2013). Mając na uwadze potencjalne skutki obgryzania paznokci, należy pamiętać o regularnych wizytach stomatologicznych, by zapobiegać infekcjom jamy ustnej oraz interweniować w sytuacji wady zgryzu lub problemów stawowych. Ponadto osoby obgryzające paznokcie powinny być pod stałą opieką psychologów, psychiatrów i dermatologów. Podobnie należy postępować w przypadku innych wymienionych nawyków, takich jak obgryzanie warg, dłubanie w nosie czy wrywanie sobie włosów, również klasyfikowanych jako zaburzenia poznawczo-behawioralne. Kroki podejmowane w celu ich eliminacji będą podobne od tych podejmowanych przy obgryzaniu paznokci (Lee & Lipner, 2022).

3.4. Cechy psychiczne, emocje a nawyki oralne

Występowanie w społeczeństwie różnych nawyków oralnych jest powszechnym zjawiskiem, mającym związek z trybem życia, umiejętnością radzenia sobie ze stresem, przyzwyczajeniami z dzieciństwa, a także coraz większym pośpiechem, presją otoczenia, koniecznością życia na najwyższym poziomie oraz chęcią osiągnięcia sukcesu w życiu. Badania przedstawione w dalszej części rozdziału jednoznacznie wskazują, że coraz większy odsetek ludzi boryka się z różnymi dolegliwościami ze strony narządu żucia. Ważnym zagadnieniem jest szybka diagnostyka takich osób, a następnie wdrożenie odpowiedniego leczenia w celu zminimalizowania potencjalnych strat wywołanych szkodliwymi nawykami. Istotna jest też edukacja społeczeństwa, jak wykrywać i walczyć z takimi zachowaniami.

Każdy jest narażony na czynniki stresogenne, jednak ich destrukcyjny efekt nie będzie jednakowy u wszystkich osób. Ma to związek z indywidualnymi, względnie stałymi właściwościami człowieka, charakteryzującymi pod jakimś względem jego zachowanie, czyli cechami psychicznymi (Encyklopedia PWN, 2024).

Istnieją różne teorie cech osobowości, które pomagają usystematyzować indywidualne cechy psychiczne występujące w populacji, często mające związek z radzeniem sobie ze stresem. Jedną z najpopularniejszych jest **teoria wielkiej piątki** Paula Costy i Roberta R. McCrae. Model ten obejmuje następujące cechy:

- **otwartość**, wskazującą na skłonność do zmian oraz chęć doznawania nowych doświadczeń;
- **sumiennność**, odzwierciedlającą stopień zorganizowania;
- **ugodowość**, obejmującą zachowania prospołeczne, takie jak współpraca czy zaufanie;
- **ekstrawersję**, określającą ekspresję emocjonalną oraz towarzyskość;
- **neurotyczność**, opisującą podatność na stres oraz stabilność emocjonalną.

Klasyfikacja ta, choć nie wyczerpuje wszystkich możliwości cech charakteru, jest uniwersalna i ułatwia analizę cech osobowości badanej osoby, dlatego znalazła swoje miejsce w wielu doniesieniach naukowych (Strelau, 2023). Mając to na względzie, przeprowadzono analizy, w których wykazano, że wśród ekstrawertyków częściej dochodzi do zgrzytania oraz zaciskania zębów, w przeciwieństwie do osób sumiennych i stabilnych emocjonalnie, u których występowały te nawyki oralne, podobne jak obgryzanie paznokci, a także zaburzenia skroniowo-żuchwowe (Almutairi i in., 2021). Więcej informacji o osobowości i temperamencie w odniesieniu do pacjentów stomatologicznych można znaleźć w rozdziale 7.

Na przestrzeni lat naukowcy badali wpływ czynników demograficznych oraz stresu na poszczególne grupy ludzi. Jak wskazują badacze, parafunkcje są znacznie rozpowszechnione. Na ich wystąpienie mają wpływ czynniki, takie jak: płeć męska, młody wiek, samotność, a także ograniczenia finansowe (Almutairi i in., 2021). W badaniach potwierdzono, że głównymi czynnikami predysponującymi do występowania parafunkcji są szkodliwe nawyki powstałe na skutek reakcji organizmu na stres pod wpływem presji otoczenia (Yap i in., 2023). Jak podają inni badacze, zmienne, takie jak stres ogólny, stres związany z pracą i cechy osobowości, są coraz częściej uważane za czynniki inicjujące, predysponujące i utrwalające bruksizm (Lurie i in., 2007). Inne badania wskazują, że czynnikami determinującymi rozwój bruksizmu nocnego u dzieci są wysoki stopień odpowiedzialności i neurotyczność (Serra-Negra i in., 2009). Potwierdzono silną korelację pomiędzy bruksizmem, dysfunkcją skroniowo-żuchwową a wysokim poziomem lęku i cechą osobowości wysokiego napięcia (Restrepo i in., 2008). Częstotliwość występowania parafunkcji związanych z jamą ustną jest większa u osób z bruksizmem (znacznie częstsze żucie gumy oraz przygryzanie warg, policzków i przedmiotów) niż w grupie kontrolnej. Jak podaje autor, bruksizm jest uważany za czynnik ryzyka dysfunkcji skroniowo-żuchwowej (Cortese i in., 2013). Stwierdzono, że intensywność indywidualnych cech osobowości jest powiązana z niektórymi przypadkami dysfunkcji skroniowo-żuchwowej (Mitrowska-Guźmińska i in., 2022). Podsumowując, częściej obserwowany jest związek między cechami osobowości a szkodliwymi nawykami oralnymi. Prawdopodobieństwo występowania takiej tendencji w przyszłości może być coraz większe, dlatego tak ważna jest edukacja społeczeństwa na temat konieczności utrzymania stanu fizjologicznego jamy ustnej w populacji.

3.5. Studium przypadku

Pacjentka, lat 61, zgłosiła się do gabinetu stomatologicznego na pierwszorazową wizytę. W wywiadzie ogólnym neguje choroby ogólnoustrojowe. W wywiadzie stomatologicznym podaje zauważenie zmiany wyglądu swojej twarzy – skrócenie dolnego piętra twarzy. Od niedawna obserwuje przejściowe dolegliwości bólowe stawów skroniowo-żuchwowych oraz mięśni żucia, ponadto zwraca uwagę na częstsze bóle głowy. Pacjentka świadoma zgrzytania zębami w nocy i zaciskania zębów w stresujących momentach dnia. W badaniu klinicznym widoczne znaczne starcie patologiczne zębów w łuku dolnym. Badanie czynnościowe wykazało wyczuwalnie zwiększone napięcie mięśni żwaczy i skrzydłowych bocznych oraz bolesność palpacyjną. Stawy skroniowo-żuchwowe ruchome prawidłowo, brak trzasków i zbaczania linii symetrii. W rozmowie pacjentka przyznała, że w młodości przeżyła traumatyczny rozwód i samotnie wychowywała dzieci. Pacjentka prowadzi własną firmę. W ciągu ostatnich trzech lat duża inwestycja pochłania większość jej czasu i generuje dużo stresu. Natłok pracy sprawia, że nie ma czasu na odpoczynek i regenerację. Stomatolog badający pacjentkę podejrzewa, że przeżycia w młodości przyczyniły się do występowania epizodów bruksizmu, a sytuacje z ostatnich lat nasiliły jego objawy. Skutkuje to widocznym na ryc. 3.4 stanem klinicznym i występowaniem opisanych dolegliwości.



Źródło: Zdjęcie ze zbiorów własnych (aut. P. Badora-Smoleń).

Ryc. 3.4. Widoczne starcie patologiczne zębów w łuku dolnym.

Na początku wykonano higienizację i instruktaż higieny jamy ustnej, a następnie leczenia zachowawcze wymagających tego zębów. Wykonano szynę relaksacyjno-adaptacyjną akrylową o płaskiej (ryc. 3.5), podwyższonej powierzchni, co zostało ustalone na podstawie deprogramacji mięśniowej.



Źródło: Zdjęcie ze zbiorów własnych (aut. P. Badora-Smoleń).

Ryc. 3.5. Szyna akrylowa płaska w łuku dolnym (zdjęcie ze zbiorów własnych).

Zalecono stosowanie szyny na noc oraz w ciągu dnia w chwilach, kiedy szyna nie utrudnia funkcjonowania, a także zwracanie uwagi na zaciskanie zębów oraz zmianę nawyków. Dodatkowo pacjentka rozpoczęła fizjoterapię mięśni żucia raz w tygodniu przez okres użytkowania szyny. Zaproponowano relaksację mięśni żwaczy toksyną botulinową, lecz pacjentka odmówiła. Zalecono udział w psychoterapii, w celu nauki radzenia sobie z codziennym stresem oraz traumami z młodości. Polecono również zrównoważenie czasu pracy i czasu dla siebie, regularną aktywność ruchową oraz naukę technik relaksacji, w celu niwelowania napięcia. Docelowo zaplanowano podwyższenie wysokości zwarcia w łuku dolnym nakładkami kompozytowymi na pierwszym etapie leczenia. Po całkowitej adaptacji pacjentki do wysokości zwarcia zębów, zaplanowano w ramach drugiego etapu wykonanie trwalszych koron pełnoceramicznych w celu utrzymania prawidłowej wysokości zwarcia.

Podczas kolejnej wizyty pacjentka wskazała na znaczną poprawę subiektywnego odczucia w podwyższonej wysokości terapeutycznej. Oprócz tego, uczestniczy w sesjach fizjoterapeutycznych oraz zaczęła ćwiczyć jogę. Podaje redukcję objawów bólowych w obrębie układu stomatognatycznego. W badaniu klinicznym palpacyjnie wyczuwalna relaksacja mięśni żucia. Leczenie w toku.

3.6. Pytania i zadania



1. Jaka jest psychologiczna etiologia bruksizmu?
2. Jakie są metody leczenia bruksizmu?
3. Jakie wady powstają podczas długotrwałego patologicznego ssania palców?
4. Wymień metody mające na celu odzwyczajenie dzieci od szkodliwego nawyku ssania palców.
5. Jaki procent ogólnej populacji obgryza paznokcie?
6. Do jakich zmian w układzie stomatognatycznym może doprowadzić obgryzanie paznokci?
7. Jakie czynniki środowiskowe mają wpływ na powstawanie parafunkcji jamy ustnej?

Bibliografia

- Ahmed, K.E. (2013). The psychology of tooth wear. *Special Care in Dentistry*, 33(1): 28–34.
- Almutairi, A.F., Albeshar, N., Aljohani, M., Alsinanni, M., Turkistani, O. & Salam, M. (2021). Association of oral parafunctional habits with anxiety and the Big-Five Personality Traits in the Saudi adult population. *Saudi Dent J.* 33(2): 90–98.
- Amorim, C.S.M., Espirito Santo, A.S., Sommer, M. & Marques, A.P. (2018). Effect of physical therapy in bruxism treatment: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 41(5): 389–404.
- Bader, G. & Lavigne, G. (2000). Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Review article. *Sleep Med Rev.* 4(1): 27–43.
- Baghchechi, M., Pelletier, J.L. & Jacob, S.E. (2020) Art of Prevention: The importance of tackling the nail-biting habit. *Int J Womens Dermatol.* 7(3): 309–313.
- Barbosa, C., Vasquez, S., Parada, M.A., Gonzalez, J.C., Jackson, C., Yanez, N.D., Gelaye, B. & Fitzpatrick, A.L. (2009). The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. *BMC Pediatr.* 21; 9: 66.
- Baron, S. (2023). Bruksizm i jego powikłania. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Baron, S., Krzemień, K., Baron, A. & Adamczyk, A. (2010). Toksyna, która leczy. Zastosowanie toksyny botulinowej w leczeniu dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia. *Kwartalnik Stomatologa Praktyka Polish&English Journal for Dentists.* 3(27).
- Behr, M., Hahnel, S., Faltermeier, A., Bürgers, R., Kolbeck, C., Handel, G. & Proff, P. (2011). The two main theories on dental bruxism. *Annals of anatomy – Anatomischer Anzeiger.* 194(2): 216–219.
- Bonetti, G.A., Parenti, S.I. & Zucchelli, G. (2012). Onychophagia and postorthodontic isolated gingival recession: Diagnosis and treatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* 142(6): 872–878.
- Cahlin, B.J. (2016). Medication in temporomandibular disorders and bruxism. Department of Behavioral and Community Dentistry Institute of Odontology Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg.
- Carlson, C.R., Bertrand, P.M., Ehrlich, A.D., Maxwell, A.W. & Burton, R.G. (2001). Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 15(1): 47–55.
- Clark, G.T. (2008). Classification, causation and treatment of masticatory myogenous pain and dysfunction. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 20(2): 145–157.
- Cortese, S.G., Fridman, D.E., Farah, C.L., Bielsa, F., Grinberg, J. & Biondi, A.M. (2013). Frequency of oral habits, dysfunctions, and personality traits in bruxing and nonbruxing children: a comparative study. *Cranio.* 31(4): 283–290.

- Deepika, P. & Taranath, A. (2015) Next Generation Thumb Guard: A Description of Simple Technique for Obtaining Impression of Thumb and a New Model of Thumb Guard. *International Journal of Scientific Research*, Vol: 4, Issue: 7.
- Dodds, M. (2013). The oral health benefits of chewing gum. *Journal of the Irish Dental Association*. 58(5): 253–261.
- Encyklopedia PWN. (2024).
- Falace, D.A. (2007). Primary Care Sleep Medicine. Humana Press.
- Ferro, K.J. (2017). The glossary of prosthodontic terms. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 117(5S): e1–e105.
- Fjellström, M., Yakob, M. & Söder, B. (2010). A modified cognitive behavioural model as a method to improve adherence to oral hygiene instructions – a pilot study. *Int J Dent Hyg*. 8: 178–182.
- Fricton, J. (2007). Myogenous temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations. *Dent Clin North Am*. 51: 61–83.
- Friman, P.C. & Schmitt, B.D. (1989) Thumb sucking: pediatricians' guidelines. *Clin Pediatr (Phila)*. 28(10): 438–440.
- Glaros, A.G. (1981). Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 45(5): 545–549.
- Gomes, C., El-Yage, Y., Amaral, A., Herpich, C., Politti, F., Bussadori, S., Gonzalez, T. & Biasotto-Gonzalez, D. (2015). Effects of Massage Therapy and Occlusal Splint Usage on Quality of Life and Pain in Individuals with Sleep Bruxism: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Japanese Physical Therapy Association*. 18(1).
- Haleth, P., Scher, R.K. & Lipner, S.R. (2016). Onychophagia: A nail-biting conundrum for physicians. *Journal of Dermatological Treatment*. 28(2): 166–172.
- Izzo, A.A., Borrelli, F., Capasso, R., Di Marzo, V. & Mechoulam, R. (2009). Non- psychotropic plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends Pharmacol Sci*. 30(10): 515–527.
- Karłowska, I. (2019). *Zarys współczesnej ortodoncji*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Koritzky, G. & Yechiam, E. (2011). On the Value of Nonremovable Reminders for Behavior Modification: An Application to Nail-Biting (Onychophagia). *Behavior Modification*. 35(6), 511–530.
- Lee, D.Y. (2009). Chronic nail biting and irreversible shortening of the fingernails. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 23(2): 185.
- Lee, D. & Lipner, S. (2022). Update on Diagnosis and Management of Onychophagia and Onychotillomania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(6): 3392.
- Leung, A.K. & Robson, W.L. (1991) Thumb sucking. *Am Fam Physician*. 44(5): 1724–1728.
- Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Raphael, K., Wetselaar, P., Glaros, A., Kato, T., Santiago, V., Winocur, E., Laats, A., Leeuw, R., Koyano, K., Lavigne, G., Svensson, P. & Manfredini, D. (2018). International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *Journal of Oral Rehabilitation*. 45(11).
- Lurie, O., Zadik, Y., Einy, S., Tarrasch, R., Raviv, G. & Goldstein, L. (2007). Bruxism in military pilots and non-pilots: tooth wear and psychological stress. *Aviat Space Environ Med*. 78(2): 137–139.
- Maciejewska-Szaniec, Z., Kaczmarek-Ryś, M., Hryhorowicz S., Przysiańska, A., Gredes, T., Maciejewska, B., Hoppe-Gołębiewska, J., Słomski, R., Andrzej Pławski, A. & Czajka-Jakubowska, A. (2021). Polymorphic variants in genes related to stress coping are associated with the awake bruxism. *BMC Oral Health*. 21(1).
- Manfredini, D. & Lobbezoo, F. (2009). Role of Psychosocial Factors in the Etiology of Bruxism. *Journal of orofacial pain*. 23(2): 153–166.

- Manfredini, D., Piccotti, F. & Guarda-Nardini, L. (2010). Hyaluronic Acid In the Treatment of TMJ Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Cranio: the journal of craniomandibular practice*. 28(3): 166–176.
- Manfredini, D., Poggio, C.E. & Lobbezoo, F. (2014). Is bruxism a risk factor for dental implants? A systematic review of the literature. *Clin Implant Dent Relat Res*. 16(3): 460–469.
- Minakuchi, H., Fujisawa, M., Abe, Y., Iida, T., Oki, K., Okura, K., Tanabe, N. & Nishiyama, A. (2022). Managements of sleep bruxism in adult: A systematic review. *Jpn Dent Sci Rev*. 58: 124–136.
- Mitrowska-Guźmińska, M., Gębska, M., Jonko, K. et al. (2022). Effect of Personality Type on the Occurrence of Temporomandibular Disorders-A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(1): 352.
- Moraes, A.R., Sanches, M.L., Ribeiro, E.C., Guimarães, A.S. (2013). Therapeutic exercises for the control of temporomandibular disorders. *Dental Press J Orthod*. 18: 134–139.
- Motghare, V., Kumar, J., Kamate, S., Kushwaha, S., Anand, R., Gupta, N., Gupta, B. & Singh, I. (2015). Association Between Harmful Oral Habits and Sign and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders Among Adolescents. *J Clin Diagn Res*. 9(8): 45–48.
- Muzulan, C.F., Gonçalves, M.I. (2011). Recreational strategies for the elimination of pacifier and finger sucking habits. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 23(1): 66–70.
- Nitecka-Buchta, A., Walczynska-Dragon, K., Batko-Kapustecka, J. & Wieckiewicz, M. (2018). Comparison between Collagen and Lidocaine Intramuscular Injections in Terms of Their Efficiency in Decreasing Myofascial Pain within Masseter Muscles: A Randomized, Single-Blind Controlled Trial. *Pain Res Manag*. 2018: 8261090.
- Ré, J.P., Pérez Ureña, C., Darmouni, L., Carlier, J. & Orthlieb, J.D. (2009). The occlusal splint therapy. *International journal of stomatology & occlusion medicine*. 2(2): 82–86.
- Restrepo, C.C., Vásquez, L.M., Alvarez, M. & Valencia, I. (2008). Personality traits and temporomandibular disorders in a group of children with bruxing behaviour. *J Oral Rehabil*. 35(8): 585–593.
- Rothbaum, B., Meadows, E. & Resick, P. (2012). Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Traumatic Stress*. 13.
- Sabuncuoglu, O., Oregul, C., Bikmazer, A. & Kaynar, S.Y. (2014). Breastfeeding and Parafunctional Oral Habits in Children With and Without Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder. *Breastfeeding medicine*. 9(5).
- Saito, M., Yamaguchi, T., Mikami, S., Watanabe, K., Gotouda, A., Okada, K., Hishikawa, R., Shibuya, E. & Lavigne, G. (2013). Temporal association between sleep apnea – hypopnea and sleep bruxism events. *Journal of sleep research*. 23(2).
- Serra-Negra, J.M., Ramos-Jorge, M.L., Flores-Mendoza, C.E., Paiva, S.M. & Pordeus, I.A. (2009). Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. *Int J Paediatr Dent*. 19(5): 309–317.
- Strelau, J. (2023). *Różnice indywidualne*. Scholar Wydawnictwo Naukowe.
- Wilmont, P., Saczuk, K., Pawlak, Ł. & Łukomska-Szymańska, M. (2018). The most commonly used methods of treatment for bruxism – a literature review. *J Stoma*. 71(4): 350–355.
- Woods, D.W., Murray, L.K., Fuqua, R.W., Seif, T.A., Boyer, L.J. & Siah, A. (1999). Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral–digital habits in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 30(4): 289–300.
- Yap, A.U., Dewi, N.L., Pragustine, Y. & Marpaung, C. (2023). Oral behaviors in young adults: a multidimensional evaluation of the influence of personality, coping, and distress. *Clin Oral Investig*. 27(9): 5083–5093.

4. Ból

Karolina Bernacka, Ewa Michalczyk

Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (International Association for the Study of Pain, IASP) **ból** jest określany jako przykre doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnie zagrażającym uszkodzeniem ciała. Definicja ta została rozszerzona o kilka kluczowych uwag, aby podkreślić złożoność problematyki:

- werbalny opis odczuć bólowych jest tylko jedną z form jego wyrażania, a niemożność komunikacji w tej formie nie oznacza braku cierpienia jednostki,
- ból jest zawsze doświadczeniem osobistym, modulowanym przez czynniki biologiczne, społeczne i psychologiczne,
- chociaż ból pełni rolę adaptacyjną w życiu człowieka, informując o nieprawidłowościach i zagrożeniu organizmu, jego występowanie może mieć niekorzystny wpływ na społeczne i psychologiczne funkcjonowanie,
- nocicepcja i ból to różne zjawiska, to nie tylko aktywność neuronów,
- ludzie poznają zjawisko bólu poprzez własne doświadczenia życiowe,
- należy respektować indywidualne doświadczenie bólowe (International Association for the Study of Pain, 2020).

Doświadczenia związane z bólem tworzą często postawę obronną, ponieważ kojarzenie bólu z konkretnym wydarzeniem wyzwała lęk i niechęć do jego powtarzania. Przykładem takiej zależności jest leczenie stomatologiczne. Ból w stomatologii to zjawisko ważne i często występujące, z uwagi na budowę anatomiczno-fizjologiczną leczonego obszaru, które w istotny sposób wiąże się z lękiem (lęk stomatologiczny). Odczuwanie bólu związanego z chorobami zębów i przyzębia jest osobniczo zmienne, subiektywne, zależy nie tylko od siły bodźca i stopnia zaawansowania stanu zapalnego, ale również od indywidualnej tolerancji na działający bodziec bólowy, interpretacji skutków działania bodźca oraz od ogólnego stanu zdrowia czy nawet pory dnia (Wypyszewska i in., 2018).

4.1. Odczuwanie bólu – mechanizm fizjologiczny i psychologiczny

Bodźce bólowe, uszkadzające lub mogące uszkodzić tkankę, wywołują różne reakcje organizmu, osobniczo zmienne, które jednak można rozpatrywać w 5 aspektach: psychicznym, ruchowym, wegetatywnym, hormonalnym oraz immunologicznym, ponieważ bodziec bólowy uruchamia całą kaskadę mechanizmów (tab. 4.1).

Tabela 4.1. Różne reakcje organizmu na ból

Rodzaj reakcji organizmu	Mechanizm	Przykład zachowania, objaw
Psychiczna	przy bólu ostrym pojawia się lęk, a przy przewlekłym spadek nastroju	zmniejszenie lub zwiększenie aktywności, reakcja stresowa
Ruchowa	wzmoczone napięcie mięśniowe	reakcja obronna, np. cofnięcie ręki przed gorącym przedmiotem
Wegetatywna	pobudzenie układu współczulnego	tachykardia, wzrost ciśnienia, biegunka, potliwość, rozszerzenie źrenic
Hormonalna	stymulacja osi podwzgórze-przysadka-nadnercza	reakcja stresowa – wydzielanie kortyzolu
Odpornościowa	krótkotrwały ból stymuluje, a długotrwały hamuje reakcję immunologiczną	limfocytoza lub limfocytopenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wypyszewska i in. (2018).

U fizjologicznych podstaw odczuwania i uświadamiania doznań bólowych leży tak zwana **nocycepcja**, która obejmuje 4 etapy:

- **transdukcję** – zamiana informacji energii działającego bodźca na impuls elektryczny;
- **transmisję** – przewodzenie impulsu do rogów tylnych rdzenia kręgowego i dalej do OUN;
- **modulację** – pobudzanie, hamowanie i sumowanie bodźców;
- **percepcję** – uświadomienie istnienia bólu, poddanie go ocenie na poziomie mózgowia oraz reakcja afektywna (Dobrogowski & Wordliczek, 2004).

Bodziec bólowy pobudza receptory bólowe znajdujące się na zakończeniach nerwowych. Stymulacja receptorów powoduje zamianę energii bodźca w impuls elektryczny (transdukcja), który jest następnie przewodzony (transmisja) przez 2 rodzaje włókien nerwowych – wolne niezmielinizowane włókna C i szybkie, zmielinizowane włókna A delta. Różnice między rodzajami włókien przedstawiono w tabeli 4.2.

Tabela 4.2. Różnice między włóknami C i A

Włókna C (ból przewlekły, długotrwały)	Włókna A (ból ostry, szybki)
• Włókna są cienkie i bardziej narażone na uszkodzenie z uwagi na brak osłonki mielinowej. • Z powodu braku osłonki przewodzą bodźce wolniej, z prędkością ok. 0,5–2 m/s. • Bodźce bólowe sumują się, wywołując powstanie fali bólu. • Tworzą siatkę włókien, przez co obszar odczuwanego bólu jest rozległy, dlatego chory jest w stanie tylko w przybliżeniu zlokalizować dolegliwości bólowe. • Reagują na bodźce mechaniczne, termiczne, chemiczne. • Oprócz bólu przewodzą również świąd (receptory histaminowe). • Ból przewodzony przez te włókna jest określany przez chorych jako szarpiący, rwący, pulsujący.	• Pozwalają na precyzyjne określenie miejsca bólu, ze względu na ograniczone pola receptorowe (np. ukłucie igłą). • Impulsy przewodzone są szybko, co pozwala na szybką reakcję ucieczki lub walki. • Receptory są zawsze w stanie gotowości. • Mało receptorów opioidowych. • Trudno jest modyfikować ból przewodzony przez te włókna za pomocą środków analgetycznych (inaczej niż w przypadku włókien C).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Żylicz & Krajnik (2003).

Kolejnym piętnem, do którego dochodzi sygnał bólowy, jest śródmózgowie i rdzeń przedłużony. To tutaj zaczyna się droga zstępująca hamująca lub podtrzymująca przewodzenie bólu. Bodźce są przekazywane następnie do wzgórza, skąd docierają do kory mózgowej. Percepcja bólu modyfikowana jest ostatecznie przez ośrodki w korze mózgowej. Bodźce fizyczne wysyłane są do kory somatosensorycznej, bodźce czuciowo-emocjonalne do układu limbicznego, procesy myślowe związane z odczuwaniem bólu odbywają się natomiast w korze czołowej (Żylicz & Krajnik, 2003).

Mechanizm psychologiczny bólu

Ból jest nie tylko zjawiskiem fizycznym, ale również psychicznym i ma związek z ostatnim etapem drogi przewodzenia bodźca bólowego, czyli interpretacją w ośrodkach korowych mózgu. Jest objawem cierpienia z powodu choroby, urazu, stanu zapalnego. Jej natężenie, a także sposób reagowania wynikają z czynników indywidualnych, zarówno biologicznych, jak i psychologicznych, a także kulturowych i społecznych uwarunkowań. Dodatkowo doświadczanie bólu przewlekłego powoduje labilność emocjonalną, może doprowadzać do stanu wyczerpania psychicznego i depresji. Ból powoduje pogorszenie jakości życia. Wynika to z trwania organizmu w stanie ciągłej gotowości, w oczekiwaniu na kolejny atak bólu, trudności w skupieniu uwagi, wykluczenie z niektórych aktywności i wykonywania podstawowych codziennych czynności. Obserwuje się też zależność odwrotną – stan psychiczny chorego wpływa na odczuwanie bólu. Istotną rolę odgrywają składowe osobowości pacjenta, szczególnie w odczuwaniu bólu przewlekłego. Lęk i depresja zwiększają wrażliwość na doznania bólów, dlatego przy dokonywaniu jego oceny należy brać pod uwagę nie tylko stan fizyczny, lecz również czynniki, które mogą zwiększać odczuwanie, np.: gorączka, bezsenność, zmęczenie, niepokój, lęk, zaburzenia osobowości, depresja, dystymia, nerwica, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, samotność, odczucie odizolowania od społeczeństwa, brak wiary w skuteczność leczenia. Wcześniejsze bolesne doświadczenia urazu lub choroby mogą również wpływać na wrażliwość, percepcję odbieranie i reagowanie emocjonalne na ból (Przybyłko & Walesa, 2016).

Ciekawym zagadnieniem jest zjawisko **pamięci bólowej**. Doświadczenia z przeszłości, którym towarzyszył ból, mają wpływ na sposób, w jaki dana osoba będzie go odczuwała przy kolejnych epizodach bólowych. Sposób, w jaki zapamięta poprzednie wydarzenie, będzie ważniejszy niż faktyczna intensywność przyszłych doznań. Jeśli wydarzenie będzie zapamiętane jako silniejsze niż było w rzeczywistości, będzie prowadzić do mocniejszego odczuwania bólu, wzmożonego lęku, a w konsekwencji do unikania np. zabiegów stomatologicznych i rozwoju przewlekłych problemów (Noel i in., 2012).

Zespół Badania Bólu Instytutu Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego przeprowadził badania dotyczące pamięci bólu wywołanego eksperymentalnie, związanego z m.in. nieinwazyjnymi procedurami stomatologicznymi. Badano emocje towarzyszące doświadczeniom bólowym. Oprócz emocji negatywnych równolegle badano znaczenie afektu pozytywnego w kształtowaniu się pamięci bólu dentystycznego. W badaniach wykazano, że zarówno siła bólu, jak i nieprzyjemne doznania wywołane nieinwazyjnym zabiegiem wypełnienia ubytku próchnicowego zostały dokładnie zapamiętane. Nie miały one jednak wpływu na kształtowanie pamięci bólu. Znaczenie miał pozytywny afekt oraz lęk, którego doświadczali badani po zakończeniu zabiegu. Wyniki analizy pokazują, że pamięć bólu pozostaje pod znaczącym wpływem czynników afektywnych – nawet jeśli ból pamiętany jest dokładnie, to jego pamięć nie musi zależeć od intensywności i siły doświadczenia bólowego (Bąbel, 2014). W kolejnych badaniach wykazano, że zniekształcenia

pamięci bólu wystąpiły również u osób o wysokim poziomie lęku przed zabiegami dentystycznymi. Rezultaty wskazują, że osoby o wysokim poziomie lęku dentystycznego, jako cechy, mogą być bardziej podatne na zniekształcenia pamięci bólu, polegające na pamiętaniu go jako słabszego niż był w rzeczywistości (Bąbel & Krzemień, 2015).

Czy reakcja na ból może być wyuczona?

Zgodnie z teorią społecznego uczenia się Bandury, ludzie zdobywają wiedzę o swoim środowisku i kształtują zachowanie przez społeczne uczenie się, czyli obserwację zachowań innych osób (Bandura, 1985). Badania Bootzin i Caspi pokazały, że obserwacja innej osoby odczuwającej złagodzenie lub zaostrzenie bólu, może wywołać analogiczną reakcję u obserwatora. Uczenie się przez **obserwację** leży więc u podstaw zmniejszenia bólu, zlikwidowania go lub zaostrzenia. Zjawisko to może się odbywać poprzez:

- modelowanie behawioralne, czyli bezpośrednią obserwację;
- modelowanie symboliczne, czyli obserwacja obrazowej reprezentacji (np. na filmie);
- modelowanie werbalne, czyli opis zachowania związanego z bólem (np. ocena bólu przez innych – „bardzo mnie bolało”) (Bootzin & Caspi, 2017).

Inne badania wykazały, że reakcje bólowe mogą być kształtowane również przez takie formy uczenia się, jak: warunkowanie klasyczne, instrumentalne oraz uczenie instruktażowe (Koban & Wager, 2016). Według badań Bajcar i Bąbel charakter informacji różni się w zależności od sposobu uczenia się reakcji bólowej, a modelowanie behawioralne przekazuje najszersze spektrum informacji o przeżywanym bólu (werbalne i niewerbalne zachowania bólowe, jak ruchy ciała, grymas twarzy, krzyk, płacz itd.). Autorzy dodają również, że cechy osobowe obserwatora, takie jak empatia, mogą być istotne w przetwarzaniu doświadczeń bólowych innych osób (Bajcar & Bąbel, 2018).

Z doświadczeń autorek wynika, że w codziennej praktyce klinicznej naturalna obserwacja ma miejsce również w poczekalni gabinetu stomatologicznego – dźwięki dochodzące z gabinetu, wyraz twarzy pacjenta wychodzącego z gabinetu, obserwacja przez dziecko własnego rodzica siadającego na fotel. Warto zadbać, aby te bodźce były raczej przyjazne, dodające otuchy, wtedy jest większa szansa, że obniży się stres u pacjenta, a ewentualne doznania bólowe również będą mniejsze.

4.2. Rodzaje bólu

Biorąc pod uwagę szybkość i czas trwania reakcji na bodziec bólowy, ból można sklasyfikować jako ostry (fizjologiczny) i przewlekły (patologiczny) – tabela 4.3.

Ból ostry jest, według definicji, naturalną, fizjologiczną reakcją organizmu na zagrażający bodziec mechaniczny, chemiczny lub termiczny, związany z przerwaniem ciągłości tkanek, urazem lub stanem zapalnym. Ostra odpowiedź bólowa pełni funkcję ostrzegawczo-obronną, ostrzegając o zbliżającym się niebezpieczeństwie. Ból przewlekły to nieprawidłowa, przedłużona reakcja na bodziec bólowy, która trwa dłużej niż przeciętny czas gojenia tkanek (co najmniej 3 miesiące). Ból chroniczny nie spełnia zatem funkcji ostrzegawczo-obronnej. Powoduje natomiast, że chora część ciała (np. kończyna) jest chroniona, „unieruchamiana” i nieużywana, co ma ułatwić proces zdrowienia (Kocot-Kępska i in., 2018).

Tabela 4.3. Różnice między bólem ostrym i przewlekłym

Cecha	Ból ostry	Ból przewlekły
Skuteczność leczenia	skuteczne	mniej skuteczne
Recepcja	częściej receptorowy	częściej pozareceptorowy
Reakcja na ból: psychiczna ruchowa autonomiczna	ostra – lękowa obronna – ucieczkowa widoczna – naczynioruchowa, potowydzielnicza itp.	przewlekła – depresyjna napięcie mięśniowe niewidoczny udział w modulacji i utrwalaniu bólu
Przyczyna	objaw urazu lub choroby	jest cierpieniem i chorobą, następstwem urazu bądź choroby
Przewodzenie	włókna A-delta, droga rdzeniowo-wzgórzowa	włókna A-delta i C, układ wielosynaptyczny, droga rdzeniowo-wzgórzowa
Natężenie	duże	mniejsze
Następstwa	przemijające	trwałe
Czas trwania	do miesiąca	> 3 miesiące

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Domżał (2008).

Ból przewlekły trudniej zdiagnozować oraz leczyć, dodatkowo prowadzi do wielu konsekwencji i zmian strukturalnych oraz funkcjonalnych w organizmie. Wpływa również na strukturę i funkcje mózgu, co objawia się zmianami w zachowaniu, zaburzeniami psychicznymi, emocjonalnymi, upośledzeniem funkcji poznawczych, a także zaburzeniami w przepływie mózgowym krwi oraz ubytkiem neuronów w korze mózgowej i wzgórzu (Apkarian i in., 2004). W przebiegu bólu przewlekłego zarejestrowano zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi występujące nawet u 80% badanych (Kreitler, 2007), którym często towarzyszy brak snu lub jego zaburzenia (np. trudności w zasypianiu, wybudzanie się). Przewlekły ból powoduje zmniejszenie gęstości tkanki nerwowej w korze mózgu odpowiedzialnej za percepcję bólu, głównie w okolicy przedczołowej, a także w jądrach wzgórza, świadczącą o ubytku neuronów, który postępuje w tempie 0,5% rocznie. Dochodzi również do obniżenia przepływu mózgowego we wzgórzu oraz w jądrach podstawy. W przypadku bólu ostrego jest odwrotnie – przepływ jest wzmożony, co może się wiązać z zaburzeniami czynności poznawczych (Baliki, Apkarian, 2006, za: Domżał, 2008).

4.3. Ocena nasilenia bólu

Pierwszy etap diagnostyki bólu obejmuje rozmowę z pacjentem i zebranie dogłębnego wywiadu. Dobrze skonstruowana wizyta i sprytnie zadane pytania nakierowują pacjenta i pozwalają na obiektywną ocenę bólu i wstępną diagnozę. Najistotniejsze dla lekarza będą informacje na temat: **początku bólu, natężenia, jego lokalizacji, charakteru bólu** (np. kłujący, tętniący, ból na zmianę temperatury, podczas gryzienia), **czasu trwania, częstości występowania, objawów towarzyszących** (zaczernienie, zawroty głowy, obrzęk, gorączka), **czynników łagodzących**, „zachowań bólowych” (Wypyszewska & Kopański, 2018).

Narzędzia do oceny bólu

W stomatologii narzędzia te mają zastosowanie głównie w przypadkach bólów przewlekłych, neuralgiach, neuropatiach czy bólach pochodzenia idiopatycznego. Powinny być rzetelne, trafne i użyteczne. Wyniki uzyskiwane w trakcie innych, podobnych badań, powinny być do siebie zbliżone, powtarzalne, względnie krótkie, opisujące ból i informujące o tym, jak pacjent sobie z nim radzi. Pomiaru bólu można dokonać poprzez samoopis (kwestionariusze, diagramy, skale), obserwację zachowań pacjenta oraz analizę jego sprawności (Wypyszewska & Kopański, 2018).

Metody samoopisowe:

- **diagramy** (umieszczenie bólu na uproszczonej mapie ciała człowieka – mapy bólu);
- **kwestionariusze** (opis bólu przez pacjenta).

Najczęściej używanymi kwestionariuszami do oceny bólu przewlekłego w praktyce lekarza dentyści są:

- **McGill Pain Questionnaire (MPQ)** i jego skrócona wersja **MPQ-SF** – to metoda ilościowej i jakościowej oceny bólu, najczęściej używana do oceny nasilenia bólu przewlekłego, głównie w praktyce stomatologicznej. Pozwala uzyskać wskaźnik całkowitej oceny bólu, wskaźnik objawów sensorycznych, afektywnych i wskaźnik oceniający (Wypyszewska & Kopański, 2018).
- **DN4** – kwestionariusz ma zastosowanie kliniczne; służy do badania bólu neuropatycznego na oddziałach chirurgii szczękowej we Francji (Bouhassira, 2005).
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).**
- **Multidimensional Pain Inventory (MPI)** (Kern & Turk, 1985).
- **Brief Pain Inventory (BPI)** (Pfleger, 2013).
- **Skale** (Wypyszewska & Kopański, 2018) – do oceny bólu ostrego i przewlekłego:
 - słowne skale oceny,
 - skale numeryczne,
 - skale wizualno-analogowe – to jedno z prostszych i najczęściej używanych narzędzi, dzięki któremu można zmierzyć punktowe natężenie bólu w obecnej chwili i retrospekcyjnie (np. ból silniejszy w ciągu ostatnich 8 dni); skala występuje w formie linii prostej, poziomej bądź pionowej, ale też spotykana jest w innych wersjach graficznych; pozwala badającemu obserwować i kontrolować natężenie bólu w danym przedziale czasowym (nagłe pogorszenie, efekt leczenia); skala ta nie jest stosowana u dzieci poniżej 5 r.ż.
- **Skale oceny bólu u dzieci: MIPS/NIPS** (Modified Infant Pain Scale/Neonatal Infant Pain Scale), **FLACC** (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale), **Finger Span Scale**, **WBS** – Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (6–8 lat) (Wypyszewska & Kopański, 2018).

Metoda obserwacji – pacjent jest opisywany z zewnątrz (przez inne osoby); zwraca się uwagę na tzw. zachowanie bólowe pacjenta, głównie na mimikę twarzy, drażliwość, sposób wypowiedzania się, gestykulację, postawę ciała, sposób poruszania się, utykanie, gesty w kierunku miejsca bólu (Wypyszewska & Kopański, 2018).

4.4. Interwencje w kontroli bólu u pacjentów stomatologicznych

Ból jest jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się do leczenia stomatologicznego. Lekarz przede wszystkim musi zdiagnozować przyczynę bólu, zastosować odpowiednie leczenie stomatologiczne i farmakologiczne, w tym znieczulenie. Obszar jamy ustnej jest wyjątkowo wrażliwy na bodźce, z powodu obfitego unerwienia oraz unaczynienia. Jama ustna jest unerwiona czuciowo przez drugą i trzecią gałąź nerwu trójdzielnego (Łasiński, 1985). Receptory bólowe zlokalizowane są nie tylko w samych zębach, ale również w strukturach i tkankach je otaczających. Wrażliwość na ból różnych obszarów jamy ustnej nie jest jednakowa. Najmniejszą obserwuje się w obrębie migdałków i łuków podniebiennych, przy czym stopniowo zwiększa się w rejonie podniebienia miękkiego i przedniej części jamy ustnej. Wargi i koniec języka są bardziej wrażliwe na bodźce bólowe, brzęgi mniej. Zęby są bardzo wrażliwe na bodźce bólowe, ze względu na swoją budowę anatomiczną (obfite unerwienie). Z tego powodu odpowiedź bólowa stanowi reakcję na jakikolwiek, nawet najmniejszy bodziec. Uszkodzenie tkanek twardych (pod wpływem urazu lub próchnicy), którymi otoczona jest miazga, doprowadza do odsłonięcia kanalików zębinowych, gdzie znajdują się zakończenia nerwowe komunikujące się z miazgą. Podrażnienie zakończeń nerwowych podczas stanu zapalnego lub leczenia stomatologicznego wiąże się z silną reakcją bólową. Szczególnie czuła jest okostna, a także tkanka kostna, ze względu na obfite unerwienie warstwy wewnętrznej (Dorski, 1955, za: Pasternak & Woroń, 2021), dlatego częste w chirurgii stomatologicznej zabiegi kostne należą do najbardziej bolesnych. Ta specyfika anatomiczna sprawia, że wszelkie odczucia bólowe związane ze stanem zapalnym w jamie ustnej oraz zabiegami w tym obszarze są zazwyczaj silniejsze niż w innych częściach ciała (Jańczuk, 2005).

4.4.1. Znieczulenie miejscowe

Znieczulenie miejscowe jest obecnie podstawą śródzabiegowej kontroli bólu w praktyce stomatologicznej. Blokuje ono transmisję bodźców bólowych do OUN. Po znieczuleniu wyłączone zostają w pierwszej kolejności bodźce termiczne (najpierw zimno, potem ciepło), następnie bólowe. Wrażenie dotyku i ucisku blokowane jest najpóźniej i najslabiej, dlatego też przed zabiegami chirurgii stomatologicznej w znieczuleniu miejscowym należy uprzedzić pacjenta o możliwości odczuwania nacisku, mimo eliminacji bólu śródzabiegowego (Olszanecki, 2019, za: Pasternak & Woroń, 2021).

Najczęściej stosowanymi środkami znieczulenia miejscowego są **pochodne amidowe**, takie jak artykaina, a także lidokaina i mepiwakaina. Wszystkie miejscowe środki znieczulające – poza kokainą – rozszerzają naczynia krwionośne (wykazują właściwości wazodylatacyjne). Z tego powodu do większości stomatologicznych preparatów znieczulających dodaje się **leki zwężające naczynia krwionośne** (wazokonstryktory), najczęściej **aminy katecholowe** – adrenalinę (epinefrynę) i noradrenalinę (norepinefrynę). Dodany do roztworu środka znieczulającego wazokonstryktor zapewnia wydłużenie anestezji, ponieważ spowalnia proces wchłaniania leku z miejsca podania do krwiobiegu. Dodatkowo powoduje anemizację tkanek, co skutkuje lepszą hemostazą pola operacyjnego podczas zabiegów chirurgicznych (Moodley, 2017, za: Pasternak & Woroń, 2021).

Środki miejscowo znieczulające w stomatologii podaje się najczęściej **techniką znieczulenia nasiękowego oraz przewodowego**. W przypadku trudności w uzyskaniu odpowiedniego poziomu znieczulenia, np. w zapaleniu miazgi, pomocne jest **znieczulenie domiazgowe**, podawane po niewielkim strepanowaniu komory. Istotne znaczenie ma również znieczulenie powierzchniowe (najczęściej lidokaina, lignokaina, benzokaina) stosowane w celu znieczulenia śluzówki jamy ustnej przed wkłuciem w postaci żelu lub sprayu (Pasternak & Woroń, 2022).

4.4.2. Techniki pomocnicze przy znieczuleniu oraz metody behawioralne

Oprócz wyboru odpowiedniego środka znieczulającego miejscowo istotna jest również sama technika podawania i obserwacja reakcji pacjenta podczas deponowania substancji. Ma to większe znaczenie niż samo działanie znieczulenia, ponieważ podawanie jest nieprzyjemne i czasem określane jako najbardziej bolesna część zabiegu stomatologicznego. Takie doświadczenie może powodować nieprzyjemne skojarzenia podczas kolejnych wizyt u stomatologa i prowadzić do wystąpienia lęku, szczególnie u dzieci.

Do **technik zmniejszających dyskomfort podczas podawania** znieczulenia zalicza się:

- podawanie znieczulenia powierzchniowego,
- ochłodzenie śluzówki w miejscu wkłucia (lód lub patyczki higieniczne z zamrożoną watką),
- wybór możliwie najcieńszej igły,
- podgrzanie roztworu do temperatury ciała,
- powolne deponowanie roztworu,
- wybór znieczulenia wspomagany komputerowo,
- metody behawioralne i dystrykcyjne (przydatne szczególnie u dzieci, ale również u dorosłych) (Pasternak & Woroń, 2022).

Postępowanie behawioralne jest konieczne we wszystkich zabiegach stomatologii dziecięcej, szczególnie w momentach przygotowania i podawania znieczulenia miejscowego. Pomocne okazują się metody dystrykcyjne, odwracające uwagę od nieprzyjemnego i budzącego obawy zabiegu, takie jak (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021):

- odpowiednio zaprojektowane otoczenie (np. przyjemne kolory, dekoracje, rośliny),
- muzyka w tle,
- wyświetlanie obrazu/bajki na ekranie monitora (szczególnie przydatne u dzieci), okulary VR (*virtual reality*),
- odwracanie uwagi za pomocą rozmowy,
- kamuflowanie igły (np. nakładka w kształcie krokodyla),
- chwilowe przerwanie zabiegu,
- ustalenie przed zabiegiem możliwości zgłaszania dyskomfortu przez pacjenta (np. przez podniesienie ręki) i kontrolowanie w ten sposób momentu przerwania zabiegu (u dzieci liczenie do 3 i przerwa),
- ćwiczenia oddechowe,
- zachęcanie do wykonywania spokojnych, głębokich oddechów podczas wykonywania znieczulenia,
- ściskanie w ręce piłeczki lub innego przedmiotu.

Ciekawym przykładem dystrakcji jest przerzucenie i skupienie uwagi na inną część ciała. Może być to poruszanie nogą lub ćwiczenie „pisanie nogą w powietrzu” – na przykład podczas podawania znieczulenia pacjent pisze stopą w powietrzu litery swojego imienia (Aghababaie i in., 2020).

4.4.3. Hipnoza i trening Jacobsona

Jeśli pozwalają na to warunki w gabinecie, metodami pomocnymi w obniżeniu lęku, bólu i dyskomfortu może być hipnoza (więcej w rozdziale 7) lub trening Jacobsona, który polega na rozluźnianiu kolejnych grup mięśni szkieletowych według słyszanej instrukcji. Metody behawioralne mają na celu zmniejszenie poziom lęku i niepokoju pacjenta (więcej w rozdziałach 2 i 11). Przy obniżonym lęku odczucia związane z wykonywanymi czynnościami są bardziej komfortowe dla pacjenta. Poza tym pacjent czuje się otoczony opieką, co zwiększa zaufanie do lekarza podczas wizyty (Sabherwal i in., 2021, za: Pasternak & Woroń, 2022).

4.4.4. Sedacja farmakologiczna

W przypadku bardzo nasilonego lęku lub utrudnionej współpracy (np. dzieci lub osoby z niepełnosprawnością) coraz częściej znajduje zastosowanie metoda sedacji farmakologicznej. Polega na podaniu środków farmakologicznych, które pozwalają na osiągnięcie stanu zmniejszonej świadomości oraz wrażliwości na bodźce zewnętrzne. W efekcie obserwuje się u pacjenta osłabioną odpowiedź czuciową, emocjonalną, ruchową i autonomiczną na nieprzyjemne bodźce, związane z leczeniem lub badaniem, przy jednoczesnym zachowaniu stanu przytomności i odruchów obronnych (Donaldson i in., 2007). Sedacja ma na celu między innymi zwiększenie komfortu psychicznego, zminimalizowanie bólu fizycznego, kontrolę lęku i niepokoju, co w rezultacie przekłada się na lepsze doświadczenia związane z leczeniem (The American College of Emergency Physicians, 2020, za: Świątkowska & Świątkowska-Bury, 2020). Wyróżnia się cztery stopnie sedacji: minimalną (płytką), umiarkowaną, głęboką oraz znieczulenie ogólne. Zależnie od głębokości sedacji zmienia się poziom świadomości i reakcji pacjenta – od pełnej świadomości aż do całkowitego jej braku. W stomatologii najczęściej wykorzystuje się sedację minimalną, a środkami wykorzystywanymi w tym celu są: podtlenek azotu w formie wziewnej, hydroksyzyna, krótko działające benzodiazepiny (midazolam). Zastosowanie pozostałych form sedacji wymaga obecności anestezjologa (Świątkowska & Świątkowska-Bury, 2020).

4.5. Kontrola bólu przewlekłego

Do tej pory omówiono przykłady kontroli bólu ostrego, występującego głównie podczas zabiegów stomatologicznych. Pacjenci jednak zmagają się również z bólem przewlekłym, który może występować na przykład po zabiegach z zakresu chirurgii stomatologicznej. Podczas zabiegu ból jest kontrolowany za pomocą znieczulenia miejscowego lub ogólnego, natomiast dolegliwości zaczynają się, gdy śródoperacyjne znieczulenie przestanie działać.

4.5.1. Farmakoterapia

Lekami stosowanymi w pierwszej kolejności są **niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)**, przy czym w tego typu opiece pozabiegowej zalecane jest obecnie łączenie środków farmakologicznych działających na różnych poziomach przewodzenia i modulacji bodźca bólowego, co zwiększa ich skuteczność (tab. 4.4).

Tabela 4.4. Zestawienie działania różnych środków farmakologicznych

Rodzaj środka farmakologicznego	Działanie
Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i selektywne inhibitory COX-2	wpływ na transdukcję bodźca bólowego
Blokady regionalne (środki znieczulenia miejscowego)	wpływ na przewodzenie
Opioidy, klonidyna, selektywne inhibitory COX-2, ketamina i gabapentyna	wpływ na modulację/percepcję
Leki przeciwdepresyjne	reakcja OUN

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Frelich-Truchell i in., (2023).

Gabapentyna jest lekiem z grupy środków stosowanych w leczeniu padaczki i bólu neuropatycznego. Badania kliniczne wykazały ich przydatność w leczeniu bólu ostrego, co pozwala zmniejszyć dawki opioidów. Długoterminowe obserwacje wykazały niższy odsetek przetrwałego bólu pooperacyjnego. W badaniach Frelich-Truchel i in. (2023) zaobserwowano mniejsze dolegliwości w pierwszych 12 h po zabiegu po podaniu gabapentyny.

4.5.2. Terapia poznawczo-behawioralna

Psychologiczne podejście do zjawiska bólu wyjaśnia jego interpretację przez cierpiącego oraz wskazuje możliwości terapeutyczne. W poznawczo-behawioralnym modelu bólu przewlekłego Leeuw i in. (2007) podkreślają, jak ważną rolę odgrywa związany z nim lęk. Pacjent ma tendencję do katastrofizacji („zawsze będzie mnie bolało”), unika aktywności fizycznej, którą uznaje za czynnik powodujący ból. W konsekwencji dochodzi do obniżenia sprawności fizycznej i bierności, co przyczynia się do rozwoju depresji. Jest to mechanizm działający na zasadzie błędnego koła. Unikanie stanowi tu czynnik podtrzymujący zaburzenie. Kluczowa w zmniejszeniu lęku i wyjściu z błędnego koła jest konfrontacja, czyli stopniowa ekspozycja na źródło lęku w kontrolowanych warunkach. Pozwala ona radzić sobie z reakcją lękową, przekłada się bezpośrednio na protokół terapeutyczny i sposób prowadzenia terapii. Przykład takiego protokołu zaproponował Murphy (2014). Terminy związane z nurtem poznawczo-behawioralnym to „myśli automatyczne”, „zniekształcenia poznawcze” i „schematy poznawcze”. Na przykład: „mają mnie za słabego”, „nigdy już nie będzie lepiej”. Schematy poznawcze, jako rodzaj filtru umysłowego, leżą u podstaw myśli automatycznych. Selekcjonują bodźce z otoczenia, nadają im znaczenie, a także są podstawą nieprzyjemnych emocji. Praca terapeutyczna polega na zmianie błędów w myśleniu i zwróceniu uwagi na efektywne radzenie sobie z bólem (Kuty-Pachecka & Trzebińska, 2018).

4.6. Neuralgia i neuropatia nerwu trójdzielnego

Innym przykładem zespołu bólu przewlekłego w stomatologii jest ból w przebiegu neuralgii nerwu trójdzielnego. Jest to schorzenie, któremu towarzyszą jedne z najsilniejszych dolegliwości bólowych. Neuralgia upośledza normalne funkcjonowanie. Może być leczona **farmakologicznie** (leki przeciwpadaczkowe) oraz **metodami inwazyjnymi**. Wiele pacjentów decyduje się na zastosowanie procedur inwazyjnych, a te z kolei mogą być jedną z przyczyn wystąpienia bolesnej neuropatii trójdzielnej. Może ona również być wynikiem procedur stomatologicznych (ekstrakcje, implanty, znieczulenie do zabiegów stomatologicznych, leczenie endodontyczne), chirurgii stomatologicznej, chirurgii twarzoczaszki (nowotwory) i głowy oraz urazów (Przeklasa-Muszyńska i in., 2023).

Bolesna neuropatia trójdzielna według International Headache Society (IHS) określana jest jako ból twarzy w zakresie jednej lub więcej gałęzi nerwu trójdzielnego. Chory opisuje pieczenie, ściskanie, mrowienie (Finnerup i in., 2021, za: Przeklasa-Muszyńska i in., 2023). W przeciwieństwie do neuralgii trójdzielnej, krótkie napady bólu nie są dominujące, raczej jest to ból stały. Obszary odczuwania dolegliwości są znacznie większe niż punkty spustowe w przypadku neuralgii trójdzielnej.

Wśród **metod leczenia** neuropatii trójdzielnej można wyróżnić:

- leczenie przyczynowe, np. zabiegi mikrochirurgii naprawczej,
- farmakologia: leki znieczulające miejscowo, glikokortykosteroidy, leki antydepresyjne,
- psychoterapia,
- medycyna komplementarna, np. akupunktura,
- ostrzykiwanie toksyną botulinową,
- elektrostymulacja, biostymulacja laserowa,
- termolezja.

Termolezja może być dobrym rozwiązaniem u pacjentów z neuropatią oporną na inne metody lecznicze. Na uwagę zasługuje tu termolezja pulsacyjna (PRF). Zabieg polega na dostarczaniu krótkich impulsów pola elektrycznego (20 ms) o częstotliwości fal radiowych za pomocą elektrody aktywnej, niepowodujących uszkodzenia termicznego. Faza, w której nie ma pola, daje tkankom czas na eliminację energii cieplnej i utrzymanie temperatury poniżej 42°C. Dzięki zastosowaniu odpowiedniej temperatury (40–42°C) przez określony czas, PRF daje efekt neuromodulujący, nie prowadząc jednocześnie do uszkodzenia termicznego nerwu (Chang, 2018).

Studium przypadku

Pacjent, lat 45, zgłosił się na konsultację w celu leczenia periodontologicznego. W trakcie pierwszej wizyty poinformował, iż bardzo trudno znosił dotychczasowe wizyty u stomatologa i to jego pierwsza wizyta od 5 lat. W wywiadzie podał fobiczny strach przed igłą, a co za tym idzie długotrwałe traumatyczne leczenie bez znieczulenia w okresie dziecięcym. Mężczyzna, wypowiadając się, miał problemy z połykaniem, twarz była mocno zaczerwieniona, miał spocone ręce, a pozycja siedząca wydawała się niewygodna, był niespokojny.

Po krótkiej rozmowie stres powoli zaczął opuszczać pacjenta i pozwolił na wstępne badanie jamy ustnej, pomiar głębokości kieszonek i ocenę higieny jamy ustnej. U pacjenta zdiagnozowano zaawansowaną chorobę przyzębia. Poinformowano go, że zabieg kiretażu w miejscowym znie-

czuleniu jest niezbędny, jeśli pacjent chce zachować uzębienie. Plan leczenia i sam zabieg zostały bardzo szczegółowo opisane i zaakceptowane przez pacjenta. Nie zalecono żadnych premedykacji obniżających stres, ale przeciwiczo z pacjentem prostą technikę relaksacyjną, którą zaakceptował i samodzielnie praktykował w domu.

Pacjent zgłosił się na zabieg. Lekarz wraz z asystentką zapewnili mu całkowitą intymność (drzwi zamknięte dla reszty personelu), włączyli cichą, spokojną muzykę i przeprowadzili wstępną rozmowę na rozluźnienie. Poproszono pacjenta o wygodne ułożenie się w fotelu. Asystentka podała rękę mężczyźnie (przekaz ciepła), a lekarz prostymi, zrozumiałymi słowami zwracał się do niego, prosząc o możliwie największą koncentrację na obszarze brzucha: „Wyobraź sobie, że Twój brzuch to balon. Balon, który powoli i regularnie nabiera powietrza... tak bardzo się napina, że próbuje osiągnąć sufitu..., następnie powoli i regularnie wypuszcza powietrze, tak bardzo, że dociera do twojego kręgosłupa. I jeszcze raz itd’ . Bardzo ważne na tym etapie było niewstrzymywanie oddechu, sprawienie, by był on regularny i powolny.

Po 10 minutach pacjent wyraźnie się rozluźnił, jego puls i rytm serca delikatnie zwolniły i powoli zapadał w półhipnozę. Wciąż był w pełni świadomy poleceń, a jednocześnie gotowy był zasnąć. W tym momencie lekarz spokojnym tonem tłumaczył i opisywał dokładnie każdy ruch i gest, zaczął podawać środek znieczulający. Można było oczekiwać reakcji ze strony pacjenta w tym momencie, np ściśnięcia ręki asystentki, ale tak się nie stało.

Na podawanie znieczulenia w stanie głębokiej relaksacji poświęcono około 30 minut. Kiedy ten cel został osiągnięty, zabieg kiretażu zajął jeszcze godzinę i zakończył się pełnym sukcesem (opracowanie na podstawie doświadczenia klinicznego jednej z autorek).

Należy tu zaznaczyć, iż zastosowana metoda relaksacji pozwoliła nie tylko na pomyślne przeprowadzenie zabiegu, ale zapewniła także komfort operującemu (stres pacjentów często udziela się lekarzowi), pozwoliła zdobyć zaufanie i zmotywowała pacjenta do leczenia długoterminowego (regularne kontrole), stając się początkiem prawdziwie funkcjonującej przez lata relacji lekarz–pacjent.

4.7. Pytania i zadania



1. Wymień etapy nocycypcji.
2. Porównaj włókna nerwowe C i włókna A.
3. Wymień różnice między bólem ostrym a przewlekłym.
4. Wymień kwestionariusze, które mogą być przydatne przy pomiarze bólu u pacjentów w gabinecie stomatologicznym.
5. Podaj różne sposoby kontroli bólu ostrego i przewlekłego w stomatologii.
6. Wymień techniki zmniejszające dyskomfort podczas podawania znieczulenia miejscowego.
7. Wyjaśnij zjawisko pamięci bólowej.
8. Opisz, w jaki sposób uczymy się zachowań bólowych.

Bibliografia

- Aghababaei, S.T., Monteiro, J., Stratigaki, E. & Ashley, P.F. (2020). Techniques for effective local anaesthetic administration for the paediatric patient. *British Dental Journal*, 229(12): 779–785.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2021). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, 306–324.
- Apkarian, A.V., Sosa, Y., i in. (2004). Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic grey matter density. *J. Neurosci.* 24: 10410–10415.
- Bajcar, E.A. & Bąbel, P. (2018). How does observational learning produce placebo effects? A model integrating research findings. *Front Psychol* 9: 2041, 2018.
- Bandura, A. (1985). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. 1 ed. Prentice Hall.
- Bąbel, P., & Krzemień, M. (2015). Memory of Dental Pain Induced by Tooth Restoration. *Studia Psychologiczne*. 53(1): 5–17.
- Bąbel, P. (2014). The Effect of Affect on Memory of Pain Induced by Tooth Restoration, *International Dental Journal*, 64(5): s. 246–251.
- Bootzin, R.R. & Caspi, O. (2017). Explanatory mechanisms for placebo effects: Cognition, personality, and social learning. In: socially learned pain modulation. *Pain*, 158(11): 2077–2081.
- Chang, M.C. (2018). Efficacy of Pulsed Radiofrequency Stimulation in Patients with Peripheral Neuropathic Pain: A Narrative Review. *Pain Physician*; 21(3): E225–E234.
- De Walden-Gałuszko, K. (2007). Psychologiczne aspekty bólu i jego leczenia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 1(2): 66–70.
- Dobrogowski, J. & Wordliczek, J. (2004) *Medycyna bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Domżał, M.T. (2008). Ból przewlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 4(1).
- Donaldson, M, Gizzarelli, G. & Chanpong, B. (2007). Oral sedation: a primer on anxiolysis for the adult patient. *Anesth Prog.* 54(3): 118–129.
- Filipczak-Bryniarska, I., Bryniarski, K., Woron, J. & Wordliczek, J. (2010). Mechanizmy przewodzenia bólu. Rola układu odpornościowego w regulacji odczuwania bólu. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 4: 500–509.
- Frelich-Truchel, H., Wiench, R., Frelich, M., Wichary, P., Frelich, H. & Misiólek, H. (2023). Zastosowanie gabapentyny w kontroli bólu po usunięciu trzecich zębów trzonowych dolnych. *Czasopismo Ból*, 24(1): s. 11–15.
- International Association for the Study of Pain. (2020). <https://www.iasp-pain.org/>
- Jańczuk, Z. (2005). *Stomatologia zachowawcza*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 328–333.
- Kern, R.D. & Turk. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23: 345–56.
- Koban, L. & Wager, T.D. (2016). Beyond conformity: social influences on pain reports and physiology. *Emotion* 16(1): 24–32.
- Kocot-Kępska, M., Zajączkowska, R., Dobrogowski, J. & Przeklasa-Muszyńska, A. (2018). Ból przewlekły – koncepcja leczenia w oparciu o mechanizm powstawania. *Czasopismo Ból*, 19(1): s. 42–49.
- Kreitler, S. (2007). Pain clinical updates. IASP.
- Kuty-Pachecka, M. & Trzebińska, M. (2018). Ból przewlekły – definicje, modele i terapia poznawczo-behawioralna. *Psychiatria i psychologia kliniczna*, 18 (1): 41–48.

- Leeuw, M., Goossens, M.E.J.B., Linton, S.J. et al. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med.* 30: 77–94.
- Łasiński, W. (1985). *Anatomia głowy dla stomatologów*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Murphy, J.L., McKellar, J.D., Raffa, S.D., et al. (2014). *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain: Therapist Manual*. U.S. Department of Veterans Affairs, Washington, DC.
- Noel, M., Chambers, C.T., Mc Grath, P.J., Klein, R.M., & Stewart, S.H. (2012). The Influence of Children's Pain Memories on Subsequent Pain Experience, *Pain*, nr 8, s. 1563–1572.
- Pasternak, M. & Woroń, J. (2021). Rola znieczulenia miejscowego w uśmierzaniu bólu śródzabiegowego w praktyce stomatologicznej. *Czasopismo Ból*, 22(1): s. 24–35.
- Pasternak, M. & Woroń, J. (2022). Iniecyjne leki znieczulenia miejscowego w zapobieganiu bólu śródzabiegowego w stomatologii dziecięcej – uwagi praktyczne na temat wyboru środków i metod. Możliwe powikłania znieczulenia miejscowego w pedodontacji. *Czasopismo Ból*, 23(4): s. 37–46.
- Pasternak, M. & Woroń, J. (2022). Zwalczanie bólu i dyskomfortu podczas deponowania roztworu znieczulającego – metody pomocne w stomatologii dziecięcej. *Czasopismo Ból*, 23(2): s. 22–28.
- Pflege, Z. (2013). Validity and reliability of the pain questionnaire “Brief Pain Inventory”. A literature reasearch, 66(9): 546–550.
- Przeklasa-Muszyńska, A., Pancerz, B., Kocot-Kępska, M. & Dobrogowski, J. (2023). Zastosowanie termolezji pulsacyjnej w leczeniu neuralgii trójdzielnej i bolesnej neuropatii trójdzielnej – dwa przypadki kliniczne. *Czasopismo Ból*, 24(3): s. 35–41.
- Przybyłko, K. & Walesa, Cz. (2016). Psychologiczna problematyka bólu. *Horyzonty psychologii*. tom VI, artykuły naukowe, 105–127.
- Sirintawat, N., Sawang, K., Chaiyasamut, T. & Wongsirichat, N. (2017). Pain measurement in oral and maxillofacial surgery. *JDAPM*; 17(4): 253–263.
- Świątkowska, A. & Świątkowska-Bury, M. (2020). Sedacja w stomatologii – aktualne wytyczne anestezjologiczne. *Nowa Stomatologia*. 3/2020, 82–92.
- Wypyszewska, J., Kopański, Z., Kulesa-Mrowiecka, M., Rowiński, J., Furmanik, F., Tabak, J., Kieczka-Radzikowska, K. & Liniarski, M. (2018). Wybrane cechy anatomiczno- fizjologiczne bólu. *Journal of Clinical Healthcare*, 2: 1–5.
- Wypyszewska, J., Kopański, Z., Kulesa-Mrowiecka, M., Rowiński, J., Furmanik, F., Tabak, J., Kieczka-Radzikowska, K. & Liniarski, M., (2018). Kliniczna ocena bólu, *Journal of Clinical Healthcare* 2/2018.
- Żylicz, Z. & Krajnik, M. (2003). Jak powstaje ból? Neurofizjologia bólu dla początkujących. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2(1): 49–56.

5. Lęk i strach

Dorota Turska-Czyż, Paweł Dębski

5.1. Emocje i ich funkcje

Etymologia słowa „emocja” kieruje do języka łacińskiego, w którym „e” oznacza „w, od”, natomiast „motio” – „ruch” i jest wspólna również dla pojęcia „motywacja” (Reykowski, 1968). Literatura naukowa nie podaje jednej, spójnej teorii emocji, a sam termin stał się przedmiotem licznych hipotez i koncepcji.

Emocje to subiektywnie odczuwane stany psychiczne, będące reakcją na bodźce z otoczenia. Kształtowały się przez miliony lat ewolucji, a ich znaczenie dla przetrwania jednostki i gatunku doprowadziło do utrwalenia mechanizmów emocjonalnych w ludzkim DNA (Gałęcki & Szulc, 2023). Dlatego przyjmuje się, że główną funkcją emocji jest **przetrwanie gatunku**, za pomocą działań dążących do prokreacji, zdobywania pożywienia (w tym polowania), do obrony przed zagrożeniem, a także oznaczania i obrony terytorium, opiekowania się potomstwem. Oprócz tego emocje spełniają **funkcję komunikacyjną** w kontaktach międzyludzkich, co wiąże się z tworzeniem hierarchicznych grup społecznych (Oatley i in., 2002).

Emocje można określić jako subiektywnie doświadczane stany psychiczne, odzwierciedlające stosunek jednostki do innych osób, zjawisk, przedmiotów lub do samej siebie i własnego ciała, które jednocześnie inicjują priorytet dla określonego programu działania (Maruszewski i in., 2000). Człowiek jest systemem regulującym samego siebie oraz swoje relacje z otoczeniem, a procesy emocjonalne pełnią rolę pośredniczącą w tej regulacji (Tomaszewski i in., 1974). Procesy emocjonalne oddziałują na poziom energii, jaki organizm mobilizuje w danym momencie, oraz determinują sposób jej wykorzystania – na zachowanie stanu rzeczy, który ją wywołał, bądź na jego likwidację. Zatem można wyróżnić dwa podstawowe komponenty procesu emocjonalnego: **komponent pobudzenia emocjonalnego** (oznaczający, że cechą charakterystyczną emocji jest ich zmiana – najczęściej wzrost ogólnego pobudzenia, który dotyczy ogólnego wzrostu aktywacji) oraz **komponent znaku emocji** (dodatni lub ujemny). Dodatni (pozytywny) oznacza przyjemność, zadowolenie, rozkosz, a ujemny (negatywny) niezadowolenie, cierpienie, przykrość. Charakterystyczne jest, że w momencie doświadczania emocji ujemnych powstaje tendencja do przerywania aktywności, która te emocje wywołała bądź zerwania kontaktu z jej źródłem. Natomiast w przypadku dodatnich emocji pojawia się tendencja do podtrzymywania bodźca wywołującego ją bądź utrzymywania kontaktu (Zimbardo i in., 2017). Bazując na tym rozróżnieniu, dokonano podziału emocji na pozytywne i negatywne, które w zachowaniu manifestują się dążeniem lub unikaniem.

Tabela 5.1. Podział emocji ze względu na znak – emocje ujemne i dodatnie

Emocje ujemne (negatywne)	Emocje dodatnie (pozytywne)
lęk, zmartwienie, strach, przerażenie	szczęście
smutek, przygnębienie, samotność, nieszczęście	radość
złość, wściekłość, irytacja, drażliwość	miłość
wstyd, zakłopotanie, upokorzenie	wdzięczność
zazdrość, zawiść	duma
rozczarowanie	ekscytacja
poczucie winy	entuzjazm
poczucie krzywdy	zadowolenie
podejrzliwość	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Doliński, D. (2006). Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne. (w:) J. Strelau. *Psychologia ogólna. Podręcznik Akademicki* T. 2.

Oprócz wymienionych w tabeli 5.1 cech, emocje różnią się także pod względem czasu ich trwania oraz nasilenia ogólnego pobudzenia, co podsumowano w tabeli 5.2.

Tabela 5.2. Podział emocji ze względu na ich cechy

Stan emocjonalny	Charakterystyka
Nastroj	Stany emocjonalne o nieznacznym natężeniu i relatywnie długim czasie trwania (godziny, dni, tygodnie). Bywają bezprzedmiotowe, np. dobre samopoczucie, kiedy kończy się zima.
Wzruszenia	Nagły początek, silnie zaznaczone objawy wegetatywne, krótki czas trwania, np. gniew, strach, rozpacz, radość.
Afekty	Nagły początek, silnie wzruszenie o znacznym natężeniu, wyraźne objawy wegetatywne, obniżenie efektywności spostrzegania oraz zdolności logicznego myślenia. Są krótkotrwałe, a po ich ustąpieniu pojawia się znużenie i zmęczenie, np. zagrożenie życia lub zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Gałęcki, P. &, Szulc A. (2018). *Psychiatria*. Edra Urban & Partner.

Paul Ekman (Ekman & Davidson, 1999) wyróżnił **emocje podstawowe** (pierwotne), definiując je jako odczytywane z mimiki twarzy, ponadkulturowe mikroekspresje, do których należą: złość, strach, radość, smutek, wstręt i zaskoczenie. Natomiast Robert Plutchik (Plutchik, 2005) wyodrębnił osiem podstawowych emocji, tworzących elementy, z których powstają **emocje wtórne**, na przykład: radość + zaufanie = miłość; oczekiwanie + radość = optymizm.

5.2. Lęk i strach – definicje

Psychologowie klasyczni definiowali lęk i strach jako pewne stany świadomości. Z kolei behawioryści koncentrowali się i badali relacje istniejące między bodźcami zewnętrznymi a reakcjami lękowymi. Teoria lęku stanowi znaczącą część psychoanalizy, a jej twórca – Zygmun Freud – analizował tę emocję, uznając, iż stanowi bardzo ważny sygnał wewnętrznego niebezpieczeństwa i jednocześnie objaw zaburzeń neurotycznych (Mitchell & Black, 2017; Cierpiąłkowska, 2017).

Strach i lęk to emocje, które pojawiają się w momencie, gdy osoba dostrzega lub antycypuje wystąpienie jakiegoś zagrożenia, a więc należą one do kategorii emocji negatywnych. Odczucie **strachu** jest skierowane do jakiejś **konkretnej, zewnętrznej sytuacji lub przedmiotu**, czyli

istnieje realne, prawdopodobne niebezpieczeństwo. Źródłem strachu może być przewidywanie, przeświadczenie dotyczące negatywnego wyniku ważnego egzaminu, niedotrzymania obiecanego terminu albo antycypacja zakończenia wspólnej relacji romantycznej przez drugą stronę. W przeciwieństwie do strachu, odczucie **lęku** charakteryzuje się **niemożnością określenia jego przedmiotu**, a jakiegokolwiek niebezpieczeństwo jest mało realne, a tym samym jego pojawienie się mało prawdopodobne. Lęk, jako reakcja na niejasne, odległe i nierozpoznane zagrożenie, kierowany jest do wewnątrz, a nie na zewnątrz. Powodem powstania tej negatywnej emocji może być obawa przed utratą kontroli nad samym sobą lub nad jakąś sytuacją albo też bliżej niesprecyzowane przeświadczenie, że stanie się coś złego. Reasumując, stan emocjonalny charakteryzujący się silnym poczuciem nieuchronności grożącego niebezpieczeństwa, poprzedzony budzącym trwogę wyczekiwaniem oraz antycypacją przerażającej zmiany bez sprecyzowanego źródła zagrożenia, zdefiniowany został jako lęk. Jeśli towarzyszy mu wzmożony, nieukierunkowany niepokój ruchowy w połączeniu z gonitwą myśli i zaburzeniami uwagi, wtedy taki stan nazywany jest **agitacją** (Gałęcki & Szulc, 2023).

Lęk może być **stanem** przejściowym lub permanentną **cechą** funkcjonowania osoby. Może dotyczyć konkretnej sytuacji bądź też przybierać postać nieokreśloną (zamartwiania się), wtedy określa się go jako **lęk uogólniony**. Może przybierać formę falującą, wolno płynącą, stałą lub napadową. Niejednokrotnie u osób często doświadczających lęku pojawia się uczucie lęku przed lękiem (oczekiwanie w lęku na pojawianie się nagłego napadu lęku), taki rodzaj nosi nazwę **lęku antycypacyjnego** (Imielski, 2010).

Podsumowując, w przypadku, gdy przyczyna lęku zostaje rozpoznana, określona, to wówczas emocję tę nazywa się strachem. Gdy źródło obaw jest niejasne, enigmatyczne lub trudne do zidentyfikowania, mamy do czynienia z lękiem.

Lęk oddziałuje na wszystkie aspekty funkcjonowania organizmu, ponieważ jest to reakcja zarazem psychologiczna (poznawcza i emocjonalna), fizjologiczna (somatyczna) i behawioralna (Cierpiałkowska, 2019).

1. Reakcja psychologiczna:

- **Aspekt poznawczy:** strach związany jest z konkretnym niebezpieczeństwem, natomiast lęk z mało prawdopodobnym zagrożeniem. Niemożność rozpoznania źródła obaw skutkuje wyjątkowym pobudzeniem poznawczym, ukierunkowanym na określenie zagrożenia, a samo postrzeganie go jest zniekształcone, czyli wyolbrzymione i bardziej wyraźne.
 - **Aspekt emocjonalny:** strach określa się jako uczucie przerażenia bądź grozy, natomiast lęk opisywany jest jako niepokój, obawa bądź panika. Zdarza się, że osoba doświadczająca tych emocji ma trudności w ich świadomym rozpoznaniu i może używać takich określeń, jak napięcie lub niepokój.
2. **Aspekt fizjologiczny:** doświadczanie lęku lub strachu może przejawiać się zewnętrznymi objawami fizjologicznymi, takimi jak: drżenie ciała, zwiększona potliwość, zmiany dermatologiczne na ciele i twarzy, przyspieszony oddech i mowa. Mogą pojawić się także odmienne reakcje – osłupienie czy odrętwienie. Wewnętrzne przejawy fizjologiczne mogą charakteryzować się zaburzeniami gastrycznymi, skurczem żołądka lub tachykardią.
3. **Aspekt behawioralny:** konsekwencją pojawiających się myśli, emocji i reakcji fizjologicznych jest ich bezpośredni wpływ na sposób zachowania się. Strach i lęk najczęściej wywołują dwa różne style – ucieczkę (unikanie) oraz atak (walkę).

Tabela 5.3. Emocje a sposób zachowania

Steniczne	Asteniczne
gniew, strach, złość, radość	przerażenie, zaskoczenie, szok
wzmagają gotowość do działania, np. walka, obrona, ucieczka	obniżają gotowość do działania, dezorganizują je lub unie- możliwiają podjęcie aktywności, np. zastygnięcie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Rybakowski, J., Pużyński, S. & Wciórka, J. (2010). *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*. Tom 1, Elsevier Urban & Partner.

5.3. Wskaźniki i ocena nasilenia lęku

Ocena poziomu lęku związanego z szeroko pojętym leczeniem stomatologicznym dokonywana jest za pomocą metod fizjologicznych, behawioralnych oraz psychologicznych. **Metody fizjologiczne** obejmują pomiar fizjologicznych reakcji organizmu w sytuacji stomatologicznej, natomiast **metody behawioralne** wykorzystują ocenę zachowania pacjenta (obserwację), a następnie oznaczenie przez lekarza odpowiedniej kategorii zachowania na skali behawioralnej. Wskaźnik ten stosowany jest głównie u dzieci (Kaczmarek, 2009).

Do **metod psychologicznych** zalicza się m.in. kwestionariusze psychologiczne, które wypełniane są przez pacjenta i ułatwiają specjalistom ocenę występowania lęku, a także jego subiektywnego natężenia. Warto pamiętać, by wybierać kwestionariusze, które charakteryzują się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi (trafnością i rzetelnością), wskazującymi, iż mierzą one w sposób dokładny to, do czego zostały stworzone. Poniżej wymieniono popularne narzędzia wykorzystywane do pomiaru lęku dentystycznego oraz lęku w rozumieniu ogólnym, głównie wśród osób dorosłych (Dubielecka i in., 2016; Kaczmarek i in., 2010; Sopińska i in., 2017).

Kwestionariusze do oceny poziomu lęku stomatologicznego

- Skala Lęku Dentystycznego Coraha (*Corah's Dental Anxiety Scale, DAS*),
- Zmodyfikowana skala lęku dentystycznego (*Modified Dental Anxiety Scale, MDAS*),
- Skala lęku dentystycznego Kleinknechta (*Kleinknecht's Dental Fear Survey, DFS*),
- Dziesięciostopniowa skala strachu stomatologicznego Gatchela (*Gatchel's 10-Point Dental Fear Scale*),
- Pomiar lęku podczas stomatologicznych zabiegów higienizacyjnych (*Dental Hygiene Fears Survey, DHFS*),
- Kwestionariusz strachu przed bólem dentystycznym (*Fear of Dental Pain Questionnaire, FDPQ*),
- Pytanie o lęk stomatologiczny (*Dental Anxiety Question, DAQ*).

Przed wyborem określonego kwestionariusza należy zapoznać się z materiałami psychometrycznymi dotyczącymi narzędzia, jego instrukcją, a także sprawdzić uprawnienia, jakie należy posiadać do jego stosowania, oraz ustalić ewentualny podmiot uprawniony do jego dystrybucji.

Proste metody skalowania subiektywnego nasilenia lęku

- Najprostszą formą skalowania subiektywnego poziomu lęku odczuwanego przez pacjenta jest skala od 0 do 100. Przy jej stosowaniu można zadać pytanie: „jeśli założymy, że 0 to całkowity brak lęku, a 100 maksymalne odczuwanie lęku, to na ile jest teraz odczuwany przez Pana/Panią/Ciebie?” (Clark & Beck, 2012).

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Brak lęku	Lekki lęk	Umiarkowany lęk	Głęboki lęk	Przytłaczający lęk
--------------	--------------	--------------------	----------------	-----------------------

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Leahy R. L. (2008). *Techniki Terapii Poznawczej. Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ryc. 5.1. Ocenianie emocji na skali 0–100%.

- Pacjentom dorosłym oraz w wieku nastoletnim można zaproponować kolejną formę skalowania subiektywnego odczuwania emocji:

W ogóle nie boję się	Trochę boję się	Umiarkowanie boję się	Bardzo boję się	Całkowicie boję się
-------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	------------------------

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Padesky, Ch.A. & Greenberger, D. (2017). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ryc. 5.2. Skalowanie emocji.

5.4. „Jak nas widzą, tak nas piszą” – negatywny i pozytywny obraz dentysty

Przedstawiciele grupy zawodowej lekarzy dentystów, dzięki swojej odpowiedzialnej postawie wobec pacjentów, mogą w znaczący sposób wpływać na postrzeganie swojej profesji. Leczenie stomatologiczne kojarzy się z procesem nieprzyjemnym, trudnym, czasochłonnym i bolesnym. Warto tu zaznaczyć, że według badań (Kobierska i in., 1995; Olszewska i in., 2000) poziom lęku wzrasta z wiekiem, chociaż w grupie osób najstarszych zaobserwowano jego spadek. Może to wynikać z większego doświadczenia stomatologicznego w tej grupie, a także ze specyfiki przeprowadzanych zabiegów. Sama znajomość problemów stomatologicznych wpływa znacząco na obniżenie lęku. Poza tym z wiekiem zmniejsza się negatywne nastawienie, które jest raczej wywołane nie strachem przed stomatologiem, ale przed bólem. Badania wskazują, że geneza stereotypu lekarza dentysty może być związana zarówno z indywidualnymi doświadczeniami osób badanych, jak i przekazem społecznym na temat stomatologów (Uram, 2018; Rodak-Mandalian, 2023). Badania prowadzone na przestrzeni 10 lat w fińskiej specjalistycznej klinice dla osób odczuwających szczególnie lęk przed leczeniem stomatologicznym wykazały, że skuteczne leczenie strachu ma pozytywny wpływ na późniejszą opiekę stomatologiczną i regularne leczenie (Kankaala i in., 2021).



Źródło: Stomatologia wieku rozwojowego, Tylewicz A., Woynarowska-Soldan M., (2013). Za zgodą A. Tylewicz i M. Woynarowskiej-Soldan.

Ryc. 5.3. Rysunki dzieci z artykułu: „Wykorzystanie techniki „Narysuj i napisz” w praktyce lekarza dentysty sprawującego opiekę nad dziećmi.

5.5. Dentofobia

Dentofobia, to schorzenie charakteryzujące się **lękiem przed zabiegami stomatologicznymi** i tendencją do **unikania leczenia uzębienia** (Czerżyńska, Orlow, Milewska & Choromańska, 2017). Określa się ją jako specyficzny lęk doświadczany przez pacjentów zarówno przed, jak i w trakcie leczenia. Zaburzenie dotyka około 10–20% populacji i niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne oraz ekonomiczne (Sharif, 2010).

U źródeł zaburzeń lękowych leżą rozmaite przyczyny działające na wielu poziomach, do których zalicza się dziedziczność, biologię, rodzinę i wychowanie, warunkowanie, niedawne stresory, tzw. mowę wewnętrzną i systemy przekonań osobistych, zdolność do wyrażania uczuć i inne. Przyczyny zaburzeń lękowych różnią się nie tylko poziomem działania, ale także okresem, w którym ono zachodzi. Niektóre z nich to **przyczyny predysponujące**, czyli takie, które usposabiają od urodzenia lub dzieciństwa do napadów paniki lub lęku w późniejszym okresie życia. Innymi są **przyczyny bezpośrednie lub działające w krótkim czasie** – okoliczności, które dają początek na przykład dentofobii – a jeszcze inne to **przyczyny podtrzymujące** – czynniki związane z aktualnym stylem życia, postawami i zachowaniami, szczególnie personelu medycznego (Czerżyńska i in., 2017; Speirs, 2001), które sprzyjają dalszemu rozwojowi zaburzeń lękowych (Wells, 2010).

Potencjalnych przyczyn występowania fobii specyficznej, w tym dentofobii, upatruje się we wczesnych dziecięcych doświadczeniach podczas wizyt u stomatologa (Gorczyński, 1996; Kaczmarek, 2009), oraz zakorzenionych stereotypach w społeczeństwie, w świetle których lekarzom dentystom przypisuje negatywne atrybuty, wiążące się z silnym bólem i dyskomfortem psychicznym (Makara-Studzińska, 2017).

Należy wskazać, że zaburzenia lękowe różnią się od codziennego lęku, ponieważ w znaczący sposób dezorganizują życie osoby doświadczającej silnego pobudzenia emocjonalnego. Osoba taka boryka się z wieloma poznawczymi i behawioralnymi trudnościami, które nieleczone za pomocą psychoterapii lub/i farmakoterapii mogą prowadzić do przewlekłych trudności, a w przypadku dentofobii do braku higieny w obszarze jamy ustnej (Woynarowska, 2008).

Jedną z przyczyn rozwinięcia się dentofobii jest **warunkowanie** polegające na skojarzeniu obiektu (dentysta, środowisko gabinetu stomatologicznego) z niebezpieczeństwem, bólem lub strachem i tym samym rozwinięcie reakcji lękowej. Liczne eksperymenty psychologiczne dotyczące fobii wykazały, że reakcje lękowe łatwo wywołać za pomocą obojętnych uprzednio bodźców, jeśli powiąże się je z awersyjnymi wydarzeniami. Jeśli pierwsze wizyty u lekarzy dentystów nie są dla pacjenta przyjemne, to w przyszłości mogą zostać skojarzone z negatywnymi odczuciami i lękiem. Badania pokazują, że najczęściej lęk przed lekarzem dentystą i zabiegami stomatologicznymi wynika z uprzednich, złych doświadczeń pacjenta (Czerżyńska i in., 2017; Kaczmarek i in., 2010). Następstwem uniknięcia bodźca wywołującego lęk jest uczucie ulgi, które wzmacnia reakcję unikania tego obiektu w przyszłości, zgodnie z założeniami warunkowania instrumentalnego (Popiel & Pragłowska, 2023; Zimbardo & Gering, 2022).

5.6. Pozafarmakologiczne interwencje redukujące lęk i napięcie emocjonalne

Współczesna psychologia zna i zaleca stosowanie licznych interwencji pozwalających zredukować lęk i napięcie emocjonalne. Wiele z nich można wykorzystać u pacjentów z lękiem stomatologicznym w sytuacjach klinicznych, inne zaś traktuje się jako długoterminowe metody redukcji ogólnego poziomu lęku oraz budowania umiejętności odprężania się i samoregulacji. Można je również zaproponować pacjentom (tu spektrum adresatów jest znacznie szersze) albo wykorzystywać samemu.

Interwencje redukujące lęk i napięcie emocjonalne (Bourne, 2011):

1. Hipnoza. Stan głębokiego relaksu, w jaki jest wprowadzona dana osoba, oraz zwiększonej podatności na sugestię. (Gheorghiu, 1985; Rossi, 2005; Valentine i in., 2019). Więcej na temat wykorzystania hipnozy w medycynie zamieszczono w rozdziale 10.

2. Relaksacja, która obejmuje:

- **Oddychanie przeponowe** – w stanie napięcia (jak w dentofobii) oddech staje się płytki i szybki, angażując klatkę piersiową. To powoduje oddychanie zbyt wysoko na poziomie klatki piersiowej i spłylenie oddechu. Dodatkowo może doprowadzić do hiperwentylacji. Dzięki odprężeniu oddychanie staje się pełniejsze i głębsze oraz, co ważne, przy udziale przepony. Dzięki tej technice m.in. zwiększa się dopływ tlenu do mózgu i mięśni, poprawia się koncentracja (Kocjan i in., 2018; Klasa i in., 2023).
- **Progresywna relaksacja mięśni Jacobsona** (Jacobson, 1938) – to technika stopniowego osiągania stanu głębokiej relaksacji, polegająca na napinaniu i rozluźnianiu różnych grup mięśni. Sprawdza się szczególnie u osób, u których lęk powiązany jest z napinaniem mięśni, które odczuwają chroniczny ucisk w okolicach szyi czy barków (Sitek i in., 2023).
- **Wizualizacja** – najlepsze rezultaty odnoszone są w stanie relaksu, np. po zastosowaniu opisanej techniki relaksacji Jacobsona. Sugeruje się osobie chcącej doświadczyć takiej formy leczenia zaburzeń lękowych, aby rozpoczęła wyobrażanie sobie siebie w otoczeniu przyjemnego i spokojnego miejsca (np. plaża czy jezioro), w którym doświadczy poczucia bezpieczeństwa i komfortu. Wizualizacja powinna być bardzo szczegółowa, spowoduje zaabsorbowanie obrazem i skupienie na nim uwagi (Padesky & Greenberger, 2017).
- **Medytacja** – choć jej zasadniczym celem nie jest relaksacja, to regularnie trenowana przynosi także taki efekt. Ta forma koncentruje się na byciu „tu i teraz”, na stanie całkowitego zatrzymania, zauważania i wypuszczania wolno myśli, bez ich oceniania (Klasa i in., 2023).

- **Trening autogenny Schultza** – to technika łącząca techniki medytacji i autosugestii. Polega na spokojnym, cyklicznym oddychaniu (odczuwanie ciepła i zimna) oraz skupieniu na częściach własnego ciała (Gmitrzak, 2017; Litwic-Kaminska & Kotyśko, 2021).
 - **EEG-biofeedback**, czyli biologiczne sprzężenie zwrotne (feedback) – polega na świadomym sterowaniu czynnością bioelektryczną mózgu; jest to forma neuroterapii, czyli usprawniania i poprawiania pracy mózgu (Szubert-Czarnocka, 2024).
 - **Joga** – termin ten oznacza „ujarzmieć” lub „łączyć” i wiąże się z rozwijaniem jedności ciała, umysłu i ducha. Wykonywanie różnych pozycji w trakcie ćwiczeń jogi pozwala zwiększyć sprawność fizyczną, gibkość ciała i podnieść poziom relaksacji, pomimo że niektóre pozycje jogi, szczególnie do początkujących, mogą być trudne do wykonania (Żok i in., 2022).
 - **Muzyka relaksacyjna** – często nazywana jest językiem duszy, dlatego też warto do tej praktyki wybierać utwory niewywołujące emocji negatywnych, gdyż przy podwyższonym poziomie lęku odsłuchiwanie nostalgiczych utworów, kojarzących się ze smutnymi chwilami, może mieć efekt odwrotny i przekształcić lęk w smutek (Bartoń & Blaut, 2011; Danek i in., 2016; Kronenberger, 2005). Niektóre utwory wydają się szczególnie zalecane, np. *Taniec cukrowej wróżki* Czajkowskiego, *Taniec kurcząt w skorupkach* Musorgskiego lub *Lot trzmiela* Rimskiego-Korsakowa dla dzieci (Cesarz, 2003).
3. **Ćwiczenia fizyczne** – uważane są za jedną z najskuteczniejszych form redukowania lęku. Stanowią naturalne wykorzystanie potencjału związanego z adrenaliną, która wzrasta w reakcji na zagrożenie. Regularne ćwiczenia zmniejszają tendencję do występowania negatywnych objawów lęku (Chimkowska i in., 2017; Hansen, 2021; Łakomski i in., 2017).
4. **Terapia psychodietetyczna** – coraz ważniejsze miejsce w leczeniu zaburzeń psychicznych, w tym lękowo-depresyjnych, zajmuje dietoterapia. Rozwojowi stanów lękowo-depresyjnych sprzyja skłonność organizmu do stanów zapalnych. Tym osobom można zalecić jedną z diet o działaniu przeciwzapalnym, np. diety śródziemnomorskiej (Nandzik i in., 2022).
5. Zastosowanie **VR** (*virtual reality*), czyli wirtualnej rzeczywistości – w celu odwrócenia uwagi pacjenta od stresujących zabiegów, a także dostarczenia mu bodźców wizualnych i zadań o pozytywnym wydźwięku. Zastosowanie VR w przeciwdziałaniu lękowi dentystycznemu jest obecnie w fazie intensywnych badań (Ledwoń i in., 2024).

5.7. Wybrane specyficzne interwencje prewencji i redukcji lęku stomatologicznego

5.7.1. Dziecko

W programach promujących zdrowie jamy ustnej wśród dzieci zaleca się, aby pierwsza wizyta w gabinecie dentystycznym miała miejsce w wieku 6–12 miesięcy (Franaszek, 2002). Jednym z proponowanych modeli budujących zaufanie do leczenia stomatologicznego jest **metoda stopniowej adaptacji** do środowiska dentystycznego (Bruzda-Zwiech i in., 2003). Obejmuje ona proces uczenia dziecka zachowań oczekiwanych w gabinecie dentystycznym za pomocą technik poznawczo-behawioralnych oraz trenowanie uzyskanych zachowań w zależności od rodzaju zabiegu. Kolejną metodą przedstawioną w piśmiennictwie jest kształtowanie zachowania (*behaviour shaping*), będące połączeniem metody **powiedz–pokaż–zrób** z pozytywnym wzmocnieniem. Metoda ta, określana również techniką krok po kroku, składa się z 13 bodźców, które stopniowo wprowadza się podczas procesu adaptacji (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021).

Stomatolog wzmacnia pozytywnie zachowania dziecka (poprzez komunikację werbalną i niewerbalną), obserwuje jego reakcje i ocenia tempo akceptacji bodźca według odpowiedniej skali. Jeżeli pacjent reaguje pozytywnie, lekarz wprowadza następny bodziec. Metoda pozwala na zindywidualizowanie tempa adaptacji w zależności od współpracy dziecka oraz stopniowe nabywanie umiejętności podczas leczenia. Skuteczność tej metody jest uwarunkowana zdolnością do komunikacji werbalnej pacjenta, dlatego nie jest zalecana u dzieci z utrudnieniami w tym zakresie (Franaszek, 2002).

Kolejną metodą jest **technika naśladownictwa (*modelling*)**, bazująca na teoriach związanych z uczeniem się oczekiwanego zachowania poprzez obserwowanie następstw przykładowego zachowania. W stomatologii dziecięcej wykorzystuje się **naśladownictwo bezpośrednie**, w którym dziecko uczy się oczekiwanych przez lekarza zachowań na podstawie postępowania innego współpracującego pacjenta. W tym celu przydatne są nagrania wideo przedstawiające przebieg wizyt dentystycznych (Gorczyński, 1996). Najbardziej rozpowszechnionym sposobem pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym jest metoda powiedz–pokaż–zrób oraz jej modyfikacje. Polega ona na słownym opisaniu dziecku zamierzonej czynności, a następnie zademonstrowaniu jej i zrealizowaniu. Zalecana u pacjentów z rozwiniętą zdolnością komunikacji werbalnej. Należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym, niewzbudzającym lęku i podejrzeń dziecka. Proponuje się używanie swego języka z wykorzystaniem eufemizmów (Speirs i in., 2001).

Opis przypadku

Pierwsza wizyta pięcioletniego chłopca w gabinecie stomatologicznym z powodu silnego bólu zęba

1. **Przebieg wizyty:** przerażony chłopiec został „wciągnięty” siłą do gabinetu przez równie przerażonego ojca. Głośny, przeraźliwy płacz słyszany był w całym budynku przychodni, a próbujący wydostać się z uścisku taty mały pacjent pomiędzy konwulsjami krzyku i płaczu prosił, aby pozwolono mu wrócić do domu, obiecując, że już będzie zawsze grzeczny. Pomimo usilnych starań uspokojenia chłopca zarówno ze strony bezsilnego rodzica, jak i higienistki stomatologicznej, był coraz bardziej przerażony i jednocześnie zmęczony płaczem. Po około 15 minutach, po konsultacji z dentystą zapadła decyzja o przełożeniu wizyty i podaniu tymczasowo leku przeciwzapalnego i przeciwbólowego.
2. **Proponowane zalecenia:** zalecono profilaktyczną wizytę adaptacyjną w gabinecie stomatologicznym, pozostawiającą tylko przyjemne skojarzenia (drobny upominek w przypadku pożądanego zachowania, uśmiech personelu, ciekawa pogadanka na temat zabiegów i dostępnych urządzeń). W przypadku braku wizyty adaptacyjnej rodzic towarzyszący dziecku w tej trudnej, nowej sytuacji powinien być opanowany i stanowić wsparcie dla dziecka. Pod żadnym pozorem nie może stosować siłowych rozwiązań w trakcie wizyty. Zalecane jest również przed wizytą spokojne i dostosowane do wieku dziecka omówienie poszczególnych zabiegów oraz pokazanie urządzeń dentystycznych. Nie należy dziecka oszukiwać, że wszystko będzie dobrze, ale przedstawić w jak najłagodniejszy sposób, niebudzący strachu, kolejne możliwe etapy wizyty.

Jeśli chcesz, aby dziecko traktowało wizyty stomatologiczne jak coś naturalnego, korzystaj z wizyt adaptacyjnych. Taka zabawa u dentysty, która tego dnia nie wiąże się z leczeniem stomatologicznym, zbuduje w świadomości dziecka przyjemne skojarzenia z gabinetem i oswoi je z nową

sytuacją. Więcej na temat roli wizyty adaptacyjnej i innych zagadnień związanych z leczeniem dzieci można znaleźć w rozdziale 11.

5.7.2. Dorosły

Systematyczna desensytyzacja (*systematic desensitization*) (Zimbardo & Gering, 2022), to metoda psychoterapeutyczna stosowana u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (również z lękiem przed leczeniem stomatologicznym i dentofobią). Technika ta bazuje na stwierdzeniu, iż poczuciem relaksu wyklucza się uczucie lęku. Uwzględnia ona 3 stopnie: **relaksację, hierarchie czynników stresogennych oraz wprowadzanie pobudzania bodźcami stresowymi u pacjenta zrelaksowanego**. W fazie początkowej zastosowany zostaje bodziec najslabszy, po którym stopniowo następują bodźce o wzmożonym oddziaływaniu. Podstawą stosowania tej techniki jest uzyskanie relaksacji u pacjenta, która zapobiega nasilaniu się uczucia lęku. Jak już wspomniano, jedną z technik psychologicznych pomagających w obniżaniu poziomu lęku poprzez głęboką relaksację jest muzykoterapia, zatem połączenie techniki desensytyzacji z dobiegającą w tle spokojną melodią powinno przynieść istotne korzyści we współpracy pacjent–lekarz (Ogińska-Bulik, 2016).

Kolejną formą wsparcia psychologicznego, umożliwiającą obniżenie poziomu lęku oraz niwelowanie niekorzystnych dla leczenia zachowań w gabinecie, jest technika **odwracania uwagi**, polegająca na ignorowaniu niewłaściwego zachowania pacjenta i odwróceniu jego uwagi od zabiegów stomatologicznych. Połączenie tej metody z pozytywnym wzmocnieniem słownym (np. chwalenie, wyrażenie docenienia) sprzyja wygaszaniu niewłaściwych zachowań oraz motywuje do lepszej współpracy. Do często stosowanych technik u dzieci i młodzieży w gabinecie stomatologicznym należy pozytywne wzmocnienie, które pomaga w uzyskaniu pożądanego zachowania pacjenta. Polega ono na zwiększaniu pozytywnej motywacji pacjenta do działań za pomocą różnych form nagradzania (werbalne pochwalenie, nagroda symboliczna, fizyczna).

Opis przypadku

Młody mężczyzna od kilku dni zмага się z uciążliwym bólem zęba, który już wcześniej był leczony kanałowo

1. **Przebieg interwencji:** Według wcześniejszych ustaleń występuje duże prawdopodobieństwo ekstrakcji. Pacjent jest przerażony wizją gabinetu pełnego wzbudzających strach urządzeń, dźwięków, specyficznego zapachu i ironicznego zachowania lekarza, który drwił z jego lęku i chęci natychmiastowej ucieczki podczas ostatniej wizyty. Ból zęba zostaje stłumiony przez jeszcze silniejszy ból żołądka, szumy i zawroty głowy, którym towarzyszą dźwięki stomatologicznych wiertel. Silne pocenie się i „miękkie” nogi powodują poczucie bezradności i stale narastającego obezwładniającego lęku. W konsekwencji mężczyzna próbuje zdobyć w Internecie środki niewiadomego pochodzenia i składu, które „usuwać bóle zębów od razu po zastosowaniu” i zrobi wszystko, aby uniknąć kolejnego napięcia związanego z wizytą w gabinecie stomatologicznym. Dzwoni do twojego gabinetu i ponownie odwołuje zaplanowaną wizytę.
2. **Proponowane postępowanie:** Rozmowa telefoniczna z pacjentem w celu ustalenia powodów odwołania wizyty oraz zaproszenie go do gabinetu celem ponownej rozmowy ze stomatologiem i zaprezentowanie nowoczesnych metod leczenia za pomocą sprzętu medycznego dostępnego

w gabinecie, zmniejszającego, a nawet eliminującego dolegliwości bólowe w trakcie zabiegu. Wykazanie zrozumienia wobec lęku i strachu, jakich doświadcza druga osoba. Nieocenianie emocji i decyzji, jakie podejmuje, ale zachęcenie do znalezienia wspólnego rozwiązania (np. zmiana godziny wizyty, ponieważ o różnych godzinach zmienia się nasilenie emocji; włączenie ulubionej muzyki; ustalenie najlepszego dystraktora w trakcie wizyty, np. ulubiony film). W przypadku zgody pacjenta na wizytę w gabinecie stomatologicznym, zaleca się, aby zachowanie personelu medycznego nie odbiegało od wcześniejszych ustaleń podczas rozmowy telefonicznej. Należy wysłuchać obaw pacjenta oraz okazać zrozumienia dla jego negatywnych odczuć związanych z poprzednimi doświadczeniami. Jeżeli istnieje możliwość, to warto zaprosić innego pacjenta, któremu udało się przynajmniej w jakimś stopniu ograniczyć lęki związane z traumatycznymi doświadczeniami w gabinecie stomatologicznym. Dodatkowo można wprowadzić elementy edukacji na temat konsekwencji kupowania w Internecie środków niewiadomego pochodzenia.

5.8. Pytania i zadania



1. Opisz, czym są emocje.
2. Skategoryzuj emocje z uwzględnieniem dodatniej i negatywnej komponenty.
3. Wyjaśnij, jaka jest różnica pomiędzy lękiem a strachem.
4. Jaka jest najczęściej etiologia dentofofii?
5. Podaj czynniki podtrzymujące dentofofii?
6. Omów, na czym polega metoda desensytyzacji.
7. Zaproponuj 3 nefarmakologiczne techniki leczenia dentofofii.
8. Wymień 2 kwestionariusze wykorzystywane w badaniu nasilenia lęku.
9. Zastanów się, kiedy odczuwasz lęk, a kiedy strach, i opisz, jakie najczęściej towarzyszą Ci myśli w takich sytuacjach, jakich objawów somatycznych doświadczasz oraz jak się zachowujesz?

Bibliografia

- American Academy of Pediatric Dentistry (2021). Perinatal and infant oral health care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: *American Academy of Pediatric Dentistry*, 262–266.
- Bartoń, J. & Blaut, A. (2011). Efektywność muzyki relaksacyjnej (klasycznej i wybranej samodzielnie) w terapii behawioralnej kobiet z arachnofobią. *Psychoterapia*, 159, 4.
- Bourne, E.J. (2011). *Lęk i Fobia, Praktyczny Podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bruzda-Zwiech, A. (red.), (2003). *Dziecko jako pacjent*. W: M. Szpringer-Nodziak i M. Wochna-Sobańska, *Stomatologia wieku rozwojowego* (s. 207–217). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cesarz, H. (2003). Muzykoterapia jako jedna z metod psychoterapeutycznych w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi, *Fizjoterapia*, 11(3), 62–68.
- Chimkowska, D., Futyma, K. & Bielecka, J. (2017). Wpływ regularnego wysiłku fizycznego na jakość życia człowieka. W: Krajewska-Kulak (red.) *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny.
- Cierpiąłkowska, L. (2019). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Clark, D.A. & Beck, A.T. (2021). *Zaburzenia lękowe. Podręcznik z ćwiczeniami opartymi na terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czerżyńska, M., Orłow, P., Milewska, A.J. & Choromańska, M. (2017). *Dentofobia*. *Nowa Stomatologia*, 22(1), 13–22.
- Danek, M., Danek, E. & Danek, J. (2016). Wpływ muzyki na odczuwanie bólu, lęku i depresji oraz jakość życia u ludzi z problemami bólowymi różnego pochodzenia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(2), s. 206–220.
- Doliński, D. (2006). Ekspresja emocji: Emocje podstawowe i pochodne. W: J. Strelau (Red.), *Psychologia ogólna: Podręcznik akademicki* (T. 2). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dubielecka, M., Rusyan, E., Panczyk, M., & Mielczarek, A. (2016). Wstępna ocena wykorzystania polskiej wersji językowej skali MDAS w badaniu poziomu lęku przed leczeniem stomatologicznym u dorosłych mieszkańców Warszawy. *Nowa Stomatologia*, 21(4), 203–217.
- Ekman, P. & Davidson, R.J. (1999). *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Fajkowska, M. & Szymura, B. (red.) (2009). *Lęk: Geneza – Mechanizmy – Funkcje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Ford, M. & Mayerscough, P.R. (2001). *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Franaszek, E. (2002). Postawa dziecka a zabiegi stomatologiczne. W: Z. Krynalska-Karwan (red.), *Stomatologia zachowawcza wieku rozwojowego* (s. 470–480). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gałęcki, P. & Szulc, A. (2018). *Psychiatria, Rozpoznanie według ICD-11, Tom 1*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gheorghiu, V.A. (1985). *Hipnoza*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Gmitrzak, D. (2017). *Trening relaksacji. Jak uwolnić się od stresu, lęku i depresji*. Warszawa: Wydawnictwo Edgard.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencja Emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Gorczyński, M. (1996). *Psychostomatologia dziecięca. Poradnik dla lekarzy i rodziców*. Warszawa: Sanmedia.
- Hansen, A. (2021). *W zdrowym ciele zdrowy mózg*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Heasman, P. (2010). *Stomatologia zachowawcza, stomatologia dziecięca, ortodoncja, periodontologia, protetyka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Imielski, W.J. (2010). *Zaburzenia psychiczne i emocjonalne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kaczmarek, U. (2009). Metody behawioralne kształtujące zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym na podstawie piśmiennictwa. *Czas stomatologii*, 62(6), 456–466.
- Kaczmarek, U., Kanaffa-Kiljańska, U., & Frydecka, D. (2010). Metody oceny lęku stomatologicznego u dorosłych. *Dentica Medica Problematica*, 47, 97–100.
- Kaczmarek, U., Mysiak-Dębska M., Dębska K. & Grzebieluch W. (2010). Lęk stomatologiczny u studentów pierwszych lat studiów stomatologicznych i lekarskich. *Dental and Medical Problems*, 47(3), 343–349.
- Kankaala, T., Laine, H., Laitala, M.L. et al. 10-year follow-up study on attendance pattern after dental treatment in primary oral health care clinic for fearful patients. *BMC Oral Health* 21, 522 (2021).
- Klasa, K., Sobański, J.A. & Rutkowski, K. (2023). Użyteczność technik kontrolowanego oddychania w psychiatrii. Przegląd badań z ostatnich lat. Część 1 – tradycje Wschodu. *Psychiatria Polska*, 57, 1.

- Kobierska, A., Sobaniec, H. & Józefowicz, M. (1995). Lęk przed leczeniem stomatologicznym – analiza w aspekcie płci, wieku i środowiska badanych. *Protetyka Stomatologiczna*, 45, 341–350.
- Kocjan, J., Adamek, M., Gzik-Zroska, B., Czyżewski, D. & Rydel, M. (2018). Sieć oddechowa. Wielofunkcyjna rola przepony – przegląd piśmiennictwa. *Advances in respiratory Medicine*, 85.
- Kozielecki, J. (2000). *Koncepcje Psychologiczne Człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Kronenberger, M. (2005). *Muzykoterapia – podstawy teoretyczne do zastosowania w profilaktyce stresu*. Szczecin: Wydawnictwo Mediator.
- Kurlej, W., Nelke, K., Korjat, J., Pużyńska, A. S., Mandzios, N. & Staszak, K. (2016). Lęk przed wizytą stomatologiczną, stan uzębienia i zachowania prozdrowotne wybranych grup studentów. W: K. Turowski (red.), *Dobrostan a stan zdrowia* (s. 75–86). Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum.
- Leahy, R. L. (2008). *Techniki terapii poznawczej: Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ledwoń A., Dębski P., Jędrusik P., Skucha-Nowak M. & Mikusek J. (2024). Virtual reality among dental patients – cross-sectional, questionnaire, pilot study. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 78, 41–48.
- Litwic-Kaminska, K. & Kotyśko, M. (2021). Opracowanie Treningu Relaksacyjnego w formie nagrania audio (SAT-relax) na podstawie założeń treningu autogennego Schultza, *Polskie Forum Psychologiczne*, 26, 4.
- Łakomski, M., Pietsch, J., Chłystek, J., Abramczyk, A., Golus, A. & Zukow, W. (2017). Wpływ aktywności ryhowej na nastrój – przegląd aktualnego piśmiennictwa, *Journal of Education, Health and Sport*, 7, 4.
- Makara-Studzińska, M. (2017). *Komunikacja w opiece medycznej*. Warszawa: Medical Education.
- Maruszewski, T., Doliński, D., Łukaszewski, W. & Marszał-Wiśniewska, M. (2008). Emocje i Motywacja, W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik Akademicki, Tom 1*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (2017). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought* (Revised ed.). New York, NY: Basic Books.
- Mróz, S. (2008). Zagadnienia psychostomatologii. W: J. Gierowski i B. Bętkowska-Korpała (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie* (s. 159–171). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Nandzik S., Dębski P. & Dębska-Janus M., (2022). Analiza nawyków żywieniowych w zakresie wybranych grup produktów wśród osób zagrożonych rozwojem zaburzeń lękowych. W: *Aktywność fizyczna i inne zachowania zdrowotne w teorii i badaniach naukowych*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach.
- Oatley, K., Jenkins, J. M. & Keltner D. (2021). *Zrozumieć emocje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). Negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy – rola ruminalacji, *Psychiatria Polska*, 16(3).
- Olszewska I, Żarow M, Gofrom B. & Paczyńska P. (2000) Analiza stopnia lęku pacjentów przed leczeniem stomatologicznym. *Magazyn Stomatologiczny*, 10(7–8), 58–62.
- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (2017). *Umysł ponad nastrójem: Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Plutchik, R. (2005). *Emotions and life: Perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Popiel, A. & Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Reykowski, J. (1968). *Eksperymentalna psychologia emocji*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Rodak-Mandalian, K. (2005). Kilka słów na temat dentofofii, czyli czy można polubić dentystę. *Nowa Stomatologia*, 2, 110–112.
- Rossi, E. (2005). *Hipnoterapia. Psychobiologiczne mechanizmy uzdrawiania*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Rybakowski, J., Pużyński, S., & Wciórka, J. (2010). *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii* (wyd. II). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Sharif, M. O. (2010). Dental anxiety: Detection and management. *Journal of Applied Oral Science*, 18(2).
- Sitek B., Kodzik, B., Gworys, K. & Zwoliński, T. (2023). Zastosowanie progresywnej relaksacji Jacobsona w leczeniu lęku w wybranych grupach pacjentów – przegląd piśmiennictwa, *Acta Elbinensia*, 50, 1.
- Sopińska, K., Olszewska, N., & Bołtacz-Rzepkowska, E. (2017). Wpływ lęku stomatologicznego na stan uzębienia dorosłej populacji regionu łódzkiego. *Dental and Medical Problems*, 54(1), 73–78.
- Speirs, A. F., Taylor, K. H., Joanes, D. N., & Girdler, N. M. (2001). A randomised, double-blind, placebo-controlled, comparative study of topical skin analgesics and the anxiety and discomfort associated with venous cannulation. *British Dental Journal*, 190(8), 444–449. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800999>.
- Strelau, J. (1985). *Temperament Osobowość Działanie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Strelau, J. (2006). *Psychologia. Podręcznik Akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J. (Red.). (2000). *Psychologia: podręcznik akademicki. Tom I. Podstawy psychologii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szubert-Czarnocka, M.M. (2024). EEG-biofeedback jako metoda komplementarna w leczeniu zaburzeń lękowych, *Neuropsychiatria, Przegląd Kliniczny*, 6(3), 141–147.
- Tomaszewski T. (1974). *Psychologia*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Tylewicz, A. & Woynarowska-Sołdan, M. (2013). Wykorzystanie techniki „Narysuj i napisz” w praktyce lekarza dentysty sprawującego opiekę nad dziećmi. *Nowa Stomatologia*, 1, 3–11.
- Uram, P. (2018). Społeczne uwarunkowania zjawiska dentofofii – problem dzieci i dorosłych. *Zeszyty Naukowe Uczelni Jana Wyżykowskiego. Studia Nauk Społecznych*, 11, 245–262.
- Valentine, K., Milling, L. & Moriarty, C. (2019). The efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Volume 67.
- Weigl, B. (2000). Psychologia. Stereotypy i uprzedzenia. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wells, A. (2010). *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wojciszke, B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna: Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wright, P., Stern, J. & Phelan, M. (2005). *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A. & Ferenc, D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Zimbardo, P. G., Johnson, R. L. & McCann, V. (2017). *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zimbardo, P.G. & Gering, R.J. (2022). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Żok, A., Zapala, J. & Baum, E. (2022). Ćwiczenia oparte o techniki jogi w leczeniu psychiatrycznym w Polsce w aspekcie historycznym, *Psychiatria Polska*, 56, 6.

6. Stres

Julia Wyszomirska, Adriana Modrzejewska

6.1. Jak rozumieć stres?

W psychologii powstało wiele teorii stresu – niektóre bardziej ogólne, inne specyficzne. W tym rozdziale celowo zostały przytoczone jedynie dwie klasyczne teorie. Co ciekawe, znacznie różniące się założeniami, proponowanymi wyjaśnieniami mechanizmów powstawania i utrzymywania stresu. Jednocześnie obie nadal pozostają aktualnymi, kluczowymi koncepcjami, zwłaszcza w kontekście badań nad stresem przewlekłym i jego wpływem na zdrowie oraz funkcjonowanie zawodowe (Chrousos, 2009; Ganster & Rosen, 2013; Kudielka i in., 2009).

Model transakcyjny Lazarusa i Folkman

Najbardziej powszechna definicja traktuje **stres jako szczególny rodzaj relacji między osobą a otoczeniem**, który jest oceniany przez tę osobę jako przekraczający jej zasoby i zagrażający jej dobrostanowi (Lazarus & Folkman, 1984).

W codziennych sytuacjach, rozmowach często stres utożsamia się z konkretnymi sytuacjami (stresorami), np. dużą ilością obowiązków w danym dniu, korkiem na drodze, stratą bliskiej osoby itp., co każe sądzić, że sytuacja jest równoznaczna z odczuwanym stresem. Jak się okazuje, nie jest to wcale oczywiste. Nawet jeśli dane stresory działają na większość ludzi, to wiadomo, że spektrum odczuwania stresu, możliwości radzenia sobie w danej sytuacji i ich konsekwencje są daleko idące. Transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman (1984) pozwala lepiej zrozumieć, z czego wynikają takie różnice. Kładzie nacisk na ocenę sytuacji i zasoby jednostki do radzenia sobie z nią. Kluczowym aspektem jest koncepcja oceny pierwotnej i wtórnej. **Ocena pierwotna** dotyczy postrzegania zagrożenia, przy czym jest ono rozumiane bardzo szeroko i zawiera w sobie także wyzwania, straty. Natomiast **ocena wtórna** odnosi się do dostępnych zasobów, takich jak osobiste umiejętności, wsparcie społeczne lub zasoby materialne, które mogą pomóc w poradzeniu sobie z sytuacją stresową. Istotne jest, czy dostępne zasoby zostaną ocenione jako wystarczające, by skutecznie rozwiązać problem. Oznacza to, że subiektywna ocena sytuacji odgrywa większą rolę niż sam obiektywny charakter stresora (Lazarus & Folkman, 1984). Finalnie pojawia się reakcja. Może ona obejmować strategie skupiające się na problemie czy emocjach lub unikowe. Reakcje te mogą prowadzić do **dystresu**, gdy stres jest destrukcyjny, lub **eustresu**, gdy jest pozytywnie oceniany jako wyzwanie. W tabeli 6.1. przedstawiono krótką charakterystykę składowych transakcyjnej teorii stresu.

Tabela 6.1. Komponenty transakcyjnego modelu stresu Lazarusa i Folkman

Komponenty	Przykłady
Ocena pierwotna Ocena, czy sytuacja stanowi zagrożenie dla dobrostanu osobistego: Co się dzieje? Czy to jest dla mnie dobre, czy nie?	Zagrożenie: Czy ta sytuacja zagraża mojemu zdrowiu lub pozycji?
	Wyzwanie: Czy to dla mnie okazja do rozwoju lub osiągnięcia celu?
	Strata: Czy już coś straciłem w wyniku tej sytuacji?
Ocena wtórna Ocena dostępnych zasobów i możliwości radzenia sobie z sytuacją stresującą	Możliwości radzenia sobie: Czy mam wystarczające zasoby do poradzenia sobie z sytuacją?
	Konsekwencje działań: Jakie skutki mogą wyniknąć z mojego sposobu radzenia sobie?
Zasoby osobiste Umiejętności, wiedza, cechy temperamentu, inteligencja emocjonalna, zdolności adaptacyjne, odporność psychiczna	Wysokie umiejętności interpersonalne, wiedza i biegłość w wykonywaniu obowiązków zawodowych, niski poziom neurotyzmu, odporność na porażki
Zasoby materialne Dostępne środki finansowe, narzędzia, technologia	Bezpieczeństwo finansowe, odpowiedni sprzęt do pracy, łatwy i szeroki dostęp do infrastruktury
Zasoby społeczne Wsparcie emocjonalne, informacyjne i instrumentalne ze strony innych osób	Posiadanie sieci wsparcia, grupy wsparcia zawodowego, współpracownicy, znajomi – mimo że nie są to bliskie relacje, czasami mogą okazać się wsparciem w konkretnej sytuacji
Zasoby zdrowotne Stan zdrowia, kondycja fizyczna, tempo fizycznej i psychicznej regeneracji	Ogólny dobry stan zdrowia, brak niepełnosprawności, właściwa dieta, aktywność fizyczna, zdrowie psychiczne
Radzenie sobie skoncentrowane na problemie Próby rozwiązania problemu w celu zmniejszenia lub wyeliminowania stresora. Korzystne, gdy jest szansa na zmianę sytuacji	Rozwiązanie konfliktu w pracy, poprawa organizacji czasu, spłatenie długu, wykonanie zleconych badań, nauczanie się trudnego materiału, podjęcie działania naprawczego, rozmowa z przyjacielem (na temat możliwości wyjścia z trudnej sytuacji, pomysłów na rozwiązanie problemu itp.)
Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach Korzystne, gdy nie można zmienić sytuacji; próby zmniejszenia emocjonalnych skutków stresu	Techniki relaksacyjne, oddechowe, medytacja, rozmowa z przyjacielem (nie w celu i na temat rozwiązania problemu), wyrażanie emocji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017) i Lazarus, R.S., & Folkman (1984).

Model Selyego – ogólny zespół adaptacyjny

Hans Selye (1978) wprowadził pojęcie ogólnego zespołu adaptacyjnego (*general adaptation syndrome*), definiując **stres jako niespecyficzną reakcję organizmu** na wszelkie wymagania stawiane mu przez otoczenie, niezależnie od ich charakteru. W reakcji na stresor organizm, dzięki mechanizmom homeostazy, musi przede wszystkim utrzymać integralność, zdrowie. W tej koncepcji stres jest wewnętrznym stanem organizmu. Ten trójfazowy model stresu (reakcje: alarmowa, adaptacji, wyczerpania) wyjaśnia zrozumienie mechanizmów, które przy długotrwałym narażeniu na stresory mogą prowadzić do wyczerpania zasobów organizmu. Model Selyego, choć opracowany głównie na podstawie badań fizjologicznych, znalazł i nadal znajduje szerokie zastosowanie w psychologii zdrowia i medycynie psychosomatycznej (Chrousos, 2009; Kudielka i in., 2009).

6.2. Rola i mechanizm stresu

Funkcje stresu

Pewnie wiele osób zastanawiało się, po co się stresują, może nawet chciało pozbyć się stresu czy żyć bezstresowo. Nie jest to jednak dobry pomysł i, na szczęście, nieosiągalny. Stres pełni wiele ważnych funkcji adaptacyjnych, które są niezbędne zarówno do przetrwania, jak i rozwoju. Jedną z podstawowych jest aktywacja reakcji walki lub ucieczki, która mobilizuje organizm do natychmiastowego działania w sytuacjach zagrożenia. Hormony silnie wydzielane w takich sytuacjach, jak kortyzol i adrenalina, zwiększają tętno, podnoszą poziom glukozy we krwi i przygotowują ciało do wysiłku fizycznego (Sapolsky, 2004).

Oprócz funkcji ochronnej, stres odgrywa także rolę motywującą i mobilizującą. Eustres stymuluje organizm do działania, poprawia koncentrację, produktywność i efektywność w realizacji zadań. Jest to szczególnie korzystne w pracy zawodowej czy edukacji, gdzie stres może być napędem do podejmowania wyzwań, realizowania celów (McGonigal, 2016; Selye, 1978).

Stres pełni także długofalowo funkcję adaptacyjną. Konfrontacje z trudnymi sytuacjami, wyzwaniami, zagrożeniami i stratami, pozwalając budować indywidualne kompetencje, zasoby, by lepiej radzić sobie z kolejnymi problemami, sprawnie działać w nowych warunkach. Regularne stawianie czoła stresorom wzmacnia odporność psychiczną, co pozwala na lepsze radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w przyszłości (Crum et al., 2013; McGonigal, 2016).

Ostatecznie, stres wzmacnia relacje społeczne. Poprzez wydzielanie oksytocyny, sprzyja budowaniu więzi interpersonalnych i poszukiwaniu wsparcia. Może więc wzmacniać relacje społeczne i skłaniać do współpracy, co jest istotne w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami (McGonigal, 2016).

Mechanizm stresu

Na poziomie komórkowym reakcja stresowa uruchamia kaskadę procesów. Glukokortykoidy modulują aktywność komórek poprzez wpływ na ich metabolizm, zwiększając dostępność glukozy w celu produkcji energii, co jest kluczowe w sytuacji radzenia sobie z zagrożeniem. Przewlekły stres prowadzi do nadprodukcji reaktywnych form tlenu, powodując uszkodzenia na poziomie DNA, lipidów i białek. Może również aktywować mechanizmy apoptozy (zaprogramowanej śmierci komórkowej) lub senescencji (starzenia komórkowego), co przyczynia się do degeneracji komórek i upośledzenia ich funkcjonalności. Na poziomie układów reakcja stresowa angażuje przede wszystkim autonomiczny układ nerwowy, który składa się z układów współczulnego (przyspieszającego reakcje organizmu) oraz przywspółczulnego (odpowiedzialnego za powrót do równowagi). Bezpośrednio po wykryciu ostrego stresora następuje aktywacja układu współczulnego i przez rdzeń nadnerczy wydzielana jest adrenalina. Działa bardzo szybko i wywołuje znaczące zmiany w organizmie (na pewno nie da się ich nie zauważyć) – zwiększa tętno i ciśnienie krwi, mobilizuje zasoby energetyczne poprzez zwiększenie dostępności glukozy we krwi, rozszerza oskrzela oraz poprawia ukrwienie mięśni szkieletowych. Generalnie przygotowuje organizm do walki lub ucieczki. Adrenalina działa natychmiastowo i krótko, jest głównie odpowiedzialna za szybkie podniesienie tętna, ciśnienia krwi i mobilizację energii (Chrousos, 2009; Chu i in., 2023; Sapolsky, 2004).

Mechanizm reakcji stresowej rozpoczyna się od aktywacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (*hypothalamic-pituitary-adrenal axis*, HPA), która uwalnia kortykoliberynę (CRH), a ta pobudza przysadkę mózgową do wydzielania hormonu adrenokortykotropowego (ACTH). ACTH pobudza nadnercza do wydzielania hormonów stresu (przede wszystkim kortyzolu), co prowadzi do podniesienia ciśnienia krwi i tętna, które mają za zadanie dostarczyć więcej tlenu i składników odżywczych do tkanek. W porównaniu z adrenaliną, odpowiedź kortyzolu jest wolniejsza, a jego działanie bardziej subtelne i długotrwałe. Kortyzol zwiększa poziom glukozy we krwi, działa przeciwzapalnie i reguluje odpowiedzi immunologiczne, pomaga organizmowi przystosować się do stresu przez utrzymywanie energii, wpływa na metabolizm, regulując rozkład białek, tłuszczów i węglowodanów. Kortyzol wspiera organizm w długotrwałej adaptacji do stresu, ale jego przedłużone działanie może mieć negatywne skutki, takie jak osłabienie układu odpornościowego czy wzrost ryzyka chorób serca i metabolicznych (Chrousos, 2009; Chu i in., 2023; McEwen, 2013; Sapolsky, 2004). Podsumowując, w ostrym stresie adrenalina odgrywa dominującą rolę w natychmiastowej reakcji walcz lub uciekaj – a kortyzol wspiera długoterminową adaptację organizmu do stresu.

Stres ujawnia się nie tylko w ciele, ale również psychice. Ostry stres wywołuje wiele zmian psychicznych, które mają na celu szybkie przygotowanie organizmu do natychmiastowej reakcji na zagrożenie. Są to między innymi zogniskowanie uwagi na stresorze kosztem innych bodźców, wzrost pobudzenia emocjonalnego, zawężenie możliwości planowania do natychmiastowych decyzji, a na poziomie behawioralnym reakcje walki, ucieczki bądź zamrożenia. Ostry stres może wzmacniać wspomnienia związane z wydarzeniem stresującym. Hormony stresu, wpływają na układ limbiczny (szczególnie ciało migdałowe i hipokamp), co prowadzi do głębszego zapisania traumatycznych doświadczeń w pamięci lub/i szybkiego warunkowania na bodziec np. przy jednorazowej ekspozycji bodźce traumatyczne. Mogą zadziałać także krótkoterminowe mechanizmy obronne jako dysocjacja czy regresja (McEwen, 2013; Sapolsky, 2004).

Chroniczny stres może negatywnie wpływać na funkcje poznawcze, takie jak pamięć, uczenie się, uwaga, a także powodować przewlekłe zmęczenie, obniżać motywację, indukować negatywne emocje, takie jak lęk, obniżony nastrój. W końcu długotrwałe utrzymywanie się podwyższonego poziomu stresu zwiększa prawdopodobieństwo wielu zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych (McEwen, 2013; Sapolsky, 2004). Modele stresu psychologicznego podkreślają, że jego percepcja odgrywa kluczową rolę w doświadczeniu stresu, a strategie radzenia sobie z nim mogą znacząco zmieniać sposób, w jaki jednostka reaguje na stresory (Lazarus & Folkman, 1984).

6.3. Style i strategie radzenia sobie ze stresem

W literaturze psychologicznej **style radzenia sobie** są opisywane jako preferowane sposoby reagowania na stresujące sytuacje, zależne od indywidualnych cech osoby. Oznacza to tyle, że automatycznie chętniej korzystamy z danego stylu, nie zaś, że nie mamy możliwości, umiejętności, by posłużyć się stylem niepreferowanym. Dwa główne style to radzenie sobie skoncentrowane na problemie oraz radzenie sobie skoncentrowane na emocjach (Lazarus & Folkman, 1984). Style te różnią się nie tylko sposobem radzenia sobie z sytuacją stresową, ale także efektywnością w zależności od rodzaju stresora.

- **Radzenie sobie skoncentrowane na problemie** obejmuje wszystkie działania przybliżające do rozwiązania problemu, który wywołał stres. Osoby stosujące ten styl starają się zmniejszyć lub wyeliminować stresor poprzez aktywne działanie, analizę problemu i szukanie rozwiązań. Jest to skuteczne podejście w sytuacjach, w których można zmienić lub kontrolować źródło stresu, np. w przypadku presji zawodowej czy konfliktów interpersonalnych. Badania pokazują, że ten styl jest bardziej adaptacyjny i skuteczniejszy w długoterminowym radzeniu sobie ze stresem.
- **Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach** obejmuje strategie zmierzające do regulacji emocji związanych ze stresującą sytuacją, bez próby jej zmiany. Jest to podejście bardziej pasywne, koncentrujące się na złagodzeniu negatywnych uczuć, takich jak lęk, frustracja czy smutek. Styl ten znajduje zastosowanie w sytuacjach, w których stresor jest poza kontrolą jednostki, np. w przypadku nieuleczalnej choroby lub straty bliskiej osoby. Gdy dominuje, sprzyja wypaleniu zawodowemu (Lazarus & Folkman, 1984, Shin i in., 2014).

W ramach stylów radzenia sobie można wyróżnić różnorodne **strategie**. Oto kilka najczęściej stosowanych:

- **Aktywne rozwiązywanie problemów.** Strategia charakterystyczna dla stylu skoncentrowanego na problemie. Polega na aktywnym dążeniu do zmiany niekorzystnej sytuacji. Może obejmować planowanie, podejmowanie decyzji i działania mające na celu wyeliminowanie przyczyn stresu. Strategia ta jest szczególnie efektywna w przypadku problemów zawodowych, takich jak presja czasu lub trudne relacje z pacjentami.
- **Unikanie.** Jest to strategia charakterystyczna dla radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach, w której osoba stara się unikać sytuacji lub myśli związanych ze stresorem. Choć unikanie może tymczasowo zmniejszyć napięcie i odroczyć działania, decyzje, to długoterminowo nie jest korzystne, ponieważ nie pomaga w rozwiązaniu problemu. Jego nadużywanie może prowadzić do pogorszenia i pogłębienia problemu.
- **Poszukiwanie wsparcia.** Poszukiwanie wsparcia społecznego, emocjonalnego lub informacyjnego od innych osób jest jedną z najczęściej stosowanych strategii. Badania pokazują, że wsparcie ze strony bliskich, rodziny, przyjaciół lub profesjonalistów może znacznie zredukować stres i poprawić samopoczucie. W odniesieniu do stomatologii, pacjenci, którzy mają wsparcie, częściej czują się mniej zestresowani przed i podczas zabiegów.
- **Adaptacja (przystosowanie).** Polega na zmianie własnych oczekiwań lub nastawienia wobec stresora w celu lepszego dostosowania się do sytuacji. W odróżnieniu od unikania, adaptacja zakłada aktywne podejście i przystosowanie się do trudnych warunków, które nie mogą być bezpośrednio zmienione. Przykładem może być pacjent, który poprzez edukację i wsparcie zmienia swoje postrzeganie zabiegów dentystycznych, co pozwala mu lepiej radzić sobie ze stresem przed wizytą (Parker & Endler, 1992, Sattar i in., 2022, Shin i in., 2014)

6.4. Wpływ stresu na zdrowie

Stres ostry

Stres ostry pojawia się w reakcji na nagły, krótkotrwały stresor. Może wystąpić w sytuacjach, które są postrzegane jako wymagające natychmiastowej odpowiedzi, takich jak niebezpieczeństwo, nagły kryzys czy wymagające zadanie zawodowe. Z perspektywy fizjologicznej jest mechanizmem adaptacyjnym, który pozwala na natychmiastowe podjęcie działań w obliczu zagrożenia. Jednak

powtarzające się epizody ostrego stresu mogą prowadzić do problemów zdrowotnych, takich jak wzmożone napięcie mięśniowe, bóle głowy, zaburzenia snu czy trawienne. Z psychologicznego punktu widzenia, stres ostry może prowadzić do reakcji lękowych, choć jednocześnie pomaga szybko rozwiązać problem (Chrousos, 2009, McEwen, 2013; Sapolsky, 2004).

Stres przewlekły

Stres przewlekły występuje, gdy jednostka jest narażona na długotrwały stresor, który nie ustępuje lub powraca regularnie. Przykładami mogą być chroniczne problemy zawodowe, finansowe czy długotrwałe konflikty interpersonalne. W przeciwieństwie do stresu ostrego, stres przewlekły nie wywołuje intensywnych reakcji fizjologicznych w krótkim czasie, lecz działa bardziej subtelnie, stopniowo osłabiając organizm. Generalnie mimo mniejszego nasilenia bezpośrednio odczuwanego stresu, ma większy wpływ na zdrowie niż stres ostry. Długotrwałe działanie hormonów stresu, takich jak kortyzol, może prowadzić do wyczerpania zasobów organizmu i wywołać negatywne skutki zdrowotne, takie jak osłabienie układu odpornościowego, choroby sercowo-naczyniowe czy zaburzenia metaboliczne (Ganster & Rosen, 2013, McEwen, 2013; Sapolsky, 2004). Na poziomach psychologicznym i społecznym stres przewlekły może prowadzić do wypalenia zawodowego, utraty motywacji oraz zaburzeń poznawczych, lękowych i depresyjnych, negatywnie wpływa na relacje interpersonalne, co może prowadzić do izolacji społecznej, konfliktów w pracy lub rodzinie oraz trudności w funkcjonowaniu zawodowym (Gorter, 2000; Marin et al., 2011, Sapolsky, 2004).

Stres a zdrowie jamy ustnej

Przewlekły stres ma znaczący wpływ na zdrowie jamy ustnej, co potwierdzają liczne badania i przeglądy systematyczne. Jednym z głównych mechanizmów działania jest dysregulacja osi HPA (podwzgórze–przysadka–nadnercza). Długotrwały podwyższony poziom kortyzolu osłabia układ odpornościowy, co z kolei zwiększa podatność na infekcje, w tym w obrębie jamy ustnej. Kortyzol wpływa również na procesy zapalne, może opóźniać gojenie ran oraz przyczyniać się do rozwoju chorób przyzębia (McEwen, 2013; Sapolsky, 2004). Wśród chorób jamy ustnej silnie związanych z przewlekłym stresem najczęściej wymienia się zaburzenia stawu skroniowo-żuchwowego, w tym bruksizm (więcej w rozdziałach 6 i 15), czy nawracające afty (Manfredini i in., 2011).

Problemy zdrowotne jamy ustnej, takie jak choroby uzębienia i przyzębia, bywają same w sobie silnym stresorem dla organizmu. Ból i dyskomfort mogą prowadzić do przewlekłego stresu psychicznego, który negatywnie oddziałuje na cały organizm. Chroniczny ból wynikający z problemów stomatologicznych, zwłaszcza jeśli nie jest skutecznie leczony, może wywoływać stres emocjonalny, lęk i przygnębienie, co z kolei pogarsza zdolność do radzenia sobie z innymi stresorami w codziennym życiu. Badania wykazują, że osoby z chronicznym bólem jamy ustnej często odczuwają wyższy poziom stresu, co obniża jakość ich życia oraz prowadzi do większej izolacji społecznej i pogorszenia relacji interpersonalnych (Su i in., 2021; Tanner i in., 2022)

Choroby przyzębia są dobrym przykładem powiązań somatopsychicznych, ponieważ przewlekłe stany zapalne dziąseł mogą zwiększać ogólnoustrojową odpowiedź zapalną, podnosząc ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy oraz ogólnego pogorszenia stanu zdrowia (Pihlstrom i in., 2005). Osoby z poważnymi problemami stomatologicznymi są bardziej narażone

na zaburzenia lękowe i depresyjne, co dodatkowo pogarsza ich zdolność do dbania o zdrowie jamy ustnej (Su i in., 2021; Tanner i in., 2022).

6.5. Stres pacjenta

Badania nad stresem u pacjentów stomatologicznych koncentrują się na kilku czynnikach, które wywołują u nich lęk i napięcie emocjonalne. Są to:

- **Lęk przed bólem.** Pomimo nowoczesnych technik znieczulenia, pacjenci wciąż obawiają się bólu związanego z zabiegami. Strach przed bólem, nawet jeśli dana osoba go wcześniej nie doświadczyła, pozostaje jednym z głównych powodów unikania wizyt u dentysty.
- **Niepewność co do przebiegu procedur stomatologicznych.** Obawa przed nieznanym związana z zabiegami, procedurami może zwiększać poziom stresu. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów nieinformowanych dokładnie o tym, co będzie się działo w trakcie wizyty.
- **Wcześniejsze negatywne doświadczenia.** Pacjenci, którzy mieli bolesne lub nieprzyjemne doświadczenia stomatologiczne w przeszłości, są bardziej narażeni na wysoki poziom lęku. Dawne traumy mogą wzmacniać odczuwany lęk podczas kolejnych wizyt, nawet gdy planowany zabieg jest z założenia małoinwazyjny.
- **Lęk uogólniony i fobie.** Coraz liczniejsze badania wskazują na związek między lękiem uogólnionym a stresem wynikającym z leczenia stomatologicznego. Pacjenci z tendencją do lęków i fobii są bardziej narażeni na odczuwanie szczególnie silnego stresu, nawet w przypadku prostych, małoinwazyjnych procedur (Armfield & Heaton, 2013; Hoffmann i in., 2022; Murad, Ingle & Assery, 2020).

Sposoby redukcji stresu u pacjentów

Nowoczesna stomatologia stosuje wiele technik, których celem jest poprawa komfortu pacjenta. Badania nad skutecznymi metodami redukcji stresu pokazują, że najbardziej efektywne strategie to:

- **Komunikacja i edukacja pacjenta.** Szczegółowa edukacja pacjenta i wyjaśnienie poszczególnych etapów zabiegu przed jego rozpoczęciem znacząco redukuje stres. Nowoczesne podejście polega na informowaniu pacjentów krok po kroku o procedurach, a także na uświadamianiu ich o dostępnych opcjach leczenia. Zachęca się do zadawania pytań oraz udzielania jasnych odpowiedzi (Appukuttan, 2016; Bodner, 2008).
- **Znieczulenie i kontrola bólu.** Obecnie stosowane środki znieczulające oraz techniki minimalnie inwazyjne znacznie zmniejszają ból i dyskomfort, co przekłada się na obniżenie lęku przed zabiegami (Appukuttan, 2016).
- **Techniki relaksacyjne.** Szybko działające techniki, takie jak ćwiczenia oddechowe i progresywna relaksacja mięśni, są coraz bardziej popularnymi sposobami na redukcję ostrego stresu w gabinecie dentystycznym. Ich efektywność, niskie koszty i stosunkowa łatwość wprowadzania są niewątpliwymi zaletami. Pacjenci, którzy stosują techniki oddechowe, odczuwają niższy poziom napięcia w trakcie zabiegu, co przekłada się na lepsze doświadczenia związane z leczeniem. Jednak by były one skuteczne, pacjent musi opanować je przed zabiegiem (Hoffmann i in., 2022; Park i in., 2018).

- **Techniki polegające na przekierowaniu uwagi** i indukowaniu konkurencyjnych wobec nieprzyjemnych bodźców wrażeń sensorycznych i emocji. Można to osiągnąć na przykład za pomocą hipnozy, która pomaga wprowadzić pacjenta w stan głębokiej relaksacji i zogniskowania uwagi. Może pomóc obniżyć poziom lęku poprzez zmianę percepcji bólu i stresu (więcej w rozdziale 7). Odwrócenie uwagi i wprowadzenie w bardziej pozytywny stan emocjonalny umożliwia także muzyka, wykorzystanie filmów, wirtualnej rzeczywistości (Appukuttan, 2016, Hoffmann i in., 2022).

Biorąc pod uwagę dostępność w gabinecie czy możliwości pacjenta, czasami warto zaproponować aromaterapię, akupunkturę, metody oparte na biofeedbacku. Skuteczność tych metod jest zmienna, w zależności od przyjętego protokołu, oczekiwań pacjentów, zabiegów, wybór odpowiedniej metody lub ich konfiguracji dla konkretnego pacjenta może stanowić wyzwanie (Hoffmann i in., 2022).

Rola empatii w relacji stomatolog–pacjent

Empatyczne podejście stomatologa może znacząco obniżyć poziom lęku i stresu u pacjenta, co pozytywnie wpływa na wyniki leczenia (Hojat i in., 2017). Jednakże warto mieć świadomość, że empatia może przybierać różne formy, z których każda ma swoje zalety i każda potencjalnie wiąże się z ryzykiem.

Empatia emocjonalna to automatyczne i nieświadome współodczuwanie emocji pacjenta. Choć taki rodzaj empatii może pomóc w budowaniu relacji i zaufania, niesie ze sobą pewne niebezpieczeństwa. Jednym z nich jest stronniczość i związana z nią pewna niezamierzona niesprawiedliwość w traktowaniu ludzi. Chociaż empatia emocjonalna jest niezależna od woli, to już zachowania będące jej konsekwencją mogą podlegać skutecznej kontroli. Warunkiem jest uświadomienie sobie własnej stronniczości, a następnie niezaprzeczanie jej istnieniu. Badania pokazują, że stomatolodzy (generalnie wszyscy ludzie) mogą być bardziej skłonni do okazywania empatii osobom, które są do nich podobne pod względem etnicznym, społecznym czy kulturowym (Decety & Cowell, 2015). Może to prowadzić do nieświadomej nierówności w opiece nad pacjentami z różnych środowisk, co ogólnie stanowi poważne wyzwanie dla medycyny. Choć empatia automatyczna może zwiększać więź z pacjentem, to nadmierne zaangażowanie emocjonalne stomatologa może prowadzić do wypalenia zawodowego, jeśli nie jest odpowiednio kontrolowane (Decety & Fotopoulou, 2015).

Empatia poznawcza polega na intencjonalnym, świadomym zrozumieniu uczuć i perspektywy pacjenta, bez angażowania się emocjonalnego na głębszym poziomie (choć nie wyklucza tego). Ta forma empatii pozwala stomatologom zrozumieć stres pacjenta na poziomie intelektualnym, odpowiednio dostosować sposób komunikacji, budowanie relacji z pacjentem przy jednoczesnym zachowaniu dystansu, który chroni przed wypaleniem zawodowym. Empatia poznawcza daje stomatologom narzędzia do skutecznego zarządzania stresem pacjentów, bez nadmiernego emocjonalnego obciążenia. W szerszej perspektywie niweluje niezamierzoną niesprawiedliwość empatii emocjonalnej (Decety & Cowell, 2015; Hojat i in., 2017).

Wpływ stomatologa na postrzeganie stresu przez pacjenta

Odpowiednie podejście stomatologa może nie tylko zredukować odczuwany stres, ale także wpływać pozytywnie na ogólne doświadczenia pacjenta w gabinecie stomatologicznym. Lekarz stomatolog nie jest bezradny wobec stresu, lęku pacjentów. Może bowiem efektywnie korzystać z metod komunikacyjnych (więcej w rozdziale 14), wybranych interwencji psychologicznych, by pomóc zredukować napięcie emocjonalne, stres pacjentów, tak aby mimo nieprzyjemnych uczuć i myśli byli w stanie podjąć konieczne leczenie (Appukuttan, 2016; Bodner, 2008). W kontekście modulowania reakcji pacjenta na stresor istotną rolę odgrywa unikanie jatrogennych komunikatów oraz stosowanie technik, takich jak wywiad motywujący.

Unikanie jatrogennych komunikatów

Komunikaty jatrogenne to te, które mogą nieświadomie wywołać u pacjenta stres lub lęk związany z zabiegiem, w konsekwencji negatywnie wpłynąć na efekt leczenia. Badania pokazują, że niektóre standardowe i motywowane dobrymi intencjami wypowiedzi, takie jak „nie będzie bolało” lub „to nic poważnego”, mogą wywoływać niezamierzony efekt odwrotny, zwiększając lęk pacjenta. Dzieje się tak, ponieważ pacjent, słysząc takie zapewnienia, zaczyna skupiać się na możliwości wystąpienia bólu lub komplikacji (Armfield & Heaton, 2013; Barsky, 2017).

Aby uniknąć jatrogennych komunikatów, należy:

- **Unikać negatywnych sformułowań.** Zamiast mówić „nie będzie bolało”, lepiej powiedzieć „zrobimy wszystko, żeby było jak najbardziej komfortowo”. Wystrzeganie się słowa „ból” może zmniejszyć jego znaczenie w świadomości pacjenta.
- **Używać neutralnych i wspierających wyrażań,** które pomagają zmniejszyć napięcie. Na przykład: „Jeśli poczuje się Pani nieswojo, możemy natychmiast przerwać” zamiast „Jeśli poczujesz ostry ból, daj znać”.
- **Unikać krytykowania pacjentów,** którzy przychodzą zbyt późno, po wielomiesięcznym odwołaniu wizyty. Ważne jest, aby lekarze wystrzegali się wyrażania frustracji lub karcenia pacjentów za odraczanie, czy nawet zaniechania w regularnych kontrolach/leczeniu stomatologicznym, ponieważ może to zniechęcać do dalszego leczenia. Choć taka postawa pacjentów może budzić złość, frustrację lekarza, nie warto stosować sankcji, ostrych czy ironicznych uwag, zastraszania. Paradoks tej sytuacji polega na tym, że krytyka pojawia się właśnie w momencie, kiedy pacjent zmobilizował się czy przełamał lęk i wprowadził właściwe zachowanie zdrowotne – przyszedł na wizytę. Negatywne komentarze w takiej sytuacji mogą raczej być traktowane jako kara, potęgować niechęć, obawy przed kontaktami ze stomatologami, wzmacniać mechanizm błędnego koła unikania (Bodner, 2008; Green in., 2014). Nie jest to pochwała unikania wizyt. Lepiej od razu uprzedzać o ewentualnych konsekwencjach, zadzwonić, przypomnieć, gdy pacjent rezygnuje z wizyty. Jednak, gdy w końcu pojawi się w gabinecie warto docenić to, że jednak przyszedł, zachęcić do częstszych wizyt, podkreślając pozytywne ich skutki dla pacjenta: „Cieszę się, że Pana widzę. Minęło sporo czasu. Dobrze, że Pan się zgłosił”. Po wizycie można wprowadzić element edukacji „Regularne wizyty mogłyby znacznie poprawić zdrowie w zakresie..., i nawet gdyby coś się działo, to jeśli wcześniej zrezygnujemy, jest spora szansa na szybkie i małoinwazyjne leczenie”, czy „Proszę zadzwonić, jeśli nie będzie Pan mógł/chciał przyjść, to...”. W ten sposób można zwiększyć szansę na rozmowę o powodach rezygnacji z wizyty czy zachęcić do niej przez telefon.

Wywiad motywujący

Wywiad motywujący to narzędzie komunikacyjne, które pomaga pacjentom zmieniać podejście do leczenia i zwiększać motywację do podjęcia zachowań zdrowotnych. W stomatologii technika ta może być użyteczna przy zmianie percepcji pacjenta wobec stresu związanego z zabiegiem (Miller & Rollnick, 2014). Celem wywiadu motywującego jest wsparcie pacjenta w bardziej aktywnym uczestnictwie w leczeniu i redukcji lęku poprzez budowanie współpracy i wzmacnianie jego autonomii. Zasady wywiadu motywującego obejmują:

- **Budowanie relacji i zaufania.** Skupianie się na stworzeniu atmosfery zaufania, która sprzyja otwartej komunikacji. Przykładowo, zamiast mówić pacjentowi, co powinien zrobić, stomatolog może zapytać: „Jak mogę pomóc, aby czuła się Pani bardziej komfortowo?”
- **Wzmacnianie motywacji pacjenta.** Stomatolog może pomóc pacjentowi zidentyfikować powody, dla których warto przełamać strach i jednak podjąć leczenie. Na przykład „Jak myślisz, jakie korzyści przyniesie Ci ten zabieg?”
- **Zachęcanie do autonomii.** Zamiast narzucać rozwiązania, można zachęcać pacjenta do podejmowania decyzji, co buduje poczucie kontroli i zmniejsza lęk. Przykładem może być pytanie: „Co myślisz o tym rozwiązaniu?”

Stomatolog może również wpływać na postrzeganie stresu pacjenta poprzez:

- **Wzmacnianie poczucia kontroli** przez pacjenta różnymi sposobami – jest generalnie ważnym celem w budowaniu współpracy w toku leczenia. Pacjenci odczuwają mniejszy stres, gdy mają poczucie kontroli nad przebiegiem zabiegu, leczenia. Stomatolodzy mogą to osiągnąć, umożliwiając pacjentowi robienie przerw w trakcie zabiegu, pytając o jego komfort, ustalając sposoby i okoliczności dawania sygnałów niewerbalnych przez pacjenta, komunikując się z nim po zabiegu, formułując zalecenia w postaci warunkowej „jeśli pojawi się..., to proszę...”
- **Otwartą i wspierającą komunikację.** Zrozumienie potrzeb pacjenta i otwarta rozmowa o jego obawach zwiększają zaufanie i zmniejszają lęk. Warto włożyć wysiłek w tworzenie bezpiecznej atmosfery, zarezerwować czas na rozmowy na temat możliwych przeszkód i potrzeb pacjenta, co pomaga w budowaniu długoterminowej relacji opartej na zaufaniu. Regularne sprawdzanie, jak pacjent się czuje, pozwala na wczesne wykrycie narastającego stresu i podjęcie odpowiednich interwencji.
- **Poznanie historii leczenia pacjenta.** Stomatolog, który dba o to, by poznać historię pacjenta, może lepiej dostosować sposób leczenia do jego potrzeb, uwzględniać wcześniejsze doświadczenia, unikać niektórych interwencji, jeśli to możliwe, proponować alternatywne rozwiązania (Armfield & Heaton, 2013; Bodner, 2008, Hoffmann i in., 2022)

6.6. Stres stomatologa

W pracy stomatologa istnieje wiele czynników wywołujących stres – od presji zawodowej, przez problemy organizacyjne, po trudności w komunikacji z pacjentami. Najczęstsze z nich przedstawiono w tabeli 6.2.

Tabela 6.2. Stresory w pracy stomatologa

Stresor	Charakterystyka
Stresory zawodowe	
Presja czasu	Jest jednym z głównych stresorów zawodowych w stomatologii. Często stomatolodzy mają ograniczony czas na wykonanie skomplikowanych procedur, co zwiększa ryzyko błędów i obciążenie psychiczne.
Odpowiedzialność za zdrowie pacjenta	Stomatolodzy muszą podejmować decyzje, które bezpośrednio wpływają na zdrowie pacjenta. Wiąże się to z dużym stresem, szczególnie gdy pacjent ma poważne problemy zdrowotne.
Ryzyko błędów	Błędy medyczne mogą mieć poważne konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale i prawne, co wywołuje silne obawy przed ich popełnieniem. Jest to powszechnie wskazywane źródło stresu w stomatologii.
Problemy finansowe i zarządzanie praktyką	Zarządzanie własnym gabinetem, finansami oraz spełnianie standardów biznesowych bywa znaczącym obciążeniem, szczególnie na zmieniającym się rynku usług zdrowotnych, w obliczu konkurencji, konieczności wprowadzania nowych metod czy zakupu sprzętów.
Relacje z pacjentami	
Trudności w komunikacji z pacjentami	Czasami trudno jest wyjaśnić przebieg zabiegów, leczenia w sposób zrozumiały, jednocześnie nienasilający lęku, stresu u pacjentów. Pacjenci zaś mogą mieć nierealistyczne oczekiwania wobec leczenia (czasu, dyskomfortu, kosztów). Trudności w komunikacji zwiększają poziom stresu stomatologa, który musi tłumaczyć zawartość procedur.
Radzenie sobie z lękiem i bólem pacjenta	Pacjenci z lękiem przed zabiegami stomatologicznymi często wywołują dodatkowy stres u stomatologów, którzy muszą radzić sobie z ich obawami i bólem. Tutaj stresorem może być odczuwana presja, aby złagodzić lęk pacjenta i sprawić, by procedura była komfortowa, a jednocześnie wykonana poprawnie pod względem technicznym.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bodner, 2008; Plessas et al., 2018, Rada & Johnson-Leong, 2004.

Radzenie sobie ze stresem a adaptacja zawodowa

Radzenie sobie ze stresem zawodowym i w relacjach z pacjentami jest istotne w kontekście zachowania zdrowia psychicznego stomatologów oraz utrzymania wysokiej jakości usług. Poniżej przedstawiono kilka praktycznych strategii:

- **Zarządzanie czasem.** Poprawa organizacji pracy, np. lepsze planowanie wizyt, ustalanie realistycznych terminów i rezerwowanie czasu na nieprzewidziane sytuacje, może zmniejszyć presję czasu i poprawić komfort pracy.
- **Kontrola emocji i wsparcie psychologiczne.** Regularne korzystanie z technik relaksacyjnych, oddechowych czy medytacji pomaga radzić sobie z emocjonalnym obciążeniem w pracy. Niektórzy stomatolodzy korzystają również ze wsparcia psychologicznego lub coachingu.
- **Podnoszenie kompetencji komunikacyjnych** poprzez szkolenia może poprawić relacje z pacjentami i zmniejszyć poziom stresu w kontaktach z nimi. Wyjaśnianie procedur w sposób zrozumiały dla pacjenta oraz empatyczne podejście mogą zmniejszyć lęk pacjentów, co również wpłynie na komfort pracy (Gallagher i in., 2021; Rada & Johnson-Leong, 2004).

Stomatolodzy, którzy potrafią radzić sobie ze stresem, są bardziej odporni na wypalenie zawodowe, co przekłada się na ich satysfakcję zawodową oraz zdolność do długotrwałego wykonywania obowiązków zawodowych na wysokim poziomie. Praktyki, które pomagają stomatologom lepiej przystosować się do wyzwań zawodowych, obejmują:

- **Budowanie sieci wsparcia społecznego/zawodowego.** Wsparcie ze strony współpracowników, mentorów i innych profesjonalistów w tej samej branży pomaga w wymianie doświadczeń i redukcji stresu.
- **Rozwój zawodowy.** Uczestnictwo w szkoleniach i podnoszenie swoich kwalifikacji mogą zwiększyć poczucie kompetencji i pewność siebie, co w efekcie zmniejsza obawy przed popełnieniem błędów (Gallagher i in., 2021; Rada & Johnson-Leong, 2004).

Zanim studenci mierzą się ze stresorami zawodowymi, czeka ich długa droga, na niej liczne trudności, z którymi trzeba się zmierzyć. Okazuje się, że studenci stomatologii są bardziej narażeni na wysoki poziom stresu niż osoby studiujące na innych kierunkach medycznych i niemedycznych. Może być to związane z intensywnymi wymaganiami akademickimi oraz presją kliniczną i obciążeniami finansowymi (Alzahem i in., 2011). Czynnikiem, które pomagają zredukować stres, są wsparcie społeczne ze strony rodziny, kolegów i mentorów oraz programy wsparcia psychologicznego oferowane przez uczelnie. Programy te obejmują techniki relaksacyjne, zarządzanie czasem i rozwój kompetencji interpersonalnych czy kształtowanie zdrowego podejścia do stresu (Dahan & Bedos, 2010). Więcej przydatnych informacji na temat radzenia sobie z wyzwaniami w toku studiów, w tym ze stresem, można znaleźć w rozdziale 13.

6.7. Jak radzić sobie ze stresem?

W tym podrozdziale przedstawiono sprawdzone metody pomagające w radzeniu sobie ze stresem ostrym i przewlekłym oraz ogólnie wzmacniające zasoby niezbędne do pozostawania w sytuacjach stresujących – gdy jest to konieczne – i radzenia sobie z nimi bez ponoszenia nadmiernych kosztów zdrowotnych. Pomysły te można wykorzystać niezależnie od tego, czy jest się stomatologiem, pacjentem, studentem, czy też jeszcze na innym etapie życia.

Jak radzić sobie z nagłymi, intensywnymi stresorami?

Ostry stres jest reakcją organizmu na nagłe, krótkotrwałe stresory, które wymagają natychmiastowego działania i szybkiego powrotu do równowagi. W takich sytuacjach potrzebne są efektywne sposoby, które działają w danym momencie. Poniżej kilka prostych technik, które pozwalają szybko opanować reakcje fizjologiczne oraz emocjonalne. **Techniki oddechow**e są jednymi z najprostszych i najszybciej działających metod radzenia sobie z nagłym stresem. Wpływają one bezpośrednio na autonomiczny układ nerwowy, obniżając poziom napięcia i poprawiając nastrój. Można tu wymienić:

- **Oddychanie kwadratowe (pudelkowe).** Polega na równomiernym wdechu, wstrzymaniu oddechu, wydechu i kolejnym wstrzymaniu, przy każdym kroku trwającym tyle samo sekund (można stopniowo nieco wydłużać).
- **Fizjologiczne westchnienie** polega na dwóch krótkich wdechach nosem (jeden po drugim do maksymalnego oporu) i wydłużonym wydechu ustami. Tego rodzaju westchnienie występuje wielokrotnie naturalnie podczas zmęczenia lub emocjonalnego napięcia i jest skuteczne w redukcji nagłego stresu poprzez zwiększenie objętości płuc i lepsze dotlenienie organizmu. Metoda ta prowadzi do szybkiego obniżenia fizjologicznej reakcji stresowej oraz poprawy nastroju.

- **Wydłużony głęboki oddech** (wydech dłuższy od wdechu) polega na długim, powolnym wydechu (trwającym dłużej niż wdech), co powoduje aktywację przywspółczulnego układu nerwowego, prowadząc do zmniejszenia poziomu napięcia i stresu (Balban i in., 2023; Hopper i in., 2019).

Relaksacja progresywna polega na napinaniu, a następnie rozluźnianiu poszczególnych grup mięśni, co prowadzi do rozładowania fizycznego napięcia, które pojawia się w odpowiedzi na stres. Relaksacja progresywna jest skuteczna w sytuacjach nagłego stresu, pomaga organizmowi fizycznie „odpuścić” napięcie, a wraz z nim także napięcie psychiczne (Hoffmann i in., 2022; Park i in., 2018).

Metody uniwersalne radzenia sobie ze stresem ostrym i przewlekłym

Stres przewlekły, wynikający z długotrwałej ekspozycji lub obecności regularnie powtarzających się stresorów, może prowadzić do wyczerpania emocjonalnego i psychicznego. Skuteczne metody zarządzania stresem przewlekłym koncentrują się na budowaniu odporności psychicznej i rozwoju osobistym. Najczęściej są to umiejętności i zasoby nabywane stopniowo i intencjonalnie. Mimo że opisuje się je w kategoriach prewencji negatywnych skutków stresu przewlekłego, to człowiek wyposażony w niektóre z tych zasobów będzie lepiej odnajdywał się i szybciej wracał do równowagi również w sytuacjach nagłych, niekorzystnych zdarzeń. Przykładowo, metodami o szerokim wpływie na zdrowie, które mogą być stosowane zarówno w radzeniu sobie ze stresem ostrym, jak i przewlekłym jest medytacja, joga, aktywność fizyczna. Gdy są dobrze opanowane i stanowią część codziennej rutyny, przynoszą liczne korzyści zdrowotne oraz profilaktyczne i jednocześnie stale pomagają budować odporność na stres. Poniżej opisano wybrane metody oraz szersze podejście do zdrowia i stresu, a także zasoby, które zostały najlepiej zbadane w kontekście długofalowego radzenia sobie ze stresem.

Regeneracja, zarówno fizyczna, jak i psychiczna, jest elementarna w procesie radzenia sobie ze stresem. Zaniedbań w tym obszarze nie da się zastąpić suplementami czy stosowaniem izolowanych technik zwiększających wydolność, koncentrację itp. Odpoczynek pozwala na odbudowanie zasobów psychicznych i fizycznych oraz zapobiega wypaleniu zawodowemu. Szczególną wagę ma sen jako podstawowa i konieczna forma regeneracji. Brak snu prowadzi do podwyższonego poziomu kortyzolu i większej podatności na stres. Jest czynnikiem ryzyka wielu chorób metabolicznych, sercowo-naczyniowych, zaburzeń psychicznych. Dbanie o regularny sen oraz jego jakość jest niezbędne w długoterminowym zarządzaniu stresem. W przypadku przewlekłych zaburzeń snu nawet bardzo wyszukane techniki radzenia sobie ze stresem nie zrekompensują jego niedoborów (Walker, 2019).

Inną formą regeneracji są **relaksacyjne aktywności**, takie jak spacer, sport rekreacyjny, czas spędzany z rodziną i przyjaciółmi, hobby oraz przerwy w pracy, które sprzyjają odzyskiwaniu równowagi emocjonalnej i pomagają uniknąć wyczerpania psychicznego (McGonigal, 2016). Regularne **ćwiczenia fizyczne**, mimo że same w sobie są stresorem dla organizmu, długofalowo pomagają obniżyć poziom kortyzolu, zmniejszyć odpowiedź tętna na sytuacje stresujące i generujące lęk oraz poprawić nastrój. Długoterminowa aktywność fizyczna wzmacnia odporność na stres, poprawia zdrowie fizyczne i poprzez różnorodne mechanizmy pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne, w tym funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne (Mücke i in., 2018).

Kolejna uniwersalna metoda, a właściwie postawa i zachowanie, polega na budowaniu odporności psychicznej – **rezyliencji** (*resilience*). Jest to zdolność do adaptacji, niepoddawania się mimo przeciwności losu, do szybkiego powrotu do równowagi emocjonalnej po trudnych doświadczeniach, sytuacjach stresujących. Badania pokazują, że stopniowe podejmowanie trudnych wyzwań, mimo wysokiego poziomu stresu, prowadzi do wzmocnienia poczucia kontroli i sprawczości. Oznacza to, że każdy kolejny stresor przyczynia się do rozwijania zdolności do radzenia sobie z trudnościami w przyszłości. Proces ten obejmuje akceptację stresu jako części procesu rozwoju oraz podejmowanie świadomych działań mimo obaw i ryzyka. Zdolności adaptacyjne wzrastają także dzięki świadomości i odpowiedniemu zarządzaniu emocjami oraz elastyczności poznawczej (Crum i in., 2013; Kim i in., 2019).

Regularne **kontakty społeczne**, współpraca z kolegami, rodziną i przyjaciółmi pozwalają zmniejszyć uczucie izolacji, zwiększają poczucie przynależności i bezpieczeństwa emocjonalnego, działają protekcyjnie przed potencjalnie negatywnymi skutkami stresu, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio. Łagodzą lub nawet niwelują jego skutki, pozwalają na utrzymanie dobrego zdrowia psychicznego, a także pozytywnie wpływają na zdrowie fizyczne (McGonigal, 2016; Gorter i in., 2000). Co więcej, nie chodzi tylko o budowanie sieci wsparcia, które w trudnej sytuacji okaże się pomocne, np. otrzymamy wsparcie emocjonalne od przyjaciół, rodzina pomoże materialnie, koleżanka z pracy trafnie zrozumie naszą sytuację i pomoże znaleźć rozwiązanie itp. Okazuje się, że angażowanie się w pomoc innym ludziom czy zwierzętom może być efektywnym sposobem radzenia sobie ze stresem. Badania pokazują, że pomaganie innym, np. opieka nad bliskimi, choć może być trudna, męcząca, działa ochronnie przed potencjalnymi negatywnymi skutkami stresu. Celem badania przeprowadzonego przez Poulin i wsp. (2013) była ocena zależności między pomaganiem innym ludziom a nasileniem stresu oraz śmiertelnością. Przeanalizowano dane od 846 osób dorosłych. Okazało się, że u osób, które angażowały się w pomaganie innym, nie zwiększyło się ryzyko zgonu w ciągu najbliższych 5 lat. Co ciekawe, ochronny wpływ altruizmu dotyczył także badanych, którzy doświadczali bardzo wysokiego poziomu stresu. Natomiast ryzyko zgonu badanych, którzy nie angażowali się w pomaganie innym, było związane z poziomem nasilenia stresu. Troska i pomoc innym uruchamia mechanizmy współczucia, buduje poczucie sensu i więzi, które pomagają obniżyć biologiczne i psychologiczne koszty stresu oraz poprawiają samopoczucie emocjonalne (Poulin i in., 2013).

Do innych metod pomagających budować tarczę przeciwko negatywnym skutkom stresu należą:

- **Skuteczne zarządzanie czasem** – pomaga zredukować presję wynikającą z nadmiaru obowiązków zarówno zawodowych, jak i rodzinnych czy domowych. Hierarchizacja i priorytetyzacja zadań, dzielenie nadrzędnych celów, dużych projektów na mniejsze etapy zmniejsza poczucie przytłoczenia i zwiększa poczucie kontroli, tym samym pozwala na efektywniejsze radzenie sobie ze stresem (Gallagher i in., 2021; Rada & Johnson-Leong, 2004).
- **Mindfulness** – czyli praktyka uważności, polega na świadomym zwracaniu uwagi na chwilę obecną, zmniejsza reakcje lękowe i emocjonalne mające swoje źródło w przyszłości lub przeszłości. Badania pokazują, że trening mindfulness redukuje objawy depresji, lęku, bólu, poprawia zdrowie psychiczne i zwiększa odporność na stres.
- **Medytacja** oddechowa i inne formy medytacji – wpływają na układ nerwowy, obniżając poziom kortyzolu. Regularne praktykowanie medytacji poprawia koncentrację, reguluje emocje i zwiększa zdolność radzenia sobie ze stresem (Balban i in., 2023; Hathaisaard i in., 2022).

- **Joga** – łączy techniki oddechowe, fizyczne i medytacyjne, co sprzyja redukcji napięcia fizycznego i psychicznego. Długoterminowe praktykowanie jogi pomaga w zarządzaniu przewlekłym stresem i poprawia ogólny stan zdrowia psychicznego (Ciezar-Andersen i in., 2021).
- **Zmiana przekonań (*mindset*)** dotyczących stresu – elastyczne podejście lub zmiana sposobu myślenia, nauka reinterpretowania objawów stresu oraz ich wpływu na zdrowie może bardzo korzystnie wpływać na codzienne funkcjonowanie. Nie chodzi o to, by dążyć do sytuacji stresujących, lecz by dodatkowo nie stresować się stresem. Oczywiście, że jest on nieunikniony i czasem będzie wiązał się ze złym samopoczuciem, ale nie musi to oznaczać, że nieprzyjemne doznania fizyczne i psychiczne są szkodliwe, a długotrwała sytuacja stresująca będzie wiązała się z chorobą, czy że za wszelką cenę trzeba unikać stresu itp. Można uczyć się go akceptować, a w niektórych okolicznościach doceniać stres, albo zacząć rezygnować z demonizowania jego skutków. Programy skupione na zmianie sposobu myślenia o stresie, takie jak te opracowane przez Kelly McGonigal (2016) i Ali Crum (2013), pokazują, że postrzeganie go jako wyzwania, a nie zagrożenia, może zwiększyć efektywność w radzeniu sobie z nim oraz nauczyć, jak dobrze go wykorzystać.

6.8. Kiedy stres jest sprzymierzeńcem? Jak postrzeganie stresu modyfikuje jego efekt

Stres tradycyjnie kojarzony jest z czymś negatywnym, jednak w rzeczywistości może przybierać różne formy, które mają różne skutki dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Wcześniej wspomniany eustres pojawia się w sytuacjach, które są postrzegane jako wyzwanie, z jednoczesnym przekonaniem (nie pewnością), że można mu sprostać. Wywołuje mobilizację, zwiększa motywację, poprawia koncentrację i wspiera rozwój osobisty. Przykładem może być stres towarzyszący realizacji ambitnych projektów zawodowych czy przygotowaniom do ważnych występów. Eustres prowadzi do wzrostu efektywności i satysfakcji z wykonywanych zadań (Crum i in., 2013). To dobra informacja, ale co w przypadku dystresu?

Dystres wynika z nadmiernego obciążenia psychicznego lub fizycznego, często w sytuacjach, które wydają się niekontrolowane lub przytłaczające. Wzbudza lęk, niepokój oraz może prowadzić do wyczerpania emocjonalnego i fizycznego, a w dłuższej perspektywie do problemów zdrowotnych, takich jak zaburzenia układu sercowo-naczyniowego, metaboliczne czy depresja (Sapolsky 2004; Selye, 1978). Jednak okazuje się, że nawet w przypadku dystresu jego spostrzeganie, przekonania na temat potencjalnego wpływu na zdrowie, życie w istotny sposób modyfikują realne skutki. Sposób myślenia o stresie zmienia jego wpływ na organizm, a postrzeganie stresu jako sprzymierzeńca może przynieść pozytywne rezultaty. Carol Dweck wykazała, że ludzie o nastawieniu rozwojowym, którzy postrzegają wyzwania i stres jako okazję do nauki, lepiej radzą sobie z trudnościami i są bardziej odporni psychicznie. Osoby z tzw. *growth mindset* widzą stres jako szansę na rozwój, co wzmacnia ich poczucie kontroli i sprawczości (Dweck, 2006). Zaskoczeniem mogą być wyniki badania, w którym przeanalizowano dane zebrane od ponad 30 000 dorosłych Amerykanów na przestrzeni ośmiu lat. Wykazano, że u osób, które doświadczały wysokiego poziomu stresu i jednocześnie wierzyły, że stres jest szkodliwy dla ich zdrowia, stwierdzono o 43% wyższe ryzyko zgonu. Natomiast u osób, które nie traktowały stresu jako stanu szkodliwego, mimo że doświadczały podobnie wysokiego poziomu, nie występowało podwyższone ryzyko śmiertelności.

To sugeruje, że percepcja stresu może mieć silniejszy wpływ na zdrowie i długowieczność niż sam poziom stresu (Keller i in., 2012).

Podsumowując, sposób, w jaki postrzegamy stres, wpływa na skutki fizjologiczne i psychiczne. Traktowanie go jako naturalnej reakcji organizmu i wyzwania może pomóc w poprawie zdrowia i zmniejszeniu ryzyka negatywnych konsekwencji zdrowotnych. To dobra wiadomość, a jednocześnie apel, by nie demonizować stresu oraz uważnie kształtować przekonania ludzi na temat jego wpływu na zdrowie (Crum i in., 2013, McGonigal, 2016).

Jeśli chcesz ocenić i popracować nad swoimi przekonaniami dotyczącymi stresu zachęcamy do skorzystania z kilku platform i stron internetowych związanych z badaniami nad psychologią stresu, szczególnie tych związanych z pracą.

1. Stanford Mind & Body Lab (<https://mbl.stanford.edu/resources/intervention-materials/rethink-stress-intervention>). Laboratorium, w którym prowadzone są badania nad postrzeganiem stresu i jego wpływem na zdrowie. Strona oferuje programy edukacyjne i ćwiczenia, które pomagają zrozumieć, jak postrzeganie stresu może zmieniać jego skutki.
2. Stanford SPARQtools (<https://sparqtools.org/rethinkingstress/>). Tutaj można skorzystać z krótkiego treningu, opartego głównie na materiałach video, dotyczącego mindsetu stresu.
3. Polską adaptację i więcej informacji na temat Kwestionariusza metanastawienia wobec stresu autorstwa własnego Ali Crum znajdziesz tutaj: <https://mateuszbanaszkiewicz.com/stressmindsetmeasure>.

Te zasoby pozwalają nie tylko na lepsze zrozumienie, jak stres wpływa na nasz organizm, ale także na rozwijanie bardziej pozytywnego podejścia do trudności i wyzwań.

6.9. Pytania i zadania



1. Wyobraź sobie, że w Twoim gabinecie pojawia się pacjentka, która miała zgłosić się w celu kontynuacji leczenia pół roku temu. Na przestrzeni tego okresu choroba się nasiliła i obecnie całą koncepcję leczenia trzeba zmienić (bardziej bolesna, droższa, rezultaty mniej przewidywalne). Pacjentka jest zawstydzona zaniedbaniem, ale tłumaczy się brakiem czasu, innymi ważniejszymi sprawami. Jak myślisz, jakie emocje wywoła w Tobie taka sytuacja? Co pomyślisz o pacjentce? Jakie pierwsze wyjaśnienie jej zachowania uznasz za prawdziwe? Jak miałbyś/abyś ochotę spontanicznie zachować się wobec pacjentki, co jej powiedzieć? Jak byłoby dobrze zachować się w takiej sytuacji, co powiedzieć, a czego nie mówić do pacjentki?
2. Przypomnij sobie 5 sytuacji, w których doświadczany stres był Ci pomocny (nawet jeśli nieprzyjemny). Spróbuj znaleźć sytuacje z różnych obszarów życia, np. relacje ze znajomymi, nauka, praca, wysiłek fizyczny.
3. Znając siebie, swoje preferencje, wybierz 3 metody pomagające lepiej radzić sobie ze stresem, które uważasz za odpowiednie dla Ciebie, i spróbuj je zastosować.
4. Spróbuj zidentyfikować albo opisać poniższe strategie radzenia sobie ze stresem. Wyobraź sobie, że pewna 19-latką ma trudną sytuację: nie dostała się na stomatologię, chce się przygotować do poprawienia matury, ale nie ma pieniędzy i podjęła się dwóch wyczerpujących ją prac. Jest coraz bardziej zmęczona, nie może spać ani się uczyć. W czasie spotkania się z przyjaciółką:

- oglądają seriale, wspominają wesołe i żenujące zdarzenia z okresu liceum, śmieją się do łez,
 - zaczyna płakać, wykrzykuje oskarżenia pod adresem swoich bliskich, nauczycieli i siebie samej, nie może przestać, aż spokojniejsza opada z sił,
 - rozmawiają o tym, jak podobną sytuację rozwiązała inna osoba, dowiadują się o lepiej płatne miejsca pracy (znajomy polecił sprawdzone miejsca), a przyjaciółka pomaga zaplanować kolejność nauki materiału,
 - przyjaciółka zaoferowała, że będzie jej pomagać w nauce. Mogą razem robić powtórki, a dodatkowo w razie nagłej potrzeby może jej pożyczyć 3000 zł.
5. Wyobraź sobie, że kilka razy w miesiącu masz silne, utrudniające funkcjonowanie bóle głowy. Dotychczas przeprowadzone badania neuroobrazowe i neurologiczne nie wykazały istotnych nieprawidłowości. Na zakończenie wizyty słyszysz zdanie: „To na pewno przez stres. Musisz się mniej stresować.” Jak myślisz, jak zredagowałbyś/ałabyś na taką radę? Jakie myśli i uczucia mogłyby się pojawiać? Co generalnie sądzisz o tego typu radach kierowanych przez pracowników ochrony zdrowia?

Bibliografia

- Alzahem, A.M., Van der Molen, H.T., Alaujan, A.H., Schmidt, H.G., & Zamakhshary, M.H. (2011). Stress amongst dental students: a systematic review. *European Journal of Dental Education*, 15(1), 8–18.
- Appukuttan, D.P. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 35–50.
- Armfield, J.M., & Heaton, L.J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian dental journal*, 58(4), 390–407.
- Balban, M.Y., Neri, E., Kogon, M.M., Weed, L., Nouriani, B., Jo, B., ... & Huberman, A.D. (2023). Brief structured respiration practices enhance mood and reduce physiological arousal. *Cell Reports Medicine*, 4(1).
- Barsky, A.J. (2017). The iatrogenic potential of the physician's words. *Jama*, 318(24), 2425–2426.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 349–364.
- Bodner, S. (2008). Stress management in the difficult patient encounter. *Dental Clinics of North America*, 52(3), 579–603.
- Ciezar-Andersen, S.D., Hayden, K.A., & King-Shier, K.M. (2021). A systematic review of yoga interventions for helping health professionals and students. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102704.
- Chrousos, G.P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature reviews endocrinology*, 5(7), 374–381.
- Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., Awosika, A.O., & Ayers, D. (2024). Physiology, stress reaction. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Crum, A.J., Salovey, P., & Achor, S. (2013). Rethinking stress: the role of mindsets in determining the stress response. *Journal of personality and social psychology*, 104(4), 716.
- Dahan, H., & Bedos, C. (2010). A typology of dental students according to their experience of stress: a qualitative study. *Journal of dental education*, 74(2), 95–103.
- Decety, J., & Cowell, J.M. (2015). Empathy, justice, and moral behavior. *AJOB neuroscience*, 6(3), 3–14.
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8, 457.

- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random house.
- Gallagher, J.E., Colonio-Salazar, F.B., & White, S. (2021). Supporting dentists' health and wellbeing-a qualitative study of coping strategies in 'normal times'. *British Dental Journal*, 1–9.
- Ganster, D.C., & Rosen, C.C. (2013). Work stress and employee health: A multidisciplinary review. *Journal of management*, 39(5), 1085–1122.
- Gorter, R.C., Eijkman, M.A., & Hoogstraten, J. (2000). Burnout and health among Dutch dentists. *European journal of oral sciences*, 108(4), 261–267.
- Green, C.A., Johnson, K.M., & Yarborough, B.J.H. (2014). Seeking, delaying, and avoiding routine health care services: patient perspectives. *American Journal of Health Promotion*, 28(5), 286–293.
- Hathaisaard, C., Wannarit, K., & Pattanaseri, K. (2022). Mindfulness-based interventions reducing and preventing stress and burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 69, 102997.
- Hoffmann, B., Erwood, K., Ncomanzi, S., Fischer, V., O'Brien, D., & Lee, A. (2022). Management strategies for adult patients with dental anxiety in the dental clinic: a systematic review. *Australian Dental Journal*, 67, S3–S13.
- Hojat, M., DeSantis, J., & Gonnella, J.S. (2017). Patient perceptions of clinician's empathy: measurement and psychometrics. *Journal of patient experience*, 4(2), 78–83.
- Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L.E., Maddox, T., Cheng, E.R., Creswell, P.D., & Witt, W.P. (2012). Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health psychology*, 31(5), 677.
- Kudielka, B.M., Hellhammer, D.H., & Wüst, S. (2009). Why do we respond so differently? Reviewing determinants of human salivary cortisol responses to challenge. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 2–18.
- Kim, G.M., Lim, J.Y., Kim, E.J., & Park, S.M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & social care in the community*, 27(4), 797–807.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Manfredini, D., Winocur, E., Guarda-Nardini, L., Paesani, D., & Lobbezoo, F. (2013). Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain*, 27(2), 99–110.
- Marin, M.F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R.P., Sindi, S., Arsénault-Lapierre, G., ... & Lupien, S.J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of learning and memory*, 96(4), 583–595.
- Mateusz Banaszkiewicz. Psycholog Zdrowia. Kwestionariusz Metanastawienia wobec Stresu – KMS. Retried September 15, 2024 from <https://mateuszbanaszkiewicz.com/stressmindsetmeasure/>
- McEwen B.S. (2013). The Brain on Stress: Toward an Integrative Approach to Brain, Body, and Behavior. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 8(6), 673–675.
- McGonigal, K. (2016). *Siła stresu: Jak stresować się mądrze i z pożytkiem*. Sensus.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2014). *Wywiad motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Murad, M.H., Ingle, N.A., & Assery, M.K. (2020). Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment – A systematic review. *Journal of family medicine and primary care*, 9(9), 4530–4535.
- Mücke, M., Ludyga, S., Colledge, F., & Gerber, M. (2018). Influence of regular physical activity and fitness on stress reactivity as measured with the trier social stress test protocol: A systematic review. *Sports medicine*, 48, 2607–2622.
- Park, E., Yim, H., & Lee, K. (2018). Progressive muscle relaxation therapy to relieve dental anxiety: a randomized controlled trial. *European Journal of Oral Sciences*, 127, 45–51.

- Parker, J.D., & Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of personality*, 6(5), 321–344.
- Pihlstrom, B.L., Michalowicz, B.S., & Johnson, N.W. (2005). Periodontal diseases. *The lancet*, 366(9499), 1809–1820.
- Plessas, A., Delgado, M.B., Nasser, M., Hanoch, D.Y., & Moles, R. (2018). Impact of stress on dentists' clinical performance. A systematic. *Community Dent Health*, 35, 9–15.
- Poulin, M.J., Brown, S.L., Dillard, A.J., & Smith, D.M. (2013). Giving to others and the association between stress and mortality. *American journal of public health*, 103(9), 1649–1655.
- Rada, R.E., & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The Journal of the American Dental Association*, 135(6), 788–794.
- Sapolsky, R.M. (2011). Dlaczego zebry nie mają wrzodów. *Psychofizjologia stresu*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa.
- Sattar, K., Yusoff, M.S.B., Arifin, W.N., Yasin, M.A.M., & Nor, M.Z.M. (2022). Effective coping strategies utilised by medical students for mental health disorders during undergraduate medical education-a scoping review. *BMC medical education*, 22(1), 121.
- Selye, H. (1978). *The stress of life*, Rev. McGraw Hill.
- Shin, H., Park, Y.M., Ying, J.Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S.M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 44.
- Stanford Mind & Body Lab. Rethink Stress Intervention. Retrieved September 15, 2024, from <https://mbl.stanford.edu/resources/intervention-materials/rethink-stress-intervention>
- Stanford SPARQtools. Rethinking stress toolkit. Retrieved September 15, 2024, from <https://sparqtools.org/rethinkingstress/>
- Su, N., van Wijk, A., & Visscher, C. M. (2021). Psychosocial oral health-related quality of life impact: A systematic review. *Journal of oral rehabilitation*, 48(3), 282–292.
- Tanner, J., Teerijoki-Oksa, T., Kautiainen, H., Vartiainen, P., Kalso, E., & Forssell, H. (2022). Health-related quality of life in patients with chronic orofacial pain compared with other chronic pain patients. *Clinical and Experimental Dental Research*, 8(3), 742–749.
- Walker, M. (2019). *Dlaczego śpimy: Odkrywanie potęgi snu i marzeń sennych* (tłum. J. Konieczny). Wydawnictwo Marginesy.

7. Temperament i osobowość

Ewa Martyniak, Agnieszka Borowska

Terminy, takie jak „temperament” i „osobowość”, są często przez nieprofesjonalistów używane zamiennie. Współczesna psychologia przypisuje im jednak różny zakres pojęciowy. Osobowość jest najszerszą kategorią, która według badaczy obejmuje sferę temperamentu, odnoszącą się do aspektów zdeterminowanych biologicznie, związanych z uwarunkowaniami genetycznymi jednostki. Na tym podłożu, pod wpływem doświadczeń życiowych, kształtuje się osobowość, która obejmuje przekonania o sobie i świecie, życie emocjonalne, styl budowania relacji z innymi oraz cechy indywidualne, które odróżniają nas od innych (Strelau, 2011).

7.1. Temperament

Temperament jest traktowany jako biologiczny fundament **osobowości**. Czynniki genetyczne wyjaśniają średnio od 32% do 53% zmienności wymiarów temperamentu, związane są z polimorfizmami w genach układu dopaminergicznego i serotonergicznego. Reszta zmienności przypisywana jest wpływom środowiskowym (Oniszczenko, 2008).

Wśród wielu koncepcji temperamentu można wyodrębnić wspólne założenia charakterystyczne dla tego pojęcia, które zakładają, że temperament stanowi element struktury osobowości (rozumianej jako zespół cech), jest obecny już od wczesnego dzieciństwa i charakteryzuje go względna stałość w porównaniu z innymi zjawiskami psychicznymi. Jego podłożem są częściowo genetycznie zdeterminowane, specyficzne dla jednostki mechanizmy neurobiologiczne (Strelau, 2022).

Rozpatrując znaczenie temperamentu w codziennym funkcjonowaniu, większość badaczy skupia się na aspekcie aktywacji, czyli stopniu pobudzenia, który moderuje wartości energetyczne bodźców i zachowań oraz definiuje sytuacje trudne, które są związane z brakiem lub nadmierną stymulacją (niedopasowaną do biologicznych uwarunkowań jednostki). Podejście do pojęcia temperamentu na przestrzeni lat różniło się zarówno w zakresie teoretycznym, jak i metodologicznym. W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku Hans Eysenck stworzył czynnikową teorię osobowości, w której wyróżnił trzy wymiary: **psychotyczność, ekstrawersję oraz neurotyczność**. Każdy z nich jest krańcem kontinuum. Biegunem przeciwnym do ekstrawersji jest introwersja, przeciwieństwo neurotyczności to równowaga emocjonalna. Psychotyczność, która została najpóźniej wprowadzona do teorii, waha się od normalności (niska psychotyczność) do wysokiej psychotyczności. Późniejsze badania pokazały, że ostatni czynnik jest najmniej spójny i rzetelny. Na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XIX wieku uczeń Eysencka, Jeffrey Grey, stworzył **neurofizjologiczną teorię temperamentu**, wyodrębniając w nim dwa podstawowe wymiary – lęk i impulsywność. Zidentyfikował również biologiczne mechanizmy temperamentu: behawioralny układ hamujący (*behavioral inhibition system*, BIS) leżący u podłoża lęku,

behawioralny układ aktywacyjny (*behavioral activation system*, BAS) generujący pozytywną emocjonalność oraz wpływający na agresywność/obronność układ walki/ucieczki. Badania nad deprywacją sensoryczną prowadzone przez Marviną Zuckermana były podstawą do stworzenia **teorii poszukiwania doznań**. Skupiała się na takich zachowaniach, jak podejmowanie ryzyka, poszukiwanie przygód, podatność na nudę. W wielu badaniach stwierdzono, że poszukiwanie doznań jest predyktorem zachowań społecznych. Zgodnie z założeniami psychobiologicznego modelu temperamentu Clonningera, na osobowość składają się genetycznie uwarunkowany temperament oraz charakter, który jest zdeterminowany środowiskowo. Biologiczną bazę dla rozwoju cech osobowości stanowi temperament, który rozumieć można, jako indywidualny zestaw reakcji emocjonalnych i umiejętności przejawianych w odpowiedzi na bodźce z otaczającego środowiska, uwarunkowany w dużej mierze genetycznie. Jego struktura obejmowała cztery wymiary: poszukiwanie nowości, wytrwałość, zależność od nagrody i unikanie szkody (Strelau, 2022).

Na szczególną uwagę zasługuje teoria polskiego badacza Jana Strelaua, który definiował temperament jako czasowe i energetyczne wymiary zachowania, stworzył **regulacyjną teorię temperamentu** (RTT). Tendencja do zachowań o dużej wartości stymulacyjnej (aktywność), zdolność do adekwatnego reagowania w warunkach trudnych (wytrzymałość), skłonność do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje (reaktywność emocjonalna) oraz reagowanie na bodźce o małej wartości stymulacyjnej (wrażliwość sensoryczna) to charakterystyki energetyczne jednostki. Tendencja do kontynuowania zachowań po zaprzestaniu działania bodźca (perseweratywność) oraz szybkiego reagowania i utrzymywania aktywności (żwawość) są wymiarami czasowymi zachowania (Strelau, 2022).

Temperament na poziomie behawioralnym odpowiada za zachowania prowadzące do unikania lub dostarczania stymulacji. Poprzez codzienną aktywność, styl życia, sposób wypoczynku wybiera się sytuacje, które powinny zagwarantować optymalny poziom pobudzenia, dający uczucie komfortu. Przykładowo, osoba wysokoreaktywna, wrażliwa na silne bodźce, z tendencją do szybkiego zmęczenia nie będzie czuła przyjemności z robienia zakupów w hałaśliwym i zatłoczonym centrum handlowym po drugiej godzinie chodzenia. Jej naturalną reakcją będzie chęć zamienienia tej aktywności na przykład na samotny spacer.

I odwrotnie – jednostka o dużym zapotrzebowaniu na stymulację będzie znudzona monotonną aktywnością i otoczeniem, przez co zacznie poszukiwać bardziej stymulujących miejsc, aby usunąć dyskomfort związany z deprywacją bodźców (Strelau, 2022).

Ten przykład obrazuje, w jaki sposób temperament wyznacza nasze granice odporności na stres oraz definiuje sytuacje trudne. Mogą one być związane zarówno z przeciążeniem, jak i brakiem odpowiedniej dla danej osoby stymulacji płynącej z otoczenia. To, w jaki sposób osoba sobie z nią poradzi, zależy już od strategii, która jest wynikiem historii życia i przeżytych doświadczeń, czyli cech osobowości. Efektywna regulacja poziomu pobudzenia (niewywołująca przesyty ani niedosytu wrażeń) wzbudza pozytywne emocje i jest gratyfikująca dla osoby, u której występuje i sprzyja dużej sprawności działania (Strelau, 2022).

Pomimo zgodności co do fundamentalnej roli temperamentu w kształtowaniu się osobowości, w języku koncepcji opisujących psychologiczne funkcjonowanie człowieka istnieje wiele definicji, które różnią się aparatem pojęciowym i jego zakresem opisującym cechy psychiki i zachowania. Poziom pobudzenia, czyli aktywacji, ma względnie stały charakter, dlatego nadano mu status cechy, czyli aktywowalności, która może być chronicznie podwyższona lub obniżona. Używając tego

konstruktu, będącego elementem RTT, można znaleźć wspólny mianownik łączący ją z innymi teoriami temperamentu. Tabela 7.1. przedstawia związki pomiędzy pojęciami wywodzącymi się z teorii głównych badaczy tego tematu a aktywowalnością (Strelau, 2022).

Tabela 7.1. Aktywowalność i wybrane cechy temperamentu

Autor	Aktywowalność		Mechanizmy biologiczne
	niska	wysoka	
H.J. Eysenck	introwersja	ekstrawersja	pętla korowo–siatkowata
H.J. Eysenck	stabilność emocjonalna	neurotyczność	układ limbiczny
J. Strelau	niska reaktywność emocjonalna	wysoka reaktywność emocjonalna	układ limbiczny i autonomiczny układ nerwowy
J. Strelau	wysoka aktywność	niska aktywność	struktury korowe i układ siatkowaty
M. Zuckerman	poszukiwanie doznań	unikanie doznań	układ katecholaminergiczny
J.A. Grey	niski poziom lęku	wysoki poziom lęku	behawioralny układ hamujący BIS (<i>behavioral inhibition system</i>): struktury hipokampa, okolice przegrody oraz pętli Papeza
J.A. Grey	wysoka impulsywność	niska impulsywność	behawioralny układ aktywacyjny BAS (<i>behavioral activation system</i>): jądra wzgórza, okolice kory nowej
R. Cloninger	poszukiwanie nowości	unikanie nowości	drogi dopaminergiczne w miejscu sinawym
R. Cloninger	nieunikanie szkody	unikanie szkody	aktywność serotoniny w układzie limbicznym
R. Cloninger	zależność od nagrody	niezależność od nagrody	neurony noradrenergiczne w pęczku grzbietowym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Strelau, J. (2022). *Różnice indywidualne*. Warszawa: Scholar.

Pomimo wielu różnic w podejściu do tematu temperamentu istnieje zgodność co do jego wpływu na zachowanie poprzez regulowanie jego intensywności, szybkości, odporności na zmęczenie. Za życiowe wybory, jakość nawiązywanych relacji, cele i marzenia odpowiadają doświadczenia, które tworzą historię życia osoby i są budulcem cech jej osobowości.

7.2. Osobowość

Jak dotąd nie udało się stworzyć jednolitej teorii opisującej kształtowanie się, organizację i zasady funkcjonowania osobowości. Różnice indywidualne pomiędzy poszczególnymi osobami od dawna skłaniały badaczy do szukania sposobu klasyfikowania i przewidywania ludzkiego zachowania. Definiowanie osobowości człowieka było niejednolite na przestrzeni rozwoju myśli psychologicznej i związane z koncepcjami funkcjonowania psychicznego człowieka, które koncentrowały się na różnych aspektach ludzkiej natury. Warto zaznaczyć, że następujące po sobie paradygmaty widzenia osobowości człowieka nie asymilowały wiedzy zgromadzonej dotychczas, poszukując nowego spojrzenia na funkcjonowanie jednostki (Oleś, 2023).

Dziewiętnastowieczna psychologia introspekcyjna skupiała się na świadomych treściach, które były motorem ludzkiego zachowania. Krytyczną odpowiedzią na to podejście było poszukiwanie pozaświadomych mechanizmów zachowania, stając się źródłem rozwoju psychoanalizy, która

podkreślała istnienie biologicznych impulsów będących nieświadomymi regulatorami zachowania. Brak możliwości empirycznego badania niepoddających się obiektywnej weryfikacji hipotez wpłynął na powstanie koncepcji behawiorystycznych, kładących nacisk na oddziaływania środowiskowe wzmacniające reakcje, z których tworzą się nawyki i schematy zachowania. Odpowiedzią na jej niewystarczającą moc objaśniającą procesów zachodzących w złożonej naturze ludzkiej stały się koncepcje humanistyczne. Akcentując wewnętrzną potrzebę rozwoju, odrzucały dominację wpływów środowiska nad dokonywanymi wyborami i ludzkim zachowaniem. Rozwój teorii informacji i cybernetyki wpłynął na skupienie uwagi badaczy na procesach przetwarzania informacji i gromadzeniu doświadczeń oraz tworzeniu przekonań, które determinują cechy osobowości jednostki (Doliński & Strelau, 2023).

W toku rozwoju myśli psychologicznej wciąż dążono do uzyskania odpowiedzi na pytania dotyczące relacji pomiędzy podłożem genetycznym a wpływem środowiska na cechy osobowości. Aktualnie przyjmuje się, że istnieje względna równowaga pomiędzy wpływem czynników genetycznych i środowiskowych, które są we wzajemnej interakcji na różnych płaszczyznach. Odporność na stres, zmęczenie lub szybkość reakcji to elementy zachowania zależne od biologicznego fundamentu osobowości, jakim jest temperament. Przykładowo identyczna sytuacja społeczna będzie przeżywana w różny sposób w zależności od uwarunkowań temperamentalnych dziecka. Warto zaznaczyć, że specyfika tych cech również wpływa na zachowania rodzica, modyfikując wpływ środowiska na jego osobę. W zależności od ujawnianych cech i odporności psychicznej determinowane są wybory dotyczące np. szkoły, grupy rówieśniczej, tak by spełniały możliwości adaptacyjne dziecka. Dysonans w tym obszarze może skutkować konsekwencjami zdrowotnymi, zarówno w sferze psychologicznej, jak i somatycznej (Doliński & Strelau, 2023). Ze względu na szerokie zaplecze teoretyczne tematu osobowości, poniżej zostaną przedstawione główne paradygmaty psychologiczne grupujące teorie próbujące wyjaśnić to pojęcie.

7.2.1. Osobowość w ujęciu psychodynamicznym

Podstawowe założenia paradygmatu psychodynamicznego opierają się na twierdzeniu zakładającym, że motywy ludzkiego zachowania są determinowane przez popędy, czyli wrodzone biologiczne źródła zachowania (id), do których opisu Freud stworzył pojęcie libido. Według niego libido to energia napędzająca działanie kierowane popędem seksualnym oraz innymi fizjologicznymi potrzebami zgodnie „z zasadą przyjemności”, która potrzebuje natychmiastowej gratyfikacji, bez względu na konsekwencje. Podczas procesu dorastania dziecko uczy się norm społecznych, które są niezbędne do budowania relacji z innymi osobami, funkcjonowania w grupie społecznej oraz odróżniania dobra od zła. W ten sposób wykształca superego, które stanowi kompas moralny, często sprzeczny z potrzebami libido. To oceniająca część osobowości, która może wywołać poczucie dumy lub wstydu, w zależności od podejmowanych decyzji. Ego to konstrukt osobowości, którego zadaniem jest poszukiwanie równowagi pomiędzy potrzebami id a superego. Stanowi racjonalną część osobowości, która poszukuje sposobu na zaspokojenie potrzeb w zgodzie z normami społecznymi i jest widoczna dla innych. Freud założył, że nie wszystkie dynamiczne procesy zachodzące pomiędzy id, ego i superego znajdują się w zasięgu ludzkiej świadomości, część bowiem może jedynie przebijać się do przedświadomości w postaci np. marzeń sennych, pomyłek (Cierpiałkowska & Sęk, 2021).

Badania Freuda koncentrowały się na szukaniu źródeł zaburzeń nerwicowych oraz perwersji seksualnych, co wiązało się z konserwatywną obyczajowością jego czasów. Wpływ na rozwój człowieka, jaki niosły konsekwencje dorastania podczas II wojny światowej (osierocenie, traumy), skłoniły późniejszych badaczy do prób wyjaśniania innych zaburzeń psychicznych, np. zaburzeń osobowości. Teorie relacji z obiektem to obecnie najbardziej dynamicznie rozwijający się nurt współczesnej psychoanalizy, który obejmuje wiele teorii opisujących kształtowanie się struktur osobowości pod wpływem relacji ze znaczącymi osobami od okresu wczesnego dzieciństwa (Cierpiałkowska & Sęk, 2021).

7.2.2. Osobowość w ujęciu behawioralno–poznawczym

Wszystkie kierunki paradygmatu behawioralno–poznawczego łączy założenie, że człowiek jest istotą uczącą się zachowań i kompetencji przeradzających się w nawyki. Skrajny behawioryzm badający obiektywne zachowania stopniowo uzupełniany był przez aspekty poznawcze, związane z tworzeniem się schematów poznawczych dotyczących przekonań o świecie i o sobie samym. Podejście to cechuje optymizm związany z przekonaniem, że człowiek jest zdolny do samoregulacji opartej na modyfikowaniu dezadaptacyjnych zachowań i przekonań oraz na zamianie ich na bardziej przystosowawcze (Cierpiałkowska & Sęk, 2021).

Według tej koncepcji zaburzenia zdrowia psychicznego to wadliwe reakcje, nawyki i zachowania (natręctwa, fobie) oraz irracjonalne przekonania, które są nieadaptacyjne i przysparzają cierpienia, a zatem są patologicznymi reakcjami somatycznymi, psychicznymi i społecznymi.

Używając technik warunkowania, modelowania oraz modyfikowania schematów poznawczych, można wpłynąć na przekonania o własnej skuteczności, kompetencji oraz sprawczości w codziennym życiu. Psychoterapia behawioralno–poznawcza w świetle aktualnych badań jest obecnie traktowana jako najbardziej skuteczna i zbadana empirycznie (Popiel & Pragłowska, 2022).

7.2.3. Osobowość w ujęciu egzystencjonalno–humanistycznym

Sposób widzenia człowieka, który jest silnie związany z nurtem egzystencjalnym, personalizmem oraz fenomenologią jako formą przeżywania i poznania, podkreśla podmiotowość człowieka, a zjawiska psychiczne ujmuje bardzo subiektywnie, skupiając się na fenomenie świadomości i rozwoju koncepcji „ja”. Wspólne dla wielu teorii zaliczanych do tego nurtu, jest widzenie osobowości człowieka jako czegoś więcej niż realizowanie popędów lub kierowanie się utrwalonymi schematami. W koncepcjach egzystencjalnych podkreśla się potrzebę sensu życia jako motoru rozwoju osobowości lub czynnika ją zaburzającego. Jednym z ważniejszych przedstawicieli tego nurtu jest Wiktor Frankl – twórca logoterapii, według którego człowiek dąży do odkrywania sensu swojego życia i przekraczania granic własnego „ja”. Zaburzenia tego procesu skutkują frustracją i pustką egzystencjalną. Jednymi z najważniejszych przedstawicieli nurtu humanistycznego byli Abraham Maslow i Karl Rogers. Postulowali, że zdrowy psychicznie człowiek jest jednostką, która w naturalny sposób kroczy drogą samorozwoju, a jej celem jest pełna realizacja swojego potencjału (Cierpiałkowska & Sęk, 2021).

7.2.4. Czynnikiowe teorie osobowości

W latach trzydziestych ubiegłego stulecia psychologia osobowości stała się oficjalnym przedmiotem studiów akademickich jako teoria cech. Jedni z najbardziej znaczących przedstawicieli tego nurtu – Paul Costa i Robert McCrae – byli przekonani o istnieniu uniwersalnych czynników opisujących osobowość i na tej podstawie stworzyli kwestionariusz do badania osobowości, który do tej pory jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi w badaniach naukowych cech osobowości (Strelau, 2022).

Zgodnie z ich pięcioczynnikową koncepcją osobowość składa się z pięciu podstawowych cech obejmujących charakterystyczny sposób zachowania, odczuwania, reagowania. Są to: ekstrawersja (towarzystwość, otwartość na interakcje społeczne), neurotyzm (skłonność do doświadczania negatywnych emocji, jak smutek, lęk i złość), sumienność (poziom organizacji, odpowiedzialności oraz samodyscyplina, wpływające na skłonność do dokładności i konsekwencji), ugodowość (skłonność do empatii i współczucia) oraz otwartość na doświadczenia (związana z innowacyjnością i kreatywnością). Według koncepcji Wielkiej Piątki wymienione cechy mają istotne implikacje we wszystkich aspektach ludzkiego życia i decydują o indywidualnym charakterze jednostki (Strelau, 2022).

7.3. Temperament i osobowość pacjenta a jego zachowanie w gabinecie stomatologicznym

Zarówno cechy temperamentu, jak i osobowości są czynnikami, które decydują o odporności na sytuacje stresogenne, a także o indywidualnym potencjale radzenia sobie z traumatyczną sytuacją, jaką niewątpliwie jest ingerencja w ciało człowieka. Są to cechy człowieka stosunkowo stałe i obecne od wczesnego dzieciństwa, będące częścią jego indywidualności i mające wpływ na to, jak zachowuje się w sytuacjach trudnych.

Przykładowo stopień wrażliwości sensorycznej decyduje o odporności na bodźce bólowe, których percepcja jest bardzo indywidualna. Osoby wysoko reaktywne będą doświadczały ich silniej w sytuacji badania lub zabiegu, zwłaszcza zmysłu dotyku, podobnie jak wszystkich doświadczeń związanych z percepcją zmysłową. Również wspomnienia związane z przeżywaniem nieprzyjemnych doznań oraz ich konsekwencje emocjonalne zależą od takich cech, jak perseweratywność i neurotyczność (Strelau, 2022).

Poziom perseweratywności (cecha temperamentu w ujęciu RTT) będzie decydował o czasie trwania dyskomfortu emocjonalnego po traumatycznym lub trudnym wydarzeniu. Osoby, u których ta cecha ma wysoki poziom, będą potrzebowały więcej czasu na wygaszenie przykrych emocji i odzyskanie poziomu równowagi. Wysoki poziom neurotyczności odpowiada niskiej odporności na stres i skłonności do szybkiego generowania lęku. Taka „gotowość lękowa” często wywołuje reakcje nieadekwatne do siły bodźca, np. pacjent sygnalizuje ból, kiedy poczuje pierwszy, delikatny dotyk. Historie z gabinetów dentystycznych bywają bardzo skrajne, chyba większość usłyszała kiedyś opowieść o dentyście, która mroziła krew w żyłach. Stomatologia przez ostatnie pół wieku bardzo się rozwinęła, ale przed laty wizyty u stomatologa nieraz kończyły się bolesnym wspomnieniem i odkładaniem ponownej wizyty. Przytoczona relacja pacjenta pokazuje, jak pozytywne doświadczenia związane z opieką stomatologiczną potrafiły wygasić wcześniejsze, trudne doświadczenia.

Wypowiedź pacjenta

Pan Grzegorz, lat 37, problem: dziecięcy lęk przed stomatologami.

W latach dziewięćdziesiątych w polskich szkołach oprócz przerażających nauczycielek matematyki postrach siały również szkolne dentystki, które przyjmowały dzieci na swój fotel. Tak też było u nas. Dźwięki, jakie dochodziły zza drzwi, narzędzia starej daty, chłodne białe światło to wszystko zostało w mojej wyobraźni. Pani Beata – bo tak nazywała się nasza dentystka – raczej przez wszystkich omijana była szerokim łukiem. Razem z kolegami wymyślaliśmy przeróżne wymówki, żeby tylko nie trafić na jej fotel. Przed wizytą odczuwałem nudności, potem już w trakcie nie potrafiłem opanować odruchów wymiotnych. Wywoływało to u niej irytację, najbardziej oprócz bólu zapamiętałem poczucie bezradności i lęku. Nie pamiętam, czy bardziej bałem się bólu, czy jej złości. Uważam, że nie powinna być dentystką, a tym bardziej leczyć dzieci.

Moja mama, pasjonatka gór, jeździła na wiele wycieczek i na moje nieszczęście (jak wtedy myślałem) na jednej z nich poznała Panią Jadzię, która była dentystką, zapisała mnie do niej na wizytę. Z perspektywy czasu bardzo mamie za to dziękuję, ale początkowo byłem tym pomysłem przerażony. Kiedy spocony i zestresowany usiadłem na fotelu, usłyszałem „przecież jak będzie Cię coś boleć, to możesz mi dać znać, to przerwę” – takie proste i logiczne zdanie, ale bardzo pozytywnie mnie zaskoczyło, zobaczyłem nagle ludzką osobę, która chce po prostu wyleczyć mojego zęba, ale nie za wszelką cenę. Odczułem, że nie tracę swojej woli i sprawczości w momencie położenia się na fotelu. Od tego czasu Pani Jadzia przez lata była moją ulubioną dentystką, tak sympatyczna, ciepła osoba, że sam kontakt i rozmowa z nią była znieczulająca. Wierzyłem, że jestem w dobrych rękach, które nie chcą mojego cierpienia. To, co pozwalało mi przetrwać ból, to np. odliczanie dentystki, ile jeszcze ten ból będzie trwał. Aktualnie Pani Jadzia już nie pracuje, ale po tych przeżyciach wiedziałem, co jest moim kryterium, przy poszukiwaniu innego dentysty. Pan Jacek, który teraz leczy moje zęby, urzeka mnie swoją wrażliwością, empatią i byciem zdecydowanym jednocześnie, co zwiększa moje zaufanie do niego jako specjalisty i po prostu jako dobrego człowieka.

W zależności od cech temperamentu i osobowości te same przeżycia mogą wywołać różne konsekwencje. Osoba, której cechy predysponowałyby ją do silnego i długotrwałego przeżywania stresu, miałaby duże trudności z ponownym zmierzeniem się z sytuacją o traumatycznym dla niej charakterze (możliwość wystąpienia zaburzeń fobicznych). Przytoczony przykład pokazuje również, że niezależnie od czynników osobowościowych i temperamentalnych pacjenta uważność na jego reakcje, zadbanie o poczucie bezpieczeństwa pozwolą mu poczuć się komfortowo i odzyskać zaufanie do stomatologa nawet po trudnych doświadczeniach.

7.4. Osobowość stomatologów

Przeszukując bazy danych dotyczących „osobowości stomatologów”, można natknąć się na kilka artykułów eksplorujących ten temat. Co ciekawe, większość z nich wykorzystuje kwestionariusz MBTI (*Myers-Briggs Type Indicator*). Narzędzie to zostało stworzone przez Isabel Briggs Myers oraz jej matkę Katherine Cook Briggs w pierwszej połowie XX w. i opiera się na koncepcji osobowości Junga (Carlyn, 1977). Test został opracowany, aby teoria Junga była bardziej przystępna

i rozumiała w codziennym życiu. Jednak test ten nie jest wolny od kontrowersji, z uwagi na specyfikę wyników. Krytycy zarzucają mu zbytnią ogólnikowość, co może wywoływać tak zwany efekt Bernuma (Saggino, Cooper & Kline, 2001).

Ciekawostka

Efekt Bernuma: „polega na dostarczeniu takiego opisu wyników badania jednostki, że wydaje się unikatowy, a faktycznie pasuje do każdego, ze względu na swoją trywialność, banalność, stereotypowość, niejasność i ogólność” (Strelau, Doliński, 2008, str. 78)

Test Myers i Briggs opiera się na czterech głównych wymiarach (Kus, 2023):

- E-I: ekstrawersji i introwersji (*extraversion* – *introversion*)
- S-IN: odczuwanie i intuicja (*sensing* – *intuition*)
- T-F: myślenie i czucie (*thinking* – *feeling*)
- J-P: osądzanie i percepcja (*judging* – *perception*)

Naukowcy z Arabii Saudyjskiej przeprowadzili badanie na 243 stomatologach, wykorzystując kwestionariusz MBTI w celu określenia najczęstszego typu osobowości w różnych specjalizacjach. Wyniki nie były tak różnorodne, jak określały to hipotezy badawcze, ale udało wyłonić się jeden wspólny typ osobowości (na poziomie 54%) dla wszystkich siedmiu specjalizacji (stomatologia dziecięca, periodontologia, endodoncja, protetyka, ortodoncja, stomatologia odtwórcza, chirurgia szczękowo-twarzowa) – był to ISTJ (*introverted sensing thinking judging*). Z opisu tego stylu osobowości można dowiedzieć się, iż ci ludzie charakteryzują się spokojem, realizmem, są rzeczowi oraz odpowiedzialni. Wykazują dużą odporność na dystraktory, kierują się logiką oraz są zorganizowani i konsekwentni w swojej pracy (Al-Dlaigan, Alahmari, Almubarak, Alateeq & Anil, 2017)⁷.

Inne badanie pozwala dowiedzieć się, czy konkretne cechy osobowości mogą być czynnikiem prognozującym sukces w danej specjalizacji. Badania Badgera i Franklina przeprowadzone zostały na kandydatkach na rezydentów oraz wykładowcach w ramach specjalizacji stomatologia dziecięca. Wyniki miały wskazać, czy cechy kandydatów na rezydentów są podobne do cech specjalistów, jakimi są już wykładowcy. Rezultat nie wykazał znaczących różnic, wyjątkiem była cecha ESFJ (*extraverted sensing feeling judging*), która występowała częściej u kandydatów. Osoby przejawiające ten typ osobowości można określić jako doradców, chętnych do pomocy, troskliwych, ceniących bezpieczeństwo, godnych zaufania, dobrze prosperujących społecznie (Bagder, 2017).

Najwięcej badań z użyciem narzędzia MBTI przeprowadzono we wcześniejszych latach, aktualnie stosuje się bardziej trafne i rzetelne, ale co za tym idzie i bardziej wymagające narzędzie do badania cech osobowości – NEO-PI-R lub jego skróconą wersję NEO-FFI autorstwa Paula Costy i Roberta McCrae. Bazują one na tzw. Wielkiej Piątce, czyli pięcioczynnikowym modelu osobowości (ugodowość, otwartość na doświadczenie, sumienność, ekstrawersja, neurotyzm) (Klinkosz & Iskra, 2007)

Kolejnym narzędziem, które służy do oceny stylów osobowości, jest Personal Style and Disorder Inventory (PSDI) opracowany przez Kuhla i Kazéna. W jednym z badań, w którym użyto tego kwestionariusza, badacze postawili sobie za cel wskazanie typowych cech osobowości

⁷ Jeżeli zastanawiają się Państwo nad tym, jaki wynik moglibyście uzyskać w tym teście, to zachęcam w ramach ciekawostki do sprawdzenia, ponieważ jest to test ogólnodostępny i darmowy. <https://www.16personalities.com/pl/darmowy-test-osobowosci> (dostęp 19.03.2024).

stomatologów i ich ewentualnego wpływu na relacje pomiędzy dentystą a pacjentem. Wyniki tego testu połączono z kategoriami osobowości w klasyfikacji DSM-V. Niższe wartości, czyli słabszą ekspresję, stomatolodzy uzyskali w skalach: BL (spontaniczność/borderline), PN (rozmyślny/paranoiczny), SZ (zdystansowany/schizoidalny), NA (ambitny/narcystyczny), AB (lojalny/zależny), DP (pasywny/depresyjny), natomiast znacząco wyższe wartości uzyskali w skalach: ST (intuicyjny/schizotypowy), SL (bezinteresowny/poświęcający się), RH (optymistyczny/pozytywny) oraz ZW (sumienny/kompulsywny). Według badaczy cechy te wydają się niezbędne w nawiązywaniu dobrych relacji z pacjentami, a ekspresja specjalistów wpływa bezpośrednio na ich postrzeganie przez pacjentów (Wolf i in., 2022).

Metaanaliza opublikowana w 2021 r. skupiła się na zebraniu badań dotyczących korelacji cech osobowości z wydajnością zawodową nie tylko w obszarze medycznym, ale również w innych zawodach. Wynika z niej, że cechy osobowości są cennym kapitałem zasobów ludzkich i ważnym elementem wpływającym na wyniki zawodowe. Liczba badań poświęconych temu zagadnieniu nie wyczerpuje dostatecznie tematu. Należałoby je częściej podejmować zwłaszcza z perspektywy zawodów wymagających kontaktu z drugim człowiekiem (Wilmot i in., 2021)

Naturalne wydaje się stwierdzenie, że osobowość dentysty ma istotny wpływ na relacje interpersonalne, w tym również na bezpośredni kontakt z pacjentem. W trakcie studiów czy wykonywania później zadań zawodowych ważna jest samoobserwacja własnego stosunku do pacjenta. Wyzwania w pracy, przepracowanie, trudne sytuacje osobiste, bez czasu na autorefleksję i zadbanie o siebie mogą bezpośrednio przyczynić się do osłabienia empatii poznawczej, która jest powiązana z cechami osobowości. Scharakteryzowane w rozdziale narzędzia badające osobowość mogą pomóc stomatologowi zrozumieć siebie i swój sposób zachowywania się, stanowiąc dobry punkt wyjścia do poprawy obszarów, które utrudniają funkcjonowanie.

7.5. Pytania i zadania



1. Jak podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym zapewnić komfort osobie z wysoką wrażliwością sensoryczną?
2. Czym może się charakteryzować zachowanie pacjenta z wysokim poziomem neurotyczności?
3. Jakie cechy Twojej osobowości mogą Ci pomóc w wykonywaniu zawodu stomatologa?
4. Czego się obawiasz, pracując z pacjentem? Jak myślisz, z jakimi cechami Twojej osobowości może to być związane?

Bibliografia

- Al-Dlaigan, Y.H., Alahmari, A.S., Almubarak, S.H., Alateeq, S.A. & Anil, S. (2017). Study on Personality Types of Dentists in different Disciplines of Dentistry. *The journal of contemporary dental practice*, 18(7), 554–558.
- Badger, G.R. & Franklin, D.R. (2017). Personality Types: Predictors for Pediatric Dentists-Pilot Study. *Texas dental journal*, 134(5), 286–297.
- Carlyn, M. (1977). An assessment of the Myers-Briggs Type indicator. *Journal of personality assessment*, 41(5), 461–473.

- Cierpiałkowska, L., & Sęk, H. (2021). *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Doliński, D., & Strelau, J. (2023). *Psychologia Akademicka Tom I, Podręcznik akademicki* (wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne).
- Klinkosz, I. & Iskra, J. (2007). System Typologiczny Myers-Briggs a struktura osobowości Neo4. *Studia z psychologii w KUL*, 14, 11–23.
- Kus, E. (2023). Jestem INFP, a Ty? Wpływ internetowego testu osobowości Myers-Briggs na tożsamość człowieka w kulturze płynnej nowoczesności. *Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne*, 1, 19–25.
- Oleś, P. (2023). *Wprowadzenie do psychologii osobowości wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Oniszczenko, W. (2008). Genetyka zachowania a osobowość. 2008; 5: 137-147. *Doctrina Studia Społeczno-Polityczne*, 5, 137–147.
- Popiel, A., & Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Saggino, A., Cooper, C., Kline, P. (2001). A confirmatory factor analysis of the Myers-Briggs Type Indicator. *Personality and Individual Differences*. 30, 3–9.
- Strelau, J. (2011). *Psychologia różnic indywidualnych*. [W]: Strelau J., Doliński D, red. Psychologia akademicka. Podręcznik. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; s. 776–796.
- Strelau, J. (2022). *Różnice indywidualne*. Warszawa: Scholar.
- Strelau J., Doliński D. (2008) *Psychologia akademicka. Podręcznik*. Tom 2. Gdańsk: GWP.
- Wilmot, M.P. & Ones, D.S. (2021). Occupational characteristics moderate personality–performance relations in major occupational groups. *Journal of Vocational Behavior*, 131, 103655.
- Wolf, G.T., Speyer, V.F.S. & Peter, B. (2022). How obsessive are dentists? A personality styles and disorder inventory based prospective, controlled study. *Journal of Dentistry*, 124, 104217.

Netografia:

<https://www.16personalities.com/pl/darmowy-test-osobowosci> (dostęp 19.03.2024)

8. Komunikacja

Magdalena Gruszczyńska

Prawidłowa komunikacja jest niezbędna w opiece nad pacjentem. Ma znaczenie z punktu widzenia właściwego przekazu oraz zrozumienia komunikatu zarówno ze strony pacjenta, jak i lekarza. Spośród tych dwóch osób – pacjenta i lekarza – to lekarz, jako osoba wykwalifikowana, odpowiada za przebieg procesu komunikacji. Badania wskazują, że bardzo często na wybór lekarza dentysty wpływ mają czynniki pozamedyczne, w tym kompetencje komunikacyjne. Pacjenci oczekują nie tylko profesjonalnej pomocy, ale także: empatii, stosowania zrozumiałego języka, możliwości wyrażania obaw i potrzeb, a także możliwości decydowania o rodzaju zabiegu (Misra i in., 2013; Podschun, 2011). Kodeks etyki lekarzy dentystów wykonujących zawód w Unii Europejskiej także podejmuje kwestię komunikacji. W artykułach 2.6. i 2.7. czytamy: „Dobra komunikacja leży u podstaw relacji pomiędzy lekarzem dentystą a pacjentem. Lekarz dentysta winien umożliwić pacjentowi lub prawnemu przedstawicielowi pacjenta wyrażenie świadomej zgody na leczenie, jakie ma być zastosowane. Winien ponadto udzielić informacji o proponowanym leczeniu, innych możliwościach leczenia, istotnych ryzykach, a także kosztach, tak aby umożliwić pacjentowi dokonanie świadomego wyboru. Lekarz dentysta winien poinformować pacjenta o wszelkich powikłaniach lub o niepowodzeniu leczenia oraz omówić z pacjentem możliwości rozwiązania tych problemów”⁸.

8.1. Komunikacja interpersonalna

Komunikacja interpersonalna to wymiana werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów (symboli) w celu osiągnięcia lepszego poziomu współdziałania. Termin ten oznacza najczęściej przekazywanie i odbieranie informacji przez dwie osoby lub grupy osób. Komunikowanie się jest procesem składającym się z wielu aktów komunikowania, którymi mogą być pojedyncze wypowiedzi, zachowania niewerbalne. Akty komunikowania się mają charakter przyczynowo-skutkowy, co oznacza, iż każdorazowa wypowiedź czy zachowanie jednego z uczestników procesu komunikacji wywołuje reakcję drugiej osoby (Makara-Studzińska, 2013).

Wyróżnia się kilka cech procesu komunikowania się:

1. Komunikowanie jest procesem społecznym – nie odnosi się do pojedynczego człowieka, zachodzi między ludźmi lub grupami osób.

⁸ NIL – Kodeks Etyki Lekarzy Dentystów CED. (b. d.). NIL. <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/dla-stomatologow/sprawy-miedzynarodowe/4717-kodeks-etyki-lekarzy-dentystow-ced>. (dostęp 03.07.2024).

2. Komunikowanie jest procesem relacyjnym, przy czym rozróżnia się:
 - relację symetryczną – każda z osób/stron ma taki sam lub podobny status;
 - relację niesymetryczną – jedna strona może mieć uprzywilejowaną pozycję, może występować dominacja jednego podmiotu nad drugim.
3. Komunikacja opiera się na indywidualnej interpretacji przekazu.
4. Komunikacja przebiega w określonym kontekście, co oznacza, że interpretacja przekazu zależna jest od kontekstu.
5. Komunikacja jest działaniem świadomym i celowym.
6. Komunikacja polega na ciągłych i przenikających się oddziaływaniach werbalnych i niewerbalnych. Komunikaty niewerbalne mogą wzmacniać lub zaprzeczać komunikatowi werbalnemu (Makara-Studzińska, 2013).

Uczestnicy procesu komunikacji, czyli **nadawca i odbiorca**, mogą przyjmować różne role, od których zależeć będzie jego przebieg. W trakcie rozmowy dwóch koleżanek zazwyczaj obie będą przyjmowały **role symetryczne**, czyli żadna z nich nie wywyższa się, nie jest uległa ani dominująca. Taka konwersacja przebiega zazwyczaj bez większych zakłóceń. W sytuacji, gdy uczestnikami procesu są lekarz i pacjent mamy zazwyczaj do czynienia z rolami **asymetrycznymi**. Dla prawidłowego przebiegu procesu istotne jest, aby nadawca i odbiorca płynnie zamieniali się swoimi rolami. Podczas rozmowy osoba A nadaje komunikat, osoba B odbiera komunikat, a następnie osoba B odpowiada osobie A, czyli staje się nadawcą komunikatu, a osoba A jego odbiorcą (Makara-Studzińska, 2013).

Nadawca formułując komunikat (kodując go) ma do przekazania myśl, intencję i czyni to za pomocą określonego **kodu** oraz **kanalu komunikacji**. Malarz (nadawca) namaluje (zachowanie) obraz (kod), poeta napisze i zadeklamuje wiersz, a lekarz wyjaśni pacjentowi przebieg zabiegu. Każdy z tych nadawców zachowa się zgodnie z własną intencją. Należy zatem podkreślić, że dla prawidłowo przebiegającego procesu komunikacji nadawca powinien dobrać odpowiedni kod i kanał komunikacji, właściwie dopasowane do intencji, możliwości i zasobów nadawcy, ale przede wszystkim odpowiednio dopasowane do odbiorcy komunikatu. Kodem może być słowo pisane, obraz, dźwięk, symbol. Kanałem natomiast jest sposób, w jaki nasza intencja zostanie przekazana. List można napisać odręcznie i wysłać pocztą, można go przesłać e-mailem lub SMS-em.

Dekodowanie następuje w momencie, gdy odbiorca odebrał komunikat i zaczyna go interpretować. **Sprzężenie zwrotne** – to bardzo ważna część procesu komunikacji, gdyż dzięki niej nadawca otrzymuje informację, czy odbiorca zinterpretował komunikat zgodnie z jego intencją, czy wszystko jest zrozumiałe, czy należy coś powtórzyć lub ująć innymi słowami. W sprzężeniu zwrotnym następuje także odpowiedź (reakcja) na nadany komunikat. W tym momencie odbiorca może stać się nadawcą własnego komunikatu (Adler, Rosenfeld & Proctor, 2018; Nyklewicz, 2019).

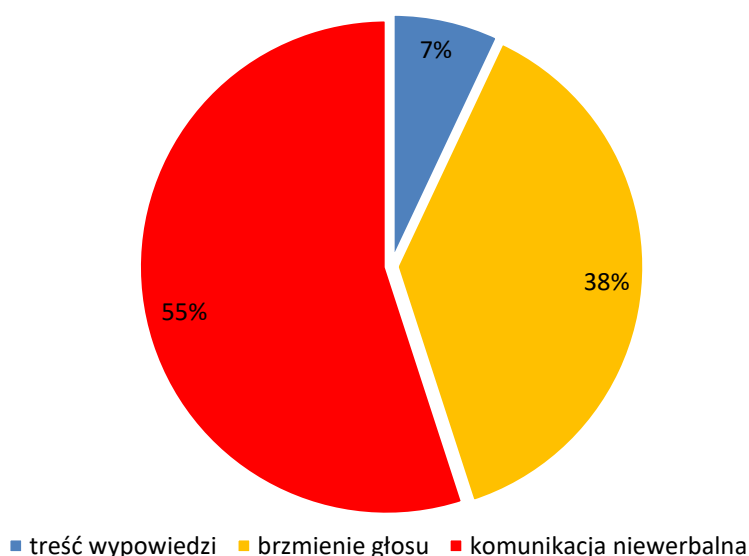
W trakcie całego procesu komunikacji mogą występować **szumy komunikacyjne**, czyli takie elementy, które będą zakłócały jego przebieg. Szumy mogą być wewnętrzne (te pochodzące od nadawcy lub odbiorcy: emocje, stan psychofizyczny itp.) lub zewnętrzne (hałas, temperatura, złe oświetlenie, itp.). Wyróżnia się także szum semantyczny. Występuje on wówczas, gdy nadawca posługuje się niezrozumiałym przez odbiorcę językiem (np. terminologią specjalistyczną), co pozbawia odbiorcę możliwości zrozumienia znaczenia komunikatu. Uczestnicy komunikacji powinni kontrolować szumy tak, aby w jak największym stopniu je eliminować. W sytuacji, gdy lekarz rozmawia z pacjentem przy otwartym oknie, a na podwórku pracuje ciężki sprzęt budo-

wlany, dobiega smród i hałas, wówczas z dużym prawdopodobieństwem oboje będą musieli wyteńczyć słuch i nadwyrężyć głos, aby się porozumieć, a ich uwaga skupiać się będzie na niedogodnościach z tym związanych. Rozwiązanie? Zamknięcie okna lub przeniesienie się do innego gabinetu. W sytuacji, gdy eliminacja szumu jest niemożliwa, nadawca komunikatu (jako odpowiedzialny za jego przebieg) powinien mieć na uwadze, że porozumienie może być zakłócone. W tej sytuacji dobrze jest powtórzyć komunikat i upewnić się, że został on zrozumiany zgodnie z intencją (Adler, 2018).

8.2. Komunikacja niewerbalna

Posługując się słowem mówionym czy pisany, stosuje się komunikację werbalną. Ściśle z nią powiązana jest komunikacja niewerbalna, która odnosi się do przekazywania informacji za pomocą innych środków przekazu niż słowa.

W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku A. Mehrabian przeprowadził eksperymenty mające na celu wskazanie, które aspekty komunikacji są najważniejsze. Na tej podstawie powstała reguła Mehrabiana (ryc. 8.1).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mehrabian, A. & Wiener, M. (1967). Decoding of Inconsistent Communication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(1), 109–114.

Ryc. 8.1. Reguła Mehrabiana.

Pierwszy eksperyment polegał na porównaniu znaczenia dwóch parametrów – treści oraz tonu głosu. Autor przygotował w tym celu nagrania, na których dwie kobiety czytały dziewięć różnych słów w sposób: nieprzyjemny, neutralny i przyjemny. Słowa także miały różne znaczenie. Były wśród nich 3 słowa przyjemne, 3 neutralne i 3 negatywne. W dalszej kolejności Mehrabian zaprezentował nagrania uczestnikom badań, którzy mieli określić, jakie jest nastawienie narratorek do swoich (rzekomych) rozmówców. Rezultatem eksperymentu był wniosek, że w sytuacji, gdy ton głosu nie był spójny z treścią wypowiedzi, na ocenę postawy nadawcy wobec odbiorcy nie miała wpływu treść wypowiedzi, a jedynie wokalna strona przekazu. W kolejnym eksperymencie autor

do czynnika głosowego dodał element wizualny. W tym celu posłużył się fotografiami 3 kobiet, których twarze wyrażały różne nastawienie wobec rzekomego rozmówcy: negatywne (antypatię), neutralne (obojętność) i pozytywne (sympatię). Następnie przygotował nagrania audio, na których głos kobiety odczytywał słowo „może” w sposób pozytywny, neutralny i negatywny. W rezultacie okazało się, iż w sytuacji, gdy czynnik wizualny (wyraz twarzy) i głosowy (ton głosu) nie były spójne, badani oceniali stosunek kobiet do rzekomego rozmówcy na podstawie ekspresji mimicznej. To pozwoliło wysnuć wniosek, iż łączny efekt równoczesnej komunikacji za pomocą mimiki, tonu głosu i słów jest sumą ważoną ich niezależnych efektów i wynosi odpowiednio: 0,55; 0,38; 0,07.

Jednoznaczne i bezkrytyczne posługiwanie się tą regułą jest błędem. Spotkała się ona z krytyką innych autorów, którzy podkreślali brak podstaw do łącznego interpretowania wyników obu niezależnych i różnych eksperymentów, nienaturalność sytuacji oraz ograniczoną liczbę analizowanych czynników (Archer & Akert, 1977; Krauss in., 1981). Podsumowując, jeżeli ograniczymy opracowaną przez Mehrabiana formułę do konkretnych warunków, w których przeprowadzono oba eksperymenty, ma ona zastosowanie tylko wtedy, gdy:

1. Mówca wypowiada tylko jedno słowo.
2. Występuje niespójność między tonem głosu i treścią słowa bądź tonem głosu i wyrazem twarzy na zdjęciu.
3. Ocena dotyczy wyłącznie stopnia lubienia lub nie lubienia mówcy przez słuchaczy.
4. Mówca jest kobietą (wszystkie zatrudnione aktorki były kobietami).
5. Sytuacja jest pozbawiona jakiegokolwiek kontekstu (Miroński, 2022).

Należy jednak podkreślić, iż reguła ta ma zastosowanie jedynie w sytuacji niespójności komunikatu werbalnego z niewerbalnym oraz gdy weźmiemy pod uwagę kontekst całej sytuacji. W innym przypadku czytelnik mógłby dojść do wniosku, że nie ma po co wysilać się na poprawność merytoryczną wypowiedzi, skoro i tak to, co mówi, nie ma znaczenia. Na szczęście tak nie jest. Poniżej w ramce przykłady.

Lekarz podchodzi do pacjenta, któremu ma przekazać złą diagnozę. Ponieważ jest to dla niego trudne, chce ułatwić sobie przekaz, a pacjentowi odbiór.
Z uśmiechem na ustach, podśmiewając się pod nosem i ironizując, mówi pacjentowi, że został mu miesiąc życia.

Podczas rozmowy dwóch przyjaciół (Marek i Adam) Marek pyta Adama o samopoczucie. Adam natychmiast zaczyna płakać. Marek pyta, co się dzieje. Adam odpowiada, że nic i płacze dalej, zapewniając, że wszystko jest w porządku.

W obu sytuacjach mamy do czynienia z niespójnością komunikatu werbalnego i niewerbalnego. W takim właśnie przypadku wypowiadane słowa będą miały dla odbiorcy minimalne znaczenie, a wątpliwość czy nawet niepokój wzbudzi w nim komunikat niewerbalny.

Podsumowując, należy pamiętać, iż w relacji lekarz–pacjent niezmiernie istotne jest, aby komunikat werbalny i niewerbalny były zawsze ze sobą spójne, zwłaszcza że niejednokrotnie trudno jest kontrolować reakcje własnego ciała (garbienie w momencie smutku, pięści zaciśnięte w momencie złości).

McKay i in. (2013) wskazują, iż na komunikację niewerbalną składa się kilka elementów (ryc. 8.2).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (2013). Sztuka skutecznego porozumiewania się. Sopot: GWP.

Ryc. 8.2. Elementy komunikacji niewerbalnej.

Elementy komunikacji werbalnej

1. Ruchy ciała (kinetyka) – wyrażają uczucia, nastroje, podkreślają znaczenie komunikatów werbalnych. W skład kinetyki wchodzi:

- **regulatory** – sygnały niewerbalne, które kontrolują, monitorują wypowiedź drugiej osoby (np. kiwanie, potakiwanie głową w odpowiedzi na pytanie rozmówcy, ruchy gałek ocznych w celu np. uniknięcia kontaktu wzrokowego, pochylanie ciała w stronę rozmówcy),
- **mimika twarzy** – na jej podstawie najczęściej w pierwszej kolejności odczytuje się nastrój czy emocje towarzyszące rozmówcy,
- **gestykulacja** – jest wyrazem ekspresji, nasilenia lub osłabienia natężenia emocjonalnego wypowiedzi; w jej skład wchodzi ruchy rąk, nóg, głowy oraz całego ciała,
- **postawa ciała** – to często czynnik komunikacji niewerbalnej błędnie interpretowany; postawa ciała wyraża często stosunek rozmówcy do drugiej osoby czy poruszanego tematu, może być także związana z aktualnie przeżywanymi emocjami czy stanem psychofizycznym człowieka; w literaturze czy medialnych prezentacjach tematu związanego z mową ciała często używa się określenia „postawa zamknięta” czy nawet „agresywna”, opisując w ten sposób postawę skrzyżowanych rąk i nóg; należy pamiętać, iż interpretowanie komunikatów niewerbalnych w oderwaniu od kontekstu sytuacyjnego jest bardzo dużym błędem (McKay, 2013).

Przykład

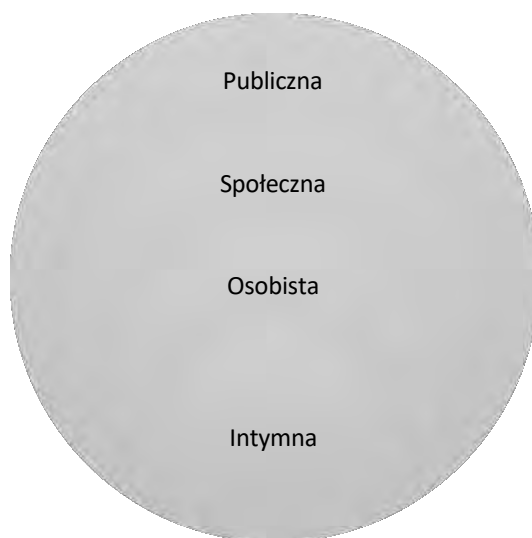
Przyjmijmy, że do gabinetu wchodzi stomatolog i widzi siedzącego na krześle postawnego mężczyznę, który ma skrzyżowane na ręce i wyraźnie napięte ciało.

Możliwe interpretacje jego postawy:

- Pacjent jest na mnie zły, zatem muszę także przyjąć postawę zamkniętą, aby się obronić (przed wyobrażonym atakiem).
- No nie, znów roszczeniowy pacjent – muszę uważać.
- Pacjenta boli ząb i z tego powodu źle się czuje (przyjmuje postawę zamkniętą, gdyż to daje mu większy komfort).
- Pacjent przeżywa jakieś własne trudności, zmartwienia, smutki, ma jakieś problemy.
- Pacjentowi jest zimno.
- Inne.

Biorąc pod uwagę możliwość różnorodnej interpretacji, należy zwrócić szczególną uwagę, aby nie reagować schematycznie, nie oceniać. Warto przyjąć postawę „białej karty” – sprawdź, dopytaj, dowiedz się, czym spowodowana jest taka, a nie inna postawa/reakcja i dopiero reaguj.

2. Zależności przestrzenne (proksemika) – wskazują na komunikaty, jakie kryją się w sposobie wykorzystania przez człowieka przestrzeni (McKay, 2013). E.T. Hall wyróżnił cztery strefy (**strefy dystansu komunikacyjnego**), które stosowane są nieświadomie w trakcie interakcji z innymi ludźmi. Im większy dystans między ludźmi, tym mniejsza zażyłość w ich relacjach (Hall, 1997).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Hall, E.T. (1997). Ukryty wymiar. Warszawa: Muza.

Ryc. 8.3. Strefy dystansu komunikacyjnego.

Strefa intymna – najbliższa (15–45 cm) – to strefa partnerów seksualnych, bardzo bliskich przyjaciół, dzieci przytulających się do rodziców. Wkraczanie osób obcych w tę strefę budzi dyskomfort, zażenowanie, może wywoływać lęk. Biorąc powyższe pod uwagę, należy z niezwykłą delikatnością postępować z pacjentem w momencie przekraczania tej strefy. Zachowania mogące przyczynić się do zmniejszenia dyskomfortu obejmują uprzedzanie o każdym momencie przekraczania granicy, pytanie o pozwolenie, zwracanie uwagi i reagowanie na każdy jego przejaw.

Strefa osobista (45–75 cm) – dopuszcza możliwość dotknięcia drugiej osoby, jednak nie przekracza strefy intymnej. Zazwyczaj dopuszcza się do niej osoby nam znajome, których bliska odległość nie przeszkadza.

Strefa społeczna (1,2–3,6 m) – inaczej nazywana służbową – to strefa, w której znajdują się osoby połączone relacjami zawodowymi czy interesami (sprzedawczyni, urzędnik).

Strefa publiczna (3,6–6 m) – nauczyciele, wykładowcy, politycy w trakcie wykładów/wystąpień (Hall, 1997).

3. **Parajęzyk** – to elementy dźwiękowe, które niezależnie od znaczenia słów niosą za sobą pewną treść. W skład parajęzyka wchodzi: artykulacja, siła głosu, tempo mówienia, wysokość dźwięków (McKay, 2013).

8.3. Aktywne słuchanie

W celu lepszego zrozumienia problemu, z którym przychodzi pacjent, stosuje się **aktywne słuchanie**. Wymaga ono od personelu zaangażowania oraz pewnych umiejętności. Aktywne słuchanie umożliwia empatyczne wczucie się w sytuację pacjenta, zrozumienie i akceptację przeżywanych emocji, potwierdzenie zrozumienia komunikatu kierowanego z jego strony. Wszystkie te czynniki sprzyjają jednocześnie budowaniu relacji opartej na zaufaniu. Pacjent, czując się zrozumianym, wysłuchanym i akceptowanym, nabiera pewności, że jest ważnym podmiotem, a nie przedmiotem (kolejnym przypadkiem) procesu leczenia. Wśród narzędzi pomocnych w aktywnym słuchaniu wyróżnia się (McKay, 2013):

1. **Parafrazowanie** – czyli powtarzanie własnymi słowami wypowiedzi pacjenta:

- „Jeśli dobrze zrozumiałam/łem, twierdzi Pan/Pani, że...”
- „Z tego, co Pani/Pan powiedziała/powiedział, zrozumiałam/łem, że...”
- „Czy dobrze rozumiem, że...?”

Dzięki stosowaniu parafrazy, lekarz potwierdza, iż słucha pacjenta z uwagą, chce go dobrze zrozumieć, aby adekwatnie mu pomóc. Jednocześnie dzięki tej technice lekarz upewnia się, że dobrze zrozumiał komunikaty pacjenta.

2. **Precyzowanie** – ma na celu uszczegółowienie wypowiedzi pacjenta w sytuacji, gdy zgłaszanych problemów jest kilka. Lekarz ma możliwość ułożenia ich w hierarchii ważności. Przykłady pytań precyzujących:

- „Która z tych spraw jest dla Pani/Pana najważniejsza?”
- „Mówił Pan o problemach z..., może zaczniemy od tego?”

3. **Odzwierciedlenie** – to spojrzenie na problemy (w szczególności emocje z nimi związane) z perspektywy pacjenta:

- „Mam wrażenie, że jest Pani dzisiaj smutna, coś panią niepokoi?”
- „Słyszałam/łem, że się Pan dziś czymś niepokoi. Czy to prawda?”

Odzwierciedlając, lekarz pokazuje pacjentowi, że akceptuje i rozumie jego emocje, jednocześnie uzyskując od niego informację, w jaki sposób może zwiększyć jego komfort: „Rozumiem Pani obawy. Czy jest coś, co mógłbym zrobić, aby poczuła się Pani bardziej komfortowo?”

8.4. Blokady komunikacyjne

Dla właściwego i skutecznego przebiegu procesu komunikacji niezmiernie ważna jest znajomość i unikanie blokad, które utrudniają ten proces, często prowadząc do nieporozumień. Gordon wyróżnia następujące blokady w komunikacji interpersonalnej (Gordon & Sterling, 2009):

1. Nakazywanie, polecanie, komenderowanie

Pacjent: „Nie znoszę nosić tego aparatu i nie mam poczucia, aby mi pomagał”

Lekarz: „Niech pan nosi, dopóki nie powiem, aby pan przestał. Tylko ja mogę ocenić skuteczność działania aparatu.

Jest to reakcja oparta na poczuciu władzy, bowiem lekarz nie okazuje pacjentowi empatii, nie akceptuje jego uczuć. Taka postawa często sprawia, iż pacjent nie ma ochoty na dalszą komunikację, nie czuje się w tej sytuacji zrozumiany, może czuć się traktowany jak dziecko, którym lekarz komenderuje. Taka reakcja lekarza oznacza traktowanie pacjenta z wyższością.

Poprawna reakcja lekarza:

„Z tego, co pan mówi rozumiem, że noszenie aparatu sprawia panu trudność/dyskomfort i jednocześnie obawia się Pan, czy ten dyskomfort przyniesie oczekiwany rezultat? Czy jest jeszcze coś co pana denerwuje/niepokoje? Czy mógłbym jakoś rozwiązać pana wątpliwości? Czego w tej sytuacji by pan potrzebował? W jakich momentach aparat panu przeszkadza...”

2. Ostrzeganie, upominanie

Pacjent: „Zastanawiam się, czy kiedykolwiek moje zęby będą proste...”

Lekarz: „Jeżeli porzuci pan nadzieję, te zęby na pewno nie będą proste”.

Ponownie mamy do czynienia z komunikatem, w którym lekarz wykorzystuje pozycję władzy i zwraca się z wyższością. Można zastanowić się, skąd lekarz ma tę pewność. Pacjent może mieć poczucie, że nie ma możliwości samostanowienia o sobie. Pacjent w swoim zdaniu wyraził lęk, niepokój i niepewność, która zupełnie nie została przez lekarza usłyszana.

Poprawna reakcja lekarza:

„Rozumiem, że w związku z przedłużającym się leczeniem/z perspektywą długiego leczenia obawia się Pan, że ono nie przyniesie rezultatu. Czy potrzebuje pan większej ilości informacji na temat przebiegu leczenia? Czy jeszcze coś budzi Pana wątpliwości?”

3. Moralizowanie, „głoszenie kazań”

Pacjent: „Nie chcę takiego zabiegu. Słyszałem od kolegi, że mogą po nim wystąpić nieprzyjemne komplikacje i że wcale ten zabieg w niczym nie pomaga”.

Lekarz: „Powinien się Pan zgodzić ze względu na dobro żony, widzi pan jak ona się martwi”. Stosowanie słów „powinien”, „musi” nie jest zachowaniem empatycznym i w żaden sposób nie pomaga pacjentowi. W takich sytuacjach pacjent czuje presję, nacisk i poczucie obowiązku. Należy pamiętać, że pacjent ma prawo odmówić zabiegu mimo negatywnych konsekwencji.

Poprawna reakcja lekarza:

„Z tego, co pan mówi, rozumiem, że pana kolega miał nieprzyjemne komplikacje i nie jest zadowolony z zabiegu. Czy dobrze rozumiem? Nie wiem, jak przeprowadzony był zabieg u kolegi, ale czy potrzebuje Pan abym wytłumaczył, jak ja ten zabieg przeprowadzę? Jakich komplikacji się dokładnie pan obawia.../czego dotyczą pana obawy...”.

4. Osądzanie i obwinianie

Pacjentka: „Niestety, ale nie stosowałam się do pana zaleceń, nie potrafię tak szczotkować zębów, jak pan mi pokazał. Chyba mam nieprawidłową szczotkę”.

Lekarz: „Szczotka nie ma nic do rzeczy. Każde dziecko potrafi szczotkować zęby. Nic dziwnego, że psują się pani zęby, skoro nie stosuje się pani do moich zaleceń (powiedziane z wyższością)”. Taki komunikat sprawia, że pacjent czuje się oceniony i wzrasta w nim poczucie winy. Zadaniem lekarza nie jest obwinianie pacjenta ani krytykowanie go. Takie zachowania wywołują poczucie winy, wzmacniają niepewność, skłaniają do obrony własnego wizerunku, powodują złość wobec krytykującego.

Poprawna reakcja lekarza:

„Rozumem. Być może szczoteczka sprawia trudność. Może po wizycie pokażę pani jeszcze raz jak należy szczotkować zęby? (w trakcie edukacji warto dać pacjentce szczoteczkę do ręki i poprosić, aby najpierw sama pokazała, jak szczotkuje zęby).

5. Dezaprobata, przeciwstawianie się

Pacjent: „Bardzo się boję usunięcia tego zęba. Ogarnia mnie rozpacz. Boję się, że to będzie bolało”.

Lekarz: „Ma pani mylne pojęcie o usuwaniu zębów, poza tym jest pani dorosła i nie powinna się pani bać”.

Zaprzeczanie emocjom pacjenta nie powoduje, że pacjent czuje się wysłuchany. Ma wówczas poczucie, że jego emocje nie są właściwe i może poczuć się jak dziecko przywoływane do porządku. Odwoływanie się do logiki czy wieku wcale nie polepszy sytuacji, może natomiast nasilić poczucie winy i wstydu.

Poprawna reakcja lekarza:

„Strach jest naturalną emocją i całkowicie ją rozumiem. Czy jest coś, co mogę zrobić, aby zmniejszyć Pani dyskomfort? Postaram się zrobić to bardzo delikatnie. Znieczulę Panią, jednak gdyby w trakcie zabiegu potrzebowała Pani przerwy, oddechu, to proszę, aby pomachała pani ręką i wówczas zrobimy przerwę. Czy możemy się tak umówić?”

6. Ignorowanie, odwracanie uwagi, przerywanie

Pacjent: „Bardzo się boję tego zabiegu. Nie wiem, czy dam sobie radę”.

Lekarz: „Proszę teraz otworzyć usta, założymy aparat”.

Taka reakcja lekarza wskazuje, że zupełnie nie słucha pacjenta. Pacjent może się poczuć zignorowany i zostawiony sam z własnymi emocjami. Jednocześnie może mieć wrażenie, że lekarz wykonuje zabieg wbrew jego woli.

Poprawna reakcja lekarza:

„Strach jest naturalną emocją i całkowicie ją rozumiem. Czy jest coś, co mogę zrobić, aby zmniejszyć Pani dyskomfort? Czego dokładnie się Pani obawia?”

7. Przerywanie

Jeśli podczas wypowiedzi pacjenta lekarz przerywa mu, pacjent może poczuć się zignorowany. Jednocześnie może pomyśleć, iż jego zdanie nie ma znaczenia dla lekarza.

8.5. Bariery utrudniające aktywne słuchanie

Tym, co często powoduje niechęć rozmówców do kontynuowania rozmowy, są bariery, które stawia słuchacz. To nic innego jak reakcje słuchacza na wypowiedzany komunikat nadawcy. Za każdym razem, podejmując dialog z drugą osobą, warto zadać sobie pytanie: *Jaki jest cel rozmowy i jaka jest moja rola?* W sytuacji przyjęcia roli słuchacza, warto kontrolować ewentualne bariery i je eliminować (McKay, 2013). Barrierami utrudniającymi aktywne słuchanie są:

1. **Porównywanie** – w trakcie rozmowy starasz się ocenić, kto z was jest mądrzejszy, lepszy, zdrowszy, kto ma lepiej lub gorzej. Niewiele z tego, co mówi rozmówca, do ciebie dociera, gdyż skupiasz się na tym, aby mu dorównać lub udowodnić sobie, że jesteś od niego lepszy, nie jest z tobą aż tak źle.
2. **Domyslanie się** – w trakcie wypowiedzi rozmówcy zaczynasz „czytać w jego myślach”, próbujesz odgadnąć co czuje, myśli, co chce powiedzieć. W takiej sytuacji nie skupiasz się na jego wypowiedzi, tylko na potwierdzeniu swoich domysłów.
3. **Przygotowywanie odpowiedzi** – nie skupiasz się na tym, co mówi rozmówca, tylko układasz w głowie własną wypowiedź, zazwyczaj po to, aby dobrze wypaść, aby obronić swoją rację lub w innym celu.
4. **Filtrowanie** – czasem treść wypowiedzi jest emocjonalnie zbyt trudna dla odbiorcy i zaczyna automatycznie ignorować te informacje, które uznaje za zbyt obciążające czy niewygodne. Na przykład koleżanka zaczyna mówić o tym, że może być chora na depresję. Dla Ciebie ta informacja jest nie do przyjęcia, dlatego zamiast skupić się na jej wypowiedzi, zaczynasz mówić o zupełnie czymś innym, sprawiając wrażenie, jakbyś nie słyszał jej słów.
Czasem słuchamy wybiórczo tylko do momentu, gdy osiągniemy własny cel. Na przykład mama chce się dowiedzieć, czy jej dziecko dobrze napisało w szkole sprawdzian. W momencie, gdy w opowieści dziecka usłyszy zadowalającą ją informację, przestaje dalej słuchać i skupia się na innych sprawach czy własnych myślach.
5. **Osądzanie** – osoby, które odważą się powiedzieć nam o swoich trudnościach czy wątpliwościach, robią to zazwyczaj z zaufaniem, że zostaną zrozumiane. Jeśli ich wypowiedź spotka się z oceną czy osądem, więcej nie będą chciały o tym mówić w obawie o naszą reakcję.
6. **Skojarzenia** – treść rozmowy przypomina Ci w podobną sytuację, którą kiedyś przeżyłeś. Wówczas przestajesz słuchać rozmówcy, bo cała uwaga koncentruje się na własnych wspomnieniach.
7. **Utożsamianie się** – każdorazowo w trakcie wypowiedzi rozmówcy odnosisz się do swoich doświadczeń. Kolega opowiada ci o problemach w pracy. Zamiast go słuchać, natychmiast opowiadasz mu o tym, jakie Ty masz/miałeś problemy. W takiej sytuacji rozmówca może dojść do wniosku, że jego sprawy nie są istotne.
8. **Udzielanie rad** – często ludzie są przekonani o tym, że gotowe rozwiązania są tym czego oczekiwał w danym momencie rozmówca. Ważne jest, aby spojrzeć na to, co do nas mówi z perspektywy, wsłuchać się w emocje, obawy, lęki i zapytać, czego od nas oczekuje. Dawanie rad ma dwie strony. Jeśli rozmówca pójdzie za naszą radą i będzie zadowolony (bo ta rada mu pomogła), to we wzajemnej relacji nic się nie zmieni. Jeśli jednak źle mu doradzimy, to może na nas przerzucić odpowiedzialność za własne niepowodzenia. Doradzanie wymaga ogromnego wyczucia, aby odmawiając, nie dać rozmówcy do zrozumienia, że ignorujemy go.

Przykład właściwej reakcji:

Pani Jola: „Panie Doktorze, co Pan zrobiłby w tej sytuacji na moim miejscu? Mam się zgodzić na ten zabieg?”

Lekarz: „Pani Jolu, tu zupełnie nie chodzi o mnie, tylko o Pani zdrowie i komfort. Nie mogę zdecydować za Panią, ale możemy teraz usiąść i na spokojnie jeszcze raz przeanalizować wszystkie plusy i minusy tej sytuacji. Niezależnie jaka będzie Pani ostateczna decyzja, ja ją zaakceptuję”.

9. Sprzeciwianie się – zazwyczaj prowadzi do kłótni i nieporozumień. Czasem warto zaakceptować różnicę zdań, zamiast na siłę dowodzić własnych racji.

- gaszenie – w trakcie wypowiedzi rozmówcy przerywasz mu sarkastycznymi czy złośliwymi uwagami,
- dyskutowanie – zazwyczaj pojawia się w odpowiedzi na komplement; chcąc pokazać rozmówcy, że jesteście skromni, dajemy mu do zrozumienia, że jego komplement jest nie na miejscu.

10. Przekonanie o swojej racji – niezależnie czy ją masz, czy nie, dążysz do tego, aby udowodnić, że masz rację. Czyli jesteś w stanie zafałszować fakty, aby tylko nie wyszło na jaw, że się pomyliłeś.

11. Zmiana toru – pojawia się, gdy zaczynasz być znudzony rozmową lub gdy tematy poruszane w jej trakcie sprawiają Ci trudność/dyskomfort.

12. Zjednywanie – wielu ludzi zabiega o to, aby być lubianym pomimo wszystko. Zgadza się wówczas z wszystkim i na wszystko (McKay, 2013).

8.6. Podstawowe elementy dobrych relacji z pacjentami

Ważne jest, aby lekarz miał świadomość, że jego relacja z pacjentem opiera się na obopólnej zgodzie, bez przymusu, dlatego może się zakończyć w dowolnym momencie. Najlepszym modelem w relacji lekarz–pacjent wydaje się model oparty na współpracy, który zakłada, iż pacjent jest aktywnym współuczestnikiem procesu leczenia, ma prawo wiedzieć i decydować o jego przebiegu. Lekarz przyznaje pacjentowi wszelkie prawa w kwestiach dotyczących jego zdrowia. Czynnikiem sprzyjającym jest dwukierunkowa komunikacja interpersonalna (Gordon & Sterling, 2009). Bardzo często zaburzenie relacji interpersonalnej wynika z braku jej podstawowych elementów. Wraz z upływem lat pracy pewne czynności wykonuje się rutynowo, co może przyczyniać się do tego, iż lekarz nie przywiązuje do ich znaczenia. W związku z tym należy pamiętać o istotnych elementach ważnych w trakcie pierwszej i kolejnych wizyt:

1. Zaproszenie pacjenta do gabinetu.
2. Przywitanie się, przedstawienie siebie oraz asysty z imienia i nazwiska, a także funkcji, jaką dana osoba pełni. Pacjenta nie wie, kto jest asystentką, higienistką, lekarzem.
„Dzień dobry nazywam się Jolanta Kowalska, jestem lekarzem. Miło mi panią powitać. To jest pani Katarzyna Nowak, która będzie asystować przy zabiegu”.
3. Zaproszenie pacjenta na fotel ewentualnie krzesło przy biurku (w zależności jaka jest przyjęta procedura w danym ośrodku).
„Co panią do mnie sprowadza/w czym mogę pani pomóc?”
Jeżeli to jest kolejna wizyta, warto zapytać:
„Jak się pani czuje/jak się czuła pani po poprzedniej wizycie? Co panią dzisiaj do mnie sprowadza?”

Jeżeli pracujemy zgodnie z wcześniej ustalonym planem leczenia:

„Zgodnie z planem leczenia, który razem uzgodniłyśmy na pierwszej wizycie, dzisiaj pracujemy nad.... Czy zgadza się pani na to, czy ewentualnie chciałaby się pani zająć innym problemem/jest coś pilniejszego?”

4. Zaproszenie pacjenta na fotel (o ile wcześniej rozmowa odbywała się przy biurku). W każdym momencie zabiegu należy informować pacjenta, jaka będzie kolejna czynność i zapytać o zgodę. Należy pamiętać, że pacjent z otwartymi ustami zazwyczaj nie może odpowiedzieć na pytania. W związku z tym, zanim rozpocznie się zabieg, należy ustalić, w jaki sposób pacjent ma się komunikować.

„Pani Aniu, w trakcie zabiegu będę co jakiś czas pytać, czy wszystko jest w porządku. W związku z dyskomfortem związanym z otwartą buzią w trakcie zabiegu, proponuję abyśmy porozumiewały się w następujący sposób. Jeżeli na moje pytanie będzie chciała pani odpowiedzieć TAK, to podniesie Pani kciuk do góry. Jeżeli odpowiedź będzie NIE, to pokaże Pani kciuk skierowany w dół. Dodatkowo, jeżeli w trakcie zabiegu będzie Pani potrzebowała, abym na chwilę przerwała, to proszę pomachać dłonią. Czy możemy tak się umówić? Czy jest to możliwe?”

5. Po zabiegu:

„Pani Aniu, czy wszystko w porządku?

Jak się pani czuje?

Czy ma pani jakieś pytania?”

6. Zakończenie wizyty.

„Dziękuję. Zapraszam do rejestracji” (lekarz odprowadza pacjenta, gdzie żegna się z nim).

8.7. Narzędzia pomocne w komunikacji z pacjentem

W sytuacji, gdy lekarz chce pacjentowi wytłumaczyć przebieg leczenia, istotę jego schorzenia oraz to, co planuje wykonać, warto posłużyć się modelami anatomicznymi bądź rysunkami. Jeżeli nie jest dostępny model anatomiczny, można posłużyć się plakatami czy zdjęciami z Internetu. Można również spróbować samemu naszkicować taki model, jednocześnie tłumacząc pacjentowi po kolei każdy element i etap procesu leczenia, zabiegu itp. Należy pamiętać, iż w sytuacji podwyższonego poziomu stresu, a taki występuje w momencie badania czy leczenia stomatologicznego, przetwarzanie informacji pacjenta jest obniżone. Zatem, aby skuteczniej przekazać mu informację i jednocześnie obniżyć poziom lęku, przekaz powinien być jak najprostszy. Nie należy sugerować się tym, że pacjent ma na przykład wyższe wykształcenie i wszystko powinien zrozumieć. Im prostszy przekaz, tym mniej trudności w komunikacji.

Zachowania nieprawidłowe

Warto pamiętać, jakich zachowań należy unikać w relacji z pacjentem. Są to:

1. Posługiwanie się ściśle fachowym językiem. Uniemożliwia to pacjentowi pełny udział w rozmowie w związku z tym, że nie rozumie, co mówi do niego lekarz. Niejednokrotnie pacjenci nie przyznają się do tego, że nie rozumieją kierowanych do nich słów, co może prowadzić do nieporozumień. Jednocześnie pacjent może czuć się mniej inteligentny i być zawstydzony.
2. Spoglądanie na zegarek lub na wykaz spraw do załatwienia.
3. Przerywanie pacjentowi lub kończenie zdania za niego.

4. Nagłe odejście bez uprzedzenia, że to koniec wizyty, oraz bez pożegnania.
5. Ignorowanie pytań pacjenta okazywanie dezaprobaty na przykład poprzez zmarszczenie czoła.

Podstawowe zasady kontaktu stomatolog–pacjent

1. Bądź ciepły i empatyczny wobec pacjenta. Słuchaj go. Nie zapominaj o przedstawieniu się, podaniu ręki na powitanie. Słuchaj aktywnie. Pamiętaj, że pacjent jest najważniejszym członkiem zespołu leczącego i bez jego współpracy niczego nie osiągniesz.
2. Szczegółowo wyjaśnij pacjentowi, co i dlaczego będziesz robił. Sprawdź, czy zrozumiał. Nie podawaj na raz, w jednym czasie wielu informacji. Podawaj je ustnie i pisemnie.
3. Jeżeli to konieczne, naucz pacjenta potrzebnych umiejętności. Nie krytykuj, że czegoś nie potrafi.
4. Upewnij się, że pacjent zrozumiał uzasadnienie przyjętego planu leczenia i jego skuteczności.
5. Powiedz pacjentowi, jakie mogą być niedogodności w związku ze stosowanym leczeniem. Poinformuj, jak może poradzić sobie z nimi.

8.8. Pytania i zadania



1. Jakie są kluczowe elementy skutecznej komunikacji z pacjentem w kontekście opieki stomatologicznej?
2. Jakie techniki aktywnego słuchania mogą być zastosowane w rozmowie z pacjentem, aby lepiej zrozumieć jego obawy i potrzeby?
3. Przygotuj krótką symulację rozmowy z pacjentem, który odczuwa lęk przed wizytą u dentysty. Użyj technik komunikacyjnych omówionych na zajęciach, aby złagodzić jego obawy i przekonać go do podjęcia leczenia.

Bibliografia

- Adler, B.R., Rosenfeld, L.B. & Proctor, R.F. (2018). Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się. Poznań: Rebis.
- Archer, D. & Akert, R.M. (1977). Words and everything else: verbal and nonverbal cues in social interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 443–449.
- Gordon, M. & Sterling, E. (2009). *Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji. Wskazówki dla personelu medycznego, wolontariuszy, rodziny chorego*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica.
- Hall, E.T. (1997). *Ukryty wymiar*. Warszawa: Muza.
- Krauss, R.M., Apple, W., Morency, N., Wenzel, C. & Winton, W. (1981). Verbal, vocal and visible factors in judgements of another's affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 312–320.
- Makara-Studzińska, M. (2013). Jak zwiększyć swoją siłę, czyli o skutecznej komunikacji w biznesie. Lublin: Wyd. Słowa i Myśli.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (2013). *Sztuka skutecznego porozumiewania się*. Sopot: GWP.
- Mehrabian, A. & Wiener, M. (1967). Decoding of Inconsistent Communication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(1), 109–114.

- Mehrabian, A. & Ferris, S. (1967). Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31(3), 248–252.
- Miroński, J. (2022). O tym, co w nauczaniu zarządzania równie popularne, co kontrowersyjne. *Journal of Marketing and Market Studies* 29(8), 3–12.
- Misra, S., Daly, B., Dunne, S., Millar, B., Packer, M. & Asimakopoulou, K. (2013). Dentist–patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance. *Patient Prefer Adherence*, 17(7), 543–549.
- Nyklewicz, W. (2019). Podstawy teoretyczne procesu komunikowania, W: A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panka (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie* (s. 29–77). Warszawa: PZWL.
- NIL – Kodeks Etyki Lekarzy Dentystów CED. (b. d.). NIL. <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/dla-stomatologow/sprawy-miedzynarodowe/4717-kodeks-etyki-lekarzy-dentystow-ced>. (dostęp 03.07.2024).
- Rozier, R.G., Horowitz, A.M. & Podschun, G. (2011). Dentist-patient communication techniques used in the United States: the results of a national survey. *The Journal of the American Dental Association*, 142(5), 518–530.
- Woelber, J.P., Lessing, C. & Oesterreich, D. (2021). Oral health competence and its communication in "talking dentistry". *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 64(8), 986–992.

9. Współpraca i stosowanie się do zaleceń

Justyna Modrzejewska, Kamila Czepczor-Bernat

Przestrzeganie zaleceń lekarskich definiuje się jako „stopień, w jakim zachowanie danej osoby odpowiada ustalonym zaleceniom podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną”⁹. Stosowany jest obszernie z odniesieniem do wielu aspektów procesu terapeutycznego, takich jak przyjmowanie przepisanych leków, zmiana trybu, stylu życia, przestrzeganie diety, unikanie szkodliwych substancji i wiele innych (Winnicki i in., 2016). Natomiast niestosowanie się do zaleceń lekarskich (czyli tzw. nieprzestrzeganie zaleceń medycznych), według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), dotyczy około 50% wszystkich zaleceń, jest bardzo poważnym problemem zdrowotnym, stanowiącym przyczynę nieskuteczności zalecanych przez lekarzy terapii. Z badań przeprowadzonych w Polsce przez agencję badawczą Pentor Research International na zlecenie Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny (2010), dotyczących postaw pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych, wynika, że co czwarty chory przewlekle pacjent nie stosował się do nich (Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, 2010). Co istotne, okazuje się, że na powstawanie trudności w przestrzeganiu zaleceń mają wpływ różne czynniki, a do najczęściej wymienianych należą te związane z pacjentem, lekarzem, a także z samym systemem opieki zdrowotnej oraz z występującymi pomiędzy nimi interakcjami (Jimmy, & Jose, 2011).

Odnosząc się do przedstawionych informacji i podejmując próbę bardziej szczegółowej analizy dostępnej literatury, zgodnie z informacjami zawartymi na stronie Rzecznika Praw Pacjenta, **adherencja** (*adherence*) to termin powiązany z przestrzeganiem zaleceń lekarskich (*compliance*), wytrwałością, systematycznością i ciągłością w tym zakresie (*persistance*) oraz współpracą lekarza i pacjenta (interakcja pacjent–lekarz) przy wyborze metod leczenia (*concordance*). Adherencja polega zatem na stosowaniu się do ustalonych zasad leczenia i ich akceptacji. Pojęcie to powiązane jest również z tym, w jaki sposób pacjenci postrzegają osobę odpowiedzialną za ich leczenie i ich całkowity powrót do zdrowia. Mogą bowiem zakładać, że to system opieki zdrowotnej (w tym sam lekarz) jest za to w pełni odpowiedzialny, a sam pacjent ma niewielki wpływ (lub wcale) na proces leczenia (pasywna postawa pacjenta; Eichelberger & Stanisławska, 2013). Taka postawa będzie sprzyjała nieprzestrzeganiu zaleceń lekarskich (szczególnie kiedy dotyczyć będą one nie tylko przyjmowania leków, ale również modyfikacji innych czynników, np. zachowań zdrowotnych w postaci zmiany sposobu odżywiania się, uprawiania na co dzień aktywności fizycznej lub nawyków związanych z higieną snu u pacjentów chorujących na otyłość lub inne choroby dietozależne). Z kolei odpowiedniemu poziomowi współodpowiedzialności sprzyja taka postawa, zgodnie z którą pacjent ufa lekarzowi i jego zaleceniom, a jednocześnie jest przekonany, że jego działania jako pacjenta poza gabinetem mają równie istotne znaczenie (co aktywność lekarza) dla jego procesu powrotu do zdrowia i utrzymania w późniejszym czasie tego stanu (aktywna postawa

⁹ Dobbels, F., Van Damme-Lombaert, R., Vanhaecke, J., & De Geest, S. (2005). Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric transplantation*, 9(3), 382.

pacjenta; Eichelberger & Stanisławska, 2013). Co ciekawe, w niektórych źródłach pojęcia *compliance* i *adherence* używane są zamiennie (Kubica i in., 2010; Zapała, 2018), natomiast inne wskazują na związek pierwszego z tych pojęć z postawą pasywną/bierną, a drugie właśnie z aktywnym podejściem pacjenta, opierającym się na współpracy z lekarzem (Zapała, 2018).

9.1. Czynniki sprzyjające i niesprzyjające *adherence* i *non-adherence*

W tabelach 9.1 i 9.2 opisano różne czynniki sprzyjające i niesprzyjające *adherence* i *non-adherence* z perspektywy lekarza, pacjenta i systemu opieki zdrowotnej oraz kontekst podejmowanych działań w zakresie stomatologii. Analizując te obszary, wzięto pod uwagę takie gałęzie profesjonalizmu medycznego, które związane są zarówno z profesjonalizmem interpersonalnym (m.in. umiejętności związane z tworzeniem relacji z pacjentem i współpracownikami), profesjonalizmem publicznym (m.in. oczekiwania społeczne i w tym postępowanie zgodnie z wartościami moralno-etycznymi, wysoki poziom wiedzy i umiejętności praktycznych), jak i profesjonalizmem intrapersonalnym (m.in. dbanie o rozwój, umiejętność oddzielania prywatnych przekonań od aktywności zawodowej) (Januczkowicz, 2014).

Tabela 9.1. Wybrane czynniki niesprzyjające i sprzyjające stosowaniu się do zaleceń lekarskich

Lekarze	
Czynniki sprzyjające <i>non-adherence</i>	Czynniki sprzyjające <i>adherence</i>
1	2
Postawa pobłażliwa – koncentrująca się tylko na zaleceniach (najczęściej farmakologicznych) z jednoczesnym brakiem pomysłu na to, jak motywować pacjenta do ich stosowania	Postawa autorytarna – zwracająca uwagę nie tylko na farmakoterapię, ale również na stosowanie zaleceń pozafarmakologicznych
Słaba komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem	Komunikacja oparta na dialogu, wyjaśnianiu zaleceń
Brak lub wąskie postrzeganie przez lekarzy tego problemu jako istotnego medycznie i społecznie	Szerokie spojrzenie na współpracę oraz konsekwencje medyczne i społeczne
Nieprawidłowy przebieg pierwszej wizyty (koncentracja na podkreślaniu negatywnych skutków niestosowania się do zaleceń lekarza)	Prawidłowy przebieg pierwszej wizyty (pełna informacja, wskazówki o dawkowaniu leków, informacja o korzyściach ze stosowania zaleceń)
Brak współpracy z pacjentem w zakresie planowania procesu leczenia	Włączenie pacjenta w planowanie procesu leczenia
Nieprawidłowa jakość relacji lekarz–pacjent (brak empatii, brak edukacji pacjenta na temat choroby, brak chęci współpracy z pacjentem)	Prawidłowa jakość relacji lekarz–pacjent (empatia, czas dla pacjenta, wsparcie, odpowiednia edukacja, stworzenie atmosfery bezpieczeństwa oraz zaufania)
Pacjenci	
Postawa bagatelizująca – koncentrująca się tylko na złagodzeniu objawów	Postawa współpracująca – koncentrująca się na aktywnym włączeniu się w proces leczenia
Nieprawidłowe funkcjonowanie psychiczne pacjenta (np. obecność kryzysu emocjonalnego) i jego cechy osobowości (np. niski poziom sumienności i systematyczności)	Prawidłowe funkcjonowanie psychiczne pacjenta i jego cechy osobowości (np. wysoka sumienność i systematyczność)
Negatywne emocje – związane z niezrozumieniem swojego stanu zdrowia oraz zaleceń lekarza	Pozytywne emocje – budujące wiarę i nadzieję w postępy terapii

cd. tab. 9.1.

1	2
Brak zaufania do lekarza – nieprawidłowa motywacja, brak wiary w postawioną diagnozę oraz skuteczność terapii, kwestionowanie rekomendacji lekarza	Zaufanie do lekarza powiązane z brakiem poszukiwania innej/alternatywnej diagnozy (np. u innego specjalisty), uznanie autorytetu lekarza
Stosowanie mechanizmów obronnych w postaci zaprzeczenia oraz wyparcia	Stopniowe osvajanie się ze swoją sytuacją
Strach przed leczeniem, skutkami ubocznymi terapii oraz samym przebiegiem terapii	Pełna wiedza uzyskana od profesjonalistów na temat leczenia, skutków oraz przebiegu zalecanej terapii
Brak motywacji do zmiany stylu życia oraz nawyków	Motywacja wewnętrzna oraz zewnętrzna do zmiany stylu życia oraz nawyków, wspierana przez rodzinę oraz społeczeństwo
Ograniczona wiedza/świadomość konsekwencji, brak wiedzy na temat skutków nieleczenia	Wiedza/świadomość konsekwencji, znajomość korzyści wynikających z podjętej terapii
Brak wsparcia ze strony rodziny	Obecność i wsparcie psychiczne rodziny, postawa motywująca i funkcjonalna otoczenia
System opieki zdrowotnej	
Ograniczony dostęp do ochrony zdrowia, zwłaszcza do wybranych specjalistów	Swobodny dostęp do lekarzy oraz specjalistycznego sprzętu
Wysoki koszt leczenia, terapii	Bezpłatne leki/dofinansowanie leków i nieograniczony/łatwy dostęp do terapii
Negatywne doświadczenia związane ze służbą zdrowia	Wcześniejsze pozytywne doświadczenia w kontakcie ze służbą zdrowia
Nadmierna biurokracja oraz administracja	Ograniczenie konieczności powtórnego wypełniania dużej liczby dokumentów
Brak empatii i odpowiedniego wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia	Odpowiednie wykształcenie personelu medycznego w zakresie komunikacji medycznej
Błędy medyczne, nieprawidłowa diagnoza	Odpowiedzialność za nieprawidłową diagnozę oraz błędy medyczne i postawa opierająca się na przekonaniu, że ujawnianie błędów medycznych jest ważne (w tym kontekście warto wspomnieć m.in. o <i>duty of candour</i> w Wielkiej Brytanii)
Brak skutecznego systemu koordynacji	Skoordynowane działania wszystkich służb odpowiedzialnych za zdrowie pacjenta

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Dobbels, F., Van Damme-Lombaert, R., Vanhaecke, J., & De Geest, S. (2005); Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny (2010); Jimmy, B., & Jose, J. (2011); Tarn, D.M., Heritage, J., Paterniti, D.A., Hays, R.D., Kravitz, R.L., & Wenger, N.S. (2006).

Tabela 9.2. Wybrane czynniki niesprzyjające i sprzyjające stosowaniu się pacjentów do zaleceń stomatologicznych

Czynniki sprzyjające <i>non-adherence</i>	Czynniki sprzyjające <i>adherence</i>
Brak świadomości konsekwencji złego stanu jamy ustnej, brak motywacji do dbania o swoje zęby i dziąsła	Świadomość, że zdrowie jamy ustnej ma duże znaczenie dla ogólnego zdrowia organizmu. Motywacja pacjenta do bycia zdrowym
Strach, obawa przed wizytą prowadzące do unikania	Odpowiednia edukacja obniżająca lęk pacjenta przed wizytą u stomatologa
Niechęć do zmiany nawyków żywieniowych i higieny jamy ustnej	Motywacja do zmiany nawyków żywieniowych oraz prawidłowej higieny jamy ustnej
Wysokie koszty leczenia stomatologicznego	Świadomość, że ignorowanie problemów stomatologicznych może generować wysokie koszty leczenia
Zła jakość leczenia powodująca utratę zaufania do stomatologa	Wysoka jakość usług stomatologicznych, zaufanie do lekarza stomatologa oraz prawidłowa komunikacja

Źródło: Opracowanie własne.

Odnosząc się do tabel 9.1 i 9.2, warto podkreślić, że ważnym elementem jest odpowiednia edukacja (z dostosowaniem języka przekazu do odbiorcy). Zwrócenie na to uwagi wydaje się szczególnie ważne, ponieważ – według badań Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) – polscy lekarze są jednymi z tych w Europie, którzy posiadają najmniej czasu dla pacjenta. Znacznie ograniczony zostaje zatem czas na zadawanie pytań, upewnianie się, czy i jak pacjent zrozumiał przekazany komunikat, wyjaśnienie omawianych spraw na podstawie kilku przykładów/odniesień, dokładniejsze omówienie różnych form/metod leczenia, nawiązanie empatycznej relacji, aktywne słuchanie i wiele innych czynników, które budują u pacjenta zaufanie do lekarza i odpowiadają za aktywną postawę pacjenta (Zapała, 2018). Co istotne, jeśli pacjent nie zostanie odpowiednio wyedukowany w gabinecie, istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że zacznie samodzielnie poszukiwać informacji w Internecie (potocznie nazywane diagnozowaniem się u Doktora Google) lub zdystansuje się i nie włączy w proces leczenia (Zapała, 2018).

9.2. Pomiar i wybrane badania dotyczące adherencji

Odnosząc się do badań dotyczących stosowania się do zaleceń lekarskich, warto wspomnieć o doniesieniach Światowej Organizacji Zdrowia (2003), według których w krajach rozwiniętych jedynie mniej więcej 50% pacjentów chorujących przewlekłe przestrzega zaleceń dotyczących długoterminowej terapii (a w krajach rozwijających się ten procent jest jeszcze niższy). Dostępne dane pokazują również, że zdarza się spadek adherencji wraz z czasem trwania leczenia (m.in. Shah i in., 2009).

Wybrane badania/analizy dotyczące przestrzegania zaleceń stomatologicznych wskazują, że:

- istnieje dodatnia korelacja pomiędzy *non-adherence* a liczbą osób w rodzinie i dochodem rodziny (Bulgareli i in., 2021),
- istotną barierą w przestrzeganiu zaleceń może być lęk przed dentystą, dlatego też stosowanie strategii odwracania uwagi (w tym strategii wykorzystujących muzykę) może być skutecznym rozwiązaniem (Marwah i in., 2005),
- w celu obniżenia poziomu ryzyka próchnicy u dzieci warto prowadzić również edukację dotyczącą zdrowego odżywiania, ponieważ znacząco przyczynia się to do osiągnięcia pozytywnego efektu w kontekście oceny stanu uzębienia (van Meijeren-van Lunteren i in., 2023),
- prawidłowa relacja lekarz–pacjent wpływa pozytywnie na stosowanie się do zaleceń (Yuan i in., 2023; Kubica, 2010).

Przykładowymi narzędziami/pytaniami, które mogą pomóc w ocenie adherencji są the Adherence in Chronic Diseases Scale (Kubica i in., 2017) oraz kwestionariusz dotyczący przestrzegania zaleceń przez pacjenta w leczeniu ortodontycznym (Bos i in., 2005).

Analizując dostępne metody pomiaru, warto zwrócić uwagę na fakt, że część z nich skupia się jedynie na przyjmowaniu leków i nie uwzględnia współpracy i powiązania z innymi czynnikami, które odgrywają istotną rolę w leczeniu wielu chorób przewlekłych (m.in. czynniki powiązane ze stylem życia – aktywność fizyczna, zachowania sedenteryjne, sen, sposób odżywiania). Pomiar adherencji może być (i często jest) problematyczny, ponieważ nie ma spójnych wytycznych do sposobu jej oceny (m.in. czas stosowania się do zaleceń, zakres stosowania się do zaleceń) i wyboru metod dających najlepsze wyniki (w tym zakresie pojawiają się problemy z operacjonalizacją tego zjawiska i dobraniem do niego odpowiednich wskaźników, co wiąże się m.in. z tym, że często metody samoopisowe pacjentów nie do końca trafnie oddają badane zjawiska, stąd można mieć

problem z doбором adekwatnych metod oceny obiektywnej, czyli np. adekwatnym odzwierciedleniem adherencji za pomocą dostępnych badań laboratoryjnych).

Należy podkreślić, że konsekwencje *non-adherence* są poważne – od znacznego pogorszenia stanu zdrowia do znacznie zwiększonego ryzyka zgonu (m.in. Ho i in., 2006) – dlatego tak istotne jest wskazanie czynników, które mogą zarówno sprzyjać, jak i przeszkadzać w adherencji.

9.3. Sposoby zwiększenia poziomu adherencji poprzez budowanie współpracy lekarz–pacjent

Tabela 9.3 zawiera informacje dotyczące wybranych czynników, które warto wziąć pod uwagę w kontekście kształtowania współpracy lekarz–pacjent i stworzenia takiej relacji, w której pacjent i lekarz będą traktowani podmiotowo (a nie przedmiotowo).

Tabela 9.3. Czynniki zwiększające adherencję w relacji lekarz–pacjent

Czynniki pomocne w adherencji	Czynniki nieumożliwiające adherencję
1	2
• Zachęcanie pacjenta do aktywnego włączania się w rozmowę w czasie wizyty (w tym – jeśli dziecko jest pacjentem – również kierowanie pytań/komunikatów do dziecka) oraz utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentem (w sytuacjach, kiedy to możliwe). • Podejmowanie próby wzmocnienia postawy aktywnej u pacjenta m.in. poprzez pytania typu: „Od czego mógłbyś zacząć wprowadzanie zmian? Jak myślisz, co mógłbyś zrobić ze swojej strony, aby poprawić swój stan zdrowia?” (w tym – jeśli dziecko jest pacjentem – również warto ustalić z nim, jak mogłoby się włączyć w proces leczenia). • Dbanie o to, aby język przekazu różnych informacji był dostosowany do możliwości pacjenta (w tym do dziecka, jeśli jest pacjentem, z uwzględnieniem etapu rozwoju i możliwości percepcji). • Edukacja (odnosząca się m.in. do tego, jaka jest etiologia problemu, jakie są konsekwencje, jakie mamy możliwości leczenia, dlaczego zalecamy określoną formę leczenia, jaka jest rola farmakoterapii, czemu służy zmiana nawyku itd.). • Wykorzystywanie różnych materiałów dydaktycznych i metafor (w tym – jeśli dziecko jest pacjentem – wykorzystywanie takich pomocy dydaktycznych, które pozwolą mu lepiej zrozumieć przekaz, np. rysowanie, aby objaśnić, jak wygląda dana procedura medyczna, lub wykorzystywanie gotowych rycin, używanie zabawek, gotowych modeli, odwoływanie się do bajek lub lubianych/znanych przez dziecko postaci ze świata fikcyjnego, wykorzystywanie różnych materiałów multimedialnych). • W przypadku konieczności wykonania różnych badań wyjaśnienie, na czym one polegają i w jakim celu należy je zrobić. • Podkreślenie, że problem, którego leczeniem się zajmujemy, jest chorobą, a nie wyłącznie defektem estetycznym. • Zadawanie pytań otwartych i aktywne słuchanie (w tym wykorzystywanie parafrazowania).	• Protekcyjnalne wywyższające się podejście do pacjenta (opierające się m.in. na przekonaniu, że nie ma sensu go edukować i aktywnie zachęcać do włączania się do rozmowy, ponieważ i tak nic z tego, co mówimy, nie zrozumie, i/lub związanego z przekonaniem, że pacjent nie powinien współdecydować w procesie leczenia, ponieważ to lekarz wie lepiej, co jest dla niego dobre). • Używanie zbyt specjalistycznego i trudnego języka w komunikacji z pacjentem (co jest szczególnie istotne w sytuacji, kiedy naszym pacjentem jest dziecko). • Ignorowanie i bagatelizowanie emocji pacjenta (np. jego lęku, poczucia winy, wstydu). • Używanie krzywdzących/pejoratywnych określeń/terminów (które często opierają się na stereotypowym myśleniu o pacjencie i bagatelizowanie jego ich problemów). • Uproszczone ocenianie i oskarżanie pacjenta. • Okłamywanie pacjenta (co może być np. związane z tym, że obiecujemy dziecku, że to, co zrobimy nie będzie w ogóle boleć, a wiemy jednocześnie, że jest to niemożliwe/nie jest to prawdą).

cd. tab. 9.3

1	2
• Okazywanie pacjentowi zrozumienia i empatyczne reagowanie, m.in. poprzez komunikaty typu: – „Doceniam, że mówisz o tym, pomimo że rozmowa na ten temat może być trudna; Rozumiem, że rozmowa o tej trudności może być dla Ciebie nieprzyjemna/trudna”. Jeśli dziecko jest pacjentem, można dodać przy tej okazji: „Jeśli nie czujesz się teraz na siłach/nie chcesz o tym rozmawiać ze mną teraz, to mogę porozmawiać o tym jedynie z rodzicami. Pamiętaj też, że jeśli chciałbyś wrócić do tego tematu następnym razem, to chętnie odpowiem na wszystkie Twoje pytania i Cię wysłucham”. – „Rozumiem, że to, o czym rozmawiamy, może nie być łatwe do wprowadzenia”. – „Widzę, ile wysiłku wkładasz, aby utrzymywać zalecenia, które ostatnio ustaliliśmy”. • Umiejętność przyznawania się do błędu i przeproszenie pacjenta w przypadku niewłaściwego postępowania. • Jeśli pacjentem jest dziecko, to otwarte zachęcanie jego rodziców, aby oni również po wyjściu z gabinetu włączali dziecko w proces leczenia. • Jeśli pacjentem jest dziecko, to należy unikać przeprowadzania wywiadu na temat problemów w jego obecności (jeśli jest taka możliwość, to lepiej porozmawiać z rodzicem bez obecności dziecka, aby dać rodzicom możliwość swobodnego omówienia danej trudności i unikać przedmiotowego traktowania dziecka i zawstydzania go). • Na koniec wizyty: – dopytanie o to, jak pacjent zrozumiał przekazane zalecenia, – podsumowanie najważniejszych ustaleń i przekazanie ich w formie pisemnej.	• Straszenie (m.in. komunikaty typu „Jeśli nie przestaniesz jeść słodczy, to wypadną Ci wszystkie zęby i żadna koleżanka nie będzie chciała się z Tobą bawić”). • Generalizowanie (m.in. poprzez komunikaty typu „Pan/Pani zawsze/nigdy...”). • Nieprawidłowo przeprowadzona edukacja lub jej brak.

Źródło: Opracowanie własne.

Uwzględniając wskazówki zamieszczone w tabeli 9.3, można zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia u pacjenta emocji, które mogą zadziałać na niego silnie demotywująco w kontekście kontynuacji współpracy, systematyczności, utrzymywania się zaangażowania w realizację zleceń (zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej). Warto również wspomnieć, że w sytuacji, kiedy naszym pacjentem jest dziecko, bardzo duże znaczenie ma budowanie pozytywnej relacji zarówno z nim, jak i z rodzicem. Rozmawiając z rodzicami, należy podkreślić istotną rolę kształtowania nawyków u dzieci (w tym nawyków powiązanych z problemami stomatologicznymi). Tabela 9.4 zawiera kilka prostych wskazówek, które mogą być pomocne szczególnie w pracy z dziećmi.

Tabela 9.4. Wybrane podstawy budowania współpracy z dzieckiem i jego rodzicami z uwzględnieniem wybranych elementów metody Kids Skills oraz elementów pozytywnej dyscypliny

	Korzystając z burzy mózgów, twórz wspólnie z dzieckiem zasady (nie nakazy/zakazy).
	Koncentruj się na rozwiązaniach, stawiając dziecko w roli eksperta (wierząc w mądrość dzieci 😊 – „A filozofem jest człowiek, który się bardzo zastanawia i chce koniecznie wiedzieć, jak wszystko jest naprawdę. I znów, takie są dzieci” ¹⁰).
	Używaj języka umiejętności (a nie języka problemu), czyli rozmawiajcie o tym, jakie nowe umiejętności są dziecku potrzebne, aby realizować zalecenia (a nie skupiaj się na tym, jaki problem/trudność musi zniknąć).
	Budując motywację u dziecka, skup się na odwołaniu do tego, w jaki sposób ono widzi trudność/problem, nad którym wspólnie pochylacie się w gabinecie (odwołując się przy tym do metafor pochodzących ze świata, który jest dobrze znany dziecku).
	Budując z dzieckiem cel do współpracy, zadbaj o to, aby był dla niego atrakcyjny.
	Skup się na tym, co działa , i wzmacniaj mocne strony/pewność siebie. Komplementuj wysiłek, który dziecko wkłada w realizację ustalonych przez was zaleceń.
	Stopniuj ocenę postępów i dobrać odpowiednie „natężenie” zmian (pamiętając, że sukcesem jest również m.in. to, że dane zachowanie problematyczne zdarza się rzadziej, ma mniejsze natężenie i/lub dziecko chętniej korzysta z ustalonych wcześniej rozwiązań). Pamiętaj, że w osiągnięciu ogólnego (długoterminowego celu) ważne jest podzielenie go na mniejsze cele (krótsze etapy).
	Przypominaj rodzicom, jak ważne jest wspólne celebrowanie/świętowanie z dziećmi osiągniętych na bieżąco sukcesów.
	Przypominaj rodzicom o modelowaniu (czyli o tym, że dziecko uczy się tego, jak postępować, obserwując zachowania i komunikaty rodziców).
	Przypominaj również rodzicom, że dziecko ma prawo wyboru, a rodzic powinien zadbać, aby ten wybór był dokonywany spośród zdrowych alternatyw. Rodzic, respektując autonomię dziecka i zachowując szacunek do niego, powinien stawiać zdrowe granice.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Furman, B. (2012). Program „Dam radę” w praktyce. Parpamedia: Warszawa; Nelsen, J. (2020). Pozytywna dyscyplina. CoJaNaTo wydawnictwo.

9.4. Pytania i zadania



1. Zdefiniuj pojęcie adherencji.
2. Czy *compliance* jest terminem tożsamym z adherencją?
3. Wymień czynniki sprzyjające adherencji i utrudniające jej wystąpienie.
4. Opisz, jak można zwiększyć poziom adherencji w relacji lekarz–pacjent.
5. Wymień wybrane elementy budowania współpracy z dzieckiem i jego rodzicem.

¹⁰ Korczak, J. (1988). Prawidła życia. Warszawa, s. 110.

Bibliografia

- Dobbels, F., Van Damme-Lombaert, R., Vanhaecke, J., & De Geest, S. (2005). Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric transplantation*, 9(3), 381–390.
- Eichelberger, W., Stanisławska, I.A. (2013). Być lekarzem, być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny. (2010). Polskiego Pacjenta Raport Własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów. (https://polpharma.pl/wp-content/uploads/2019/06/raport_z_badania_screen.pdf).
- Furman, B. (2012). Program „Dam radę” w praktyce. Parpamedia: Warszawa.
- Ho, P.M., Spertus, J.A., Masoudi, F.A., Reid, K.J., Peterson, E.D., Magid, D.J., Krumholz, H.M., & Rumsfeld, J.S. (2006). Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Archives of internal medicine*, 166(17), 1842–1847.
- Janczukowicz, J. (2014). Profesjonalizm lekarski. Warszawa: Medical Tribune.
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*, 26(3), 155–159.
- Korczak, J. (1988). Prawidła życia. Warszawa.
- Kubica, A., Kosobucka, A., Michalski, P. et al. (2017). The Adherence in Chronic Diseases Scale – a new tool to monitor implementation of a treatment plan. *Folia Cardiol*; 12: 19–26.
- Kubica, A. i in., 2010. Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiologica Excerpta*, 5(2), 54–57.
- Kubica, A., Grzešek, G., Sinkiewicz, W. i wsp. (2010), Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiol Experta*, 5, 54–57.
- Tarn, D.M., Heritage, J., Paterniti, D.A., Hays, R.D., Kravitz, R.L., & Wenger, N.S. (2006). Physician communication when prescribing new medications. *Archives of internal medicine*, 166(17), 1855–1862, doi: 10.1001/archinte.166.17.1855.
- Winnicki, M., Basiński, K., Szyndler, A., Chrostowska, M., Narkiewicz, K. (2016). Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych i jakość współpracy lekarz–pacjent? *Choroby Serca i Naczyn*, 13(3), 194–202.
- Bulgareli, J.V., Cortellazzi, K.L., Guerra, L.M. et al. Determinants of adherence to dental treatment of socially vulnerable adolescents: a cohort study. *BMC Res Notes* 14, 116 (2021).
- Marwah, N., Prabhakar, A.R., & Raju, O.S. (2005). Music distraction--its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 23(4), 168–170.
- van Meijeren-van Lunteren, A.W., Voortman, T., Wolvius, E.B., & Kragt, L. (2023). Adherence to dietary guidelines and dental caries among children: a longitudinal cohort study. *European journal of public health*, 33(4), 653–658.
- Nelsen, J. (2020). Pozytywna dyscyplina. CoJaNaTo wydawnictwo.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). “Reader's guide”, in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, doi: 10.1787/health_glance-2015-3-en.
- Rzecznik Praw Pacjenta (2020). Adherence. Współodpowiedzialność w procesie leczniczym. Dostępne online: <https://www.gov.pl/web/rpp/adherence-wspolodpowiedzialnosc-w-procesie-leczniczym>.
- Shah, N. D., Dunlay, S. M., Ting, H. H., Montori, V. M., Thomas, R. J., Wagie, A. E., & Roger, V. L. (2009). Long-term medication adherence after myocardial infarction: experience of a community. *The American journal of medicine*, 122(10), 961.e7–961.13.

- Światowa Organizacja Zdrowia (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Dostępne online: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yuan, S., John, D., Shambhunath, S. et al. A scoping review to explore patient trust in dentistry: the definition, assessment and dental professionals' perception. *Br Dent J* (2023).
- Zapała, J. (2018). Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji Compliance, adherence and concordance in relationship between doctor and patient as integrated model of communication. *Psychoonkologia* 2018, 22(3): 102–106.

10. Hipnoza

Monika Bąk-Sosnowska, Julia Wyszomirska

10.1. Charakterystyka hipnozy i jej rodzaje

10.1.1. Rys historyczny

Wykorzystywanie zmienionych stanów świadomości w praktykach religijnych lub leczniczych ma bardzo długą tradycję. Szamani i czarownicy wykorzystywali różnego rodzaju rytuały i obrzędy, aby wprowadzić w taki stan siebie i/lub osobę poddawaną oddziaływaniom, co miało ułatwić podróż ich duszy w zaświaty czy sprowadzić ją stamtąd. W średniowieczu i czasach nowożytnych zjawiska hipnotyczne wykorzystywano przede wszystkim w ramach pokazów kuglarzy, którzy zabawiali publiczność magicznymi sztuczkami opartymi na zręczności i szybkości. W XVIII w. niemiecki psychiatra Franz Anton Mesmer stworzył teorię magnetyzmu zwierzęcego opartą na przekonaniu, że choroby umysłowe są wynikiem zablokowania przepływu uniwersalnego fluidu w ciele, który można uregulować poprzez określone przemawianie do pacjenta i wykonywanie nad jego ciałem ruchów specjalnymi magnesami. Chociaż teoria Mesmera stanowiła podłoże do późniejszego powiązania zaburzeń psychicznych z mechanizmami fizjologicznymi, w tamtych czasach nie znalazła zrozumienia i została oficjalnie odrzucona. Mimo to była nadal praktykowana przez niektórych lekarzy, chociażby brytyjskiego chirurga Jamesa Esdaile'a, którego uważa się za pioniera znieczulenia poprzez hipnozę (Guzel, 2023). Jednak dopiero szkocki neurochirurg James Braid użył określenia hipnoza, opisując metodę leczniczą, którą wywoływał poprzez fiksację wzroku pacjenta i stosował w leczeniu ostrego bólu. W kolejnym stuleciu istotny wpływ na praktykę i teorię hipnozy wywarli francuscy neurolog Jean-Martin Charcot, który zasłynął zdolnością wywoływania za pomocą hipnozy napadów hysterii u swoich pacjentek, oraz Hippolyte Bernheim, który zdefiniował hipnozę jako zjawisko niepatologiczne, będące typową reakcją na sugestię. Również austriacki psychoanalityk Zygmunta Freud czerpał z ich nauk, formując chociażby swoje koncepcje katharsis czy oporu w psychoterapii. W XX w. największy wpływ na rozwój wiedzy o hipnozie wywarły badania Clarka Hulla, twórcy behawioryzmu dedukcyjnego, a nade wszystko jego ucznia Milтона Ericksona. Ten ostatni opracował podejście psychoterapeutyczne oparte na hipnozie i wykorzystujące takie jej techniki, jak bezpośrednie sugestie, indukcje, metafory (Riskin & Frankel, 1994). W 1955 r. Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne (*British Medical Association*) zatwierdziło zastosowanie hipnozy w medycynie somatycznej i opowiedziało się za włączeniem jej do programu nauczania medycyny. W 1958 r. badanie przeprowadzone przez Radę Zdrowia Psychicznego Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego (*Council of Mental Health of the American Medical Association*) potwierdziło skuteczność zastosowania hipnozy w praktykach dentystycznych i medycznych. W 1960 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (*American Psychological Association*) uznało hipnoterapię za dział psychoterapii, opowiadając się

za jej zastosowaniami medycznymi. W 1995 r. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne i Panel Oceny Technologii Narodowego Instytutu Zdrowia (*American Medical Association and Technology Assessment Panel of the National Institutes of Health*) wydały oświadczenie popierające stosowanie hipnozy w leczeniu bólu. Hipnoza została uznana za interwencję nefarmakologiczną, bez znanych konkretnych skutków ubocznych. W 2023 r., zgodnie z rekomendacją Północno-amerykańskiego Towarzystwa Menopauzy, hipnoza kliniczna została uznana za niehormonalną metodę leczenia objawów naczynioruchowych związanych z menopauzą, ze statusem – poziom I – oznaczającym dobre i spójne dowody naukowe (Geagea i in., 2023; Kennedy, 1957; Riskin & Frankel, 1994; Żelezik & Sadowski, 2020).

10.1.2. Definicja

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne definiuje hipnozę jako „stan skupionej uwagi i zmniejszonej świadomości peryferyjnej, charakteryzujący się zmianami sensorycznymi, percepcyjno-poznawczymi lub zmianami w zachowaniu pod wpływem sugestii”¹¹.

Hipnoza jest przykładem stanu zmienionej świadomości, w którym **uwaga jest przekierowana ze świata zewnętrznego na procesy wewnętrzne** – odczucia, uczucia, wyobrażenia. Stan taki pojawia się spontanicznie, wielokrotnie w ciągu doby, z czego ludzie często nie zdają sobie sprawy. Przykładem są marzenie na jawie, zatrącenie się w czytaniu książki czy w modlitwie (Williamson, 2019). Alternatywnie mianem hipnozy jest również określana procedura polegająca na przekazywaniu sugestii werbalnych, mających na celu wywołanie określonego doświadczenia lub zachowania (Timmermann i in., 2023).

Ponieważ podobnie definiuje się trans hipnotyczny, określenia te bywają stosowane zamiennie (Wolf i in., 2022). Jednak precyzyjnie rzecz ujmując, hipnoza jest procesem wywoływania lub wprowadzania się w stan zwiększonej podatności na sugestię. Może natomiast istnieć hipnoza bez transu (np. w formie komunikatów sugestyjnych) lub trans bez hipnozy (np. w wyniku zażycia substancji psychoaktywnych).

Osoba wprowadzana lub wprowadzająca się w stan hipnozy jest nazywana osobą hipnotyzowaną, zaś osoba wprowadzająca kogoś w trans – hipnotyzerem (w przypadku rozrywkowego zastosowania hipnozy) lub hipnoterapeutą (w przypadku zastosowania leczniczego).

10.1.3. Teorie wyjaśniające zjawisko hipnozy

Sposób wyjaśniania zjawiska hipnozy różni się w zależności od nurtu teoretycznego. A mianowicie (Geagea i in., 2023):

- teorie odgórne wiążą hipnozę z aktywnością procesów metapoznawczych, które zmieniają uwagę, kontrolę wykonawczą i monitorowanie poznawcze;
- teorie dysocjacyjne podkreślają rolę dysocjacji w reakcjach hipnotycznych;
- teorie stanu traktują hipnozę jak zmieniony pod wpływem indukcji stan świadomości, charakteryzujący się podatnością na sugestję i automatycznym reagowaniem;

¹¹ Elkins, G.R., Barabasz, A.F., Council, J.R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), s. 6.

- teorie relacyjne podkreślają znaczenie procesów interpersonalnych, głównie relacji pomiędzy hipnoterapeutą a osobą poddającą się hipnozie;
- teorie społeczno-poznawcze podkreślają znaczenie procesów poznawczych, w tym nastawienia i aktywnej odpowiedzi na sugestie hipnotyczne osoby poddającej się hipnozie (Geagea et al., 2023).

Podsumowując, teorie społeczne i relacyjne podkreślają zmienne interpersonalne i kontekstowe, podczas gdy teorie stanu, dysocjacyjne czy odgórne podkreślają mechanizmy intrapersonalne uwarunkowane biologicznie i psychologicznie.

10.1.4. Zjawiska hipnotyczne i rodzaje hipnozy

Z procesem hipnozy są powiązane określone zjawiska hipnotyczne. Stanowią one element stanów hipnotycznych, w które człowiek wchodzi spontanicznie (np. w trakcie tzw. zamyślenia się czy śnienia na jawie) lub mogą być wywoływane celowo przez hipnotyzera czy hipnoterapeutę. Do typowych **zjawisk hipnotycznych** należą (Burrows & Stanley, 2001):

- redukcja krytycznego myślenia,
- zmniejszone testowanie rzeczywistości,
- tolerancja zniekształceń rzeczywistości,
- subiektywne zmiany woli, zmiany w percepcji,
- zniekształcenia procesów poznawczych i pamięci,
- zjawiska dysocjacyjne,
- zwiększona sugestywność i akceptacja fantazji jako rzeczywistości.

Uwzględniając teorie hipnozy i towarzyszące im zjawiska, ale przede wszystkim cel, w jakim stosowana jest hipnoza, można wyróżnić jej następujące rodzaje (Geagea i in., 2023; Häuser i in., 2016):

1. Hipnoza sceniczna lub rozrywkowa – demonstracja zjawisk hipnotycznych w celu zabawienia publiczności.
2. Komunikacja hipnotyczna – nie wiąże się z celowym wprowadzaniem odbiorcy w trans, ale wykorzystuje wiedzę dotyczącą przetwarzania informacji oraz sugestii w celu wywołania pozytywnego efektu; może mieć zastosowanie np. w relacji między lekarzem a pacjentem.
3. Hipnoza eksperymentalna – badanie wrażeń somatycznych, stanów emocjonalnych, procesów poznawczych oraz zachowań pod wpływem sugestii hipnotycznych w celu poszerzania wiedzy na temat mechanizmów leżących u podłoża zjawisk hipnotycznych oraz możliwości ich wykorzystania w praktyce.
4. Hipnoza medyczna lub kliniczna – wykorzystywanie zjawisk hipnotycznych w obszarze zdrowia somatycznego i psychicznego w celu jego utrzymania, poprawy, wspomagania procesów fizjologicznych i biochemicznych, redukcji symptomów, rekonwalescencji. Może, ale nie musi wiązać się z wprowadzeniem osoby w trans hipnotyczny.
5. Hipnoterapia – to inaczej psychoterapia z osobą w transie hipnotycznym, prowadzona w celu wspomagania samorozwoju (np. dostęp do swoich zasobów psychologicznych, zmiana reakcji i zachowań) lub leczenia (np. restrukturyzacja i reintegracja negatywnych doświadczeń).

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego **hipnoterapia obejmuje terapeutyczne zastosowanie hipnozy, definiowane jako „wykorzystanie hipnozy w leczeniu niepokojącego zaburzenia medycznego lub psychicznego”¹²**. W tym rozumieniu hipnoza umożliwia pacjentowi poprawę kontroli nad swoim umysłem i ciałem, a głównymi efektami są analgezja hipnotyczna i redukcja lęku (Facco, 2021).

Można również charakteryzować hipnozę ze względu na (Rosendahl i in., 2024):

- typ (prowadzona przez hipnoterapeutę lub w formie autohipnozy),
- rodzaj (bezpośrednia lub za pomocą nagrania audio lub video),
- formę (indywidualna lub grupowa),
- miejsce (szpital, ambulatorium, dowolne miejsce, np. mieszkanie osoby poddającej się hipnozie),
- czas trwania sesji (krótka, średnia lub długa),
- częstotliwość sesji (codziennie, raz w tygodniu lub rzadziej),
- czas stosowania interwencji (pojedyncza sesja, kilka do kilkunastu sesji lub długoterminowo) (Rosendahl i in., 2024).

10.2. Czynniki wpływające na skuteczność hipnozy

Istnieje wiele czynników, które mogą wpływać na skuteczność hipnozy. Zaliczają się do nich (Barnier i in., 2022; Butler, 2015; Geagea i in., 2023; Kittle & Spiegel, 2021; Rosendahl i in., 2024; Schnur i in., 2008; Timmermann i in., 2023):

1. Czynniki związane z osobą hipnoterapeuty:

- jasno określona rola i autorytet wynikający z kompetencji zawodowych;
- kwalifikacje i doświadczenie w prowadzeniu hipnozy, które w wielu krajach są wymogiem formalnym do prowadzenia hipnoterapii lub włączania sugestii hipnotycznych do innych form terapii, w tym psychoterapii;
- jego obecność lub brak (w przypadku nagrania dźwiękowego lub autohipnozy), przy czym wiele badań potwierdza skuteczność obu form hipnoterapii, zaś inne donoszą o przewadze hipnozy przynajmniej częściowo przeprowadzanej na żywo nad interwencją realizowaną za pomocą nagrania dźwiękowego;
- specyfika sugestii, przy czym chodzi przede wszystkim o celowość, indywidualizację i pozytywny wydźwięk, zaś w odniesieniu do formy bezpośredniej lub pośredniej badania nie wskazują na jednoznaczną przewagę którejś z nich.

2. Czynniki związane z osobą poddającą się hipnozie:

- podatność na hipnozę, czyli zdolność doświadczania zmian behawioralnych, afektywno-poznawczych i fizjologicznych w odpowiedzi na sugestie hipnotyczne; sugestyjność hipnotyczna występuje normalnie w populacji ogólnej, przy czym większość wykazuje średnią sugestyjność hipnotyczną (70–80%), a mniejszość wykazuje niską lub wysoką sugestyjność (10–15%); dzieci mają ogólnie wyższą sugestyjność niż dorośli, obserwuje się też większą u kobiet niż mężczyzn, chociaż w tym wypadku brakuje badań, które potwierdzałyby to w sposób jednoznaczny;

¹² Elkins, G.R., Barabasz, A.F., Council, J.R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), s. 7.

- absorpcja, czyli zaangażowanie wyobraźni, odnoszące się do zdolności poznawczej do generowania żywych obrazów mentalnych i postrzegania tych obrazów tak, jakby były prawdziwe;
- chęć do poddania się hipnozie, motywacja do reagowania na sugestie hipnotyczne, zaangażowanie, oczekiwania co do efektów;
- adekwatność i stosowność odpowiedzi w trakcie sesji hipnoterapeutycznej;
- stan psychiczny i cechy jednostki przed, w trakcie i po sesji,
- wiek – hipnoza jest istotnie skuteczniejsza u dzieci niż dorosłych;
- płeć nie jest uznana jednoznacznie za czynnik o istotnym znaczeniu, ze względu na brak wystarczających dowodów naukowych, chociaż w praktyce klinicznej często obserwuje się większą podatność na hipnozę u kobiet.

3. Czynniki społeczne i kontekstowe:

- relacja pomiędzy hipnoterapeutą a osobą poddającą się hipnozie;
- obecność innych uczestników, która, jeśli nie jest celowa, może powodować rozpraszenie uwagi, ale wykorzystana w sposób celowy (np. do wzmacniania sugestii hipnotycznych) może przynieść pozytywne efekty;
- kontekst, w jakim podawane są sugestie hipnotyczne (np. korzystna jest ustrukturyzowana sytuacja);
- obecność stresorów związanych z sytuacją (np. zabiegiem medycznym);
- nazwanie interwencji hipnozą zamiast sugestią;
- rodzaj interwencji hipnotycznej, przy czym lepsze efekty obserwuje się w przypadku prezentacji na żywo w porównaniu z prezentacjami nagranyymi;
- typ interwencji hipnotycznej – lepsze efekty obserwuje się przy połączeniu interwencji prowadzonej przez hipnoterapeutę z autohipnozą niż z samą autohipnozą lub samą interwencją hipnoterapeuty;
- termin przeprowadzenia hipnozy – skuteczniejsze jest przeprowadzenie jej przynajmniej częściowo przed sytuacją wywołującą lęk (np. procedurą medyczną) niż wyłącznie podczas takiej sytuacji;
- czas stosowania hipnozy – większe korzyści obserwuje się u osób dłużej leczonych;
- uzupełnianie sesji hipnotycznych innymi formami terapii (np. poznawczo-behawioralną);
- szersze zmienne kulturowe i historyczne.

Metaanaliza obejmująca 20 lat badań nad hipnozą wykazała, że dla jej skuteczności nie mają znaczenia takie czynniki, jak: forma hipnozy, miejsce jej przeprowadzenia, częstość sesji hipnotycznych, a także stosowanie sugestii bezpośrednich lub pośrednich (Rosendahl i in., 2024).

10.3. Podłoże neurofizjologiczne

Od lat poszukuje się neurofunkcjonalnych/neurofizjologicznych korelatów stanu hipnotycznego. Początkowo wykorzystywano do tego głównie badania elektroencefalograficzne (EEG), elektromiograficzne (EMG), a następnie funkcjonalne obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego (fMRI). Okazuje się, że stosowanie hipnozy może prowadzić do **funkcjonalnych zmian w aktywności sieci neuronalnych**. Najczęściej wskazuje się na zmniejszoną aktywność **sieci trybu domyślnego** (*default mode network*, DMN) w trakcie stanu hipnotycznego. Z kolei podatność na hipnozę jest związana z większą **łącznością funkcjonalną pomiędzy siecią kontroli**

wykonawczej (*executive control network*, ECN) a **siecią istotności** (*salience network*, SN) (Jiang i in., 2017). Zmiany te obejmują zmniejszoną aktywność grzbietowo-przedniej części kory zakrętu obręczy (Kittle & Spiegel, 2021). Jest to jedna z głównych struktur SN odpowiedzialnej za dystrybuowanie zasobów uwagi – wybiórcze wzmacnianie ważnych dla jednostki bodźców zewnętrznych i uaktywnianie ECN w celu ich dalszego przetwarzania (Jiang i in., 2017). Wraz z pogłębianiem się stanu hipnozy dochodzi do zwiększenia aktywności w dolnym zakręcie czołowym i zakręcie przedczołowym. Aktywowana jest kora prawej półkuli, a aktywność kory czołowej jest hamowana. Obserwuje się również dezaktywację w DMN obejmującą m.in. przyśrodkową część kory przedczołowej, górną część kory czołowej oraz przednią i tylną część zakrętu kory obręczy (Kihlstrom, 2013; Żelezik & Sadowski, 2020).

Zjawiska hipnotyczne obejmują subiektywne zmiany w mentalnych procesach metapoznawczych, takich jak monitorowanie funkcji poznawczych, uwaga i kontrola wykonawcza. **Ograniczone metapoznanie i zmienione poczucie sprawstwa** to cechy pozwalające odróżnić reakcję hipnotyczną od zwykłego podporządkowania się sugestiom (np. odpowiedzi na placebo). Badania neurofizjologiczne dostarczyły dowodów na mimowolny i niewymagający wysiłku charakter reakcji hipnotycznych oraz zwiększone poczucie rzeczywistości w obliczu tego typu doświadczeń (Geagea i in., 2023). Sugerują, że zmniejszone poczucie sprawstwa jest powiązane z modulacjami aktywności i łączności w obszarach ciemieniowych, które są powszechnie zaangażowane w procesy spójności sensomotorycznej. Spadek aktywności w obrębie zakrętu nadbrzeżnego powiązano przede wszystkim ze zmniejszoną świadomością podczas mimowolnych ruchów u osób wysoce podatnych na sugestie, podczas gdy zwiększoną aktywność wieczka ciemieniowego wiąże się z postrzeganą automatyzacją po indukcji hipnotycznej. Z kolei aktywność tylnej części kory obręczy koreluje z poziomem podatności na hipnozę (Deeley i in., 2013; Rainville i in., 2019). Sugerowana utrata sprawczości (inicjacji i kontroli) myśli i ruchu ma również związek ze zmniejszoną aktywacją dodatkowego obszaru motorycznego podczas ukierunkowanych sugestii u osób wysoce sugestywnych (Walsh i in., 2015). Zakłócając doświadczenie sprawstwa, sugestie hipnotyczne mogą zapewnić wgląd w mechanizmy neurobiologiczne powiązane z tym centralnym aspektem świadomego doświadczenia (Timmermann i in., 2023).

Subiektywne doświadczenia w odpowiedzi na sugestię hipnotyczną korelują z odpowiednimi zmianami w obszarach mózgu szczególnie istotnych z punktu widzenia realizacji konkretnej funkcji psychicznej. Kiedy dana osoba podczas hipnozy wyobraża sobie coś (kolor, dźwięk, aktywność fizyczną i ból), aktywowane są podobne obszary mózgu, jak przy doświadczaniu tego w rzeczywistości. Podobnie dzieje się w przypadku bólu wywołanego w hipnozie bowiem towarzyszą temu aktywacje w obszarach związanych z klasyczną sensoryczną „matrycą bólu” (Williamson, 2019).

W odniesieniu do celów, do jakich można używać hipnozy w trakcie interwencji stomatologicznych, szczególnie istotne są wyniki dotyczące **sugestii analgezji**. Wykazano, że mogą one bezpośrednio modulować zarówno sensoryczne, jak i afektywne wymiary percepcji bólu, przy czym wymiary afektywne wykazują istotnie większą redukcję niż sensoryczne (De Benedittis, 2020). Badania wykazały zmiany funkcjonalne w odpowiedzi na bolesną stymulację podczas hipnozy, w tym **zmniejszanie aktywności obszarów odpowiadających sensorycznej „matrycy bólu”** – wyspy i wieczka ciemieniowego – a także w obrębie obszarów związanych z komponentami afektywnymi, w tym przedniej części kory obręczy, wyspy, hipokampu, podwzgórza i kory skroniowej (Casiglia i in., 2020). Co więcej, wpływ sugestii hipnotycznych na percepcję bólu

wyduje się silnie powiązany z modulacją aktywacji przedniej części zakrętu kory obręczy i jej łącznością z obszarami zaangażowanymi w nocycępcję (tj. wyspą, przedkolanową przednią korą obręczy, zakrętem czołowym górnym, wzgórzem, jądrem ogoniastym i pniem mózgu) (Faymonville i in., 2003). Odkrycia te pozwalają domniemywać, że **sugestie hipnotyczne modułują strukturę doświadczenia bólu** poprzez całkowite odwracanie uwagi osoby doświadczającej go, podczas gdy medytacja zmienia strukturę doświadczenia bólu w procesie oddzielenia komponentów zmysłowych od afektywnych (Timmermann i in., 2023). Hipnoza jest silniejsza niż placebo, przy czym krótki oczekiwany czas trwania leczenia stanowi czynnik sprzyjający jej akceptacji klinicznej. Dodatkowo, efekt placebo zostaje zniesiony przez podanie naltreksonu, natomiast analgezja hipnotyczna utrzymuje się mimo jego zastosowania (Kittle & Spiegel, 2021).

10.4. Przebieg typowej sesji hipnozy medycznej

Hipnoza zazwyczaj obejmuje interakcję pomiędzy dwiema osobami, podczas której hipnotyzer/hipnoterapeuta stosuje wobec osoby hipnotyzowanej działanie mające na celu wywołanie skutków neurokognitywnych, fizjologicznych, behawioralnych i psychospołecznych (Geagea i in., 2023). Działanie to opiera się na indukcji i polega na dostarczaniu sugestii adekwatnych do określonego kontekstu społeczno-kulturowego, zrozumiałego dla osoby poddającej się lub poddawanej hipnozie. Procedura hipnotyczna obejmuje kilka faz następujących płynnie po sobie, a często nakładających się na siebie. Należą do nich (Geagea i in., 2023; Lynn & Green, 2023; Pathak i in., 2020; Timmermann i in., 2023):

1. **Faza przedhipnotyczna/wstępna** – obejmuje nawiązanie kontaktu pomiędzy osobą stosującą hipnozę a poddającą się niej i ustalenie celu procedury hipnotycznej; wiąże się również z wyjaśnieniem poszczególnych etapów, korygowaniem błędnych przekonań oraz zebraniem informacji na temat indywidualnych czynników, które mogą mieć znaczenie podczas hipnozy, związanych np. z podatnością na sugestie, dotychczasowymi doświadczeniami z hipnozą, preferencjami, oczekiwaniami. Rozmowa w tej fazie, uwzględniająca odpowiedzi na pytania oraz wyjaśnianie wątpliwości, ułatwia późniejszą indywidualizację procedury hipnotycznej przez hipnoterapeutę oraz zwiększa poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego osoby hipnotyzowanej.
2. **Indukcja hipnotyczna** – jest wprowadzeniem do procesu hipnozy, tworzy kontekst hipnotyczny oraz przygotowuje odbiorcę na kolejne sugestie. Może zawierać sugestie dotyczące skupienia uwagi, rozluźnienia ciała, otwartości na sugestie, określonego reagowania, pozytywnych oczekiwań. Najczęściej indukcja hipnotyczna związana jest z poleceniem skupienia uwagi na obiekcie zewnętrznym (np. palcu lub głosie hipnoterapeuty) lub na doświadczeniach wewnętrznych (np. własnym oddechu), może ona być jednak zindywidualizowana, w zależności od kontekstu, preferencji obu stron, czy dostępnego czasu. Stan psychiczny będący skutkiem wpływu indukcji jest nazywany transem lub stanem hipnotycznym. Chociaż indukcja odgrywa istotną rolę w procesie hipnozy, jest modyfikowana czynnikami leżącymi po stronie osoby poddającej się hipnozie, takimi jak jej motywacja, oczekiwania, wyobrażenia. **Sugestie hipnotyczne** są zasadniczym elementem procesu hipnotycznego, polegają na przekazywaniu osobie poddającej się hipnozie określonych poleceń związanych z jej aktywnością poznawczą lub motoryczną, w celu wywołania określonych zmian w postrzeganiu, emocjach czy zachowaniu. Sugestie mogą mieć charakter ułatwiający (stymulowanie działania), hamujący (hamowanie działania), percepcyjny (kierowanie uwagi na określony bodziec), ideomotoryczny (wywoły-

wanie ruchów mimowolnych), pogłębiający (intensyfikacja lub pogłębianie doświadczenia), afektywny (wywoływanie określonych emocji czy uczuć), sensoryczny (wywoływanie określonych wrażeń i odczuć w ciele), kognitywny (ukierunkowywanie funkcji poznawczych). Sugestie hipnotyczne różnią się od prostych instrukcji tym, że skłaniają do reakcji bez wysiłku i celowo. Mogą być sformułowane w sposób bezpośredni lub pośredni, przy czym brak jest jednoznacznych dowodów dotyczących większej skuteczności którejś z tych metod, co przemawia za zasadnością wykorzystania obydwu w trakcie sesji hipnotycznej. Sugestie mają potencjał terapeutyczny, mogą odnosić się na przykład do redukcji symptomów somatycznych, poprawy samopoczucia czy określonych kompetencji psychospołecznych. Sugestie związane z reakcjami w trakcie sesji hipnotycznej są nazywane hipnotycznymi, zaś te dotyczące reakcji po zakończonej sesji – posthipnotycznymi i służą do utrzymania określonego stanu psychofizycznego (np. rozluźnienia) czy zachowania (np. regularnej aktywności fizycznej) pomiędzy sesjami hipnozy lub w określonej sytuacji (np. procedury medycznej).

3. **Deindukcja** – jest fazą wyjściową, kończącą sesję hipnotyczną. Wiąże się z sugestiami kończenia hipnozy, przekierowania uwagi na środowisko zewnętrzne i powrotu do typowego dla osoby poddającej się hipnozie sposobu reagowania.

10.5. Hipnoza w medycynie

Zastosowanie hipnozy w procedurach medycznych odnotowano w takich dziedzinach medycyny, jak onkologia, ortopedia, pediatria, chirurgia, psychiatria, dermatologia, medycyna ratunkowa, ginekologia, gastroenterologia i medycyna ogólna (Żelezik & Sadowski, 2020). Hipnoza została uznana za metodę o udowodnionej skuteczności w leczeniu bólu ostrego i przewlekłego, napięciowych bólów głowy, migreny, bólu zabiegowego, bólu związanego z leczeniem raka piersi, skutków ubocznych terapii onkologicznej (np. nudności i wymioty), uderzeń gorąca po menopauzie, chorób neurodegeneracyjnych (w tym stwardnienia zanikowego bocznego), stanów dermatologicznych (w tym świądu), zespołu jelita drażliwego (Butler, 2015; Geagea i in., 2023; Kittle & Spiegel, 2021).

Jedna z metaanaliz badań na temat skuteczności hipnozy wykazała, że hipnoza ma znaczący, duży i korzystny wpływ na redukcję cierpienia emocjonalnego związanego z procedurami medycznymi. Wyniki wskazują, że około 82% pacjentów poddawanych zabiegom medycznym i jednocześnie hipnozie wykazuje niższy poziom niepokoju w porównaniu z pacjentami w stanie kontrolnym (Schnur i in., 2008). Hipnoza stosowana podczas procedur interwencyjnych i operacji zmniejsza stres emocjonalny, ból, czas rekonwalescencji, spożycie leków (Häuser i in., 2016) nawet o połowę (Kittle & Spiegel, 2021).

Badacze potwierdzają skuteczność hipnozy w leczeniu nie tylko schorzeń fizycznych, ale również psychicznych, w tym stresu, stresu pourazowego, stanów lękowych, depresji, uzależnienia od nikotyny. Wykazano, że połączenie hipnozy z interwencjami psychoterapeutycznymi, w tym terapią poznawczo-behawioralną, relaksacją, uważnością i technikami odwracania uwagi, pozwala na optymalizację wyników terapii (Geagea i in., 2023; Milling, 2023)

Podsumowując, dowody z badań podstawowych i przeglądów systematycznych potwierdzają, że **hipnoza jest skuteczną metodą leczenia pacjentów z problemami somatycznymi i psychicznymi**. Prawie wszystkie (99,2%) analizowane efekty działania hipnozy są pozytywne, a większość z nich jest co najmniej średniej wielkości (Rosendahl i in., 2024).

10.6. Hipnoza w stomatologii

Szacuje się, że nawet 75% populacji odczuwa pewien stopień niepokoju w związku z leczeniem stomatologicznym, a około 58% odczuwa lęk. Podstawową przyczyną jest strach przed bólem. Od 5% do 10% populacji tak bardzo boi się leczenia stomatologicznego, że pod żadnym pozorem nie zgłasza się do dentysty, nawet w przypadku silnego bólu zęba. U części populacji (około 10%) występuje fobia przed igłami, która również prowadzi do unikania leczenia stomatologicznego (Butler, 2015; Venkiteswaran & Tandon, 2021).

W populacji dzieci i młodzieży częstość występowania lęku przed dentystą szacuje się na ponad 25% (Cianetti i in., 2017). Stomatologia wiąże się z wieloma zabiegami, które mogą być postrzegane przez dziecko jako bolesne, przy czym podanie środków znieczulających i ekstrakcja są najbardziej bolesne ze wszystkich i mogą powodować stres psychiczny (Pala i in., 2016).

Lęk stomatologiczny może wynikać z wielu czynników, takich jak (Appukuttan, 2016; Furgała i in., 2021; Rienhoff i in., 2022):

- wcześniejsze negatywne lub traumatyczne doświadczenia, szczególnie w dzieciństwie (ich źródłem może być ból, niesympatyczny i obojętny dentysta czy unieruchamianie na fotelu dentystycznym na przykład za pomocą deski papoose – urządzenie stabilizujące, działające jak kaftan bezpieczeństwa i uniemożliwiające małym pacjentom wykonywanie jakichkolwiek gestów podczas zabiegu),
- zastępcze uczenie się od lękowych członków rodziny lub rówieśników,
- brak zrozumienia otoczenia i bieżącej sytuacji,
- konieczność zajęcia pozycji leżącej na fotelu dentystycznym, która odbierana jest jako mało bezpieczna i sprawcza,
- bodźce sensoryczne, takie jak widok igieł i wiertel w turbinie powietrznej, odgłosy wiercenia i krzyki, zapachy eugenolu i przeciętej zębiny, a także uczucie wibracji o wysokiej częstotliwości w otoczeniu zęba,
- narażenie na przerażający wizerunek dentystów w mediach,
- indywidualne cechy osobowości, takie jak neurotyczność i niska samoświadomość,
- negatywny obraz własnego ciała,
- unikowy styl radzenia sobie ze stresem.

Najczęściej używanym w stomatologii narzędziem do mierzenia lęku jest skala DASS (Depression Anxiety Stress Scale), a poza nią wizualne skale analogowe, a także skala STAI (State-Trait Anxiety Inventory) (Wolf i in., 2022)

Dentofobia, czyli nasilenie objawów fizjologicznych i nieadekwatnie silny, trudny do pokonania strach przed wizytami u stomatologa, jest oporna na typowe interwencje, takie jak przekonywanie czy zachęcanie. Rozwija się najczęściej w wyniku wcześniejszych urazowych doświadczeń. Reakcje, które uaktywniły się wtedy w obrębie ciała migdałowatego i podwzgórza, utrwalają się i mają skłonność do odtwarzania się pod wpływem bodźców wyzwalających, kojarzonych z pierwotną sytuacją. W takim przypadku racjonalne argumenty przemawiające za zasadnością leczenia stomatologicznego, a nawet autentyczna chęć, aby pokonać strach, mogą okazać się nieskuteczne. Trans hipnotyczny ułatwia przypomnienie sobie traumatycznych doświadczeń, przywołuje pełniejszy zakres szczegółów i reakcji emocjonalnych. Tym samym intensywność tego doświadczenia pozwala na skuteczne przekształcenie interpretacji tych wydarzeń przez osobę

poddającą się hipnozie, dzięki poznaniu szczegółów, a nie bazowaniu, jak dotychczas, na ogólnym wrażeniu na temat minionego zdarzenia, co było przyczyną przenoszenia doświadczenia urazowego na inne, nawet odległe znaczeniowo sytuacje. Relacja z hipnoterapeutą umożliwia bezpieczne emocjonalnie ponowne przeżycie tych emocji na głębokim poziomie i ich akceptację, co jest warunkiem niezbędnym do zmiany reakcji (Butler, 2015).

Badania wskazują na **wysoką akceptację hipnozy i jej skuteczność w zmniejszaniu lęku u pacjentów z dentofobią**. Pozytywne skutki obejmują zmniejszenie strachu i niepokoju, zapobieganie zachowaniom unikowym wiążącym się z brakiem leczenia stomatologicznego, zmniejszenie odczuwanego bólu, mniejsze krwawienie podczas ekstrakcji zębów oraz lepsze i szybsze gojenie się ran (Wolf i in., 2022).

Wskazaniami do zastosowania hipnozy w leczeniu stomatologicznym są wyraźny strach przed leczeniem stomatologicznym, odruch wymiotny, strach przed materiałami dentystycznymi i zastrzykami, nietolerancja miejscowych środków znieczulających, przeciwwskazania do stosowania środków znieczulających miejscowo, nietolerancja implantów, parafunkcje (czyli anormalne zachowania w obrębie jamy ustnej), dysfunkcja czaszkowo-żuchwowa (Häuser i in., 2016; Merz i in., 2022).

Wywoływanie stanu hipnozy nie jest skuteczne u osób po udarze mózgu, chorych na schizofrenię, u osób z upośledzoną koncentracją uwagi lub przetwarzaniem przekazów werbalnych (Kittle & Spiegel, 2021).

10.7. Wyniki badań efektywności hipnozy w redukcji bólu, lęku, krwawienia

Podstawową obawą związaną z wizytą u stomatologa jest strach przed bólem oraz iniekcją podczas podawania znieczulenia. Badania pokazują, że wielu dentystów spontanicznie wykorzystuje różne formy hipnozy, chociażby używając odpowiedniego języka i pozytywnego wzmocnienia. Praktyki te są zazwyczaj częścią formalnego szkolenia podczas i po studiach, stanowiąc element relacji z pacjentem, określany mianem „zachowania przy fotelu”. Intonacja głosu i używanie odpowiednich słów podczas kontaktu z pacjentem są w stanie wywołać u niego stan relaksu nawet bez formalnej indukcji hipnotycznej (Andrick, 2013).

Jednocześnie w wielu krajach zastosowanie hipnozy w leczeniu stomatologicznym staje się szeroko stosowaną metodą celowego oddziaływania, formalnie dostępną i proponowaną pacjentom. Przykładowo, Niemieckie Towarzystwo Hipnozy Stomatologicznej (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose) przeszkoliło w tym zakresie około 3000 dentystów. Na stronie internetowej towarzystwa znajduje się lista ponad 600 dentystów oferujących takie usługi swoim pacjentom (Häuser i in., 2016).

Aby zgromadzić kolejne dowody naukowe na skuteczność stosowania hipnozy klinicznej w obszarze stomatologii, prowadzi się wiele badań z udziałem pacjentów w różnym wieku. W jednym z badań klinicznych z udziałem zdrowych ochotników, przed podaniem znieczulenia nasiękowego zastosowano hipnozę w formie różnych technik, np. opartych na sugestii i implikacji, wizualizacji, liczeniu. Poziom bólu mierzono przy użyciu skali analogowej. Po drugiej stronie szczęki pacjenta, w czasie tej samej wizyty stomatologicznej zastosowano leczenie w znieczuleniu, ale bez towarzyszącej hipnozy. Wykazano, że zastosowanie hipnozy przed wstrzyknięciem znieczulenia nasiękowego zmniejszyło intensywność bólu spowodowanego iniekcją (Arabzade Moghadam i in., 2021).

Metaanaliza badań dotyczących zastosowania hipnozy klinicznej w związku z ekstrakcją zęba potwierdziła, że połączenie hipnozy ze środkami znieczulającymi miejscowo najczęściej powodowało znaczne zmniejszenie bólu podczas i po zabiegu oraz wyraźny spadek spożycia środków przeciwbólowych po zabiegu. Dużo lepsze efekty działania obserwuje się w grupach o wysokiej podatności na hipnozę. W jednym z badań wykazano nawet, że pacjenci stosujący wyłącznie hipnozę podczas ekstrakcji zęba mądrości odczuwali istotnie mniejszy ból w trakcie i po operacji, a przyjmowanie leków przeciwbólowych było dużo mniejsze niż w grupie kontrolnej poddanej hipnozie oraz tradycyjnemu znieczuleniu (Merz i in., 2022).

Inna metaanaliza badań oceniająca ogólną przydatność zastosowania hipnozy w stomatologii potwierdziła, że redukuje ona niepokój i lęk przy drobnych operacjach jamy ustnej, zmniejsza intensywność bólu w obrębie twarzy i stawu skroniowo-żuchwowego, zmniejsza wydzielanie śliny podczas leczenia stomatologicznego, ponadto zwiększa skuteczność stosowania się do zaleceń związanych z noszeniem aparatu ortodontycznego, ułatwia radzenie sobie z bólem wynikającym z nadwrażliwości zębów, generalnie zwiększa próg bólu (Venkiteswaran & Tandon, 2021).

Szczególnie interesujące wydają się możliwości zastosowania **metod hipnotycznych w leczeniu stomatologicznym dzieci**, ze względu na powszechność obaw przed dentystą w tej grupie wiekowej. Badanie zaprojektowane przez Ramirez-Carasco i wsp. jest doskonałym przykładem zastosowania hipnozy u dzieci podczas leczenia stomatologicznego. Wykorzystano w nim różne techniki dostosowane do wieku pacjentów. Na początku poproszono dzieci z grupy eksperymentalnej, aby wysłuchały nagrania opisującego, w jaki sposób myśli i oddychanie mogą pomóc im poczuć większe rozluźnienie i komfort. Następnie zastosowano interwencję hipnotyczną obejmującą standardową indukcję stopniowego rozluźniania mięśni, procedurę pogłębiającą nakierowaną na zwiększenie skupienia, absorpcji i koncentracji oraz właściwe sugestie hipnotyczne. Te ostatnie miały na celu modyfikację postrzegania bólu. Wykorzystano wyobrażenie bezpiecznego i wyjątkowego ogrodu z fontanną pośrodku. Woda z fontanny miała sprawić, że usta dzieci będą odrętwiałe i zrelaksowane, co pozwoli im samym odczuwać komfort i relaks, a dentyście „poprawić stan ich zębów”. Dwustronną komunikację zapewniono poprzez wykorzystanie sygnałów ideomotorycznych, a mianowicie prosiło się pacjenta o podniesienie ręki, gdy jego usta będą całkowicie zdrętwiałe. Dopiero wtedy dentysta kontynuował wstrzykiwanie środka znieczulającego, a następnie przechodził do leczenia. Po jego zakończeniu następowały sugestie wyprowadzające dziecko ze stanu hipnozy i przywracające wyjściowy poziom komunikacji. Chociaż badanie nie udowodniło różnicy w poziomie bólu i przewodnictwie skóry pomiędzy dziećmi z grupy eksperymentalnej i kontrolnej (również miały słuchawki na uszach, ale nie generowano żadnego przekazu), to hipnoterapia okazała się zmienną modyfikującą różnicę w częstości akcji serca pomiędzy grupami (Ramírez-Carrasco i in., 2017).

Aby ocenić, czy leczenie dzieci doustnym midazolamem i pediatrycznymi technikami hipnozy może poprawić przestrzeganie zaleceń podczas kolejnych sesji, zaprojektowano i przeprowadzono retrospektywne, obserwacyjne badanie podłużne. Wzięło w nim udział łącznie 311 dzieci w wieku od 3 do 12 lat, a zabiegi przeprowadzono w jednej, maksymalnie trzech sesjach. Stosowano techniki hipnotyczne oparte na komunikacji hipnotycznej i indukcji, dostosowanych do wieku pacjentów, wykorzystujących na przykład wyobrażenia kolorów czy zwierząt. Podczas sesji oceniano subiektywny poziom lęku oraz nastrojów dzieci. Wykazano, że obie te zmienne nie różniły się istotnie przed i po leczeniu oraz pomiędzy sesjami, co potwierdza, że techniki hipnozy w połączeniu z sedacją u niespokojnych dzieci są skuteczne i pomocne w zmniejszeniu poziomu lęku oraz

poprawie współpracy podczas leczenia stomatologicznego. Jednocześnie jednak zaobserwowano, że współpraca dzieci zmniejszała się wraz z każdą sesją leczenia, co doprowadziło do konkluzji, że leczenie w tej grupie pacjentów nie powinno przekraczać dwóch kolejnych sesji (Rienhoff i in., 2022).

Podsumowując wyniki badań nad hipnozą w stomatologii, warto dodać, że nie tylko pacjenci poddawani leczeniu stomatologicznemu mogą odnieść wymierne korzyści z jej zastosowania. Również lekarze stomatolodzy mogą wykorzystywać **autohipnozę**, aby lepiej radzić sobie ze stresem, lękiem czy bezsennością, a tym samym ograniczać lub unikać stosowania leków, które mogłyby osłabić ich koncentrację i sprawność działania. Niefarmakologiczne metody, takie jak hipnoza kliniczna, są bezpieczne i skuteczne, a przez to z całą pewnością godne polecenia wszystkim profesjonalistom medycznemu (Kittle & Spiegel, 2021).

10.8. Prawne i etyczne aspekty stosowania hipnozy

W Polsce **brakuje regulacji prawnych** dotyczących tego, kto może być uznawany za hipnoterapeutę, jakie powinien posiadać wykształcenie, kompetencje, jak powinno przebiegać kształcenie w tym zakresie, jakich zasad należy przestrzegać, używając hipnozy jako narzędzia w swojej pracy klinicznej. Taka sytuacja psuje reputację hipnozy, często kojarzoną z narzędziem szarlatanów, a nie lekarzy. I rzeczywiście brak wytycznych może zachęcać do nieuczciwego, nieetycznego sięgania po hipnozę i stanowić potencjalne zagrożenie dla pacjentów. Jednak zakładając, że intencje lekarzy są dobre, zachęcamy do posiłkowania się dostępnymi metodami. Na poziomie ogólnym zawsze można bazować na ustawie o zawodzie lekarza, kodeksie etyki lekarskiej. Poza tym niektóre towarzystwa opracowały dokumenty, kodeksy etyczne, które mogą być pomocne. Można również poszukać informacji na przykład na stornach Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (https://psychiatria.org.pl/komisja_hipnozy_klinicznej – Komisja ds. Hipnozy Klinicznej Polskie Towarzystwo Psychiatryczne), Towarzystwa Hipnozy Terapeutycznej i Badań nad Hipnozą (https://www.hipnoza.org.pl/kodeks_etyczny_hipnoterapeuty) (Kodeks Etyczny Hipnoterapeuty Towarzystwo Hipnozy Terapeutycznej i Badań Nad Hipnozą). Hipnoza jako metoda terapeutyczna powinna być prowadzona przez osoby mające prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych i dodatkowo odpowiednio przygotowane. W kontekście braku odpowiednich aktów prawnych łatwo w tym aspekcie o nadużycia, bowiem problem stanowi rozeznanie rzeczywistych kompetencji osoby stosującej hipnozę. Z kolei specjaliści posiadający odpowiednie bazowe wykształcenie i dobre intencje, by kształcić się w tym obszarze, też mogą mieć trudności z wyborem odpowiedniej ścieżki kształcenia z zakresu hipnozy medycznej. Można trafić na paranaukowe kursy, stracić czas, pieniądze lub, co gorsze, dać się zwieść pseudonaukowym treściom. Na szczęście, nawet w takim chaosie jest szansa dokonania dobrego wyboru. Przed przystąpieniem do poszukiwań odpowiedniego kursu, warto wiedzieć, czym jest hipnoza medyczna, jakie są przesłanki do jej stosowania, jakie podstawy naukowe, jakie ograniczenia (ten rozdział też m.in. temu służy). Stąd zachęta, by podczas przeglądania konkretnych ofert uwzględnić własną wiedzę kliniczną, obudzić w sobie krytyczne myślenie oraz zwracać uwagę na ewentualne sygnały ostrzegawcze, na przykład, czy czas kursu nie jest zadziwiająco krótki? Jaki jest proces rekrutacji (czy przyjmują wszystkich kandydatów, czy osoby wykonujące konkretne zawody)? Jak się dana szkoła reklamuje, zdobycie jakich kompetencji zapewnia (czy te obietnice są realne)? Czy współpracuje z ośrodkami klinicznymi, uczelniami? Jaki jest zakres

poruszanych treści (czy tylko techniki hipnozy, czy zajęcia z etyki neurobiologii, prowadzenie/interpretowanie badań). W Polskich warunkach można posiłkować się informacjami na wymienionych już stronach internetowych, ale warto również śledzić wytyczne i sprawdzić rekomendacje ośrodków szkolących, udzielone przez międzynarodowe organizacje, jak European Society of Hypnosis (<https://esh-hypnosis.eu/>) czy The International Society for Hypnosis (<https://www.ishhypnosis.org>).

10.9. Pytania i zadania



Na podstawie przedstawionych w rozdziale informacji na temat hipnozy i jej zastosowania w stomatologii, odpowiedz na poniższe pytania:

- Jakiego rodzaju doświadczenia z dzieciństwa mogą wpłynąć na lęk przed dentystą w życiu dorosłym?
- Jak mogłaby brzmieć przykładowa sugestia autohipnotyczna przed wizytą u stomatologa?
- Jaki rodzaj komunikatu sugestywnego mógłby zastosować dentysta wobec pacjenta siedzącego na fotelu dentystycznym?

Materiały dodatkowe

1. Czy wiesz, że w pracy stomatologa wielokrotnie poddajesz swoich pacjentów sugestii? Nie musi ona się wiązać z celowym wprowadzeniem pacjenta w trans hipnotyczny. Niezależnie od tego, czy będziesz wykorzystywać w swojej pracy hipnoterapię, czy nie, pamiętaj, że słowa niosą ze sobą sugestię, co do tego jak pacjent „powinien się czuć” lub co „powinien” czuć. Nawet pojedyncze słowa, np. „ból” czy z założenia neutralne np. „wiertło”, dla pacjenta mają mocny wydźwięk i mogą nieść ze sobą negatywną sugestię. Niektóre słowa, zwroty są kojarzone automatycznie z silnymi doznaniem somatycznymi i emocjami, niosąc ze sobą zarówno potencjalne korzyści, jak i ryzyko błędów jatrogennych. Dlatego staraj się intencjonalnie zwracać uwagę na język, jakim się posługujesz. Przemyślane, celowe zastąpienie niektórych często używanych sformułowań w opisie objawów, procedur stomatologicznych, może przynieść wiele korzyści, między innymi łagodzić lęk, pomóc budować klimat zaufania wspierający współpracę zarówno w toku zabiegu, jak i dalszego leczenia.

Ćwiczenie

W tabeli 10.1 przedstawione zostały przykłady często używanych komunikatów w pracy stomatologa oraz ich alternatywne wersje. Oceń, jak oddziałują na ciebie poszczególne komunikaty? Zastanów się nad innymi przykładami, zapisz dwa, trzy przykłady i stwórz dla nich wersje alternatywne. Pamiętaj, by w zamierzeniu redukowały lub przynajmniej nie eskalowały lęku, bólu, poczucia braku kontroli i innych nieprzyjemnych doznań.

Tabela 10.1. Przykłady często używanych zwrotów kierowanych do pacjentów i alternatywne wersje

Popularne stwierdzenie	Alternatywna propozycja
Za chwilę poczujesz ukłucie i ból.	Za chwilę podam znieczulenie, aby zwiększyć twój komfort w trakcie zabiegu.
Czy to boli?/Jak silny jest teraz ból?	Na ile komfortowo się teraz czujesz?
Należało przyjść wcześniej.	Dobrze, że postanowiłaś/postanowiłeś przyjść i zadbać o swoje zęby.
Teraz będę wrywać ząb.	Teraz usunę ząb.

Źródło: Opracowanie własne.

2. Jak można się zorientować, większość ludzi w jakim stopniu jest podatna na hipnozę. Już ponad 50 lat temu Herbert Spiegel zaproponował prosty test – An Eye Roll Test for Hypnotizability – pozwalający przewidzieć indywidualną podatność na hipnozę (Spiegel, 2010). Jest on nadal z powodzeniem używany w praktyce klinicznej.

Jeśli masz ochotę, możesz wypróbować go na sobie lub znajomych. Jest wiele filmów instruktażowych, np.: <https://www.youtube.com/watch?v=5L2G00m8uuw> (*The Hypnosis Test: How To Measure Your Susceptibility, Dr. David Spiegel*, n.d.), z którego dowiesz się więcej na ten temat (wywiad z Davidem Spiegelem).

Bibliografia

- Andrick, J.M. (2013). Cultivating a “chairside manner”: Dental hypnosis, patient management psychology, and the origins of behavioral dentistry in America, 1890–1910. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 49(3), 235–258.
- Appukuttan, D.P. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 35–50.
- Arabzade Moghadam, S., Yousefi, F., & Saad, S. (2021). The effect of hypnosis on pain relief due to injection of dental infiltration anesthesia. *Clinical and Experimental Dental Research*, 7(3), 399–405.
- Barnier, A.J., Terhune, D.B., Polito, V., & Woody, E.Z. (2022). A componential approach to individual differences in hypnotizability. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 9(2), 130.
- Burrows, G.D., & Stanley, R.O. (2001). Introduction to clinical hypnosis and the hypnotic phenomena. *International Handbook of Clinical Hypnosis*, 1–17.
- Butler, J. (2015). Hypnosis for dental professionals. *BDJ Team*, 1, 15028.
- Casiglia, E., Finatti, F., Tikhonoff, V., Stabile, M.R., Mitolo, M., Albertini, F., Gasparotti, F., Facco, E., Lapenta, A.M., & Venneri, A. (2020). Mechanisms of hypnotic analgesia explained by functional magnetic resonance (fMRI). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(1), 1–15.
- Cianetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., Caruso, S., Gatto, R., De Giorgio, S., & Salvato, R. (2017). Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent*, 18(2), 121–130.
- De Benedittis, G. (2020). Neural mechanisms of hypnotic analgesia. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 5(2), 1–14.
- Deeley, Q., Walsh, E., Oakley, D.A., Bell, V., Koppel, C., Mehta, M.A., & Halligan, P.W. (2013). Using hypnotic suggestion to model loss of control and awareness of movements: an exploratory fMRI study. *PLoS One*, 8(10), e78324.

- Elkins, G.R., Barabasz, A.F., Council, J.R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 378–385.
- Facco, E. (2021). Hypnosis and Hypnotic ability between old beliefs and new evidences: An epistemological reflection. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 64(1), 20–35.
- Faymonville, M.E., Roediger, L., Del Fiore, G., Delguedre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P., & Laureys, S. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*, 17(2), 255–262.
- Furgala, D., Markowicz, K., Koczor-Rozmus, A., & Zawilska, A. (2021). Causes and Severity of Dentophobia in Polish Adults—A Questionnaire Study. *Healthcare*, 9(7), 819.
- Geagea, D., Ogez, D., Kimble, R., & Tyack, Z. (2023). Redefining hypnosis: A narrative review of theories to move towards an integrative model. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101826.
- Guzel, O.R. (2023). History of Hypnosis. *Recep DURSUN Yusuf Kenan HASPOLAT*, 5.
- Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: a systematic review of meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(17), 289.
- Jiang, H., White, M.P., Greicius, M.D., Waelde, L.C., & Spiegel, D. (2017). Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cerebral Cortex*, 27(8), 4083–4093.
- Kennedy, A. (1957). The medical use of hypnotism. *British Medical Journal*, 1(5031), 1317.
- Kihlstrom, J. F. (2013). Neuro-hypnotism: Prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*, 49(2), 365–374.
- Kittle, J., & Spiegel, D. (2021). Hypnosis: the most effective treatment you have yet to prescribe. *The American Journal of Medicine*, 134(3), 304–305.
- Kodeks etyczny hipnoterapeuty Towarzystwo Hipnozy Terapeutycznej i Badań nad Hipnozą. (https://www.hipnoza.org.pl/kodeks_etyczny_hipnoterapeuty, pobrano 23.06.2024).
- Komisjads. HipnozyKlinicznej Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. (https://psychiatria.org.pl/komisja_hipnozy_klinicznej, pobrano 27.06.2024).
- Lynn, S.J., & Green, J.P. (2023). *An introduction to the practice of clinical hypnosis*.
- Merz, A.E., Campus, G., Abrahamsen, R., & Wolf, T.G. (2022). Hypnosis on acute dental and maxillofacial pain relief: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 123, 104184.
- Milling, L.S. (2023). *Evidence-based practice in clinical hypnosis*.
- Pala, S.P., Nuvvula, S., & Kamatham, R. (2016). Expression of pain and distress in children during dental extractions through drawings as a projective measure: A clinical study. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(1), 102.
- Pathak, A., Sharma, S., & Jensen, M. (2020). Hypnosis for clinical pain management: A scoping review of systematic reviews. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 5(1), 1–18.
- Rainville, P., Streff, A., Chen, J.I., Houzé, B., Desmarteaux, C., & Piché, M. (2019). Hypnotic automaticity in the brain at rest: an arterial spin labelling study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(4), 512–542.
- Ramírez-Carrasco, A., Butrón-Téllez Girón, C., Sanchez-Armass, O., & Pierdant-Pérez, M. (2017). Effectiveness of hypnosis in combination with conventional techniques of behavior management in anxiety/pain reduction during dental anesthetic infiltration. *Pain Research and Management*, 2017.
- Rienhoff, S., Splieth, C.H., Veerkamp, J.S.J., Rienhoff, J., Krikken, J.B., Campus, G., & Wolf, T.G. (2022). Hypnosis and sedation for anxious children undergoing dental treatment: A retrospective practice-based longitudinal study. *Children*, 9(5), 611.

- Riskin, J.D., & Frankel, F.H. (1994). A History of Medical Hypnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 601–609, doi: 10.1016/S0193-953X(18)30103-5.
- Rosendahl, J., Alldredge, C.T., & Haddenhorst, A. (2024). Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: a 20-year perspective. *Frontiers in Psychology*, 14, 1330238.
- Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25(3–4), 114–128.
- Spiegel, H. (2010). An Eye-Roll Test for Hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(1), 15–1, doi: 10.1080/00029157.2010.10401743.
- The Hypnosis Test: How To Measure Your Susceptibility*, Dr. David Spiegel. (n.d.). Timmermann, C., Bauer, P.R., Gosseries, O., Vanhaudenhuyse, A., Vollenweider, F., Laureys, S., Singer, T., Antonova, E., & Lutz, A. (2023). A neurophenomenological approach to non-ordinary states of consciousness: hypnosis, meditation, and psychedelics. *Trends in Cognitive Sciences*.
- Venkiteswaran, A., & Tandon, S. (2021). Role of hypnosis in dental treatment: A narrative review. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 11(2), 115.
- Walsh, E., Oakley, D.A., Halligan, P.W., Mehta, M.A., & Deeley, Q. (2015). The functional anatomy and connectivity of thought insertion and alien control of movement. *Cortex*, 64, 380–393.
- Williamson, A. (2019). What is hypnosis and how might it work? In *Palliative Care: Research and Treatment* (Vol. 12, p. 1178224219826581). SAGE Publications Sage UK: London, England.
- Wolf, T.G., Schläppi, S., Benz, C.I., & Campus, G. (2022). Efficacy of hypnosis on dental anxiety and Phobia: A systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*, 12(5), 521.
- Železik, M., & Sadowski, M. (2020). Hypnosis as a part of holistic medical treatment: a systematic review. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*, 15(1), 21–32.

11. Dziecko w gabinecie stomatologicznym

Jagoda Sikora

11.1. Rozumienie zdrowia i choroby w poszczególnych okresach rozwojowych a sposób komunikowania się w gabinecie stomatologicznym

Rozumienie zdrowia i choroby ulega istotnym zmianom na różnych etapach życia człowieka, wpływając na sposób, w jaki dzieci odbierają i komunikują swoje doświadczenia zdrowotne w gabinecie. Od dzieciństwa po dorosłość ludzie przechodzą przez różnorodne fazy rozwoju fizycznego, emocjonalnego i społecznego, co determinuje ich zrozumienie i interpretację zdrowia oraz choroby.

Dzieci mogą, na przykład, bardziej koncentrować się na doznawanych objawach fizycznych, podczas gdy dorośli mogą być bardziej świadomi skutków zdrowotnych w ich życiu społecznym i emocjonalnym. Z kolei rozwój tożsamości nastolatków i budowanie obrazu własnej osoby dokonują się w kontekście zdrowia lub jego braku, podczas gdy osoby starsze mogą być bardziej zainteresowane jego zachowaniem i jakością życia (Harwas-Napierała & Trempała, 2003).

W gabinecie stomatologicznym komunikacja z pacjentem musi uwzględniać różnice w rozumieniu zdrowia i choroby w różnych grupach wiekowych. Ważne, aby stomatolodzy byli świadomi, jakie informacje są istotne i zrozumiałe dla pacjenta w określonym wieku i na poszczególnych etapach rozwoju. Szczególnym aspektem dotyczącym percepcji stanu zdrowia i choroby jest rozumienie bólu (Liossi & Franck, 2008). Wiedza o tym, jak dzieci rozumieją ból i dyskomfort fizyczny, wydaje się kluczowa przy wyborze różnych strategii wspierania dzieci.

Jak dzieci rozumieją chorobę i ból?

To, jak dzieci rozumieją ból lub dyskomfort fizyczny, zależy przede wszystkim od ich rozwoju poznawczego, dlatego poniżej przedstawione zostaną trzy etapy rozumienia bólu przez dzieci w zależności od ich rozwoju i z uwzględnieniem strategii, które będą adekwatne do ich możliwości rozwojowych (Liossi & Franck, 2008).

Dzieci w wieku przedszkolnym rozumieją ból jako nieprzyjemne doświadczenie sensoryczne, które może przybierać różne formy, takie jak ból fizyczny po urazie czy emocjonalny w wyniku utraty bliskiej osoby. Z perspektywy przedszkolaka jest to uczucie, które stymuluje jego zmysły, informując ciało o potencjalnym zagrożeniu lub dyskomforcie.

W związku z tym, że dzieci rozumieją ból w bardzo fizyczny sposób, ważne jest, aby uwzględnić ten aspekt w zastosowanych strategiach wspierających (Harter, 1988; Dahlquist, 1990).

Dzieci często wybierają działanie, jako sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami, zamiast stosować strategie oparte na skomplikowanym myśleniu. Na przykład, gdy dziecko czuje się zdenerwowane, może próbować odreagować poprzez aktywność fizyczną (bieganie lub skakanie na trampolinie) zamiast skupiać się na analizie przyczyn swojego niepokoju. Interwencje skierowane do dzieci powinny być aktywne, konkretne i skoncentrowane na zewnętrznym działaniu. Na przykład, proste zabawki elektroniczne, które reagują dźwiękowo lub świetlnie na interakcję dziecka, mogą być skutecznymi narzędziami do rozpraszania emocji i skupiania uwagi na czymś pozytywnym (Kesavelu i in., 2021).

Dzieci w wieku szkolnym uczą się coraz bardziej zaawansowanych strategii i sposobów logicznego myślenia oraz rozumienia otaczającego ich świata. Mogą jednak mieć trudności ze zrozumieniem, jak ból wpływa na ludzkie życie psychiczne i społeczne. Na przykład, mogą rozumieć, że kiedy ktoś doświadcza bólu fizycznego, może być smutny lub sfrustrowany, ale mogą mieć trudności z pełnym zrozumieniem tego procesu (Harter, 1988; Dahlquist, 1990).

Nastolatki natomiast mają większą zdolność do autorefleksji i przyjmowania różnych perspektyw. Mogą rozumieć zależności przyczynowo-skutkowe, co pozwala im lepiej analizować i interpretować różne sytuacje życiowe, w tym doświadczenia bólu (Arseniuk, 2013). Dlatego interwencje skierowane do nastolatków często opierają się na rozmowie, refleksji i analizie głębszych przyczyn ich emocji. Jakie strategie mogą pomóc starszym dzieciom?

Wspierając nastolatków w radzeniu sobie z bólem, ważne jest **wykorzystanie strategii poznawczych**, takich jak praca z przekonaniami czy techniki terapeutyczne oparte na przeformułowaniu niesprzyjających myśli. Pomaga to nastolatkom lepiej zrozumieć swoje emocje i reakcje, a także rozwijać zdolność radzenia sobie z trudnościami życiowymi (Hickox & Rader, 2021).

- Pierwotna myśl: „Boję się iść do dentysty, bo to będzie bolesne i straszne”.
- Przeformułowana myśl: „Czuję niepokój przed wizytą u dentysty, jednak zdaję sobie sprawę, że dbanie o zdrowie jamy ustnej jest ważne. Może być to trudne, ale mogę skorzystać z technik relaksacyjnych, aby zmniejszyć napięcie i przetrwać wizytę”.

Poniżej przedstawiono najważniejsze **wskazówki pomocne** we wspieraniu dzieci w radzeniu sobie z bólem, niezależne od wieku dziecka:

1. Dzieci często wybierają aktywność fizyczną lub interakcję z otoczeniem jako sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami, zamiast opierać się na abstrakcyjnych myślach.
2. Zastosowanie interwencji aktywnych, konkretnych i zewnętrznych form pomocy może sprzyjać radzeniu sobie z bólem u młodszych dzieci. Ulubiona zabawka, muzyka, film lub audiobook, mogą być skutecznymi narzędziami do rozpraszania emocji i skupienia uwagi na czymś pozytywnym.
3. Opowiadanie historii może być bardziej efektywne niż suche wyjaśnianie, ponieważ w historiach skomplikowane pomysły stają się prostsze, a metafory pomagają dzieciom zrozumieć i zastosować nowe koncepcje emocjonalne.
4. Dzieci nadal uczą się rozumieć swoje emocje, dlatego ważne jest wsparcie ich w rozwijaniu umiejętności regulacji emocji. Warto akceptować i nie zaprzeczać emocjom dziecięcym. Jeśli dziecko boi się bólu, sformułowanie „Nie bój się” nie będzie go wspierać, a może nawet zaostrić reakcję dziecka. Wspierające może być: „Wiem, że ból może być przerażający, ale wspólnie postaramy się, abyś nie odczuwał dyskomfortu. Możemy użyć różnych metod, abyś czuł się bardziej komfortowo podczas zabiegu” lub „Widzę, że się boisz. Wizyta u stomatologa może wywoływać lęk. Chcę Cię zapewnić, że jestem tutaj, aby Ci pomóc i zadbać o Twoje zdrowie”.

11.2. Rola wizyty adaptacyjnej

W dzisiejszych czasach troska o dobrostan psychiczny pacjentów, zwłaszcza dzieci, staje się priorytetem w opiece zdrowotnej. W tym kontekście wizyta adaptacyjna, choć nie jest powszechnie stosowaną praktyką, zdobywa coraz większe uznanie jako skuteczne narzędzie wspierające zarówno pacjentów, jak i personel medyczny. Wizyta ta odbywa się przed planowanymi procedurami medycznymi i ma na celu przygotowanie pacjenta, szczególnie dziecka, na nadchodzące doświadczenia. Istnieje wiele powodów, dla których wizyta adaptacyjna może być istotna i mieć sens w odniesieniu zarówno do pacjentów, jak i personelu medycznego. Ogólnopolskie badania epidemiologiczne przeprowadzone w ramach programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej” wskazują na bardzo zły stan uzębienia mlecznego u dzieci w wieku przedszkolnym (Shamsa i in., 2019).

Niezwykle ważne jest oswojenie dziecięcego lęku, ponieważ wiąże się on z trzema ważnymi konsekwencjami dla nich: mogą rzadziej korzystać z usług stomatologicznych, mogą nie otrzymać niezbędnych zabiegów dentystycznych (w tym tych profilaktycznych) oraz mogą być niechętni do współpracy w gabinecie stomatologicznym, przez co będą unikać wizyt i mogą nie zgłaszać dolegliwości rodzicowi (Carrillo-Díaz i in. 2021).

Warto, aby wizyta adaptacyjna odbyła się przed ukończeniem 3 r.ż. (Shamsa i in., 2019). Dziecko w tym wczesnym okresie rozwoju może wytworzyć pozytywne skojarzenie, co będzie przekładać się w przyszłości na częstsze (również profilaktyczne) korzystanie z pomocy lekarza stomatologa. Pozytywne podejście, spokojne wyjaśnienie, zadbanie o otoczenie mogą wspierać dzieci w budowaniu dobrego wspomnienia (Fux-Noy i in., 2019).

Najważniejsze argumenty zachęcające rodziców do wizyty adaptacyjnej:

- Pomaga dzieciom i ich rodzicom zmniejszyć lęk oraz stres związany z nadchodzącymi wizytami lekarskimi lub zabiegami. Lęk u dzieci (i dorosłych również!) wzrasta, kiedy nie rozumieją/nie wiedzą, co się wydarzy. Możliwość uczestniczenia w wizycie adaptacyjnej pomaga lepiej poznać i ośwoić się z miejscem. To może przyczynić się do obniżenia lęku i stresu.
- Tworzy pozytywne relacje między pacjentem a personelem medycznym, co może zwiększyć zaufanie dziecka do personelu i placówki medycznej.
- Pomaga rodzicom lepiej zrozumieć plan leczenia i procedury, co pozwala im lepiej wspierać swoje dzieci w trudnych chwilach.
- Pozwala dzieciom zobaczyć i zrozumieć, jak działa sprzęt medyczny, co może zmniejszyć lęk związany z jego użyciem.
- Wizyta adaptacyjna, poprzez zmniejszenie stresu i lęku, może przyczynić się do zwiększenia skuteczności leczenia oraz poprawy doświadczeń pacjentów i ich rodzin.

Jak może przebiegać wizyta adaptacyjna?

Wizyta adaptacyjna w gabinecie stomatologicznym powinna być dostosowana do potrzeb pacjenta, zwłaszcza dzieci. Oto przykładowy scenariusz takiej wizyty (Carrillo-Díaz i in. 2021).

Przed rozpoczęciem jakichkolwiek czynności personel medyczny może przeprowadzić krótką rozmowę z dzieckiem i jego rodzicami. Jej celem jest nawiązanie kontaktu, zbudowanie zaufania oraz wyjaśnienie celu wizyty adaptacyjnej. Kolejnym etapem może być wizyta w gabinecie. Dzięki niej dziecko będzie miało okazję zapoznać się z otoczeniem, zobaczyć fotel dentystyczny, lampę

oraz inne urządzenia używane podczas wizyt dentystycznych. Następnie personel medyczny może zaprezentować dziecku sprzęt i narzędzia stomatologiczne, które dziecko może pooglądać, dotknąć i zrozumieć, jak działają. To może pomóc w zmniejszeniu niepokoju i lęku. Co więcej, wizyta adaptacyjna może obejmować krótką symulację wizyty u dentysty: personel medyczny prosi dziecko o zajęcie miejsca na fotelu dentystycznym i delikatnie bada jego zęby, używając np. lusterka stomatologicznego. Dziecko może też spróbować nałożyć na siebie ochronne okulary lub maseczkę, aby się przyzwyczaić do takiego wyposażenia.

Lekarz stomatolog może dołączyć do wizyty adaptacyjnej, aby porozmawiać z dzieckiem i jego rodzicami, wyjaśnić, jak przebiega standardowa wizyta stomatologiczna, odpowiedzieć na pytania oraz uspokoić obawy. Podczas wizyty adaptacyjnej personel medyczny omawia z dzieckiem i jego rodzicami plan leczenia, przewidziane procedury oraz wszelkie szczegóły dotyczące nadchodzących wizyt dentystycznych. Dodatkowo podkreśla znaczenie codziennej higieny jamy ustnej i regularnych wizyt kontrolnych u dentysty, aby zapobiec problemom z zębami i dziąsłami.

Wizyta adaptacyjna w gabinecie stomatologicznym ma na celu złagodzenie lęku i stresu związanego z leczeniem, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz przygotowuje dziecko do przyszłych wizyt stomatologicznych. Dzięki temu dzieci mogą czuć się bardziej komfortowo i pewnie podczas rzeczywistej wizyty u dentysty.

Co warto robić i mówić w trakcie wizyty adaptacyjnej?¹³

- Warto stosować prosty i zrozumiały język, aby dzieci i ich rodzice mogli łatwo zrozumieć omawiane zagadnienia. Poważnie traktować obawy dzieci czy rodziców. Przyjąć postawę empatii i szczerego odpowiadania na pytania, co pomoże dziecku budować zaufanie.
- Warto budować zaufanie i zachęcać do współpracy zamiast grozić konsekwencjami, jeśli dziecko nie będzie współpracować lub będzie wyrażać obawy.
- Warto mówić o zabiegach w łagodny sposób i unikać opisywania procedur w sposób przerażający. Używać pozytywnych sformułowań podczas opisywania procedur stomatologicznych i unikać zbyt realistycznych opisów czy straszenia dziecka.
- Wywieranie presji na dziecko podczas wizyty adaptacyjnej (oraz w trakcie standardowej wizyty) może zwiększać u niego reakcję stresową. Należy pozwolić dziecku przejąć kontrolę nad tempem adaptowania się do nowej sytuacji.
- Warto rozmawiać z rodzicami o ich obawach i nie zapominać o komunikacji z nimi podczas wizyty adaptacyjnej. Współpraca z nimi i odpowiednie wsparcie są kluczowe do sukcesu wizyty. Jeśli rodzice wyrażają obawy lub mają pytania, należy udzielać odpowiedzi na wszystkie ich wątpliwości. Pomoże to zapewnić wsparcie emocjonalne nie tylko dziecku, ale też rodzicom.

¹³ Propozycje autorki rozdziału

Przykład

Historyjka, którą można wykorzystać przed wizytą adaptacyjną¹⁴

Pewnego słonecznego dnia, mama Zuzi powiedziała: „Dzisiaj idziemy do stomatologa! Będzie to wizyta adaptacyjna, a ja będę z Tobą przez cały czas”. Zuzia wahała się, ale zdecydowała się zaufać mamie i wyruszyła na przygodę. Gdy dotarły do gabinetu stomatologicznego, Zuzia trochę się denerwowała, ale pani stomatolog, która przywitała je uśmiechem, natychmiast rozwiąła jej obawy. „Cześć Zuzia! Jestem panią Dentką, a to mój przyjaciel, pan Szczoteczka!” – powiedziała pani Dentka, pokazując na dużą, uśmiechniętą szczoteczkę z wielkimi oczami. Zuzia poczuła się zrelaksowana. Pani Dentka zapewniła, że będą mogły spokojnie poznać gabinet stomatologiczny. W gabinecie było mnóstwo rzeczy do zobaczenia. Zuzia podziwiała kolorowe obrazy na ścianach, które przedstawiały uśmiechnięte zęby. Pan Szczoteczka zatańczył nawet specjalny taniec, który rozbawił dziewczynkę. Pani Dentka zaproponowała Zuzi, aby usiadła na fotelu, który wydawał się miękki i wygodny. „Zobacz, Zuziu, jakie ładne kolorowe światelka mamy na suficie!” – powiedziała pani Dentka, kierując spojrzenie dziewczynki ku górze. Zuzia usiadła na fotelu i zaciekawiona przyjrzała się otoczeniu. Pani Dentka delikatnie zbliżyła się, pokazując Zuzi, jak wygląda lusterko, które powiększało wszystko o kilka razy. „Teraz możemy zobaczyć nasze uśmiechy w dużym, wielkim lustrze!” – powiedziała z uśmiechem. Po krótkiej rozmowie Zuzia zrozumiała, że pani Dentka jest po to, aby jej pomóc. „Wcale nie jest tak strasznie, jak myślałam!” – pomyślała sobie z ulgą.

Po wizycie adaptacyjnej Zuzia uśmiechała się. Wiedziała, że wizyta u dentysty nie jest straszna, a pani Dentka zawsze będzie starała się jej pomóc. Od tej pory Zuzia nie bała się wizyt w gabinecie stomatologicznym, a nawet czekała na kolejną, by poznać nowych przyjaciół – Zębatego Misia i Szczoteczkę z supermocami!

O czym warto powiedzieć rodzicom przed wizytą adaptacyjną¹⁵:

- Warto zwrócić uwagę na ich stosunek do wizyt i ich doświadczenia ze stomatologiem, które mogą mieć wpływ na podejście dziecka.
- Istotne może być zachęcenie rodziców do zabawy z dzieckiem w stomatologa oraz przeczytanie książeczki na ten temat.
- Warto zwrócić uwagę, aby rodzice nie demonizowali wizyty u stomatologa, opisując ją jako bardzo przykre doświadczenie.

11.3. Najczęściej spotykane trudności we współpracy z dziećmi/rodzicami i sposoby ich przezwyciężania

Niektóre dzieci podczas leczenia stomatologicznego mogą być niespokojne, trudne do uspokojenia lub czuć opór przed otwarciem ust. Stomatolog poprzez ciepłą i empatyczną postawę może budować zaufanie dziecka. Ważne jest, aby czuło się ono bezpiecznie i było zrozumiane podczas

¹⁴ Opracowanie własne autorki.

¹⁵ jw.

wizyty. Warto wyjaśnić dziecku, prostym i zrozumiałym językiem, co będzie się działo podczas leczenia oraz czego może oczekiwać. Regularna komunikacja z dzieckiem pomaga mu poczuć się pewniej i zrozumieć proces leczenia.

Warto również zadbać, żeby dziecko nie koncentrowało się na fizycznym dyskomforcie. Odtwarzanie ulubionej muzyki lub filmu może pomóc skupić się na czymś innym niż leczenie stomatologiczne, zmniejszyć jego lęk oraz niepokój. Zapewnienie o możliwości zrobienia krótkich przerw w trakcie zabiegu wspiera budowanie współpracy, dając dziecku poczucie kontroli nad sytuacją. Krótkie przerwy podczas zabiegu mogą pomóc mu złapać oddech i odzyskać równowagę.

Stomatolodzy często stają przed wyzwaniem, jakim jest współpraca z dziećmi podczas leczenia, szczególnie doświadczającymi silnego lęku przed używanymi podczas zabiegu narzędziami. Lęk przed strzykawkami, igłami i innymi narzędziami stomatologicznymi stanowi powszechne zjawisko w tej grupie i może znacząco wpłynąć na przebieg wizyty u stomatologa.

Istotne jest podjęcie odpowiednich działań mających na celu złagodzenie tych obaw i zapewnienie dziecku komfortowego i bezpiecznego doświadczenia stomatologicznego. Warto, aby stomatolog spokojnie i delikatnie wyjaśnił dziecku, jakie narzędzia będą używane podczas leczenia oraz jak będą one pomagały w naprawie jego zębów.

Może opisać ich funkcje i działanie w sposób zrozumiały. Pozwoli to dziecku lepiej się przygotować i zrozumieć, co się wydarzy podczas wizyty. Dodatkowo warto zachęcić dziecko do zadawania pytań. Udzielenie odpowiedzi na nie może pomóc w złagodzeniu niepewności i obaw. Odtwarzanie ulubionej muzyki lub filmu podczas leczenia może pomóc dziecku skoncentrować się na czymś innym niż wiertarka dentystyczna i zmniejszyć jego lęk oraz niepokój.

Stomatolog może stopniowo przyzwyczajać dziecko do narzędzi stomatologicznych poprzez prezentowanie i umożliwienie mu eksploracji narzędzi, zanim zostaną one użyte do zabiegu. Co więcej, kluczowym czynnikiem jest obecność i wsparcie rodzica, które dodatkowo pomaga dziecku w radzeniu sobie ze strachem. Rodzic może trzymać dziecko za rękę lub pomóc mu się uspokoić w trudnych momentach.

Czasem przyczyną lęku jest strach przed bólem. Pomimo wprowadzenia nowych technologii i metod znieczulenia, lęk przed bólem nadal stanowi element utrudniający zabieg. Wyzwaniem jest także regularna higiena jamy ustnej, którą część dzieci wiąże z dyskomfortem.

Jak wspierać dziecko, które doświadcza bólu?

Kiedy dziecko jest poddawane zabiegowi lub kiedy doświadcza ostrego bólu, postaraj się więcej działać, a mniej mówić. Wesprzyj dziecko technikami rozpraszania uwagi, takimi jak:

- **Skupienie na obiekcie:**

- „Wyobraź sobie drzewo. Skoncentruj swoją uwagę na nim i opisz go sobie jak najbardziej szczegółowo: Gdzie dokładnie się znajduje? Jak duże jest? Z czego jest wykonane?”. „Zobacz, zamykam teraz oczy, a Ty spróbuj wyobrazić sobie jak najdokładniej pomieszczenie, w którym aktualnie jesteśmy”.

- **Ćwiczenia umysłowe:**

- „Próbuj odliczać od 1000 co 7 w swojej głowie”.
- „Wymyśl jak najwięcej zwierząt na daną literę alfabetu”.
- „Przypomnij sobie swoje ostatnie urodziny. W jaki sposób świętowałeś/eś? Co w trakcie się dobrego wydarzyło?”

11.4. Refleksje dzieci po wizycie u stomatologa i ćwiczenie „jak można by pomóc”?

Wizyta u stomatologa może być dla dzieci zarówno wyzwaniem, jak i cennym doświadczeniem. Poza samą procedurą leczenia czy kontroli zębów, istotne jest także zrozumienie, jak dzieci odbierają takie wizyty oraz jakie refleksje towarzyszą im po opuszczeniu gabinetu stomatologicznego.

Negatywne skojarzenia z wizytą u stomatologa

Ważne jest, aby dziecko czuło zrozumienie i naszą empatię wobec jego obaw i lęków. Pozwolenie mu na opowiedzenie o swoich uczuciach i reakcjach stworzy przestrzeń do wyrażenia emocji i może pomóc w regulacji (Yeung, 2023). Po wizycie u stomatologa może pojawić się wiele pytań. Warto nie zostawiać ich bez odpowiedzi. Szczególnie istotne jest również danie dziecku przestrzeni do wyrażenia emocji bez zaprzeczania:

- „Ostatnia wizyta u stomatologa była dla Ciebie trudna. Zastanówmy się razem, jak możemy się przygotować następnym razem, żeby było łatwiej?”
- „Razem możemy stworzyć plan, który pomoże Ci przezwyciężyć obawy. Twoje zdrowie i komfort są dla mnie priorytetem, więc proszę, powiedz, jeśli czegoś potrzebujesz”.

Po trudnych doświadczeniach, związanych z poprzednim spotkaniem, warto postawić na pozytywne wzmocnienia. Obietnica przyjemności po wizycie u stomatologa lub zachęty w postaci pochwał za odwagę mogą być skutecznym sposobem na zmniejszenie lęku dziecka. Jeśli dziecku towarzyszy silny lęk, warto rozważyć stopniowe przyzwyczajanie go do wizyt u stomatologa poprzez regularne krótkie wizyty adaptacyjne, które pomogą stopniowo budować pozytywne skojarzenia z gabinetem stomatologicznym.

Po wizycie u stomatologa, nawet jeśli było to trudnym doświadczeniem dla dziecka, o którym mówi ono w negatywny sposób, warto zaakceptować jego emocje, mówiąc np. „To jest okej, że uważasz, że było ciężko i źle”. Warto jednak zwrócić też uwagę na pozytywne aspekty doświadczenia: „Ciężko było współpracować z takimi dolegliwościami. Widziałam, jak się starałaś!” Pozytywne komentarze dotyczące dobrej współpracy dziecka czy zdrowych zębów mogą pomóc w budowaniu pozytywnych skojarzeń z wizytami u dentysty.

Dla młodszych dzieci wspierającą strategią (nie tylko w ramach przygotowania do wizyty adaptacyjnej) może być zabawa w stomatologa, dzięki której będą mogły zamienić się rolami. Czytanie książek lub opowiadanie historii o tej tematyce, również po trudnym leczeniu, może pokazać, że wizyta u stomatologa wiąże się także z pozytywnym i normalnym doświadczeniem.

W przypadku trwałego lęku i trudności w radzeniu sobie z negatywnymi skojarzeniami z wizytą u stomatologa, warto skonsultować się z psychologiem dziecięcym, który pomoże w opracowaniu skutecznych strategii radzenia sobie z lękiem.

W przypadku starszych dzieci i trudnych doświadczeń stomatologicznych również warto podjąć rozmowę. Można poprosić nastolatka, aby zapisywał swoje obawy i negatywne myśli dotyczące wizyty u stomatologa. Następnie wspólnie przeanalizujcie je i zastanówcie się, skąd się biorą. Pomóż nastolatkowi zidentyfikować irracjonalne lub przesadzone myśli i zachęć go do zmiany ich na bardziej realistyczne i pozytywne. Zapoznaj się z propozycjami ćwiczeń z tabeli 11.1.

Tabela 11.1. Przykładowe ćwiczenie do zastosowania przez rodziców lub opiekunów młodzieży

Poproś nastolatka, aby zapisywał swoje obawy i negatywne myśli dotyczące wizyty u stomatologa. Może to być list, pamiętnik lub po prostu arkusz papieru przeznaczony na te notatki.
Wspólnie przeanalizujcie te zapisane przekonania i zastanówcie się, skąd się biorą. Czy są oparte na konkretnych doświadczeniach, czy może na strachu przed nieznanym?
Pomóż nastolatkowi zidentyfikować irracjonalne lub przesadzone myśli, które mogą prowadzić do wzmożonego lęku. Przykładowo, czy myśl, że „wszystkie wizyty u dentysty są straszne i bolesne” jest faktycznie prawdziwa? Czy może istnieją również pozytywne doświadczenia związane z wizytami u stomatologa?
Razem poszukajcie bardziej realistycznych i pozytywnych sposobów myślenia. Zachęć nastolatka do zastanowienia się nad faktami, takimi jak profesjonalizm dentystów, nowoczesne metody leczenia czy wsparcie, które mogą otrzymać podczas wizyty.
Razem opracujcie plan działań, który pomoże nastolatkowi zmierzyć się z jego lękami. To może być zestaw technik relaksacyjnych, takich jak głębokie oddychanie, wizualizacja pozytywnych doświadczeń czy słuchanie ulubionej muzyki podczas wizyty.
Zachęć nastolatka do regularnego odświeżania swoich myśli i odczuć w związku z wizytą u stomatologa. Pamiętajcie, że otwarta rozmowa i wsparcie mogą być kluczem do pokonania lęku i budowania pozytywnych doświadczeń związanych z opieką stomatologiczną.

Źródło: Opracowanie własne.

Pozytywne skojarzenia z wizytą u stomatologa

Kiedy dziecko ma pozytywne skojarzenia z wizytą u stomatologa, istotne jest, aby nadal budować takie nastawienie oraz zapewnić dalsze wsparcie. Dzieci mogą utrzymywać nie tylko złe, ale też pozytywne doświadczenia z tym związane, dzięki zapewnieniu komfortu i bezpieczeństwa. Dodatkowo, pozytywne wzmocnienie, takie jak informacje zwrotne podkreślające odwagę, wysiłek podczas wizyty, może zachęcać dzieci do kolejnych odwiedzin. Pozytywne skojarzenia mogą budować również, zdobywając wiedzę na temat roli dbania o zdrowie jamy ustnej i obserwując, jak ich zęby stają się silne i zdrowe dzięki regularnym wizytom u stomatologa. W ten sposób wizyta u dentysty może stać się pozytywnym i normalnym elementem opieki zdrowotnej, co może zmniejszyć obawy i lęki związane z nią.

11.5. Pytania i zadania



1. Czym różni się rozumienie bólu przez przedszkolaka od rozumienia bólu przez dziecko w wieku szkolnym?
2. Jakie strategie będą pomagać dziecku, które doświadcza silnego bólu?
3. Dlaczego wizyta adaptacyjna jest ważna, jakie są jej główne cele?

Bibliografia

- Arseniuk, R. (2013). Dorastanie–kryzys i powtórna szansa na rozwój. *Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji*.
- Carrillo-Díaz, M., Migueláñez-Medrán, B.C., Nieto-Moraleda, C., Romero-Maroto, M. & González-Olmo, M.J. (2021). How Can We Reduce Dental Fear in Children? The Importance of the First Dental Visit. *Children*, 8(12), 1167.
- Dahlquist, L.M. (1999). *Pediatric pain management*. Plenum Press.

- Fux-Noy, A., Zohar, M., Herzog, K., Shmueli, A., Halperson, E. & Moskovitz M. (2019). The effect of the waiting room's environment on level of anxiety experienced by children prior to dental treatment: a case control study. *BMC Oral Health*.
- Hickox, B.C. & Rader, T.L. (2021). 4 Pharmacology Principles and Nonpharmacologic Interventions. *Adult-Gerontology Clinical Nurse Specialist Certification Review*, 23.
- Harwas-Napierała, B. & Trempała, J. (2003). Psychologia rozwoju człowieka: Rozwój funkcji psychicznych. *Psychologia Rozwojowa*, 8(1).
- Harter, S. (1988). Developmental and Dynamic Changes in the Nature of the Self-Concept. W *Cognitive Development and Child Psychotherapy* (s. 119–160). Springer US. Kesavelu, D., Sheela, K. & Abraham, P. (2021). Stages of psychological development of child-an overview. *International Journal of Current Research and Review*, 13(13), 74–78.
- Liossi, C. & Franck, L. (2008). Psychological interventions for acute pediatric pain. *Clinical Pain Management Acute Pain*, 308, 323.
- Pudentiama, T., Tauchid, S.N. & Prihatiningsih, N. (2021). Knowledge of oral and dental health impacts the oral hygiene index simplified (OHI-S) of primary school children. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 15(4), 2179–2183.
- Yeung, A. W. K. (2023). A bibliometric analysis on the early works of dental anxiety. *Dentistry Journal*, 11(2), 36.
- Shamsa, S., Soika, I., Turska-Szybka, A., Lipiec, M., Gozdowski, D. & Olczak-Kowalczyk, D. (2019). Determinanty korzystania z opieki stomatologicznej przez dzieci w okresie uzębienia mlecznego—badania ankietowe. *Nowa Stomatologia*.
- Shapiro, M., Sgan-Cohen, H.D., Parush, S., Melmed, R.N. (2009). Influence of adapted environment on the anxiety of medically treated children with developmental disability. *The Journal of pediatrics*, 154(4), 546–550.

12. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi w gabinecie stomatologicznym

Ewa Martyniak, Agnieszka Borowska

12.1. Leczenie pacjenta psychotycznego

Według DSM-V kategoria „Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne” obejmuje schizofrenię, inne zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenie schizotypowe (osobowości). Do najbardziej charakterystycznych objawów schizofrenii należą omamy, urojenia i dezorganizacja myślenia (mowy), znacznie zdezorganizowane lub nieprawidłowe zachowanie ruchowe (w tym katatonia) oraz objawy negatywne, do których należą wycofanie społeczne oraz zubożenie życia emocjonalnego. Wszystkie wpływają na myślenie, emocje i zachowanie. Ich przebieg jest bardzo różny – od pełnej remisji do ciężkiej niepełnosprawności (DSM-V).

Urojenia to utrwalone przekonania niepoddające się zmianom, mimo przytaczania dowodów błędności. Ich tematyka jest bardzo różnorodna. Mogą mieć charakter urojeń prześladowczych (przekonanie, że ktoś szkodzi lub nęka), wielkościowych (przekonanie o swojej władzy, ponadprzeciętnych zdolnościach), odnoszących (gesty, wypowiedzi, sygnały z otoczenia kierowane są do pacjenta), religijnych czy somatycznych (DSM-V).

Omamy dają wrażenie podobne do spostrzegania, ale pojawiają się bez zewnętrznego bodźca działającego na narząd zmysłu. Nie są kontrolowane przez wolę pacjenta, są wyraźne i realistyczne, nie różnią się od normalnych spostrzeżeń. Dotyczą każdego narządu zmysłu. Mogą mieć postać głosów lub doznań płynących z ciała, zapachów lub obrazów. Najczęściej to głosy komentujące, nakazujące od osób znanych lub nie (DSM-V). Wcale nierzadko objawy pacjenta związane są z tematyką stomatologiczną, na przykład przekonania o umieszczeniu implantu sterującego jego zachowaniem i nasyłającego myśli.

Komunikacja z pacjentem, u którego nasilone są zaburzenia mowy i myślenia, może być dużym wyzwaniem dla lekarza. Wypowiedzi osoby chorej mogą nosić cechy dezorganizacji świadczącej o formalnych zaburzeniach myślenia. Uwaga może przeskakiwać z tematu na temat, tworząc wypowiedzi chaotyczne, dygresyjne, oderwane od meritum. Przy znacznym nasileniu objawów mowa może być niespójna, alogiczna, dająca wrażenie „sałaty słownej”, niemożliwa do zrozumienia (DSM-V). Mogą w niej występować dziwaczne sformułowania, neologizmy, per-seweracje, echolalie. Mowa może być uboga w treść, często dygresyjna, pozbawiona logicznego wątku. Zaburzenia językowe w schizofrenii są specyficzne i noszą nazwę **schizofazji** (Cierpiąłkowska, 2024). Specyfikę mowy pacjenta zobrazowano w studium przypadku zamieszczonym w dalszej części rozdziału.

Objawy świadczące o zdeorganizowaniu lub nieprawidłowych zachowaniach ruchowych mogą objawiać się w bardzo różny sposób, przyjmując formę wesołkowatości (charakterystyczne dla schizofrenii hebefrenicznej), nieoczekiwanego pobudzenia lub zahamowania aktywności, braku wypowiedzi i ruchów (w przypadku schizofrenii katatonicznej) lub negatywizmu (opór wobec wykonywania poleceń). Wszystkie problemy dotyczące celowego zachowania skutkują trudnościami w wykonywaniu codziennych obowiązków i zadań (DSM-V). Może się to bezpośrednio przekładać na zaniedbania higieniczne, również będące przyczyną chorób stomatologicznych. Pacjent często odkłada wizytę w gabinecie stomatologicznym lub unika jej tak długo, jak to możliwe. Innym czynnikiem pogłębiającym to zjawisko jest wycofanie społeczne, związany z nim lęk przed ludźmi lub inny, wynikający z objawów choroby, oraz mała motywacja do podejmowania jakichkolwiek aktywności.

Opis przypadku

Pan Kamil, lat 38, rozpoznanie: schizofrenia rezydualna; P – psycholog; K – Pan Kamil

Komentarz: Nietypowa interpunkcja jest celowa, ma lepiej odzwierciedlać naturalny sposób wywiadu się pacjenta.

P: Proszę opowiedzieć o swojej ostatniej wizycie u dentysty.

K: Kiedy w 2007 roku dostawałem klozapinę to brałem ją do 2019 roku przez 12 lat. No i duszności miałem po leku – takie objawy, duszności miałem po leku i agresję miałem do mamy, ale nie mówiłem wtedy lekarzom, bo bałem się, że lekarze jeszcze zwiększą leki i będę miał jakieś elektrowstrząsy czy coś. Było tak że sam odstawiłem leki i miałem wtedy... pamiętam, że siedziałem w domu leżałem w łóżku i miałem lęki...

P: Panie Kamile, może skoncentrujmy się na ostatnich wydarzeniach, kilka dni temu miał pan wizytę u dentysty, czy może mi Pan o niej coś opowiedzieć?

K: Już pani mówię, bo najpierw brałem tą klozapinę i leżałem w domu w łóżku sztywniałem, bo coś mi się działo i miałem takie lęki, bo to taka przyczyna była, że pierwszy szpital psychiatryczny miałem w 2004 roku, bo miałem takie objawy już w szkole od małego, bo ale to mogło się wiązać z porodem, bo pamiętam że leżę w inkubatorze po porodzie, bo mama dała mi książeczkę z porodu i jak odstawiłem klozapinę to gangrena mi się w zęba wdała. Miałem gangrenę zęba i pamiętam, że poszedłem u nas do dentystki i miałem robione leczenie kanałowe powiedziałem, że byłem w szpitalu i pamiętam słowa pani psychiatry, teraz słów pozapominałem i dostałem leki, ale jak byłem mały, to pamiętałem wszystkie słowa, co komu powiedziałem w szkole z kim gdzie byłem gdzie grałem w piłkę, taką pamięć miałem, nie wiem, czy to określić pamięć schizofreniczna...

P: ...to może ten wątek na razie zostawmy, a wróćmy do Pana leczenia dentystycznego.

K: No pani doktor wypaliła mi w zębie nerw bo tam miała takie coś komórkę nerwową, bo nerwy związane są z odczuwaniem bólu człowieka. Nie tylko same nerwy ale też wiąże się z układem nerwowym i krwionośnym, bo wiem, że krew też dużo daje. No i miałem tą gangrenę zęba i leczenie miałem pani mi dała, ale nie bałem się. A następny ząb mi się już popsuł bo jadłem kanapkę, to znaczy byłem u dentysty bo jadłem cukierki w łóżku bo mama mi dała takie drażetki słodkie, bo lubię jeść słodkie i jadłem cukierki i ukruszył mi się ząb. Przestraszyłem się myślałem, że już, bo kiedyś ukruszyły mi się zęby i myślałem, że już mi się nie ukruszy i byłem u dentysty i staliśmy z mamą w kolejce bo byłem u dentysty i usiadłem na fotelu, a pan doktor wywiercił mi takim przyrządem w zębie w koronie dziurę w środku i dał jakiś lek i zęba zaplombował.

P: Ale to leczenie, jak dobrze rozumiem, miało miejsce w przeszłości, czy opowiada Pan o wizycie, która odbyła się kilka dni temu?

K: Nie, ząb ukruszył mi się ostatnio bo teraz to się przestraszyłem tego zęba bo leżałem w łóżku bo jak brałem haloperidol, teraz mi sny zniknęły bo teraz mi się śnią takie pojedyncze sny, ale miałem takie sny, że szedłem ulicą i takie obrazy z dzieciństwa miałem bo wtedy nie miałem snów, ale dostałem leki to zacząłem śnić. Taki objaw miałem no i w tym śnie szedłem ulicą i ukruszył mi się ząb i zęba chciałem sam wyrwać dalej i czułem w zębie mięso i wyrwałem tego zęba i takie mięso mi się odkleiło i myślałem, że umieram i się przebudziłem i przestraszyłem się tego. I te sny miałem jak byłem w szpitalu i lekarka mi powiedziała, że mam rozdwojenie jaźni i się zdenerwowałem bardzo. A wczoraj jak byłem w domu rano to miałem taki objaw ale nie wiem czy to jest realne, ale miałem głos pana profesora w głowie co mi mówił, że mam rozdwojenie jaźni, a ja to pokonywałem z tymi snami, że to było w tych snach.

Praktyczne rady pomocne w leczeniu pacjenta z rozpoznaniem z kręgu psychoz

- Osobę z rozpoznaniem zaburzeń z kręgu psychoz może cechować nadmierna podejrzliwość, niepokój. Z tego powodu trzeba dawać jasne, klarowne komunikaty, tłumaczyć planowane czynności krok po kroku, żeby wzmocnić poczucie bezpieczeństwa pacjenta i wzbudzić w nim zaufanie.
- Pacjent może być wycofany, małomówny, wówczas to rozmówca powinien stworzyć atmosferę bezpieczeństwa, która ułatwi nawiązanie kontaktu.
- Wypowiedzi pacjenta mogą być alogiczne, niezrozumiałe. Może to świadczyć o aktywnej fazie choroby lub stałych deficytach poznawczych. Pacjent może mieć również trudność z prawidłowym odbiorem naszych komunikatów i wykonywaniem poleceń.
- Praca z pacjentem w fazie zaostrenia choroby może być niemożliwa, ze względu na nasilenie objawów powodujących deformację rzeczywistości, trudności emocjonalne i motywacyjne.
- W okresie remisji również mogą występować „objawy resztkowe”, takie jak dziwaczne przekonania, niepokój, nadmierna podejrzliwość.
- Nie należy dyskutować z urojeniami – nie przekona to pacjenta, jedynie rozdrażni lub nasili jego niepokój. Nie należy potwierdzać ani aktywnie zaprzeczać; trzeba postarać się zachować postawę neutralną.
- Komunikaty powinny być proste i spójne.
- Należy skoncentrować się na zadaniu.

12.2. Pacjent w spektrum autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu zaliczane są do całościowych zaburzeń rozwojowych. Charakteryzują się obecnością deficytów w zakresie interakcji społecznych i wzorców komunikacji oraz stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności, które przejawiają się we wszystkich sytuacjach i są obecne od wczesnego dzieciństwa. Deficyty uczenia się społecznego oraz specyficzny sposób interakcji międzyludzkich utrudniają budowanie przyszłych relacji na wielu poziomach (Gałęcki & Szulc, 2020).

W rozwoju społecznym dominują trudności w rozumieniu emocji, a także w ich przejawianiu w akceptowalny i adekwatny do sytuacji sposób. Najczęściej są wynikiem deficytów poznania społecznego, które jest definiowane jako funkcja poznawcza obejmująca percepcję, interpretację i przetwarzanie informacji społecznych, której neurobiologiczne podłoże wciąż jest badane. Podczas percepcji zachowań innych ludzi i przetwarzania wywoływanych przez to emocji, istotna jest teoria umysłu. Jest to funkcja poznawcza, która odgrywa istotną rolę w kształtowaniu relacji z innymi ludźmi, ponieważ oznacza umiejętność brania pod uwagę stanu mentalnego innych osób – ich myśli, potrzeb, zamiarów, intencji lub ich doświadczenia. Pomaga nie tylko w kształtowaniu się prawidłowych postaw komunikacyjnych, ale również budowaniu bliskich i satysfakcjonujących emocjonalnie relacji (Weng i in., 2022). Deficyty teorii umysłu, zaburzenia pragmatyki języka często są źródłem porażek i upokorzeń w grupie rówieśniczej, co negatywnie odbija się na rozwoju i może prowadzić do wycofania się z interakcji społecznych. Osoby ze spektrum autyzmu zdecydowanie lepiej radzą sobie z problemami logicznymi, natomiast ich trudności związane są z wnioskowaniem z kontekstu, rozumieniem sarkazmu i metafor, humoru, co potrafi znacznie utrudnić płynną komunikację (Gałecki & Szulc, 2020).

Wpływ zaburzonego poznania społecznego na trudności w codziennym życiu zależy od nasilenia deficytu. Trudność w interpretowaniu intencji rozmówcy oraz kontekstu może wywołać błędne reakcje, które przez otoczenie traktowane są jako nieadekwatne, często dziwaczne i odbiegające od kulturowo przyjętych standardów życia społecznego. Formułowane przez pacjenta pytania mogą przekraczać granice intymności lekarza, dotycząc np. jego wyglądu, wieku itp. Często bezpośredniość pacjenta i brak refleksji odnośnie do konsekwencji emocjonalnych wypowiedzianych słów mogą wywołać u lekarza dyskomfort lub poczucie zagrożenia. Świadomość możliwości wystąpienia takiej sytuacji, pozwala uniknąć posądzania pacjenta o brak szacunku lub nadmierną ciekawość. Takie zachowania należy rozpatrywać w kontekście jego deficytów społecznych. Nie oznacza to, przyzwolenia na przekraczanie granic. Można zwyczajnie odmówić odpowiedzi lub zmienić temat rozmowy.

Pomimo odmiennego widzenia i odczuwania relacji z drugim człowiekiem, osoby w spektrum potrzebują jej zarówno w wymiarze towarzyskim, jak i intymnym. Budują związki, często zdobywają zawód i wykonują pracę związaną z ich szczególnymi zainteresowaniami. Ich potrzeby nie różnią się od potrzeb osób zdrowych.

Opis przypadku

Pan Michał, lat 34, rozpoznanie: zespół Aspergera; P – psycholog; M – Pan Michał

P: Proszę opowiedzieć o swoich doświadczeniach związanych z wizytami u dentysty.

M: One zwykle trwały krótko, w ostatnich latach był to głównie przegląd, nic tam poważniejszego nie było leczone. Jak byłem na tych wizytach to przeważnie kończyło się tylko na tym, że trochę kamienia mi pani dentystka usuwała, a tak to raczej nie miała większych zastrzeżeń.

P: A czy odczuwa Pan lęk przed tymi wizytami?

M: Od najmłodszych lat się nie bałem, bo też jeszcze w dzieciństwie trafiłem na bardzo fajną dentystkę, do której z mamą chodziłem. W sumie, aż do chwili, kiedy studia zaczynałem.

Pamiętam, że bardzo mnie to zezłościło, bo nie byłem na to przygotowany, żeby zmieniać dentystkę. Ona mi bardzo odpowiadała, ale nagle była inna pani, bo tamta podobno się wyprowadziła i już nie mogła dojeżdżać tam, kiedy na początku przyjmowała. A co najlepsze ona ten

gabinet miała przy przystanku autobusowym i po wizycie, jak na swój autobus czekałem, to mogłem jechać moim ulubionym autobusem Solaris Urbino 18.

P: Czyli teraz chodzi Pan do innej dentystki?

M: Obecnie już chodzę do innej, która przyjmuje też przy przystanku, ale innym. Też jestem z niej zadowolony. A to, że tego lęku nie odczuwam, to może też dlatego, że tamta dentystka miała w sumie od początku takie dobre podejście do mnie i to pewnie też przez to tak ciężko mi było zaakceptować, że się wyprowadziła. I mama też dbała o to, żebym miał ładne i zdrowe zęby, dlatego też zwłaszcza w najmłodszych latach te wizyty były dosyć częste, no a w ostatnim czasie są rzadsze. Teraz dojeżdżam innym autobusem, zazwyczaj tą linią puszczają autobus elektryczny, ale też marki Solaris tylko Urbino 12 electric.

P: A czy ma Pan jakieś rady dla dentystów? Co mogą robić, żeby poprawić komfort pacjentów?

M: Spotykałem na drodze dobrych dentystów, bo zarówno tą obecną, do której chodzę gdzieś od kilkunastu lat, jak i tą poprzednią, do której chodziłem z mamą, jak jeszcze byłem małym dzieckiem, a później jeszcze nastolatkiem też. Bo na obecną chwilę na żadne bóle zębów się nie skarżę. Za to będę i jestem mamie wdzięczny, no bo wiem też, że jest wiele osób, które dentysty się boją, że odczuwają lęk przed wizytą i to może być dla nich niekorzystne, bo mogą nabawić się próchnicy, albo jeszcze gorszych chorób.

P: Jak Pan myśli – czy fakt, że nie ma pan trudności w chodzeniu do dentysty, wynika z tego, że trafia Pan zawsze na dobre dentystki, czy też są jakieś sposoby, których Pan używa, żeby sobie poradzić?

M: Dobre dentystki, ich podejście, to jakim kto jest człowiekiem i urzędnikiem, których używają, też powodują, że nie czuję większego bólu, bo mama sama mi opowiadała, jak kiedyś leczono, że na przykład maszynki do borowania, kiedyś wierciły dużo wolniej, że nastąpił postęp. Ale jak jadę teraz do dentystki, to zawsze się cieszę, że będę mógł przejechać się nowymi, bo dostępnymi u nas dopiero od 2023 roku autobusami Volvo 7905LAH.

Praktyczne rady pomocne w leczeniu pacjenta z rozpoznaniem z kręgu autyzmu

- Nie zrażaj się zachowaniami, które mogą być zbyt bezpośrednie, nieadekwatne, lub przekraczającymi granice reakcjami chorego. Najczęściej nie wynikają one ze złych intencji. Świadomość, że są skutkiem jego deficytów społecznych, wykluczy częste przypisywanie pacjentowi braku kultury, pomoże spojrzeć na nie z dystansem i pozwoli rozpatrywać je w kontekście jego diagnozy.
- Podczas rozmowy osoby z rozpoznaniem ze spektrum autyzmu są bardziej skupione na szczegółach, często mało istotnych, niż na wątku rozmowy. Rolą lekarza jest wyznaczanie i kontrolowanie rozmowy, tak aby nie zgubić jej sensu.
- Pacjent często skupia się na temacie, który tylko jego interesuje. Należy to traktować jako objaw, nie reagować zniecierpliwieniem, ale stawiać granice i kierować przebiegiem rozmowy.
- Twoje komunikaty powinny być konkretne i czytelne. Najlepiej unikać wieloznaczności, metafor, abstrakcyjnych żartów, bo istnieje duże ryzyko, że pacjent odbierze je dosłownie.
- Sytuacja badania lub leczenia stomatologicznego może być i najczęściej jest źródłem niepokoju. Wsparcie informacyjne, czyli informowanie o kolejnych etapach działania, wzmocni poczucie bezpieczeństwa pacjenta.

12.3. Pacjent z deficytami poznawczymi

Opieka oraz leczenie pacjentów z demencją jest i będzie ogromnym wyzwaniem dla ochrony zdrowia. Aktualne szacunki WHO wskazują, że do 2050 r. prawdopodobnie jedna na cztery osoby będzie musiała opiekować się krewnym z zaburzeniami poznawczymi przez kilka lat. Będą to pacjenci wymagający wszechstronnej opieki specjalistycznej, w tym stomatologicznej. Zaburzenia uwagi, pamięci oraz funkcji językowych mogą wynikać z normalnego procesu starzenia lub z obecności schorzeń. W obu przypadkach w znaczący sposób wpływają na jakość komunikacji, współpracy i wymagają szczególnych kompetencji od osoby udzielającej pomocy (Bosisio i in., 2018).

Termin „otępienie” w podręczniku DSM-V został zastąpiony określeniem „zaburzenia neuro-poznawcze”. Różnicuje domeny, w jakich mogą być obecne deficyty, dzieląc je na zaburzenia w sferze uwagi złożonej, uczenia się i pamięci, funkcji percepcyjno-motorycznych, funkcji wykonawczych, języka i poznania społecznego. W zależności od nasilenia objawów oraz liczby domen, w jakich występują, DSM-V stopniuje je na łagodne i poważne. Obniżenie funkcjonowania poznawczego może być uwarunkowane obecnością choroby Alzheimera, choroby z ciałami Lewy’ego, choroby Parkinsona, choroby Huntingtona, zwyrodnienia czołowo-skroniowego, choroby o etiologii naczyniowej, prionowej (Creutzfelda-Jakoba) i zapalnej (zakażenie HIV), a także wynikiem obniżenia funkcji poznawczych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych lub przebytym urazem mózgu (DSM-V). Może towarzyszyć innym zespołom chorobowym, jak zaburzenia afektywne, psychotyczne oraz występujące w zespole stresu pourazowego (Gałęcki & Szulc, 2020), lub może mieć inny funkcjonalny i przejściowy charakter (McWhirter i in., 2020).

Bez względu na etiologię, profil zaburzeń poznawczych oraz ich nasilenie będą miały istotny wpływ na jakość współpracy z pacjentem w gabinecie dentystycznym, gdzie bardzo pomocna będzie wiedza dotycząca specyfiki trudności, z którymi boryka się pacjent.

Przykładowo osoba z deficytami uwagi może mieć kłopot ze spójnym opisaniem swoich dolegliwości, zwłaszcza z chronologią zdarzeń. Jej wypowiedzi mogą być chaotyczne, utrudniające zebranie wywiadu. Kolejną przeszkodą, z jaką trzeba będzie się zmierzyć, to wyegzekwowanie wykonania poleceń niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu. Niepokój, jaki często jest obecny w sytuacji ingerencji stomatologicznej, dodatkowo obniża funkcje uwagi oraz pamięci operacyjnej, co utrudnia zrozumienie intencji lub poleceń mówiącego. Problemy z pamięcią mogą stanowić przeszkodę w prawidłowym stosowaniu zaleceń po wyjściu z gabinetu. Dlatego należy przekazać je opiekunowi pacjenta lub/i w formie pisemnej. Prawdopodobnie pacjent przyzwyczajony jest do korzystania z różnych strategii kompensacyjnych, jak np. notowanie, korzystanie z kalendarza, tworząc sobie w ten sposób „protezę pamięci” (Martyniak, 2024). W miarę progresji zaburzeń może pojawić się trudność ze rozumieniem pisanego tekstu, wówczas czynności te staną się frustrujące i bezużyteczne, konieczna stanie się ścisła współpraca z opiekunem chorego (Gorzkowska i in., 2019). Jego obecność może być niezbędna w przypadku obecności zaburzeń językowych, które mogą w znacznym stopniu utrudnić komunikację z pacjentem. Wówczas znając „kody”, jakimi posługuje się pacjent, często pełni rolę tłumacza.

Niezależnie od podłoża objawów, w każdym z wymienionych przypadków wymagana jest cierpliwość i wyrozumiałość wobec deficytów pacjenta. Pomoże to uniknąć frustracji podczas współpracy, która ze względu na jego deficyty może okazać się bardzo wymagająca.

Praktyczne rady pomocne we współpracy z pacjentem o obniżonych możliwościach poznawczych

- Upewnij się, czy pacjent dobrze Cię słyszy i widzi – być może z tego wynikają trudności komunikacyjne.
- Dbaj o strukturę rozmowy oraz wyeliminuj czynniki rozpraszające.
- Używaj prostego języka.
- Mów powoli (pacjent może wolno przetwarzać informacje).
- Wyrażaj się precyzyjnie.
- Używaj gestów i mimiki.
- Umieszczaj ważne informacje na początku i na końcu wypowiedzi.
- Wielokrotnie powtarzaj informacje, jeżeli sytuacja tego wymaga.
- Jeśli to możliwe, proś o informacje zwrotne, żeby potwierdzić właściwe zrozumienie zaleceń.
- Bądź cierpliwy.
- Nie zmuszaj do wykonania jakiejś czynności, bo sprowokujesz agresję pacjenta. Zrób krótką przerwę w celu odwrócenia uwagi i spróbuj ponownie lub przełóż wizytę.
- Jeżeli podczas wizyty nie będzie obecny opiekun, zalecenia oraz datę kolejnej wizyty napisz na kartce, którą otrzyma pacjent. To „proteza pamięci”, która może okazać się bardzo pomocna.

12.4. Pacjent z rozpoznaniem depresji

Według danych z raportu UCE RESEARCH z 2023 roku, aż 4 miliony Polek i Polaków cierpi z powodu depresji. Dane te są alarmujące, zwłaszcza w odniesieniu do grupy młodych dorosłych (18–22 r.ż.), w której blisko 11,5% osób przyznaje do myśli samobójczych (Pajdak, 2023). Głównymi objawami tej choroby są obniżenie nastroju, poczucie bezradności, anhedonia, zahamowanie aktywności czy wycofanie z życia społecznego (Cierpiałkowska & Sęk, 2020). Wiąże się to często z zaburzeniem motywacji pacjentów czy niemożnością podjęcia decyzji, co przekłada się na brak chęci do dbania o siebie, co w konsekwencji może bezpośrednio wpływać na zdrowie jamy ustnej. Rzadziej opisywanymi objawami depresji są zaburzenia funkcji poznawczych, takie jak pamięć, koncentracja czy uwaga. Pacjenci zapominają lub nie mają siły myć zębów, niewłaściwie się odżywiają, częściej sięgają po używki, również pobierane przez nich leki nie pozostają bez wpływu na ich uzębienie. Przegląd badań wskazuje, iż chorzy na depresję istotnie statystycznie częściej cierpią z powodu gorszego stanu zdrowia jamy ustnej. Pacjenci bywają bardziej rozkojarzeni, co może skutkować zapomnieniem o umówionej wcześniej wizycie u stomatologa (Gemp i in., 2023). Mówiąc o depresji, można metaforycznie stwierdzić, że pacjent patrzy na świat przez szare okulary. W psychologii okulary te nazywane są triadą depresyjną Becka, czyli występowaniem negatywnych myśli w trzech obszarach widzenia rzeczywistości. Pierwszy to negatywny obraz siebie – pacjent dewaluuje swoją osobę, przestaje czuć się sprawczy czy wierzyć w siebie. Drugi to negatywny obraz świata – zaczyna postrzegać sygnały ze świata i otoczenia jako bardziej zagrażające mu niż były one wcześniej. Trzeci to negatywny obraz przyszłości – przekonanie, że nic nie może zmienić sytuacji, w której znajduje się pacjent, a przyszłość nie przyniesie nic pozytywnego. Warto również pamiętać o jeszcze jednym aspekcie – obniżaniu się tolerancji subiektywnego progu bólu osób chorych na depresję. Pacjenci dłużej i silniej doświadczają bólu zarówno w trakcie, jak i po zabiegach (Wierziński, 2018).

Praktyczne rady pomocne w leczeniu pacjenta z rozpoznaniem depresji

- Praca z pacjentem w zaostrzonej fazie choroby lub z ciężkim przebiegiem może być utrudniona lub nawet niemożliwa. Jeżeli jednak pacjent trafi na fotel dentystyczny, trzeba wykazać się dużą wyrozumiałością dla jego stanu zdrowia, gdyż w tym momencie leczenie dentystyczne nie będzie priorytetem. Warto skupić się na wykonaniu zabiegu, który pozwoli uwolnić go od bólu czy dyskomfortu.
- W depresji o łagodnym lub umiarkowanym przebiegu należy zwrócić uwagę na motywowanie pacjenta do większej profilaktyki i poszerzyć jego edukację w tym zakresie. Pomocne może być zebranie dokładnego wywiadu, aby udzielić odpowiedniego instruktażu higieny jamy ustnej.
- Należy postarać się nie traktować osobiście sytuacji, w których pacjent okazuje zniecierpliwienie lub po prostu jest nieuprzejmy. To może być objawem jego choroby.

12.5. Pacjent z rozpoznaniem zaburzeń lękowych

Termin „zaburzenia lękowe” mieści w sobie szeroką grupę zaburzeń psychicznych. Tym, co łączy wszystkie te zaburzenia, jest odczuwanie lęku, który łatwo pomylić ze strachem. W procesie terapii ważna jest psychoedukacja pacjenta, aby potrafił odróżnić te zjawiska. Strach jest biologicznie uwarunkowaną emocją, która od wieków chroni ludzi przed realnym niebezpieczeństwem i pozwala im ewoluować jako społeczeństwu. Stanowi naturalną reakcję organizmu informującą o występującym zagrożeniu. Lęk natomiast odczuwany jest podobnie do strachu na płaszczyznach somatycznej, emocjonalnej i behawioralnej, ale różni się pod kątem percepcji. W zaburzeniach lękowych odczuwane objawy są egodystoniczne dla pacjenta, czyli takie, które określa się jako niezgodne z ego. Pacjent wie, że to, co się z nim dzieje nie jest zgodne z jego własnym obrazem i przynosi mu to cierpienie. Poznawczo osoba przeżywająca lęk albo nie jest w stanie wskazać bezpośrednio zagrażającego bodźca (tzw. lęk rozlany), albo wskazywane przez nią bodźce obiektywnie nie są uznawane za zagrażające (tzw. lęk fobiczny) (Cierpiałkowska & Sęk, 2020). W tabeli 12.1. przedstawiono częściowy podział zaburzeń lękowych (Bourne, 2011):

Tabela 12.1. Zaburzenia lękowe

Rodzaj zaburzeń lękowych	Charakterystyka
Zaburzenia lękowe z napadami paniki	Nagle i intensywne epizody lęku, w których mogą wystąpić: kołatanie serca, nudności, spłycenie oddechu, drżenie, uderzenia gorąca, omdlenie, depersonalizacja, lęk przed popadnięciem w obłąd.
Fobia społeczna	Stały lęk w sytuacjach społecznych przed oceną, upokorzeniem, wygłupieniem się, często towarzyszy temu reakcja unikania.
Fobia swoista	Zazwyczaj obejmuje silny lęk przed jednym, szczególnym rodzajem obiektu, sytuacji lub wyobrażeniem w połączeniu z ich unikaniem (np. w dentofobii – strach przed wizytą u dentysty).
Uogólnione zaburzenia lękowe	Przewlekły i nasilony lęk, z trudnym do kontrolowania zamartwianiem się, męczliwością, drażliwością, odczuwaniem bezzadności lub poczucia osaczenia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bourne, E. J. (2011). Lęk i fobia: praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wypowiedź pacjentki

Pani Patrycja, lat 31; rozpoznanie: uogólnione zaburzenia lękowe

Moja najbardziej niekomfortowa sytuacja w gabinecie dentystycznym miała miejsce, jak byłam usunąć szóstkę. Zaczęło się od tego, że bolał mnie ząb, no więc zapisałam się do dentysty. Dodam, że po siedmiu latach przerwy, co było dla mnie dość sporym przełomem. Dostałam termin na za 2 dni i poszłam usunąć zęba. Kiedy przyszłam, musiałam chwilę poczekać przed gabinetem i już wtedy poczułam się bardzo zestresowana i spanikowana, ale później, jak weszłam do gabinetu i przywitał mnie bardzo miły pan doktor i bardzo miła pani asystentka. Zapytał mnie, o co chodzi, a ja odpowiedziałam zgodnie z prawdą, że bardzo boli mnie ząb i według mnie jest raczej do usunięcia. Doktor wszystko pooglądał, potwierdził, że tak, że jest do usunięcia i że muszą zrobić zdjęcie. Poszłam do innego gabinetu je wykonać i wtedy okazało się, że ząb ma wywinięte korzenie. No i w tym momencie mój strach już był naprawdę duży, ale wróciłam na fotel i stwierdziłam, że „co ma być, to będzie”. Dostałam znieczulenie i kompletnie nic mnie nie bolało. Pan doktor wszystko mi tłumaczył, ale pojawił się problem. Ząb w trakcie wyrywania się połamał i pan doktor nie był w stanie go usunąć. Po pół godziny stwierdził, że on ma już kolejnego pacjenta i że nie jest w stanie usunąć tego zęba i żebym najlepiej przyszła na następny dzień do innej dentystki, która na pewno go lepiej usunie. W tamtym momencie powiem tak – cieszyłam się, że tak to się skończyło, bo mój strach już był na tyle duży, że chciałam stamtąd uciekać. Bo chociaż nie czułam bólu, to przez strach, intensywność wrażeń i dyskomfort chciałam opuścić już to miejsce. Ale byłam umówiona na następny dzień, więc przez całą dobę odczuwałam okropny lęk. Kiedy przyszłam na wizytę, to przyjechała mnie pani doktor, która też była bardzo miła. Wszystko mi wyjaśniła, chociaż kiedy ja zapytałam ją, czy usunie mi ten ząb, to ona tylko się uśmiechnęła i zażartowała „no zobaczymy” i tu już zaczęłam lekko panikować. Podała mi znieczulenie, ale potrzebowałam kolejnej dawki. Kiedy już nic nie czułam, pani doktor zaczęła pracować. Ale niestety, po prostu przez poprzedni dzień i te doświadczenia niemiłe, wpadłam w panikę. Zrobiło mi się słabo, niedobrze i musiałam przerwać zabieg. Ogólnie wszyscy byli dla mnie mili, czułam się zaopiekowana, od razu dostałam kompres na głowę, szklankę wody, ale zabiegu nie dało się już dokończyć. Wróciłam do domu z pokiereszowanym zębem i bardzo emocjonalnie zmęczona. Finalnie umówiłam się prywatnie do chirurga stomatologicznego i podjęłam się tego zabiegu pod narkozą.

W społeczeństwie nadal, chociaż już w mniejszym stopniu niż kiedyś, panuje stereotyp postrzegania wizyty u dentysty jako czegoś nieprzyjemnego, co może nasilać lęk u pacjentów. Stomatolodzy mogą jednak edukować pacjentów, co robić, aby próbować poradzić sobie z ewentualnymi obawami przed zabiegiem. Oto kilka z nich.

Praktyczne rady pomocne w leczeniu pacjenta z rozpoznaniem zaburzeń lękowych

- Staraj się mówić spokojnym głosem. Twoja opanowana postawa zredukuje niepokój i zwiększy poczucie bezpieczeństwa pacjenta, a cierpliwość pomoże mu nabrać zaufania do ciebie i Twoich kompetencji.
- Zaproponuj wizytę adaptacyjną lub informacyjną, na przykład podczas kontroli stanu uzębienia. Podczas niej można poznać pacjenta, zapytać czego boi się najbardziej, wytłumaczyć, na czym

będą polegały ewentualne zabiegi i jakie metody będą stosowane, czego pacjent może się spodziewać i jakie są opcje wyboru.

- Zachęć pacjenta do podzielenia się swoimi obawami. Możliwe, że to czego obawia się pacjent, nie jest już stosowane w stomatologii, albo forma zabiegu zmieniła się na bardziej komfortową.
- Zachęć pacjenta do wykonania jednej z technik relaksacyjnych przed samą wizytą.
- Jeżeli pacjent w gabinecie doświadczy ataku paniki, złap z nim kontakt wzrokowy i pomóż mu skupić się na jego oddechu, np. oddychając razem z nim, instruuj mówiąc na głos „wdech i wydech”. Zapewnij pacjenta, że jest bezpieczny.

W terapii poznawczo-behawioralnej istnieje pojęcie desensytyzacji, czyli odwrażliwiania. Proces ten polega na stopniowym osłabianiu skojarzeń pomiędzy lękiem a określoną sytuacją. Na samym początku pacjent wyobraża sobie, w stanie względnej relaksacji, sytuację wzbudzającą lęk, a następnie wychodzi z niej. Wielokrotne wchodzenie w momencie relaksu w takie sytuacje pozwala stworzyć nowe połączenia pomiędzy bodźcem a reakcją, dzięki czemu nie będzie on wzbudzał w przyszłości tak dużego dyskomfortu i przyniesie większy spokój (Bourne, 2011).

12.6. Pacjent z rozpoznaniem zaburzeń osobowości

Osobowość jest tym, co nas określa i odróżnia od innych ludzi. Często jest ona mylona z charakterem lub temperamentem. Osobowość to trwały, powtarzalny wzorzec percepcji rzeczywistości, organizowania doświadczeń i zachowań jednostki. Zaburzenia osobowości swój początek mają już często w dzieciństwie, przechodzą różne transformacje w okresie nastoletnim, ale finalnie stabilizują się i utrwalają w okresie wczesnej dorosłości. Symptomy zaburzeń osobowości zazwyczaj są dla pacjentów egosyntoniczne, czyli zgodne z ich ego. Jeżeli wzorzec ten z upływem czasu przynosi cierpienie, upośledzenie funkcjonowania czy odbiega od wymogów kulturowych i jest nieelastyczny, mówi się o zaburzeniu osobowości (Cierpiałkowska & Sęk, 2020).

Według DSM-V wyróżnia się trzy podstawowe wiązki zaburzeń osobowości, które przedstawiono w tabeli 12.2. wraz z ich podziałem oraz krótką charakterystyką (Millon i in., 2005).

Tabela 12.2. Zaburzenia osobowości według DSM-V

WIĄZKA A: zaburzenia charakteryzujące się wycofaniem, podejrzliwością, dziwacznością i ekscentrycznością	
Osobowość schizotypowa	– zniekształcone lub ekscentryczne myślenie, postrzeganie lub zachowanie – relacje interpersonalne i społeczne wywołujące dyskomfort – brak osób zaufanych – myśli ksobne lub paranoiczne
Osobowość schizoidalna	– obojętność wobec innych osób – ograniczony zakres emocjonalny, płytki afekt – niska satysfakcja z odczuwania przyjemności – małe lub żadne zainteresowanie kontaktami seksualnymi – tendencja do samotniczego życia i unikania wchodzenia w relacje – obojętność na krytykę lub pochwały
Osobowość paranoiczna	– mały stopień zaufania przy wysokiej podejrzliwości wobec innych – doszukiwanie się ukrytych, negatywnych znaczeń w uwagach innych – podważanie wiarygodności, lojalności bliskich osób – uporczywe chowanie urazy

cd. tab. 12.2.

WIĄZKA B: zaburzenia charakteryzujące się dramatycznością, chwiejnością nastroju, lekceważeniem konsekwencji	
Osobowość borderline	– niestabilność emocjonalna – nadmiarowy, nieadekwatny gniew – poczucie wewnętrznej pustki lub znudzenia – zachowania samobójcze lub autoagresywne – zaburzenie tożsamości skłaniające do mocnego przywiązywania się do innych lub ich porzucania
Osobowość antyspołeczna	– brak poszanowania i naruszanie praw innych ludzi – nieprzestrzeganie norm przyjętych społecznie – częste kłamanie lub oszukiwanie – tendencja do wchodzenia w konflikty, bójki, napaści – brak wyrzutów sumienia
Osobowość narcystyczna	– poczucie wielkości, bycia osobą uprzywilejowaną – potrzeba bycia podziwianym – nadmierna wrażliwość na krytykę – częsta zazdrość i przekonanie o zazdrości innych osób
Osobowość histrioniczna	– nadmierna emocjonalność – zabieganie o uwagę innych – zachowania prowokacyjne, uwodzicielskie, zabarwiające sytuację swoją seksualnością – afekt płytki, teatralny – styl mówienia przesadnie impresyjny i ogólnikowy
WIĄZKA C: zaburzenia charakteryzujące się lękowością, napięciem czy nadmiernym opanowaniem	
Osobowość unikająca	– społeczne zahamowanie – nadmierna wrażliwość na krytykę – unikanie okazywania swoich emocji w obawie przed odrzuceniem – postrzeganie siebie jako gorszego, niekompetentnego – niechęć do angażowania się w relacje z innymi
Osobowość zależna	– wysoka potrzeba opieki ze strony innych – trudności w podejmowaniu decyzji (nawet tych codziennych) – nierealistyczne obawy przed porzuceniem – poczucie bezradności – trudności w wyrażaniu sprzeciwu
Osobowość obsesyjno-kompulsyjna	– perfekcjonizm – pochłonięcie szczegółami – mała elastyczność – sztywność w kwestiach moralności czy etyki – niechęć do zlecania zadań innym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kryteria diagnostyczne z DSM-V Desk reference. Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.

Poniżej zaprezentowano, jak objawy mogą przejawiać się w gabinecie stomatologicznym u pacjentów z poszczególnymi typami zaburzeń osobowości:

- **schizotypowa** – pacjent może traktować potrzebę wizyty u dentysty jako wystąpienie się przeciwko niemu jakichś złych sił,
- **schizoidalna** – pacjent podczas wizyty może być wycofany, mało mówny, sprawiać wrażenie bezemocjonalnego,
- **paranoiczna** – pacjent może podejrzewać, że proponowane przez dentystę leczenie tak naprawdę nie jest mu potrzebne, a dentysta chce dokonać nadużycia finansowego,

- **borderline** – pacjent może na początku idealizować dentystę, nawet po krótkim kontakcie, a potem nagle bez wyraźnego powodu uważać go za niekompetentnego i zaprzestać wizyt,
- **antyspołeczna** – pacjent może być agresywny w kontakcie,
- **narcystyczna** – pacjent może oczekiwać specjalnego traktowania, np. przyjmowania go po godzinach pracy lub między umówionymi już wcześniej pacjentami,
- **histrioniczna** – pacjent może zachowywać się w sposób uwodzicielski wobec dentysty lub opowiadać historie ze swojego życia nieadekwatne do stopnia zażyłości,
- **unikająca** – pacjent może odwoływać lub nagminnie przekładać wizyty,
- **zależna** – pacjent może mieć trudność w podjęciu decyzji dotyczących zaproponowanego mu leczenia i oczekiwać, że dentysta zrobi to za niego,
- **obsesyjno-kompulsyjna** – pacjent może przesadnie trzymać się zaleceń dentysty, nawet kiedy będzie to odbywać się kosztem jego komfortu.

Doświadczenie zaburzenia osobowości jest przykrym zjawiskiem dla osób zmagających się z nim i może zwiększać ryzyko problemów stomatologicznych. Mimo wszystko powinno się zachęcać pacjentów do dbania o siebie i zdrowie jamy ustnej.

12.7. Pytania i zadania



1. Jak objawy negatywne u osoby chorej na schizofrenię mogą wpłynąć na współpracę ze stomatologiem?
2. Czym różni się urojenia od omamów?
3. Czy tłumaczenie pacjentowi, że jego fałszywe przekonania są sprzeczne z rzeczywistością ma sens? Uzasadnij odpowiedź.
4. Jakie są objawy napadu paniki?

Bibliografia

- Bosisio, F., Jox, R.J., Jones, L., & Rubli Truchard, E. (2018). Planning ahead with dementia: what role can advance care planning play? A review on opportunities and challenges. *Swiss Medical Weekly*.
- Bourne, E.J. (2011). *Lęk i fobia: praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (red.). (2020). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN. Cierpiałkowska, L. (2024). *Psychopatologia*. Scholar.
- Cybulski M, Krajewska-Kułak E, Waszkiewicz N, Kędziora-Kornatowska K (red) Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019.
- Gałecki, P., & Szulc, A. (2020). *Psychiatria*. Edra Urban&Partner.
- Gemp, S., Ziebolz, D., Haak, R., Mauche, N., Prase, M., Dogan-Sander, E., Görges, F., Strauß, M., Schmalz, G. (2023). Oral Health-Related Quality of Life in Adult Patients with Depression or Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of clinical medicine*, 12(22), 7192.
- Gorzowska, A., Rudzińska-Bar, Siuda, J. & Opala, G. Teoretyczne podstawy współczesnych metod neurorehabilitacji wśród pacjentów w podeszłym wieku. W: Psychogeriatra.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-V Desk reference. Edra Urban & Partner, Wrocław 2017 Martyniak, E. (2024). Rozmowa z pacjentem o obniżonych możliwościach poznawczych – psychologiczne aspekty efektywnej komunikacji. *Medycyna po Dyplomie*, 1 (2024).

- McWhirter, L., Ritchie, C., Stone, J., & Carson, A. (2020). Functional cognitive disorders: asystematic review. *The Lancet Psychiatry*, 7(2), 191–207.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., Meagher, S. (2005). Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Pajdak, M. (2023). Zdrowie psychiczne Polaków. Depresja jest wśród nas. *UCE RESEARCH*, Poznań: ePsycholodzy.
- Skowron, M., Waliczek, M., Nowak, P., Więckiewicz, W. (2018). Występowanie lęku u pacjentów leczonych stomatologicznie. *Dental Forum*. 1(46), 101–105.
- Weng, Y., Lin, J., Ahorsu, D.K., & Tsang, H.W.H. (2022). Neuropathways of theory of mind in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 137, 104625.
- Wierzbński, P. (2018). Depression and pain. *Lekarz POZ*, 4(4), 321–330.

13. Problemy stomatologiczne pacjentów z wybranymi zaburzeniami odżywiania

Adriana Modrzejewska, Julia Wyszomirska

Zaburzenia odżywiania dotyczą między innymi nieprawidłowego odżywiania, zaabsorbowania spożywanym pokarmem, negatywnym obrazem własnego ciała oraz są ściśle związane z nieprawidłową masą ciała (World Health Organization, 2022). Skutkami zdrowotnymi zaburzeń odżywiania są choroby: sercowo-naczyniowe, układu pokarmowego, dermatologiczne, endokrynologiczne, układu szkieletowego, a także problemy ze zdrowiem jamy ustnej. Rola stomatologa może być kluczowa w diagnozie niektórych zaburzeń odżywiania (Kavitha i in., 2011).

13.1. Anorexia nervosa

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) to zaburzenie odżywiania, które prowadzi do negatywnych zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym oraz wyniszczenia ciała osoby chorej. Powszechnie kojarzona jest z wychudzeniem oraz ograniczeniem lub całkowitą odmianą spożywania pokarmów. Chorzy na anoreksję nie potrafią utrzymać zdrowej masy ciała, która często spada poniżej 85% masy prawidłowej. Towarzyszące uporczywe niezadowolenie ze swojego ciała skutkuje podejmowaniem zachowań mających na celu utrwalenie utraty wagi (Bulik i in., 2005). Co ciekawe, liczne badania nad anoreksją wskazują, że zachowania te są ściśle powiązane z wysokim perfekcjonizmem oraz wysoką samokontrolą. Poza utratą masy ciała jadłowstręt psychiczny może skutkować takimi problemami zdrowotnymi, jak: (Treasure i in., 2015; Cierpiałkowska, 2024):

- zaburzenia metaboliczne,
- problemy kardiologiczne (np. zaburzenia rytmu serca, niedociśnienie),
- osteoporoza (niedobór wapnia i witaminy D),
- problemy hormonalne,
- problemy psychiczne (np. depresja, obniżona jakość życia),
- problemy stomatologiczne.

Tabela 13.1. Jadłowstręt psychiczny według DSM-V – kryteria diagnostyczne

- Ograniczenie podaży energii w stosunku do wymagań, prowadzące do wystąpienia niedostatecznej masy ciała, określonej w odniesieniu do wieku, płci, krzywej rozwoju (trajektorii rozwoju) i stanu zdrowia.
- Niedostateczna masa ciała jest zdefiniowana jako masa ciała utrzymująca się poniżej minimalnej prawidłowej masy ciała lub w przypadku dzieci i osób dorastających poniżej minimalnej oczekiwanej masy ciała.
- Silna obawa o zwiększenie masy ciała lub przytycie albo utrzymujące się zachowania wpływające na jej zmniejszenie, nawet w przypadku występowania niedostatecznej masy ciała.
- Zakłócenie w zakresie postrzegania masy ciała lub kształtu własnego ciała, ich nadmierny wpływ na samoocenę albo uporczywy brak postrzegania występującej niedostatecznej masy ciała jako problemu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: American Psychiatric Association. (2015). Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. *Desk Reference*. Wrocław: Edra. Urban & Partners.

Problemy stomatologiczne u osób chorujących na anoreksję mogą obejmować na przykład nadżerki, otarcia, wybroczyny lub owrzodzenia w okolicy jamy ustnej. Anoreksja, w której występują zachowania kompensujące, wymioty, powoduje kontakt szkliwa z kwasami żołądkowymi, co może prowadzić do jego erozji, zwiększając ryzyko próchnicy oraz nadwrażliwości zębów (Rangé i in., 2021). Ograniczanie spożywania pokarmów ściśle wiąże się z niedoborami witamin i minerałów, które – jak powszechnie wiadomo – są niezbędne dla zdrowia jamy ustnej. Przykładowo niedobór witaminy D oraz wapnia może skutkować osłabieniem zębów oraz zwiększonym ryzykiem chorób dziąseł (Frydrych i in., 2005). Towarzyszące odwodnienie może powodować suchość w ustach (kserostomia).

Opis przypadku

Mężczyzna, lat 23, zgłasza się do gabinetu stomatologicznego z powodu uporczywej suchości jamy ustnej, nadwrażliwości zębów oraz krwawiących dziąseł. Pacjent tłumaczy, że dba o swoje zdrowie, stosując restrykcyjną dietę niskowęglowodanową, którą wybrał, aby „chronić zęby przed próchnicą” oraz poprawić swoją kondycję fizyczną. Dodatkowo zaznacza, że regularnie ćwiczy na siłowni i unika cukrów, bo „chce dbać o zdrowie i wygląd”. Przyznaje, że w ostatnich miesiącach schudł, co przypisuje aktywności fizycznej i „zdrowszemu trybowi życia”.

Badanie stomatologiczne:

1. Śluzówka jest sucha, język pokryty białawym nalotem, sugerującym kandydozę. Pacjent skarży się na uczucie pieczenia w jamie ustnej.
2. Dziąsła są obrzęknięte i krwawią przy delikatnym dotyku. Pacjent zgłasza, że problem ten nasilił się w ostatnich miesiącach.
3. Widoczne są początki erozji szkliwa, a pacjent zgłasza ból przy spożywaniu zimnych napojów.

Wstępne rozpoznanie:

Stomatolog początkowo diagnozuje kserostomię spowodowaną odwodnieniem, sugerując, że intensywne ćwiczenia i restrykcyjna dieta mogą przyczyniać się do niedoboru płynów i zwiększonego ryzyka erozji zębów. Lekarz zaleca pacjentowi poprawę nawyków żywieniowych, zwiększenie nawodnienia oraz stosowanie preparatów nawilżających do jamy ustnej. Zalecenia obejmują: zwiększenie spożycia wody, stosowanie produktów nawilżających do jamy ustnej, kontynuację zdrowej diety, ale z większym uwzględnieniem równowagi składników odżywczych.

Dalsza diagnoza:

Podczas kolejnej wizyty pacjent przyznaje, że suchość jamy ustnej i nadwrażliwość zębów nie ustąpiły, a dodatkowo pojawiły się inne dolegliwości, takie jak uczucie osłabienia i zawroty głowy. Dopytany przez stomatologa o dietę, pacjent ujawnia, że znacząco ogranicza ilość spożywanego jedzenia, a jego celem jest dalsze obniżenie wagi. To wyznanie stawia poprzednie założenia pod znakiem zapytania. Stomatolog zaczyna podejrzewać zaburzenia odżywiania, w szczególności anoreksję, która może wywoływać zarówno problemy stomatologiczne (erozja szkliwa, suchość jamy ustnej), jak i ogólnoustrojowe (odwodnienie, niedożywienie).

Końcowa diagnoza:

Po dokładniejszym wywiadzie i współpracy z lekarzami innych specjalności pacjent zostaje skierowany do psychologa i dietetyka. Ostateczna diagnoza to anoreksja, która jest poważnym zaburzeniem odżywiania, mogącym prowadzić do wielu powikłań zdrowotnych, w tym stomatologicznych, jak zaburzenie pracy ślinianek, erozja zębów czy zapalenie dziąseł.

Plan leczenia:

1. Pacjent wymaga leczenia pod opieką zespołu specjalistów, w tym psychologa, psychiatry i dietetyka, aby skutecznie poradzić sobie z anoreksją.
2. Konieczne jest leczenie kandydozy oraz odbudowa erodowanego szkliwa za pomocą fluoryzacji i preparatów remineralizujących.

Pacjentowi zalecono preparaty nawilżające oraz dalsze zwiększenie spożycia płynów.

Przypadek ten pokazuje, że anoreksja może być trudna do wykrycia, gdy objawy są maskowane pozornie zdrowymi nawykami żywieniowymi i stylem życia. Kluczowe znaczenie ma wczesna interwencja psychologiczna oraz leczenie interdyscyplinarne.

13.2. *Bulimia nervosa*

Bulimia (*bulimia nervosa*) to zaburzenie odżywiania, które charakteryzuje się epizodami objadania się, po których występują zachowania mające na celu uniknięcie przyrostu masy ciała, takie jak na przykład wymioty, stosowanie środków przeczyszczających, nadmierna aktywność fizyczna czy też stosowanie głodówek (Brytek-Matera, 2021). Skutki bulimii mogą być zarówno fizyczne, jak i psychiczne, przykładowo:

- niskie poczucie własnej wartości, co jest związane z występowaniem depresji oraz odczuwaniem lęku (Wiederman & Pryor, 2000),
- izolacja społeczna,
- zaburzenia elektrolitowe,
- uszkodzenia skóry na dłoniach (spowodowane wkładaniem ich do ust w celu sprowokowania wymiotów),
- problemy żołądkowo-jelitowe (częste zażywanie środków przeczyszczających może doprowadzić do przewlekłych biegunek, uszkodzenia jelit czy też problemów z wchłanianiem składników odżywczych),
- uszkodzenia przełyku i jamy ustnej (Nitsch i in., 2021).

Tabela 13.2. Żarłoczność psychiczna według DSM-V – kryteria diagnostyczne

- Nawracające epizody objadania się. Epizod objadania się charakteryzuje się występowaniem obydwu niżej wymienionych cech:
 - Jedzenie w określonym czasie (np. w ciągu dwóch godzin) takiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach.
 - Poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie opisanego epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować nad tym, ile się zjada).
- Nawracające, nieodpowiednie zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobieżenia przyrostowi masy ciała, takie jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych lub innych leków, głodowanie lub nadmiernie ciężkie ćwiczenia fizyczne.
- Występowanie obydwu objawów objadania się oraz nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych – występują co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące.
- Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała.
- Zakłócenie nie występuje wyłącznie podczas epizodów jadłowstrętu psychicznego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: American Psychiatric Association. (2015). Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. *Desk Reference*. Wrocław: Edra. Urban & Partners.

W wyniku wymiotów dochodzi do kontaktu tkanki gardła z kwasem żołądkowym, co może spowodować zapalenie gardła, chrypkę, kaszel czy też dysfagię. Nieprawidłowości w obrębie jamy ustnej charakterystyczne dla częstych wymiotów obejmują nadżerki zębów, urazy błony śluzowej oraz jamy ustnej, zwiększone ryzyko próchnicy zębów oraz erozję szkliwa (Nitsch i in., 2021).

Opis przypadku

Pacjentka, lat 37, zgłasza się do gabinetu stomatologicznego z ogólnym bólem zębów i dziąseł, który nasilił się w ciągu ostatnich kilku miesięcy. Skarży się również na chroniczny ból gardła, nasilający się po jedzeniu. Dodatkowo pacjentka zauważa nadwrażliwość zębów na zimno i ciepło. Przyznała, że pali papierosy od 20 lat, średnio 10–15 sztuk dziennie. Oprócz tego w wywiadzie zgłasza, że cierpi na niedoczynność tarczycy i regularnie przyjmuje lewotyroksynę. Pacjentka nie zgłaszała szczególnych problemów stomatologicznych w przeszłości, a jedyne zabiegi, jakie przeszła, to standardowe czyszczenie zębów oraz kilka plomb w przeszłości. Nie potwierdza alergii ani innych istotnych chorób ogólnoustrojowych. Wstępna obserwacja ujawnia, że higiena jamy ustnej jest na niskim poziomie, widoczne są oznaki zapalenia dziąseł, a zęby są mocno przebarwione na żółtobrazowy odcień, co prawdopodobnie wynika z długotrwałego palenia papierosów.

Badanie stomatologiczne:

1. Wstępne badanie zębów wykazało erozję szkliwa, szczególnie na powierzchniach podniebiennych zębów siecznych górnych oraz przednich zębów dolnych. Te zmiany są bardziej zaawansowane niż można by się spodziewać u palacza, co sugeruje działanie dodatkowych czynników erozyjnych.
2. Dziąsła pacjentki są zaczerwienione, obrzęknięte i krwawią podczas sondowania. W badaniu sondą stwierdzono również kieszonki dziąsłowe o głębokości 3–4 mm, co wskazuje na wczesne stadium zapalenia przyzębia.
3. Widoczne są liczne przebarwienia zębów na skutek długotrwałego palenia, ale także zewnętrzne ubytki, które mogą wynikać z erozji szkliwa.
4. Pacjentka zgłasza ból przy dotyku i kontakcie z ciepłymi oraz zimnymi napojami, co potwierdza nadwrażliwość zębów.

Diagnostyka różnicowa:

1. Choroba przyzębia związana z paleniem papierosów – długotrwałe palenie papierosów może prowadzić do rozwoju przewlekłego zapalenia przyzębia, co tłumaczyłoby stan zapalny dziąseł i kieszonek przyzębne. Jednakże erozja zębów nie jest kluczowym objawem związanym z paleniem.
2. Refluks żołądkowo-przłykowy (GERD) – objawy, takie jak erozja szkliwa, zwłaszcza na zębach przednich, oraz chroniczny ból gardła mogą wskazywać na refluks kwasu żołądkowego. Stężony kwas żołądkowy może powodować rozpuszczanie szkliwa i podrażniać błony śluzowe gardła.
3. Choroby ogólnoustrojowe – choroby autoimmunologiczne, takie jak zespół Sjögrena, mogą prowadzić do suchości jamy ustnej, zapalenia dziąseł oraz erozji szkliwa. Należałoby wziąć pod uwagę również niedoczynność tarczycy pacjentki, ale obecność samej choroby nie wyjaśniałaby erozji zębów.

Dalsze badania:

Aby wykluczyć refluks żołądkowy, pacjentce zlecono badanie gastroscopowe oraz zalecono konsultację z laryngologiem z powodu chronicznego bólu gardła. Po wykluczeniu refluksu żołądkowo-przłykowego i innych chorób, stomatolog zaczął podejrzewać, że erozja zębów może mieć inne źródło.

Dodatkowe wywiady i diagnoza końcowa:

Po dalszej rozmowie z pacjentką stomatolog zauważył pewne niepokojące wzorce żywieniowe. Pacjentka niechętnie przyznała, że od wielu lat zмага się z napadami objadania się, po których prowokuje wymioty. Takie zachowanie, charakterystyczne dla bulimii, wyjaśniałoby erozję szkliwa oraz chroniczny ból gardła. Kwas żołądkowy, który dostaje się do jamy ustnej podczas wymiotów, powoduje erozję szkliwa, co tłumaczy zaawansowane ubytki na powierzchniach zębów, szczególnie tych, które najczęściej mają kontakt z kwasem (zęby przednie). Bulimia często prowadzi do nadwrażliwości zębów, zapalenia dziąseł oraz problemów z przyzębiem.

Plan leczenia:

1. Odbudowa zębów za pomocą materiałów kompozytowych w miejscach dotkniętych erozją.
2. Zastosowanie fluoryzacji w celu wzmocnienia szkliwa.
3. Skierowanie pacjentki na konsultację psychologiczną oraz dietetyczną w celu leczenia zaburzeń odżywiania.
4. Zmiana nawyków higienicznych, w tym rzucenie palenia i poprawa codziennej higieny jamy ustnej.

Przypadek ten jest szczególnie, ponieważ erozja zębów spowodowana bulimią może być początkowo mylona z innymi schorzeniami, takimi jak refluks żołądkowy czy choroby przyzębia związane z paleniem. Zwraca uwagę znaczenie dokładnego wywiadu z pacjentem i uwzględnienie czynników psychologicznych w diagnostyce stomatologicznej.

13.3. Pica

Pica to zaburzenie odżywiania związane ze zjadaniem substancji niejadalnych, takich jak glina, piasek, szkło, kamienie, włosy, odchody, plastik, lód, paznokcie, papier itd. Etiologia tego zaburzenia nie jest jednoznaczna (Nayak i in., 2017). Jedno z założeń wskazuje na korelację pomiędzy występowaniem zaburzenia pica a niedoborem żelaza (Barker, 2005). Badania sugerują, że pica występuje u 25–33% małych dzieci i 20% dzieci hospitalizowanych w poradniach zdrowia psychicznego. Czasami rozszerza się do okresu dojrzewania, ale rzadko występuje u dorosłych, którzy nie są niepełnosprawni umysłowo. Wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną pica występuje najczęściej w wieku 10–20 lat (Hagopian i in., 2011).

Teorie dotyczące bezpośrednich skutków zdrowotnych są ściśle związane z charakterystyką spożywanych substancji. Mogą dotyczyć spożycia toksycznych substancji (np. zatrucie ołowiem), różnego rodzaju infekcji lub zarażenia pasożytami, problemów żołądkowo-jelitowych (zaparcia, owrzodzenia, perforacje, niedrożność jelit), a także problemów stomatologicznych. Typowe problemy w obrębie jamy ustnej to silne starcie zębów, abfrakcja, złamania zębów (Barker, 2005).

Tabela 13.3. Pica według DSM-V – kryteria diagnostyczne

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Utrwalone spożywanie niejadalnych substancji przez co najmniej 1 miesiąc.• Spożywanie niejadalnych substancji niewłaściwe dla danego wieku rozwojowego.• Opisane zachowanie związane z odżywianiem nie jest częścią praktyki rozpowszechnionej w danym kręgu kulturowym ani nie ma poparcia społecznego.• Jeśli zachowanie związane z odżywianiem się występuje wyłącznie w przebiegu innego zaburzenia psychicznego (np. niepełnosprawności intelektualnej, zaburzenia rozwoju intelektualnego), zaburzenia należącego do spektrum autyzmu, schizofrenii) lub stanu ogólnomedycznego (w tym ciąży) i jest wystarczająco poważne, by stać się przedmiotem zainteresowania klinicznego. |
|---|

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: American Psychiatric Association. (2015). Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. *Desk Reference*. Wrocław: Edra. Urban & Partners.

Rola lekarza stomatologa jest kluczowa w diagnozie zaburzenia pica. Liczne badania wskazują, że to właśnie dentyści są jednymi z pierwszych specjalistów, którzy mogą wykryć, że pacjent spożywa niejadalne substancje. Zaleca się ścisłą współpracę z innymi pracownikami służby zdrowia przed rozpoczęciem leczenia stomatologicznego osób z tym schorzeniem. Lekarz dentysta powinien zbadać pacjenta, skupiając się na jego szkodliwych nawykach i odnieść je do stanu jamy ustnej. Poradnictwo oraz kompleksowe badanie pacjenta mogą odgrywać kluczową rolę w opracowaniu planu leczenia osób z zaburzeniem pica (Barker, 2005).

Opis przypadku

Kobieta, lat 29, zgłasza się do gabinetu stomatologicznego z powodu bólu w obrębie jamy ustnej i złamanego zęba trzonowego. Pacjentka opisuje, że złamanie miało miejsce podczas spożywania twardego posiłku. Przyznaje, że czuje dyskomfort w jamie ustnej, ale nie potrafi jednoznacznie wskazać przyczyny. Stomatolog zauważa pewne zawahanie pacjentki przy odpowiadaniu na pytania dotyczące nawyków żywieniowych, co wywołuje podejrzenia, ale pacjentka nie ujawnia istotnych faktów. Twierdzi, że zdrowo się odżywia, a stres tłumi, unikając niezdrowych pokarmów. W wywiadzie pacjentka nie zgłasza istotnych problemów zdrowotnych, co sprawia, że początkowo stomatolog rozważa standardowe przyczyny mechanicznego złamania zęba, jak przeciążenia

zgryzowe czy kontakt z twardymi pokarmami. Pacjentka, z powodu wstydu, celowo nie wspomina o swoim nawyku spożywania substancji niejadalnych, takich jak kreda i glina.

Badanie stomatologiczne:

1. Ząb trzonowy górny jest poważnie uszkodzony, bez oznak wcześniejszej próchnicy czy przeciążeń zgryzowych. Ząb złamał się w sposób sugerujący działanie siły spoza normalnej funkcji żucia, np. kontakt z twardym, niejadalnym materiałem.
2. Na języku i podniebieniu widoczne są drobne otarcia i uszkodzenia, co może świadczyć o kontakcie z twardymi, szorstkimi materiałami. Pacjentka zgłasza bolesność przy dotykaniu języka, ale próbuje bagatelizować objawy.
3. Stan uzębienia poza złamaniem jest stosunkowo dobry i nie wyjaśnia natury złamania. Dziaśła są w normie, choć miejscami widoczne jest lekkie zaczerwienienie.

Trop diagnostyczny:

W trakcie dalszej rozmowy stomatolog zwraca uwagę na pewne niespójności w opowieści pacjentki. Zauważa, że zmiany w jamie ustnej mogą być efektem działania mechanicznego, ale ich przyczyną nie jest zwykle jedzenie. Ponadto w badaniach laboratoryjnych stwierdzono lekko obniżony poziom żelaza, co może sugerować problem związany z niedoborem pokarmowym lub zaburzeniami wchłaniania. Stomatolog postanawia bardziej szczegółowo dopytać pacjentkę o nawyki żywieniowe. Dopiero po ponownej, empatycznej rozmowie, pacjentka przyznaje, że od dłuższego czasu zmaga się z nałogowym spożywaniem kredy, gliny i innych niejadalnych substancji. Tłumaczy to jako formę radzenia sobie ze stresem oraz jako niekontrolowaną potrzebę, której się wstydzi.

Końcowa diagnoza:

Na podstawie wywiadu, badania klinicznego i wyników badań laboratoryjnych (niedokrwistość wynikająca z niskiego poziomu żelaza), pacjentce postawiono diagnozę – zaburzenie pica. Spożywanie niejadalnych substancji, takich jak kreda, było bezpośrednią przyczyną złamania zęba oraz uszkodzeń w obrębie jamy ustnej. Ukrywanie przez pacjentkę jej niecodziennych nawyków wydłużyło proces diagnostyczny.

Plan leczenia:

1. Leczenie obejmuje: odbudowę złamanego zęba za pomocą materiałów kompozytowych, leczenie mikrourazów i podrażnień na języku oraz podniebieniu za pomocą preparatów regenerujących błonę śluzową, a także zastosowanie fluoryzacji w celu ochrony zębów przed przyszłymi uszkodzeniami.
2. Pacjentka została skierowana do psychologa specjalizującego się w zaburzeniach odżywiania. Terapia behawioralna będzie kluczowym elementem leczenia, aby pacjentka mogła przezwyciężyć nawyki związane ze spożywaniem niejadalnych substancji.
3. Ze względu na stwierdzoną niedokrwistość, pacjentce zalecono suplementację żelaza oraz zbilansowaną dietę, która poprawi jej stan odżywienia i wpłynie na lepsze samopoczucie fizyczne oraz psychiczne.

Przypadek ten pokazuje, jak ważne jest dokładne badanie kliniczne i empatyczna rozmowa z pacjentem, zwłaszcza gdy objawy stomatologiczne nie wynikają z typowych czynników. Zaburzenie pica, choć rzadkie, może prowadzić do poważnych powikłań stomatologicznych i wymagać leczenia interdyscyplinarnego. Współpraca stomatologa, psychologa i dietetyka jest kluczowa w poprawie stanu zdrowia pacjentów.

13.4. Pytania i zadania



1. Jakie są najczęstsze choroby jamy ustnej obserwowane u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, takimi jak anoreksja, pica czy bulimia, i jakie mechanizmy prowadzą do ich wystąpienia?
2. W jaki sposób zaburzenia odżywiania wpływają na zdrowie przyzębia oraz jakie objawy kliniczne można zauważyć w badaniu periodontologicznym?
3. Jakie strategie prewencyjne oraz zalecenia terapeutyczne można zastosować w celu ochrony zdrowia jamy ustnej pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania?
4. Jakie są objawy stomatologiczne, które mogą wskazywać na bulimię? Jak lekarz dentysta może zidentyfikować pacjenta z tym schorzeniem podczas rutynowej wizyty?
5. Jakie znaczenie ma współpraca interdyscyplinarna (w tym z psychologami i dietetykami) w opiece nad pacjentami z zaburzeniami odżywiania dla zdrowia ich jamy ustnej?

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2015). Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. *Desk Reference*. Wrocław: Edra. Urban & Partners.
- Barker D. (2005). Tooth wear as a result of pica. *British dental journal*, 199(5), 271–273.
- Bulik, C.M., Reba, L., Siega-Riz, A.M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *The International journal of eating disorders*, 37 Suppl, S2–S21.
- Brytek-Matera, A. (2021). Zaburzenia odżywiania. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Cierpiałkowska, L. (2024). Psychopatologia. *Wykłady z Psychologii*. Warszawa: Scholar.
- Frydrych, A.M., Davies, G.R., & McDermott, B.M. (2005). Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Australian dental journal*, 50(1), 6–56.
- Hagopian, L.P., Rooker, G.W., & Rolider, N.U. (2011). Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2114–2120.
- Kavitha, P.R., Vivek, P., & Hegde, A.M. (2011). Eating disorders and their implications on oral health-role of dentists. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 36(2), 155–160.
- Nayak, S.V., Kini, R., Shetty, U., Rao, P.K., Kashyap, R.R., Bhandarkar, G. (2017). Pica – An Eating Disorder: A Report and Review. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 5(1): p 82–84.
- Nitsch, A., Dlugosz, H., Gibson, D., & Mehler, P.S. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 88(6), 333–343.
- Rangé, H., Colon, P., Godart, N., Kapila, Y., & Bouchard, P. (2021). Eating disorders through the periodontal lens. *Periodontology 2000*, 87(1), 17–31.
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G.K., Bulik, C.M., & Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15074.

- Wiederman, M. W., & Pryor, T. L. (2000). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: the mediating role of drive for thinness. *The International journal of eating disorders*, 27(1), 90–95.
- World Health Organization. (2022). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

14. Zaburzenia skroniowo-żuchwowe – interdyscyplinarna współpraca w zakresie diagnostyki i leczenia

Joanna Biegańska-Banaś, Małgorzata Pihut

14.1. Definicja, klasyfikacje, symptomatologia i etiologia zaburzeń skroniowo-żuchwowych

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe (*temporomandibular disorders*, TMD) to zespół patologicznych zmian obejmujących nieprawidłowe funkcjonowanie układu mięśniowo-stawowego narządu żucia i okolicznych tkanek (Fillingim i in., 2013; Schiffman i in., 2014; Wright & Klasser, 2020). W Polsce stanowią trzecią najczęstszą chorobę stomatologiczną o charakterze społecznym, po próchnicy zębów i chorobach tkanek przyzębia. (Michalak i in., 2012). Schorzenie to traktowane jest jako choroba cywilizacyjna. Dwukrotnie częściej występuje u kobiet, szczególnie w trzeciej i czwartej dekadzie życia, co może wskazywać między innymi na znaczenie zmian hormonalnych dla jego rozwoju i przebiegu (Guzman & Gremillion, 2008). Obecnie ocenia się, że u około 7–12% populacji światowej występują objawy zaburzeń skroniowo-żuchwowych. Liczba pacjentów zgłaszających się do leczenia protetycznego systematycznie wzrasta, natomiast wiek pacjentów z postacią bólową zaburzeń obniża się (De Godoi Gonçalves i in., 2010; Ferreira i in., 2016; Sójka i in., 2019).

W warunkach fizjologicznych narząd żucia jest złożoną jednostką anatomiczną przystosowaną do wykonywania takich czynności, jak żucie pokarmów, połykanie, ziewanie czy mowa. Poszczególnymi zadaniami układu stomatognatycznego kieruje za pośrednictwem wielu odruchowych reakcji złożony mechanizm regulacyjny. Niestety, aktywność parafunkcjonalna obejmująca utrwalone, nawykowe czynności, odbiegające ilościowo i jakościowo od czynności fizjologicznych, jak zaciskanie zębów czy zgrzytanie, w sposób zasadniczy narusza ten precyzyjny system „zarządzania” elementami układu stomatognatycznego (Ferreira i in., 2016; Wright & Klasser, 2020).

Najczęściej występujące objawy zaburzeń skroniowo-żuchwowych to ostry lub przewlekły ból mięśni żucia (częściej) lub/i stawów skroniowo-żuchwowych (rzadziej), patologiczne objawy akustyczne (trzaski, trzeszczenia) w obrębie stawów występujące podczas ruchów żuchwy, ograniczenie zakresu rozwarcia szczęk i brak symetrii ruchów żuchwy. Do rzadziej występujących objawów należą symptomy otolaryngologiczne w postaci pieczenia gardła, nagłego upośledzenia słuchu, szumów usznych czy zawrotów głowy (Ferreira i in., 2016). Często dolegliwościom występującym w obszarze narządu żucia towarzyszą napięciowe bóle głowy, szyi czy pasa barkowego. Może wystąpić również promieniowanie bólu do oka lub oczodołu (Palmer & Durham, 2021; Pihut i in., 2020; Yakkaphan i in., 2024). Do wewnętrznych objawów zaburzeń należą impresje na bocznych powierzchniach języka świadczące o znacznej aktywności para-

funkcjonalnej, festony McCalla, szczeliny Stillmana, recesje dziąsłowe, ubytki klinowe w okolicach szyjek zębów, pęknięcia szkliwa lub odłamanie fragmentów korony klinicznej, patologiczne starcie zębów i maceracja błony śluzowej w linii zgryzowej policzka (Ferreira i in., 2016; Sójka i in., 2019).

Analizując czynniki etiologiczne, należy podkreślić, że zaburzenia skroniowo-żuchwowe są schorzeniem złożonym i wieloczynnikowym w patomechanizmie, którego konkretna, wiodąca przyczyna występowania u danego pacjenta jest trudna do ustalenia. W etiologii zaburzeń udział mają zarówno czynniki miejscowe, jak i ogólnoustrojowe. Czynniki te można zaklasyfikować do trzech grup: czynniki predysponujące (strukturalne, metaboliczne i/lub psychologiczne), czynniki wyzwalające (urazowe, związane z kumulatywnymi obciążeniami układu narządu żucia), czynniki wzmacniające/podtrzymujące (parafunkcyjne, hormonalne, psychospołeczne) (Prasad i in., 2016).

Współcześnie nie budzi wątpliwości, że istotną rolę w patomechanizmie zaburzeń odgrywa znaczące i długotrwałe przeciążenie układu mięśniowo-stawowego w wyniku szkodliwych i patologicznych nawyków w narządzie żucia, takich jak zaciskanie zębów, stukanie czy zgrzytanie zębami lub parafunkcje niezwarciowe: obgryzanie paznokci i skórek, nagryzanie błony śluzowej policzków, nagryzanie na różne przedmioty (długopisy, oprawki okularów) (Ferreira i in., 2016). Są one w szczególności powiązane z przewlekłym stresem psychologicznym, mogącym stanowić konsekwencję nadmiaru obowiązków oraz presji otoczenia w zakresie sukcesów zawodowych, czy też wyjściowej kondycji psychicznej (Al Kothani i in., 2016; Dos Santos i in., 2020; Mélou i in., 2023). Istotnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia zaburzeń skroniowo-żuchwowych są również nieprawidłowe zwyczaje żywieniowe, bowiem niektóre czynniki dietetyczne, takie jak przyjmowanie dużej ilości twardej żywności lub żucie gumy, mogą nadmiernie obciążać stawy skroniowo-żuchwowe i prowadzić do zaburzenia ich funkcji (Abe i in., 2022). Pozostałe przyczyny zaburzeń obejmują urazy twarzoczaszki, czynniki genetyczne, zaburzenia hormonalne. Bardzo rzadko bezpośrednią przyczyną rozwoju zaburzeń są urazy komunikacyjne, sportowe, intubacja czy długotrwałe usuwanie zębów ósmych (Wright & Klasser, 2020). Należy podkreślić, że w prezentowanym zestawieniu czynników wady okluzji mają znacznie mniejsze znaczenie dla rozwoju zaburzeń skroniowo-żuchwowych, z uwagi na znaczące możliwości adaptacyjne narządu żucia. Nabyte wady zgryzu, najczęściej stanowiące następstwa jatrogennych interwencji stomatologicznych (nieprawidłowo wykonane wypełnienia zachowawcze, błędy w leczeniu ortodontycznym, nieprawidłowo wykonane stałe i ruchome uzupełnienia protetyczne, błędy w postępowaniu chirurgicznym), mogą natomiast stanowić istotny czynnik wyzwalający zaburzenia (De Godoi Gonçalves i in., 2010; Oral i in., 2009; Wright & Klasser, 2020).

Dostępne kwestionariusze służące usprawnieniu procedury zbierania danych diagnostycznych (DC/TMD, indywidualnie opracowane badania ankietowe) wskazują na ściśle określone zasady badania pacjentów z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi (Ferreira i in., 2016; Pihut i in., 2024; Skeie i in., 2018; Schiffman i in., 2013; Wright & Klasser, 2020). Bardzo ważne są informacje uzyskane w badaniu podmiotowym, takie jak: objawy, które skłaniają pacjenta do podjęcia leczenia, odczuwane dolegliwości bólowe, czas ich występowania przed zgłoszeniem się do leczenia oraz czynniki, które nasilają lub obniżają natężenie zgłaszanych dolegliwości. Istotne znaczenie mają też informacje wskazujące na ograniczenia zakresu ruchów żuchwy, gdyż mogą odzwierciedlać poważne stany patologiczne występujące w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych (Minervini i in., 2024). Należy również zebrać informacje dotyczące wcześniej podejmowanych prób leczenia lub ich braku (Skeie i in., 2018; Wright & Klasser, 2020).

W badaniu klinicznym istotna jest ocena zakresu i symetrii ruchów żuchwy (odwodzenie żuchwy, zakres ruchów bocznych i ruchu doprzedniego żuchwy), tor odwodzenia (prosty, skośny lub esowaty) oraz tor wysuwania żuchwy. Przeprowadza się ją z wykorzystaniem suwmiarki dentystycznej, tradycyjnej albo cyfrowej (Mazzetto i in., 2017). Warto zaznaczyć, że prawidłowy zakres odwodzenia żuchwy wynosi od 40 do 58 milimetrów, ruchów bocznych 8–12 milimetrów, a zakres ruchu protruzyjnego zależy od rodzaju zgryzu w przednim odcinku łuków zębowych.

Dalsze w kolejności badanie palpacyjne obejmuje mięśnie żucia (w szczególności mięśnie unoszące żuchwę), stawy i ich okolice (Dal Singh & Majeti, 2021). W tym badaniu istotne jest występowanie bólu sprowokowanego badanych obszarów, ocena konsystencji tkanki mięśniowej, występowanie zgrubień lub nierównomierna budowa tkanki. Występowanie bólu samoistnego podczas badania palpacyjnego stawów może wskazywać na nieprawidłowości w strukturach miękkotkankowych. Na tym etapie dokonywana jest ocena objawów akustycznych, występujących podczas wykonywania ruchów żuchwy, za pomocą stetoskopu o podwójnych kanałach. Są to zróżnicowane trzaski, trzeszczenia i przeskoki głów stawowych (Nowak i in., 2020). Wskazują one na brak prawidłowej koordynacji pracy głów stawowych i krążków. Bardzo często problem ten jest powiązany z uszkodzeniem więzadła tylnego krążka oraz patologicznym przemieszczeniem krążka (Loster & Grochala, 2023). Gdy dochodzi do jego zablokowania w patologicznym położeniu, konsekwencją jest znaczne ograniczenie zakresu odwodzenia żuchwy i jej zbaczanie w stronę uszkodzonego stawu.

Ważnym uzupełnieniem skrupulatnie poprowadzonego badania fizykalnego jest badanie obrazowe stawów skroniowo-żuchwowych. Współcześnie preferowanymi metodami obrazowania są USG oraz rezonans magnetyczny (MR) stawu skroniowo-żuchwowego. Ostateczne rozpoznanie opiera się na analizie poszczególnych, badanych aspektów. Możliwe jest stwierdzenie dwóch głównych kierunków rozwoju dysfunkcji – mięśniowego oraz stawowego (Fernández-de-Las-Peñas & Von Piekartz, 2020; Paco i in., 2016; Shaffer i in., 2014; Xu i in., 2023). Określenie mechanizmu zaburzenia wyznacza przebieg i cel procesu terapeutycznego.

14.2. Znaczenie czynników psychologicznych i psychofizjologicznych w powstaniu i podtrzymaniu zaburzeń skroniowo-żuchwowych

Jak już wcześniej wskazano, czynniki psychogenne są istotne zarówno w przypadku wystąpienia, jak i podtrzymania obrazu zaburzeń. Z tego względu powinny one podlegać przesiewowemu monitorowaniu zarówno na etapie diagnostyki i leczenia, jak również podczas wizyt kontrolnych (Pihut i in., 2024). Rozwój zaburzeń skroniowo-żuchwowych jest ściśle powiązany ze stanem psychoemocjonalnym pacjenta, będącym pochodną między innymi jego temperamentu i osobowości, umiejętności i kompetencji w zakresie radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami, zarówno codziennymi, jak i wyjątkowymi (jak doświadczenia traumatyczne), stylu życia (w szczególności w obszarze zachowań nawykowych) oraz ogólnej kondycji psychicznej (Florjański & Orzeszek, 2021; Pihut i in., 2021).

Większa skłonność do występowania zaburzeń skroniowo-żuchwowych przypisywana jest osobom o znacznym poziomie neurotyzmu oraz introwersji (np. Dos Santos i in., 2022). Nie mniej istotna jest wysoka reaktywność emocjonalna oraz destruktywne wzorce regulacji emocjonalnej. Pobudzenie psychofizjologiczne, towarzyszące intensywnym reakcjom na bodźce wywołujące emocje, może być rozładowywane za pośrednictwem szkodliwych nawyków ruchowych (Almutairi

i in., 2021), które wraz z upływem czasu podlegają utrwaleniu i prowadzą do zaburzeń prawidłowego modelu ruchomości żuchwy. Osoby narażone na rozwój zaburzeń skroniowo-żuchwowych to przede wszystkim te, które w odpowiedzi na stres psychologiczny mają skłonność do podejmowania aktywności ukierunkowanych przede wszystkim na regulację przeżywanych stanów emocjonalnych i/lub angażowanie się w zachowania unikowe (Yap & Marpaung, 2023).

Ogólna kondycja psychologiczna jest pochodną przyjmowanego stylu życia, sposobu doświadczania codziennych stresorów oraz możliwości poradzenia sobie z ich konsekwencjami, m.in. na podstawie wcześniejszych doświadczeń czy też wykorzystując najbardziej dostępne strategie radzenia sobie. Indywidualne zasoby uruchamiane pod wpływem doświadczanego stresu psychologicznego warunkują odmienne mechanizmy oddziaływania stresu na organizm, a przez to zróżnicowany rozwój zaburzeń skroniowo-żuchwowych (Ohrbach & Michelotti, 2018). Kondycja psychologiczna pacjentów z tego typu zaburzeniami bywa określana poprzez występowanie zaburzeń psychospołecznych czy poznawczych w przebiegu zaburzeń psychicznych. Pacjenci zgłaszający się do gabinetów protetycznych w poszukiwaniu diagnozy i pomocy w opanowaniu uciążliwych dolegliwości ze strony narządu żucia często równolegle poddawani są leczeniu specjalistycznemu z powodu zaburzeń lękowych (zaburzeń lękowych uogólnionych, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, PTSD), zaburzeń nastroju (depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej), zaburzeń odżywiania (np. bulimii, napadowego objadania się czy nadmiernej wybiórczości pokarmowej) czy zaburzeń urojeniowych (paranoidalnych) (Ferreira i in., 2016; Fillingam i in., 2013; Johansson i in., 2010; Steenks i in., 2018; Wright & Klasser, 2020). Tym, co łączy wszystkie te zaburzenia, są występujące trudności w zakresie sprawnej, efektywnej regulacji przeżywanych przez pacjentów emocji.

Mechanizmy samoregulacji emocjonalnej zachodzące wśród pacjentów z dysfunkcją narządu żucia bardzo często powiązane są ze znaczącą aktywnością parafunkcjonalną (Atsü i in., 2019; Wright & Klasser, 2020; Sójka i in., 2019; Xu i in., 2023). Aktywność układu limbicznego, zaangażowanego w regulację procesów emocjonalnych, motywacyjnych i pamięciowych, oraz dodatkowe połączenia pętli rdzeniowo-mięśniowej gamma z mięśniami żucia ostatecznie decydują o tym, że zwiększone napięcie emocjonalne przekłada się na znaczny wzrost aktywności kurczliwej mięśni żucia (Dutra Dias i in., 2024; Pavlou i in., 2024; Yin i in., 2020). Długotrwałe, intensywne napięcie mięśni żwaczowych staje się przyczyną parafunkcji okluzyjnych i bruksizmu, a co za tym idzie wielu szkodliwych następstw dla poszczególnych elementów układu stomatognatycznego, takich jak patologiczne starcie zębów, uszkodzenia tkanek przyzębia w postaci festonów McCalla, powstania ubytków klinowych, przerostów mięśni, uszkodzenia stawów skroniowo-żuchwowych i wielu innych (Pihut i in., 2021). Niebezpieczeństwo związane z aktywnością parafunkcjonalną pacjentów obejmuje okoliczność, w której szkodliwe nawyki występują zarówno w ciągu dnia (najczęściej nieuświadomione), jak i w czasie spoczynku nocnego.

Warto podkreślić, że opisywane czynniki psychologiczne moderują intensywność, czas trwania i jakość doświadczeń bólowych pacjentów z zaburzeniami narządu żucia. Podobnie, samo doświadczenie bólowe zwrotnie wzmacnia udział czynników psychologicznych w obrazie klinicznym zaburzeń (Ohrbach & Michelotti, 2018). Jako szczególnie istotne dla kształtowania i podtrzymywania obrazu klinicznego przewlekłego bólu mięśniowo-powięziowego towarzyszącego zaburzeniom narządu żucia wymienić należy: chronicznie doświadczany stres psychologiczny, intensywnie przeżywany lęk, wybrane cechy osobowości, wybrane zniekształcenia myślenia (np. tendencja do zniekształceń poznawczych o typie katastrofizacji polegającej na

przewidywaniu negatywnej przyszłości) czy też profil funkcjonowania poznawczego pacjentów doświadczających przewlekłego bólu w przebiegu zaburzeń skroniowo-żuchwowych, obejmujący w szczególności zaburzenia funkcjonowania uwagowo-wykonawczego (Berger i in., 2015; Biegańska-Banaś i in., 2018b; Biegańska-Banaś i in., 2018c).

14.3. Ból w przebiegu zaburzeń skroniowo-żuchwowych

Ból mięśni żucia lub/i stawów skroniowo-żuchwowych w przebiegu opisywanych zaburzeń jest główną przyczyną zgłaszania się pacjentów do leczenia protetycznego (Wright & Klasser, 2020). Nadmierny wysiłek fizyczny mięśni żucia jest konsekwencją ich przedłużającej się i długotrwałej pracy skurczowej w przebiegu parafunkcji. Doznania bólowe są konsekwencją wzrostu zużycia tlenu i glikogenu przy jednoczesnej akumulacji dwutlenku i kwasu mlekowego. Zjawisko to powiązane jest z aktywnością nocyceptorów, receptorów czucia bólu zlokalizowanych między innymi w tkance mięśniowej. Bodziec odbierany za pośrednictwem nocyceptorów przewodzony jest włóknami aferentnymi do ośrodkowego układu nerwowego. Odczucia bólu na poziomie ośrodkowego układu są uwarunkowane poznawczą funkcją mózgowia (Fillingam i in., 2013; Petroianu i in., 2023; Steenks i in., 2018; Wright & Klasser, 2020).

Ból mięśni związany jest z występowaniem lokalnych obszarów napiętych i nadwrażliwych pasm tkanki mięśniowej, zwanych punktami spustowymi (Poluha i in., 2018). Punkty spustowe bólu zlokalizowane w obrębie mięśni żucia mogą imitować ból zębów, ale także ucha, skroni czy czoła. Zwiększony poziom stresu emocjonalnego może przyczynić się do wzrostu aktywności mięśni żucia, a tym samym do rozwoju dolegliwości bólowych (Al-Khudhairy i in., 2022). W przebiegu nadmiernej aktywności fizycznej mięśni może dojść do mikrouszkodzeń włókien mięśniowych, a tym samym powstania i gromadzenia takich substancji, jak prostaglandyny, histaminy i cytokiny, które są substancjami powiązanymi z powstaniem lokalnego stanu zapalnego. Równocześnie doprowadza to do wzrostu przepuszczalności naczyń krwionośnych, a w konsekwencji do wycieku tych substancji do obszaru tkanki mięśniowej, podrażnienia receptorów i powstania odpowiedzi w postaci bólu mięśni (Ferreira i in., 2016).

Ból mięśni może przyjmować postać ostrego skurczu mięśni (rzadziej) bądź przewlekłego bólu mięśniowo-powięziowego (częściej). Może występować samoistnie lub sprowokowany ruchami żuchwy (aktywnością fizjologiczną) bądź działaniem palpacyjnym. Ten drugi charakteryzuje się złożonym mechanizmem powstawania. Może przyjmować postać bólu kłującego, uciskającego, promieniującego do okolicznych obszarów (Biegańska-Banaś i in., 2018b). Pacjent odczuwa mrowienie, pieczenie lub sztywność mięśni. Heterotopowość do zróżnicowanych okolic anatomiczno-fizjologicznych sprzyja odczuwaniu najczęściej bólu rozmytego, jednakże zlokalizowanego w obrębie konkretnych grup mięśni, przede wszystkim zaś mięśni żwaczy i wokółusznych struktur mięśniowych. Ostateczne, subiektywnie postrzegane nasilenie dolegliwości bólowych zależy w znacznej mierze od lokalizacji punktów spustowych (Oliveira i in., 2003). W chronicznej postaci ból mięśniowo-powięziowy towarzyszący zaburzeniom opisywany jest przez pacjentów jako umiarkowanie silny – jego natężenie jest szacowane na poziomie wartości równych 3–5 na 10 centymetrów skali wzrokowo-analogowej VAS (Celiker i in., 2010).

Pacjenci z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi o przewadze komponenty mięśniowej często opisują doświadczenia bólowe w sposób wskazujący na przeżywane stany emocjonalne jako wyczerpujący czy dokuczliwy (Biegańska-Banaś i in., 2018), co silnie koreluje z obniżoną jakością

życia. Prawdopodobnie ta wydaje się istotnie różnicować tę grupę pacjentów spośród pacjentów z zaburzeniami o innej etiologii, np. kostnej. Niższa jakość życia pacjentów z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi w aspekcie fizycznym i funkcjonalnym obejmuje przede wszystkim deficyty w zakresie swobodnego przeżywania przyjmowanych pokarmów, a przez to ograniczonego dokonywania wyborów żywieniowych (Nasri-Heir & Decker, 2023). Przewlekły ból doświadczany w związku z zaburzeniami istotnie obniża także jakość funkcjonowania pacjentów w takich obszarach, jak energia, fizyczna mobilność czy sen. Pacjenci doświadczają także licznych trudności w zakresie funkcjonowania poznawczego (w obszarach percepcyjnym, uwagowym, pamięciowym, wykonawczym), utrudniających swobodną orientację w otaczającej rzeczywistości oraz wywiązywanie się z zadań przynależnych pełnionym rolom społecznym (Biegańska-Banaś i in., 2018b; Biegańska-Banaś i in., 2018a; Biegańska-Banaś i in., 2019). Wypracowanie w procesie terapeutycznym możliwie długich okresów bez doświadczania bólu, ustania silnych, epizodycznych dolegliwości bólowych czy też ograniczenia odczuwanego lokalnie dyskomfortu fizycznego sprzyja poprawie jakości życia pacjentów w różnych sferach funkcjonowania, w tym także sferze poznawczej (Biegańska-Banaś i in., 2019).

14.4. Modele terapeutyczne dla zaburzeń skroniowo-żuchwowych

Modele terapeutyczne przeznaczone dla pacjentów z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi są znacząco powiązane z przyczynami dysfunkcji oraz nasileniem i rodzajem objawów. Przyjmując trudności psychoemocjonalne za główne czynniki tego schorzenia, za bardzo istotne należy uznać działanie w sferze ogólnej relaksacji pacjentów i usprawnienie radzenia sobie z doświadczanym stresem psychologicznym. Tym samym jedną z podstawowych interwencji terapeutycznych jest psychoedukacja pod kątem przyczyn powstawania zaburzeń skroniowo-żuchwowych, uświadczenie pacjentom wysokiej szkodliwości stosowanych przez nich nawykowych sposobów radzenia sobie ze stresem, a także rozwijanie samowiedzy, umiejętności i kompetencji dotyczących efektywnej samoregulacji emocjonalnej. Niekiedy oddziaływania te wiążą się ze specjalistyczną opieką psychologiczną, psychoterapeutyczną i/lub psychiatryczną (Fernández-de-Las-Peñas & Von Piekartz, 2020; Schiffman i in., 2014; Wright & Klasser, 2020).

Drugą bardzo istotną przyczyną rozwoju zaburzeń są parafunkcje okluzyjne, dlatego kolejną ważną interwencją są oddziaływania terapeutyczne ukierunkowane na całkowite oduczenie się patologicznych nawyków okluzyjnych w postaci zaciskania czy zgrzytania zębami. Jest to podstawowy i bardzo istotny warunek rozpoczęcia leczenia dysfunkcji. Żadne inne metody nie będą w pełni skuteczne, jeżeli nieustannie będą występować tego typu parafunkcje (Fillingam i in., 2013; Wright & Klasser, 2020). Spośród metod protetycznych często stosowane są w tym celu aparaty w postaci szyn okluzyjnych. Rodzaj aparatu uzależniony jest od rozpoznania konkretnego rodzaju zaburzeń. Jeżeli dominujące w obrazie patologicznym są problemy mięśniowe (nadczynność/wzrost napięcia mięśni), stosowane są szyny relaksacyjne – stabilizujące z prowadzeniem na kłach (ryc. 14.1).

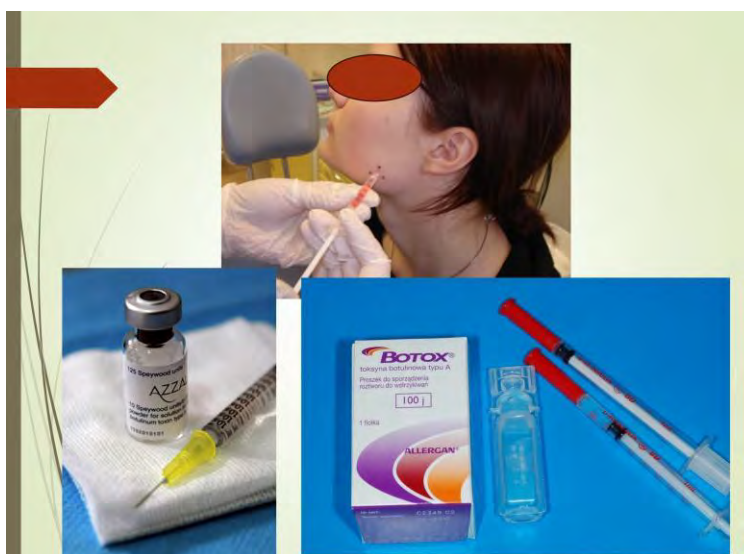


Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.1. Relaksacyjna szyna górna, wykonana z tworzywa akrylowego.

Jeżeli wiodącym problemem jest przemieszczenie krążka stawowego (najczęściej jednego), stosowane są wówczas szyny repozycyjne (Wright & Klasser, 2020).

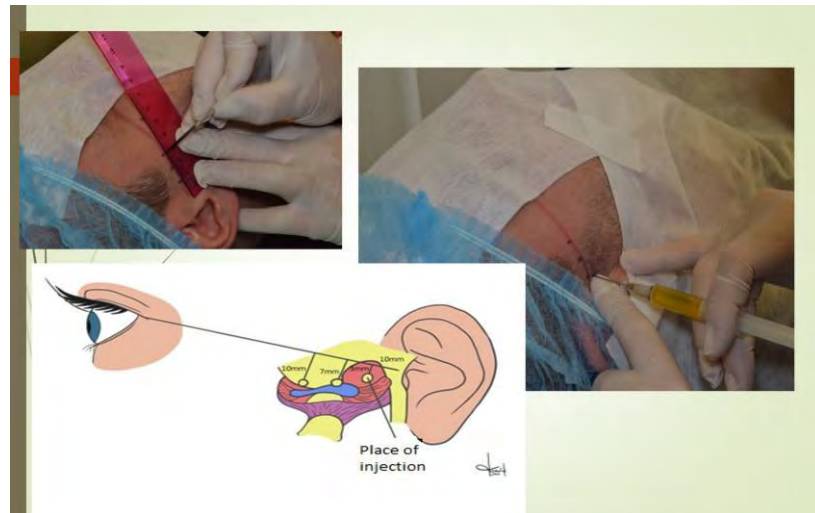
Istotne korzyści przynoszą domięśniowe iniekcje toksyny botulinowej typu A, które wymuszają relaksację mięśni na drodze farmakologicznej (ryc. 14.2) (Pihut i in., 2009).



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.2. Domięśniowe iniekcje toksyny botulinowej typu A.

Ponadto, w przypadkach patologii występujących w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych stosowane są dostawowe iniekcje kwasu hialuronowego i osocza bogatopłytkowego w okolicę górnego piętra twarzy (ryc. 14.3) (Wright & Klasser, 2020; Xu i in., 2023).



Źródło: Fotografia i rycina ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.3. Dostawowe iniekcje osocza bogatopłytkowego.

Bardzo istotne jest wspomagające leczenie fizjoterapeutyczne, w którym liczne zabiegi, takie jak terapia manualna, biostymulacja laserowa, sonoforeza, poizometryczna relaksacja mięśni, przyczyniają się do powrotu zespołów funkcjonalnych układu stomatognatycznego do warunków fizjologicznych i harmonii w swym działaniu. Wymagana jest systematyczność w podejmowaniu tych zabiegów (Ferreira i in., 2016; Paco i in., 2016; Wright & Klasser, 2020). W ostatnim czasie wzrasta liczba publikacji naukowych, w których podkreślana jest rola własnego udziału pacjenta w terapii (*self-management*). Wiąże się to z koniecznością wykonywania systematycznych ćwiczeń mających na celu rozluźnienie mięśni, przywrócenie sprawności ruchowej żuchwy oraz ścisłą kontrolę braku kontaktów zębów w łukach przeciwnych, co stanowi element walki z patologicznymi nawykami zaciskania zębów (Paco i in., 2016; Wright & Klasser, 2020).

Leczenie farmakologiczne najczęściej sprowadza się do domięśniowych iniekcji toksyny botulinowej typu A, rzadko stosowane są również leki przeciwbólowe i leki przeciwpadaczkowe trzeciej generacji (gabapentyna, lakozamid). Te ostatnie mają na celu relaksację mięśni. Ponadto zalecane jest stosowanie suplementów diety w postaci chondroityny i glukozaminy oraz ziółowych leków uspokajających. Podjęcie leczenia protetycznego oraz zastosowanie się pacjenta do zaleceń terapeutycznych przekazywanych przez lekarza często bardzo szybko przyczynia się do spadku natężenia bólu mięśni żucia i stawów skroniowo-żuchwowych, dlatego podawanie leków przeciwbólowych nie jest już wówczas konieczne (Fernández-de-Las-Peñas & Von Piekartz, 2020; Wright & Klasser, 2020).

14.5. Oddziaływania psychoterapeutyczne i psychologiczne wraz z oceną efektywności podejmowanych interwencji

Jednym z powodów nawrotów dolegliwości w przebiegu zaburzeń skroniowo-żuchwowych jest brak utrwalenia prawidłowych nawyków funkcjonalnych, które odgrywają kluczową rolę w trwałej eliminacji czynników prowadzących do powstawania tych zaburzeń (Karkazi & Özdemir, 2020). Nowe nawyki kształtowane w ramach psychoedukacji i terapii psychologicznej powinny zmierzać do redukcji napięcia mięśniowego, modyfikacji w obrębie inicjujących i podtrzymujących

czynników psychologicznych oraz łagodzenia psychologicznych konsekwencji długotrwanie utrzymujących się objawów zaburzeń (Pihut & Biegańska, 2014; Pihut & Biegańska, 2015). Zmotywowanie pacjentów do długoterminowego, aktywnego zaangażowania w proces terapeutyczny, w szczególności poprzez stosowanie się do zaleceń psychologów, psychoterapeutów czy fizjoterapeutów oraz podtrzymywanie równoczesnej aktywności pacjenta w różnych obszarach rehabilitacji, stanowi wyzwanie dla lekarzy specjalistów zajmujących się leczeniem schorzeń narządu żucia (Garrigós-Pedrón i in., 2019).

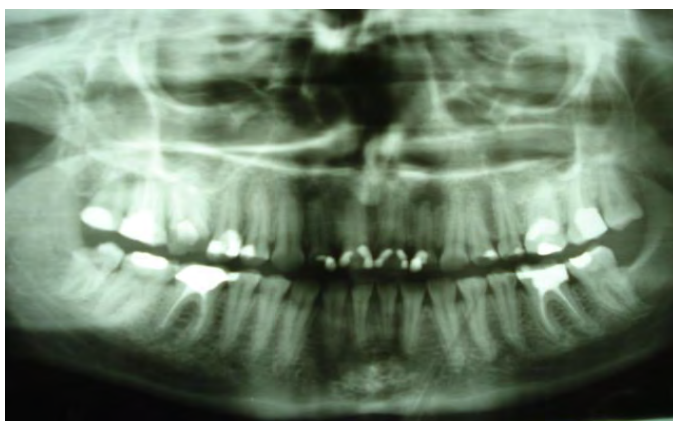
Zróżnicowane oddziaływania psychologiczne oraz psychoterapeutyczne, podobnie jak wcześniej fizjoterapeutyczne, coraz wyraźniej zaznaczają się w kompleksowych modelach leczenia zaburzeń skroniowo-żuchwowych – w szczególności tych zaburzeń, w których za zasadniczą komponentę należy uznać element mięśniowy. Oddziaływania psychoterapeutyczne o udokumentowanej skuteczności w zakresie nabywania przez pacjentów dodatkowych umiejętności redukcji bólu oraz rozwijania strategii radzenia sobie z codziennymi stresorami i trudnymi zdarzeniami życiowymi prowadzone są głównie w nurcie poznawczo-behawioralnym (Iwasaki i in., 2018; Penlington i in., 2022). Za pomocą technik psychoterapeutycznych realizowana jest także praca nad czynnikami psychologicznymi sprzyjającymi doświadczaniu i podtrzymywaniu uczucia chronicznego bólu, takimi jak złość, depresja czy wyuczona bezradność (Gatchel, 1991).

Wśród propozycji pełnych protokołów oddziaływań psychoedukacyjnych warto wspomnieć o narzędziach opracowanych w Katedrze Protetyki Stomatologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (Ferendiuk i in., 2019; Pihut i in., 2016) czy Eastman Dental Institute przy University College London (Jerjes i in., 2007), które opisują wiele sposobów na modyfikację destruktywnych dla pacjenta nawyków podtrzymujących symptomatologię zaburzeń skroniowo-żuchwowych, usprawnienie strategii radzenia sobie z doświadczanym stresem psychologicznym, w tym stanowiącym konsekwencję długotrwanie utrzymujących się zaburzeń. Z pozytywnym skutkiem do programów psychoedukacyjnych włączane są techniki relaksacyjne, na przykład autorska modyfikacja treningu relaksacji progresywnej Jacobsona, która jest uznawana przez pacjentów za wartościowe uzupełnienie leczenia protetycznego i fizjoterapeutycznego ukierunkowanego na obniżenie wyjściowego poziomu napięcia psychofizycznego, usprawnienie radzenia sobie z konsekwencjami odczuwanego stresu psychologicznego oraz eliminację niepożądanych nawyków (Ferendiuk i in., 2019).

Badania wskazują ponadto, że istotne efekty terapeutyczne w zakresie szybko osiąganego kontroli dolegliwości można uzyskać poprzez uzupełnienie leczenia o oddziaływania prowadzone metodą biofeedback z użyciem elektromiografii (EMG) i pomiarów termicznych (Gardea i in., 2001; Flor & Birbaumer, 1993). Wykorzystuje ona specjalistyczny sprzęt do monitorowania i prezentowania informacji o bieżącej aktywności mięśniowej oraz zmianach temperatury ciała. Pacjenci mogą doświadczyć zmian napięcia mięśniowego w odpowiedzi na różne techniki relaksacyjne lub inne proponowane im oddziaływania psychologiczne czy psychoterapeutyczne, a to z kolei wzmacnia odczuwane poczucie ulgi oraz motywację do zaangażowania się w proces leczenia.

14.6. Opis przypadku

Pacjentka, lat 24, zgłosiła się do leczenia protetycznego z powodu bólu w okolicy obu mięśni żwaczy (VAS 5-7), który utrzymywał się od 5 miesięcy z różnym nasileniem. Zgłaszała również występowanie parafunkcji okluzyjnych, takich jak zaciskanie i zgrzytanie zębami, utrzymujące się od wielu lat. Ponadto pacjentka chciała poprawić wygląd uzębienia w przednim odcinku łuku. Od 4 lat była leczona specjalistycznie z powodu bulimii, z zastosowaniem leczenia farmakologicznego (psychiatrycznego i neurologicznego) oraz oddziaływań psychoterapeutycznych. Na dzień diagnozy prowokowała wymioty 4–6 razy w tygodniu. Stan uzębienia naturalnego przedstawiono na rycinach 14.4 i 14.5.



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.4. Zdjęcie panoramiczne pacjentki.



Źródło: Fotografie ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.5. Stan uzębienia w okluzji centralnej i dyskluzji łuków zębowych.



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.6. Modele diagnostyczne szczęk pacjentki.

Podjęte interwencje terapeutyczne

Rozpoznano I klasę według Galasińskiej-Landzbergerowej w szczęcie i żuchwie, A1 według Eichnera, II grupę według Majewskiego (schorzenia ogólne i uogólnione patologiczne starcie zębów, wskaźnik starcia 2 i 3 według Smitha i Knighta) oraz oznaki erozji zębów przednich. W badaniu klinicznym stwierdzono znaczący wzrost napięcia mięśni żucia. Plan leczenia obejmował: leczenie przedprotetyczne (leczenie zachowawcze ubytków próchnicowych, leczenie endodontyczne), zastosowanie akrylowej szyny relaksacyjnej na 6 miesięcy, wdrożenie terapii manualnej, systematyczne i samodzielne wykonywanie przez pacjentkę ćwiczeń relaksacyjnych (opartych na treningu relaksacji progresywnej Jacobsona) oraz psychoedukację. Prowadzone przez psychologa oddziaływania psychoedukacyjne obejmowały klaryfikację wiedzy pacjentki na temat przyczyn i przebiegu choroby podstawowej oraz udziału czynników psychologicznych w jej podtrzymywaniu, a także rozwój kompetencji radzenia sobie ze stresem psychologicznym (usprawnienie procesów samoregulacji emocjonalnej, samodzielnego rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze skutkami choroby, modyfikacji destruktywnych nawyków stanowiących para-funkcje). Psychoedukacja obejmowała zróżnicowane techniki terapii poznawczo-behawioralnej, m.in. techniki relaksacyjne, zarządzania czasem czy modyfikacji zachowań, obejmujące zarówno edukację pacjentki, jak i trening umiejętności. Pacjentce zalecono ponadto kontynuowanie leczenia specjalistycznego (neurologicznego, psychiatrycznego, psychoterapii). Ból mięśni żwaczy ustąpił po 3 tygodniach od chwili rozpoczęcia leczenia.



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.7. Wyznaczenie zwarcia konstrukcyjnego.

Następnie wyznaczono zwarcia konstrukcyjne i wykonano diagnostyczne nawoskowanie modeli, na podstawie których wykonano kształtki do rekonstrukcji koron klinicznych i prawidłowych warunków okluzyjnych z zastosowaniem materiału kompozytowego (ze względu na ograniczenia finansowe zgłoszone przez pacjentkę innych rozwiązań protetycznych nie rozważano). Przeprowadzona rekonstrukcja uzębienia została w pełni zaakceptowana przez pacjentkę. Cyfrowa analiza okluzji wykazała rozkład kontaktów zwarciovych po 50% z każdej strony uzębienia.



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.8. Diagnostyczne nawoskowanie modeli uwzględniające zwarcie konstrukcyjne.



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.9. Kształtki celulooidowe wykonane dla pacjentki w celu odbudowy poszczególnych zębów z zastosowaniem materiału kompozytowego.



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.10. Rekonstrukcja prawidłowych warunków okluzji z zastosowaniem materiału kompozytowego, przeprowadzona z użyciem indywidualnych kształtek.



Źródło: Fotografia ze zbiorów własnych M. Pihut.

Ryc. 14.11. Stan uzębienia pacjentki przed i po leczeniu protetycznym.

Monitorowanie postępu terapeutycznego

Pacjentka zastosowała się całkowicie do przekazanych zaleceń terapeutycznych. Zgłaszała się na wyznaczone co 4 tygodnie wizyty kontrolne, podczas których każdorazowo przeprowadzano badanie czynnościowe narządu żucia. Cały proces terapeutyczny trwał 14 miesięcy. Pacjentka zakończyła w tym czasie leczenie psychiatryczne i neurologiczne, jednak kontynuowała psychoterapię jeszcze przez około 6 miesięcy. Po upływie 12 miesięcy od zakończenia leczenia uczestniczyła w przypominających sesjach terapii manualnej i psychoedukacji oraz odbyła kontrolną wizytę lekarską, w czasie których nie stwierdzono nawrotu zaburzeń skroniowo-żuchwowych, wskazując jednocześnie na poprawę psychofizycznego funkcjonowania pacjentki.

14.7. Pytania i zadania



1. Wyjaśnij, w jaki sposób zaburzenia psychoemocjonalne mogą przyczynić się do występowania zaburzeń skroniowo-żuchwowych.
2. Opisz, w jaki sposób dochodzi do kształtowania dolegliwości bólowych u pacjentów z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi.
3. Omów interdyscyplinarny model leczenia zaburzeń skroniowo-żuchwowych.

Bibliografia

- Abe, S., Kawano, F., Matsuka, Y., Masuda, T., Okawa, T. & Tanaka, E. (2022). Relationship between Oral Parafunctional and Postural Habits and the Symptoms of Temporomandibular Disorders: A Survey-Based Cross-Sectional Cohort Study Using Propensity Score Matching Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21): 6396.
- Al-Khotani, A., Naimi-Akbar, A., Gjerset, M., Albadawi E., Bello, L., Hedenberg-Magnusson, B. & Christidis, N. (2016). The associations between psychosocial aspects and TMD-pain related aspects in children and adolescents. *J Headache Pain* 17, 30
- Al-Khudhairy, M.W., Al-Mutairi, A., Al Mazyad, B., Al Yousef, S. & Hatab Alanazi, S. (2022). The Association Between Post-Traumatic Stress Disorder and Temporomandibular Disorders: A Systematic Review. *Cureus*, 14(11): e31896.

- Almutairi, A.F., Albeshar, N., Aljohani, M., Alsinanni, M., Turkistani, O. & Salam, M. (2021). Association of oral parafunctional habits with anxiety and the Big-Five Personality Traits in the Saudi adult population. *Saudi Dental Journal*, 33(2): 90–98.
- Atsü, S.S., Güner, S., Palulu, N., Bulut, A.C. & Kürkçüoğlu, I. (2019). Oral parafunctions, personality traits, anxiety and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in the adolescents. *African Health Sciences*, 19(1): 1801–810.
- Berger M., Oleszek-Listopad J., Marczak M. & Szymańska J. (2015). Psychological aspects of temporomandibular disorders—literature review. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*, 28(1), 55–59.
- Biegańska-Banaś, J., Ferendiuk E., Gierowski, J.K. & Pihut, M. (2018a). Cognitive functioning and myofascial pain in temporomandibular disorders. *Journal of Stomatology*, 71(3), 277–287.
- Biegańska-Banaś, J., Gierowski, J.K., Ferendiuk, E., Pihut, M. & Adamczyk, K. (2018b). In quest of the longest-lasting and most annoying pain for patients and dentist. Quantitative and qualitative characteristics of temporomandibular pain dysfunction syndrome – a questionnaire study. *Health Psychology Report*, 6(3), 222–242.
- Biegańska-Banaś, J., Gierowski, J.K., Pihut, M. & Ferendiuk, E. (2019). Oral health-related quality of life and cognitive functioning in myofascial temporomandibular disorders pain. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 21(1), 45–58.
- Biegańska-Banaś, J., Pihut, M., Gierowski, J.K. & Ferendiuk, E. (2018c). Changes in cognitive functioning as an effect of complex treatment of myofascial pain in temporomandibular disorders. *Journal of Stomatology*, 71(4), 322–332.
- Celiker, R., Atalay, A. & Guven, Z. (2010). Health-related quality of life in patients with myofascial pain syndrome. *Current Pain and Headache Reports*, 14(5): 361–366.
- Dal Singh, V. & Majeti, V.D. (2021). Clinical Evaluation of the Temporomandibular Joint. W: D. Bhargava (red.), *Temporomandibular Joint Disorders* (s. 69–83). Springer, Singapor.
- Dutra Dias, H., Botelho, A.L., Bortoloti, R. & Dos Reis, A.C. (2024). Neuroscience contributes to the understanding of the neurobiology of temporomandibular disorders associated with stress and anxiety. *Cranio*, 42(4): 439–444.
- Dos Santos, E.A, Peinado, B.R.R., Frazão, D.R., Né, Y.G.S., Fagundes, N.C.F., Magno, M.B., Maia, L.C., Lima, R.R. & de Souza-Rodrigues, R.D. (2020). Association between temporomandibular disorders and anxiety: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 990430.
- De Godoi Gonçalves, D.A., Dal Fabbro, A.L., Campos, J.A.D.B., Bigal, M.E. & Speciali, J.G. (2010). Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. *Journal of Orofacial Pain*, 24(3): 270–278.
- Ferendiuk, E., Biegańska-Banaś, J.M., Kazana, P. & Pihut, M. (2019). Progressive muscle relaxation according to Jacobson in treatment of the patients with temporomandibular joint disorders. *Folia Medica Cracoviensia*, 59(3):113–112.
- Fernández-de-Las-Peñas, C. & Von Piekartz, H. (2020). Clinical reasoning for the examination and physical therapy treatment of temporomandibular disorders (TMD): a narrative literature review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11): 3686.
- Ferreira, C.L., Silva, M.A. & Maria de Felício, C. (2016). Signs and symptoms of temporomandibular disorders in women and men. *Codas*, 28(1): 17–21.
- Fillingim, R. B., Ohrbach, R., Greenspan, J. D., Knott, C., Diatchenko, L., Dubner, R. & Maixner, W. (2013). Psychological factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study. *The Journal of Pain*, 14(12): T75–T90.
- Flor, H. & Birbaumer, N. (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 653–658.

- Florjański, W. & Orzeszek, S. (2021). Role of mental state in temporomandibular disorders: A review of the literature. *Dent Med Probl.* 58(1): 127–133.
- Gardea, M.A., Gatchel, R.J. & Mishra, K.D. (2001). Long-term efficacy of behavioral treatment of temporomandibular disorders. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(4): 341–359.
- Garrigós-Pedró, M., La Touche, R., Navarro-Desentre, P., Gracia-Naya, M. & Segura-Ortí, E. (2019). Widespread mechanical pain hypersensitivity in patients with chronic migraine and temporomandibular disorders: relationship and correlation between psychological and sensorimotor variables. *Acta Odontologica Scandinavica*, 77(3): 224–231.
- Gatchel, R.J. (1991). Early development of physical and mental deconditioning in painful spinal disorders. W: T.G. Mayer, V. Mooney i Gatchel, R. J. (red.), *Contemporary Conservative Care for Painful Spinal Disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Guzman, U.A. & Gremillion, H.A. (2008). Zaburzenia czynności stawu skroniowo-żuchwowego – problemy epidemiologiczne i etiologiczne. Część 1. *Dental Tribune Polska*, 6(3), 9–11.
- Iwasaki, S., Shigeishi, H., Akita, T., Tanaka, J. & Sugiyama, M. (2018). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with temporomandibular disorder painsystematic review of previous reports. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(2): 500–509.
- Johansson, A.K., Johansson, A., Unell, L., Norring, C. & Carlsson, G.E. (2010). Eating disorders and signs and symptoms of temporomandibular disorders: a matched case-control study. *Swedish Dental Journal*, 34(3): 139–147.
- Jerjes, W., Madland, G., Feinmann, C., El Maaytah, M., Kumar, M., Hopper, C., Upile, T. & Newman, S. (2007). Psycho-education programme for temporomandibular disorders: a pilot study. *Journal of Negative Results Biomedicine*, 23(6): 4.
- Loster, J. & Grochala, J. (2023). Temporomandibular Joint Hypermobility Examination through Differentiation of Sounds. W: K. Kummoona Raja, *Temporomandibular joint – surgical reconstruction and managements* (s. 1–14). London: IntechOpen.
- Mazzetto, M.O., Anacleto, M.A., Rodrigues, C.A., Bragança, R.M., Paiva, G. & Valencise Magri, L. (2017). Comparison of mandibular movements in TMD by means of a 3D ultrasonic system and digital caliper rule. *Cranio*, 35(1): 46–51.
- Mélou, C., Sixou, J.L., Sinquin, C. & Chauvel-Lebret, D. (2023). Temporomandibular disorders in children and adolescents: A review. *Archives de Pédiatrie*, 30(5): 335–342.
- Michalak, M., Wysokińska-Miszczyk, J., Wilczak, M., Paulo, M., Bożyk, A. & Borowicz, J. (2012). Correlation between eye and ear symptoms and lack of teeth, bruxism and other parafunctions in population of 1006 patients in 2003–2008. *Archives of Medical Science*, 8(1): 104–110.
- Minervini, G., Marrapodi, M.M., Siurkel, Y., Cicciù, M. & Ronsivalle, V. (2024). Accuracy of temporomandibular disorders diagnosis evaluated through the diagnostic criteria for temporomandibular disorder (DC/TMD) Axis II compared to the Axis I evaluations: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*, 24(1): 299.
- Nasri-Heir, C. & Touger-Decker, R. (2023). Temporomandibular Joint Disorders and the Eating Experience. *Dental Clinics of North America*, 67(2): 367–377.
- Nowak, Z., Szendera, F., Sokołowska, M., Sitek, M., Nitecka-Buchta, A. & Baron, S. (2020). Trzaski w stawie skroniowo-żuchwowym jako podstawowy objaw akurystyczny zaburzeń skroniowo-żuchwowych układu ruchowego narządu żucia. *Magazyn Stomatologiczny*, 7–8: 62–69.
- Ohrbach, R. & Michelotii, A. (2018). The role of stress in the etiology of oral parafunction and myofascial pain. *Oral and Maxillofacial Surgery and Clinics of North America*, 30(3): 369–379.
- Oral, K., Bal Küçük, B.U.R.C.U., Ebeoğlu, B. & Dincer, S. (2009). Etiology of temporomandibular disorder pain. *Agri*, 21(3): 89–94.
- Paço, M., Peleteiro, B., Duarte, J. & Pinho, T. (2016). The effectiveness of physiotherapy in the

- management of temporomandibular disorders: a systematic review and meta- analysis. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 30(3): 210–220.
- Palmer, J. & Durham, J. (2021). Temporomandibular disorders. *BJA Education*, 21(2): 44–50.
- Pavlou, I.A., Spandidos, D.A., Zoumpourlis, V. & Papakosta, V.K. (2024). Neurobiology of bruxism: The impact of stress (Review). *Biomedical Reports*, 20(4): 59.
- Penlington, C., Bowes, C., Taylor, G., Otemade, A.A., Waterhouse, P., Durham, J. & Ohrbach, R. (2022). Psychological therapies for temporomandibular disorders (TMDs). *Cochrane Database Systematic Review*, 8(8): CD013515.
- Petroianu, G.A., Aloum, L. & Adem, A. (2023). Neuropathic pain: Mechanisms and therapeutic strategies. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 16(11): 1072629.
- Pihut, M. & Biegańska, J. (2014). Psychoeducation on program on strategies for coping with stress in patients with temporomandibular joint dysfunction. *Biomed Research International*, 678169: 6.
- Pihut, M. & Biegańska J. (2015). Psychoedukacja w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem jako metody wspomagającej terapię zaburzeń czynnościowych narządu żucia. *Protetyka Stomatologiczna*, 65(4): 366–367.
- Pihut, M., Biegańska-Banaś, J. & Urbański, P. (2016). Psychoeducation training on stress management strategies as an addition to the therapy of temporomandibular joint dysfunction – preliminary studies. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 18(1): 43–47.
- Pihut, M., Kostrzewa-Janicka, J., Orczykowska, M., Biegańska-Banaś, J., Gibas-Stanek, M. & Gala, A. (2024). Initial assessment of the psycho-emotional state of patients with temporomandibular disorders : A pilot study. *Dental and Medical Problems*, 61(1): 153–159.
- Pihut, M., Kasińska-Mazur, M., Biegańska-Banaś, J. & Gala, A. (2021). Psychoemotional disturbance in adult patients with temporomandibular disorders. Research article. *Folia Medica Cracoviensia*, 61(1): 57–65.
- Pihut, M., Kulesa-Mrowiecka M., Chmura K. & Gala A. (2020). Diagnostic of Temporomandibular Disorders and Other Facial Pain Conditions-Narrative Review and Personal Experience. *Medicina (Kaunas)*, 56(9): 47.
- Pihut, M., Wiśniewska, G., Majewski, P., Gronkiewicz, K. & Majewski, S. (2009). Measurement of occlusal forces in the therapy of functional disorders with the use of botulinum toxin type A. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 60(8): 113–116.
- Poluha, R.L., Grossmann, E., Iwaki, L.C.V., Uchimura, T.T., Santana, R.G. & Iwaki Filho, L. (2018). Myofascial trigger points in patients with temporomandibular joint disc displacement with reduction: a cross-sectional study. *Journal of Applied Oral Science* 18(26): e20170578.
- Prasad, S.R., Kumar, N.R., Shrithi, S.R. & Kalavathi, S.D. (2016). Temporomandibular pain. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 20(2): 272–275.
- Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J. P. & Dworkin, S. F. (2014). Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of Oral and Facial Pain and Headache*, 28(1): 6–27.
- Shaffer, S. M., Brismée, J.M., Sizer, P.S. & Courtney, C.A. (2014). Temporomandibular disorders. Part 1: anatomy and examination/diagnosis. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 22(1): 2–12.
- Skeie, M.S., Frid, P., Mustafa, M., Aßmus, J. & Rosén, A. (2018). DC/TMD examiner protocol: longitudinal evaluation on interexaminer reliability. *Pain Research and Management*, 16: 7474608.
- Sójka, A., Stelcer, B., Roy, M., Mojs, E. & Pryliński, M. (2019). Is there a relationship between psychological factors and TMD? *Brain and Behavior*, 9(9): e01360.

- Steenks, M.H., Türp, J.C., Habel, M.D., Anton de Wije, R.P.T. & Steenks, M.H. (2018). Reliability and Validity of the DC/TMD Axis I. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 32(1): 27–28.
- Wright, E. & Klasser, G. (2020). Manual of temporomandibular disorders. Fourth Edition New Orleans: Wiley Blackwell.
- Xu, J., Ren, H., Zhao, S., Li, Q., Li, C., Bao, G. & Kang, H. (2023). Comparative effectiveness of hyaluronic acid, platelet-rich plasma, and platelet-rich fibrin in treating temporomandibular disorders: A systematic review and network meta-analysis. *Head & Face Medicine*, 19(1): 39.
- Yakkaphan, P., Elias, L.A., Ravindranath, P.T. & Renton, T. (2024). Is painful temporomandibular disorder a real headache for many patients? *British Dental Journal*, 236(6): 475–482
- Yap, A.U., Marpaung, C. (2023). Psychological distress and coping orientations in young adults: their associations with temporomandibular disorder symptoms. *Acta Odontologica Scandinavica*, 81(6): 456–463.
- Yin, Y., He, S., Xu, J., You, W., Li, Q., Long, J., Luo, L., Kemp, G.J., Sweeney, J.A., Li, F., Chen, S. & Gong, Q. (2020). The neuro-pathophysiology of temporomandibular disorders-related pain: a systematic review of structural and functional MRI studies. *Journal of Headache and Pain*, 21(1): 78.

15. Wypalenie zawodowe

Monika Tysiąc-Miśta

Wypalenie zawodowe (*burnout*) zostało po raz pierwszy opisane przez **Herberta J. Freudenbergera** w 1974 r., kiedy pracował w ośrodku dla osób uzależnionych od narkotyków wraz z grupą idealistycznie nastawionych wolontariuszy. Zauważył stopniowo postępującą utratę motywacji, siły i zaangażowania ochotników w pracę charytatywną oraz występowanie wśród nich różnych objawów psychosomatycznych. Na tej podstawie opisał zaburzenie psychiczne wynikające z przedłużonej odpowiedzi organizmu na przewlekły stres zawodowy spowodowany stresorami interpersonalnymi (Freudenberger, 1974a; Freudenberger, 1974b). Scharakteryzował on **wypalenie zawodowe jako stan fizycznego i psychicznego wyczerpania związanego z czynnościami opiekuńczymi lub zawodowymi, które wymagają częstego i intensywnego kontaktu z ludźmi**. Praca ta zakłada duży stopień zaangażowania emocjonalnego w relacje między jednostkami, dużą odpowiedzialność za efekty własnej pracy oraz niemożność postawienia jednoznacznej granicy między życiem osobistym i zawodowym (Nene & Tadi 2022).

Freudenberger wyszczególnia następujące **fazy procesu wypalenia** (Stawiarska 2016):

1. Stałe udowadnianie własnej wartości – poczucie przymusu.
2. Zwiększenie zaangażowania w pracę.
3. Zaniedbanie indywidualnych potrzeb.
4. Wyczerpanie.
5. Negatywne przewartościowanie.
6. Mechanizmy obronne – wyparcie.
7. Wycofanie się.
8. Zmiany w zachowaniu.
9. Utrata poczucia własnej tożsamości.
10. Poczucie wewnętrznej pustki.
11. Wyczerpanie i depresja.
12. Wypalenie.

Z kolei **Maslach** i wsp., na podstawie badań prowadzonych wśród pracowników opieki społecznej, ochrony zdrowia i szkolnictwa, opisali wypalenie zawodowe jako **triadę stanów**, do których, poza przytłaczającym wyczerpaniem emocjonalnym, dochodzą również depersonalizacja i obniżone poczucie dokonań osobistych. Wielowymiarowość prezentowanego modelu zaburzenia polega na tym, że umiejscawia doświadczenie stresu w kontekście społeczno-zawodowym i wiąże go z pojmowaniem swojej osoby i innych (Maslach i in., 2001).

Wyczerpanie emocjonalne wiąże się z odczuciem nadmiernego obciążenia oraz uszczuplenia własnych zasobów fizycznych i emocjonalnych. Objawia się niechęcią do pracy, mniejszym zainteresowaniem sprawami zawodowymi, ciągłym stanem napięcia psychofizycznego, drażliwością oraz objawami psychosomatycznymi, takimi jak bóle głowy, bezsenność, chroniczne zmęczenie czy dolegliwości żołądkowo-jelitowe. Proces wypalenia często zaczyna się od wyczerpania w wyniku nadmiernego zapotrzebowania na energię i zasoby, którymi jednostka przestaje dysponować. Należy podkreślić, że proces ten zwykle zaczyna się od wysokiej motywacji, „zapalenia się do czegoś”, stąd dotyczy głównie osób o wysokim pobudzeniu i zaangażowaniu w pracę. Kolejne komponenty syndromu stają się jego konsekwencjami (Klusmann i in., 2021).

Depersonalizacja polega na zwiększeniu psychicznego dystansu wobec drugiej osoby i jej problemów, przyjęciu negatywnych lub niewłaściwych postaw wobec niej, utracie idealizmu i wycofaniu. Pozwala to na mniejsze zaangażowanie w relacje międzyludzkie. Stanowi konsekwencję wyczerpania emocjonalnego lub sposób radzenia sobie z nim. Pozornie zabezpiecza jednostkę przed poczuciem krzywdy, straty oraz braku równowagi pomiędzy wysiłkiem włożonym w pracę a faktycznymi własnymi osiągnięciami. Tę komponentę syndromu w literaturze przedmiotu nazywa się również zdystansowaną troską, obronną dehumanizacją czy cynizmem (Maslach & Leiter, 2016).

Obniżone poczucie osobistych dokonań objawia się poczuciem braku kompetencji, utratą wiary we własne możliwości i niezrozumieniem ze strony przełożonych, stopniową utratą umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów i niemożnością dostosowania się do niełatwych warunków zawodowych, faktycznym spadkiem produktywności i osiągnięć w pracy. Staje się bodźcem, by pracować więcej. Jednak z czasem, wskutek przepracowania osoba ta staje się mniej efektywna, popełnia więcej błędów, co sprawia, że przeświadczenie o braku kompetencji ulega wzmocnieniu, a osoba dotknięta wypaleniem zawodowym wpada w błędne koło (Maslach & Leiter, 2016; Schaufeli i in., 2009).

Mechanizm powstawania zespołu wypalenia zawodowego zwykle wiąże się z tym, że pod wpływem silnego, przewlekłego stresu u danej osoby narasta wyczerpanie emocjonalne. Próbując ochronić się przed jego skutkami, człowiek w konsekwencji przyjmuje postawę cynizmu, która, paradoksalnie, również stanowi źródło kolejnych obciążeń emocjonalnych. Jeżeli praca wykonywana polega na interakcji z drugim człowiekiem, to w wyniku swojej zdystansowanej postawy otrzymuje on informację zwrotną, która daje poczucie niedostatecznych dokonań osobistych, braku satysfakcji z wykonywanych czynności zawodowych i ostatecznie obniża efektywność jej wykonywania. Nie zawsze syndrom ten postępuje zgodnie z zaprezentowanym schematem, jednak finalnie występują wszystkie trzy opisane składowe wypalenia (Edú-Valsania i in., 2022).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wypalenie zawodowe zostało zakwalifikowane jako syndrom zawodowy, który ma wpływ na stan zdrowia, ale nie jest stanem chorobowym. W klasyfikacji ICD-11 został mu nadany symbol QD85 (WHO, 2024). Na podstawie literatury szacuje się, że wypalenie zawodowe wśród lekarzy dentyków pracujących w krajach europejskich sięga od 8% w Wielkiej Brytanii (Denton i in., 2008) do 16% w Irlandii (Gorter & Freeman, 2011).

Wypalenie zawodowe należy odróżniać od innych następstw stresu zawodowego i konstruktów psychologicznych, takich jak niezadowolenie z pracy, zmęczenie fizyczne, stres zawodowy, kryzys i depresja (Schaufeli i in., 2001). Niezadowolenie z pracy jest zjawiskiem przejściowym, które nie wpływa dotkliwie na zdrowie psychiczne jednostki. Dopiero gdy zaistniała sytuacja nabiera

charakteru przewlekłego, budzi poczucie absolutnej niemocy i braku jakiejkolwiek sprawczości, staje się sygnałem rozpoczynających się zaburzeń. Osoba o wystarczających zasobach emocjonalnych w takiej sytuacji zmienia miejsce pracy bądź jej charakter, celem zadbania o siebie i swoje dobro (Stawiarska, 2016). Zmęczenie fizyczne zakłada możliwość szybkiej regeneracji po odpoczynku. Jeśli jednak ciągły stan napięcia emocjonalnego uniemożliwia psychiczne zdystansowanie się od problemów, które umożliwiłoby spokojny sen lub powzięcie jakiejś relaksującej aktywności (np. spacer, spotkanie z przyjaciółmi itp.), to jednostka w sposób nieuchronny zmierza w kierunku wyczerpania stanowiącego główny komponent zaburzenia. Stres zawodowy, który jest silniejszy niż na to pozwalają psychofizyczne zasoby jednostki, stanowi przyczynę wypalenia zawodowego i obejmuje nie tylko relacje interpersonalne, lecz także i inne czynniki środowiska pracy (Salvagioni i in., 2017).

Kryzys w psychologii zdefiniowany jest jako moment przełomowy w życiu jednostki, związany z ważną w jej życiu zmianą, która wymusza zaadaptowanie się do niej. Wbrew pozorom, o ile zaistniały kryzys zostanie rozwiązany, może on dać szansę na osiągnięcie kolejnego etapu rozwoju emocjonalnego, zyskanie cennych życiowych doświadczeń, stworzenie narzędzi radzenia sobie w trudnych sytuacjach w przyszłości (w myśl zasady „co nas nie zabije, to nas wzmocni”). Stąd może on mieć ważne pozytywne znaczenie, w odróżnieniu od wypalenia zawodowego, gdzie ze względu na wyczerpanie emocjonalne trudno jest znaleźć zasoby emocjonalne umożliwiające autorefleksję, stanowiącą zaczyn do powzięcia działań umożliwiających wyjście z trudnej sytuacji. Wynika to z faktu, że kryzys stanowi punkt zwrotny, punkt kulminacyjny, w którym jednostka mobilizuje swoje często nadwątlone siły, natomiast wypalenie zawodowe ma charakter przewlekły, który powoli i niezauważalnie dla niej pozbawia człowieka zasobów emocjonalnych (Kaim i in., 2024; Stawiarska, 2016).

Depresja i wypalenie zawodowe przenikają się wzajemnie, jednak w drugim przypadku mamy do czynienia z zagadnieniem uszczegółowionym, silnie związanym ze środowiskiem pracy i relacjami interpersonalnymi (Golonka i in., 2019).

15.1. Czynniki ryzyka wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe jest procesem, który postępuje powoli i systematycznie. Przyczynami tego stanu są trudne warunki środowiska pracy związane z obciążeniami wynikającymi z nadmiaru obowiązków, wysokim stopniem zależności zawodowej, brakiem wsparcia ze strony przełożonych, niedostosowaniem wykonywanych zadań do poziomu i wiedzy oraz konfliktami międzyludzkimi. Wypalenie zawodowe dotyczy głównie młodych lekarzy dentystów. Wraz ze zdobywanym doświadczeniem wzrasta realistyczne podejście do pracy, co pozwala im przystosować się do trudnych jej warunków. Stąd wypalenie zawodowe w grupie starszych dentystów jest relatywnie niższe (Jin i in., 2015). Należy wziąć również pod uwagę indywidualne uwarunkowania osobnicze jednostki, w tym cechy charakteru (perfekcjonizm, autokrytycyzm, idealizm czy introwertyzm), trudności w podejmowaniu decyzji, brak umiejętności radzenia sobie w stresujących sytuacjach wynikający z niskich kompetencji społecznych i braku autoanalizy swoich zachowań (de Lisser i in., 2024).

Z kolei według koncepcji Maslach niedostosowanie między pracownikiem a pracą w sześciu obszarach, takich jak obciążenie nią, kontrola, wynagrodzenie, wspólnotowość, sprawiedliwość i wartości, powoduje wzrost napięcia, wyczerpanie, cynizm i brak skuteczności, które są cha-

rakterystyczne dla wypalenia (Baugh i in., 2020). Podkreśla ona, że wypalenie zawodowe jest problemem, za który główną odpowiedzialność ponoszą struktury organizacyjne, a nie defekty osobowościowe. Zgodnie z koncepcją Kolba, twórcy Kwestionariusza Klimatu Organizacyjnego (KKO), wyróżnia się trzy jego typy – wspierający, autokratyczny i mieszany. Klimat organizacyjny wspierający występuje wtedy, gdy pracownikowi stawiane są wysokie wymagania, ale zostają jasno zdefiniowane i dają szansę na osobisty rozwój zawodowy. Odpowiedzialność za powierzone zadanie ponosi osobiście pracownik, ale w przypadku problemów może liczyć na pomoc ze strony przełożonych i współpracowników. Klimat organizacyjny autokratyczny ma miejsce, gdy wymagania są mało sprecyzowane, co nie sprzyja poczuciu indywidualnej odpowiedzialności. Zadania wykonywane są przez pracowników z jawną niechęcią, ponieważ kierownik nie jest dla nich autorytetem, nie mogą również polegać na współpracownikach. Klimat organizacyjny mieszany, pośredni między klimatem autokratycznym a wspierającym, charakteryzuje się z kolei brakiem precyzyjnych zasad postępowania, co również rodzi pewne frustracje, które jednak w części przypadków są możliwe do wyjaśnienia.

15.2. Ocena wypalenia zawodowego

Najczęściej używanym kwestionariuszem do oceny wypalenia zawodowego jest **Maslach Burnout Inventory** (MBI). Został zaprojektowany w celu ilościowej oceny trzech wymiarów zaburzenia, które stwierdzono na podstawie wcześniejszych badań jakościowych. Dla pracowników ochrony zdrowia stosowana jest wersja kwestionariusza – Human Services Survey (HSS). Składa się z 22 pytań podzielonych na trzy kategorie pozwalające na ocenę stopnia wyczerpania emocjonalnego, cynizmu i skuteczności zawodowej (Maslach & Jackson, 1981). Na jego podstawie można określić pięć podstawowych profili doświadczenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia:

- wypalenie zawodowe: wysokie negatywne wyniki dotyczące wszystkich trzech komponentów wypalenia,
- przeciążenie: wysoki negatywny wynik tylko w odniesieniu do wyczerpania,
- nieskuteczność: wysoki negatywny wynik tylko w zakresie skuteczności zawodowej,
- brak zaangażowania: wysoki negatywny wynik tylko w przypadku cynizmu,
- zaangażowanie: wysokie pozytywne wyniki w zakresie wyczerpania, cynizmu i skuteczności zawodowej.

Rozpatrując zagadnienie wypalenia zawodowego, należy uwzględnić wszystkie pięć doświadczeń, a nie tylko skupiać się wyłącznie na dwóch najbardziej skrajnych, czyli zaangażowaniu i wypaleniu (Boulier i in., 2021). MBI stanowiło pierwsze narzędzie do pomiaru tego syndromu. Kolejne kwestionariusze to Bergen Burnout Inventory (BBI), który ocenia wyczerpanie pracą, poczucie sensu oraz zawodowej nieadekwatności (Feldt i in. 2014), oraz Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), który ocenia dwa wymiary: wyczerpanie i niezaangażowanie w pracę (Halbesleben & Demerouti, 2005). Inne sposoby pomiaru wypalenia koncentrują się na samym wyczerpaniu, chociaż wskazują na różne jego aspekty. Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) rozróżnia zmęczenie fizyczne, wyczerpanie emocjonalne i zmęczenie poznawcze (Shirom & Melamed, 2006). Copenhagen Burnout Inventory (CBI) porusza zagadnienie wyczerpania fizycznego i psychicznego (Kristensen i in., 2005). Spanish Burnout Inventory (SBI) łączy wypalenie zawodowe z silnym poczuciem winy generowanym przez cyniczny stosunek do innych ludzi,

uniemożliwiającym efektywne wykonywanie obowiązków zawodowych, co powoduje dalsze obwinianie się obniżające poczucie własnej wartości (Figueiredo-Ferraz i in., 2021).

15.3. Prewencja i postępowanie terapeutyczne w przypadku wypalenia zawodowego

Edukacja dotycząca następstw przewlekłego stresu w miejscu pracy oraz zasad profilaktyki wypalenia zawodowego powinny mieć miejsce już w czasie studiów na kierunku stomatologicznym. Przyszli absolwenci powinni mieć świadomość zagrożeń dla zdrowia psychicznego, jakie będzie nieść będzie ze sobą wykonywana przez nich praca (Bhugra i in., 2021). Okres studiów to jednocześnie najlepszy czas, aby zaszczyć w przyszłych lekarzach dentystach nawyk dbania o własne zdrowie psychiczne oraz uświadomić im konieczność poszukiwania profesjonalnej i kompleksowej pomocy ze strony psychologa czy lekarza psychiatry przy pierwszych objawów wypalenia.

Najczęstsze **zalecenia terapeutyczne** obejmują zmianę wzorców pracy (np. zmniejszenie liczby godzin i ilości pracy, zwiększenie liczby przerw, unikanie pracy w godzinach nadliczbowych, zachowanie równowagi między pracą a życiem prywatnym, zwłaszcza w aspekcie rodzinnym i towarzyskim); rozwijanie narzędzi i kompetencji psychospołecznych (np. restrukturyzacja poznawcza, umiejętność rozwiązywania konfliktów, zarządzania sobą w czasie); uzyskanie wsparcia społecznego (zarówno ze strony kolegów, jak i rodziny); wykorzystanie strategii relaksacyjnych; promowanie dobrego zdrowia (sen, odżywianie) i sprawności fizycznej oraz rozwijanie lepszego samorozumienia (poprzez różne techniki autoanalizy, poradnictwo lub terapię) (Maslach & Goldberg, 1998). Ważnym aspektem jest również **destygmatyzacja zaburzeń psychicznych** wśród pracowników sektora medycznego i podejmowanie otwartych dyskusji na temat kondycji ich zdrowia psychicznego. Jednym z powodów pogłębiającego się wypalenia jest niezgłaszanie się po pomoc do psychologów, psychoterapeutów, ale przede wszystkim lekarzy psychiatrów. Niestety, nieleczone zaburzenia psychiczne mogą prowadzić do konieczności rezygnacji z pracy zawodowej, mogą rzutować na życie prywatne i zdrowie fizyczne, łącznie z najbardziej tragicznymi konsekwencjami, jakimi jest samobójcza śmierć (Ji i in., 2020).

Interesującym kierunkiem rozwoju indywidualnego w psychologii pozytywnej, który ma zapobiegać wypaleniu zawodowemu, jest koncepcja *job crafting*, czyli **kształtowania pracy** (Wrześniewski & Dutton, 2001). Konstrukta ten został zdefiniowany jako ogół zachowań, których celem jest usprawnienie i udoskonalenie pracy, dokonywane z inicjatywy pracownika, czasem bez wiedzy przełożonych (Kapica & Baka, 2021). Składają się na nie zmiany na trzech polach: wykonywanych zadań (*task crafting*), relacji interpersonalnych (*relational crafting*) oraz myślenia o pracy (*cognitive crafting*). Dwa pierwsze obszary dotyczą warunków materialnych pracy, proceduralnych i interpersonalnych. Z kolei kształtowanie myślenia o pracy polega na nadaniu jej głębszego sensu i znaczenia. Koncepcja ta pozwala na zredefiniowanie indywidualnego stosunku do wykonywanych obowiązków zawodowych, przez co możliwe jest czerpanie z nich większej satysfakcji (Kasprzak i in., 2017). Przedstawiciele zawodów medycznych wykonują pracę o dużym znaczeniu, ponieważ dotyczy ona zdrowia będącego jedną z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka. Stąd odnalezienie w niej utraconego wcześniej sensu jest pierwszym, stosunkowo łatwo wykonalnym zadaniem na drodze do uzdrowienia swojego stosunku do czynności zawodowych.

Z badań Maslach i wsp. wynika, że wypalenie zawodowe pracowników stanowi sygnał ostrzegawczy świadczący o toksycznym środowisku pracy, dlatego z perspektywy osób kierujących instytucją należy przeorganizować dotychczasowy sposób zarządzania i zwrócić większą uwagę na zaspokojenie najważniejszych psychologicznych potrzeb pracowników, co długofalowo poprawi ich motywację i psychiczne samopoczucie. Należą do nich: autonomia, przynależność, kompetencje, pozytywne emocje, psychologiczne bezpieczeństwo, poczucie sprawiedliwości i sensu wykonywanej pracy. Jeśli stworzone zostaną pracownikom warunki, w których obciążenie pracą utrzymuje się cały czas na podobnym poziomie, mają możliwość kontroli i podejmowania pewnych samodzielnych decyzji, ich wysiłek jest dostrzegany i nagradzany, środowisko pracy zapewnia im emocjonalne wsparcie, panuje uczciwość, szacunek i sprawiedliwość, wartości organizacji są jasne, a praca ma sens, powinno to uchronić ich przed wypaleniem zawodowym (Schaufeli i in., 2009).

Odpowiednie zarządzanie placówkami stomatologicznymi pozwoli na stworzenie warunków pracy, które nie doprowadzą do przeciążenia i wyczerpania emocjonalnego personelu. Chodzi tu o racjonalne rozdysponowanie potrzeb pacjentów w stosunku do zasobów ludzkich i materialnych placówek, oraz stworzenie kultury pracy, w której współpracujące ze sobą osoby będą wspierać się i wzajemnie szanować, ponosząc wspólnie odpowiedzialność za proces leczniczy. Zmniejszyłoby to odsetek nieobecności spowodowanych chorobami o podłożu psychosomatycznym i zabezpieczyłoby system ochrony zdrowia przed przekwalifikowaniem się wypalonych pracowników, a także poprawiłoby atrakcyjność wykonywania zawodów medycznych, zapewniając napływ młodych ludzi.

W myśl holistycznej koncepcji leczenia, w przypadku pacjenta stomatologicznego o pełnym sukcesie terapeutycznym można mówić, gdy zostaną zaspokojone zarówno jego potrzeby w sferze ciała (wykonywane procedury medyczne itp.), jak i ducha (wyciszenie lęku i niepokoju pacjenta, przeprowadzenie go przez proces terapeutyczny), ponieważ dobre psychiczne nastawienie ma bardzo ważny wpływ na pomyślność leczenia stomatologicznego. Zdrowie psychiczne i satysfakcja z pracy lekarzy dentystów przekłada się na dobrostan i zadowolenie pacjentów, którzy oczekują pomocy ze strony empatycznego i zaangażowanego w swoją pracę personelu medycznego.

15.4. Pytania i zadania



1. Nowym, niepokojącym zjawiskiem wśród studentów jest tzw. wypalenie przedzawodowe. Z tej perspektywy przeanalizuj jeszcze raz fazy procesu wypalenia według Freudenberga i zastanów się, czy któraś z nich nie odnosi się do Ciebie.
2. Pamiętając, że wypalenie zawodowe jest problemem zawodowym i główną odpowiedzialność za nie ponosi struktura organizacyjna, a nie defekty osobowościowe jednostki, zastanów się i wymień cechy miejsca pracy, które byłoby właściwe dla Ciebie. Następnie obiektywnie przeanalizuj, które z postulatów są najbardziej realne do zrealizowania. W przyszłości pracuj w miejscu, które spełnia te kryteria.
3. Zastanów się, czy spotkałeś na swojej drodze lekarzy/lekarzy dentystów, którzy wykazywali objawy wypalenia zawodowego? Jakich zachowań mogły o tym świadczyć? Na tej podstawie zastanów się, w jaki sposób sam będziesz przeciwdziałać swojemu wypaleniu zawodowemu?

Bibliografia

- Baugh, J. J., Takayesu, J. K., White, B. A., & Raja, A. S. (2020). Beyond the Maslach burnout inventory: addressing emergency medicine burnout with Maslach's full theory. *Journal of the American College of Emergency Physicians open*, 1(5), 1044–1049.
- Boulrier, S., Baumann, C., Rousseau, H., Horrach, P., & Bourion-Bédès, S. (2021). Burnout profiles among French workers in health units for inmates: results of the EHCAU study. *BMC health services research*, 21(1), 595.
- Denton, D.A., Newton, J.T., & Bower, E.J. (2008). Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *British dental journal*, 205(7), E13–383.
- Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J.A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1780.
- Feldt, T., Rantanen, J., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., Huhtala, M., Pihlajasaari, P., & Kinnunen, U. (2014). The 9-item Bergen Burnout Inventory: factorial validity across organizations and measurements of longitudinal data. *Industrial health*, 52(2), 102–112.
- Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P.R., Grau-Alberola, E., & Ribeiro do Couto, B. (2021). The Mediator Role of Feelings of Guilt in the Process of Burnout and Psychosomatic Disorders: A Cross-Cultural Study. *Frontiers in psychology*, 12, 751211.
- Freudenberger, H.J. (1974a). Crisis Intervention, Individual and Group Counseling, and the Psychology of the Counseling Staff in a Free Clinic. *Journal of Social Issues*, 30(1): 77–86.
- Freudenberger, H.J. (1974b). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1): 159–165.
- Golonka, K., Mojsa-Kaja, J., Blukacz, M., Gawłowska, M., & Marek, T. (2019). Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 32(2), 229–244.
- Gorter, R.C., & Freeman, R. (2011). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39(1), 87–95.
- Halbesleben, J.R.B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19(3), 208–220.
- Ji, Y.D., Robertson, F.C., Patel, N.A., Peacock, Z.S., & Resnick, C.M. (2020). Assessment of Risk Factors for Suicide Among US Health Care Professionals. *JAMA surgery*, 155(8), 713–721.
- Jin, M.U., Jeong, S.H., Kim, E.K., Choi, Y.H., & Song, K.B. (2015). Burnout and its related factors in Korean dentists. *International dental journal*, 65(1), 22–31.
- Kaim, A., Siman-Tov, M., Kimhi, S. et al. (2024). Unveiling factors shaping distress levels over 2.5 years of enduring adversity. *Sci Rep*, 14, 17538.
- Kapica, Ł. & Baka Ł. (2021). What is job crafting? Review of theoretical models of job crafting. *Medycyna Pracy*.
- Kasprzak E., Michalak, M., Minda, M. (2017). The Job Crafting Questionnaire: Polish adaptation (Kwestionariusz kształtowania pracy -KKPracy. Polska adaptacja narzędzia). *Psychologia Społeczna*, 12: 459–475.
- Klusmann, U., Aldrup, K., Schmidt, J., & Lüdtke, O. (2021). Is emotional exhaustion only the result of work experiences? A diary study on daily hassles and uplifts in different life domains. *Anxiety, stress, and coping*, 34(2), 173–190.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207, doi: 10.1080/02678370500297720.

- de Lisser, R., Dietrich, M.S., Spetz, J., Ramanujam, R., Lauderdale, J., & Stollendorf, D.P. (2024). Psychological safety is associated with better work environment and lower levels of clinician burnout. *Health affairs scholar*, 2(7), qxae091.
- Maslach, Ch. & Goldberg, J. (1998). Prevention of Burnout: New Perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7(1): 63–74.
- Maslach, Ch. & Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2): 99–113.
- Maslach, Ch. & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2): 103–111.
- Maslach, Ch., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1): 397–422.
- Nene, Y., & Tadi, P. (2023). Resident Burnout. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Philip, S., Molodynski, A., Barklie, L. et al. (2021). Psychological well-being and burnout amongst medical students in India: a report from a nationally accessible survey. *Middle East Curr Psychiatry*, 28, 54.
- Salvagioni, D.A.J., Melanda, F.N., Mesas, A.E., González, A.D., Gabani, F.L., & Andrade, S.M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). on the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology & health*, 16(5), 565–582.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, Ch. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3): 204–220.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176–200.
- Stawiarska, P. (2016). *Wypalenie zawodowe w perspektywie wyzwań współczesnego świata*. Warszawa: Difin SA.
- Wrzesniewski, A. & Dutton, J.E. (2001). Crafting a Job: Revisioning Employees as Active Crafters of Their Work. *Academy of Management Review*, 25, 179–201.

16. Student stomatologii

Arthur Apper, Monika Tysiąc-Miśta

16.1. Główne wyzwania rozwojowe i specyficzne związane ze studiowaniem stomatologii

Terminem wyzwań określa się trudne zadania, nowe sytuacje, które wymagają wysiłku, poświęcenia i są sprawdzianem wiedzy oraz odporności (Horikoshi, 2023). Studia na kierunku lekarsko-dentystycznym są niezwykle absorbujące i w sposób niemal kompletny spełniają kryteria przytoczonej definicji. Pierwszym wyzwaniem, które stoi przed młodymi osobami marzącymi o zawodzie lekarza dentyści, jest dostanie się na upragniony kierunek. Decyzja o podjęciu studiów stomatologicznych często zapada już w wieku kilkunastu lat, na etapie wyboru profilu liceum ogólnokształcącego. Następnymi kilka lat to okres przygotowywania do egzaminu maturalnego, którego wyłącznie wysoki wynik może zagwarantować rozpoczęcie studiów na wymarzonym kierunku. Obecnie w Polsce stomatologię można studiować na 11 uczelniach publicznych, a corocznie dostępnych jest około 1300 miejsc, z czego ponad 800 w nieodpłatnym trybie stacjonarnym. W związku z ograniczoną liczbą miejsc i wysokimi kosztami studiów niestacjonarnych, presja, aby zostać przyjętym na upragniony kierunek, ciąży na przyszłych abiturientach i ich bliskich przez niemal cały okres szkoły średniej. Wiąże się ona z wieloma godzinami spędzonymi na nauce oraz dużymi kosztami finansowania zajęć dodatkowych, przygotowujących do egzaminu maturalnego (Ministerstwo Zdrowia, 2024).

Jednym z najważniejszych wyzwań dla młodej osoby rozpoczynającej studia stomatologiczne są wysokie **wymagania dotyczące ilości i tempa przyswajania materiału** (Elani i in., 2014). Przyszli lekarze dentyści muszą przejść bardzo intensywny program kształcenia, na który składają się podstawowe przedmioty medyczne (anatomia, fizjologia, biochemia itd.), po których następują kliniczne zajęcia z zakresu medycyny (interna, chirurgia ogólna, pediatria itd.), kończąc na właściwych dla ich kierunku przedklinicznych i klinicznych przedmiotach stomatologicznych (protetyka, ortodoncja, stomatologia zachowawcza z endodoncją itd.). Opanowanie podstawy programowej omawianych studiów odbywa się w ciągu pięciu lat, a nie tak jak w przypadku medycyny – sześciu, stąd nauka na tym kierunku jest powszechnie uważana za bardzo intensywną oraz wyczerpującą psychicznie i fizycznie (Queirolo i in., 2024).

Warto zwrócić uwagę, że lekarze dentyści, ze względu na swoją rozległą wiedzę ogólnomedyczną i bardzo szczegółowe przygotowanie z zakresu zdrowia jamy ustnej, są często lekarzami pierwszego kontaktu rozpoznającymi liczne choroby zagrażające zdrowiu, a nawet życiu swoich pacjentów. Dotyczy to w szczególności nowotworów zlokalizowanych w obrębie głowy i szyi (Mavedatnia i in. 2023). Należy również podkreślić, że stomatolodzy, przeprowadzając zabiegi indywidualnie, biorą pełną, osobistą odpowiedzialność za każdy etap postępowania leczniczego. Młode osoby mają

świadomość powagi studiowanego przez siebie kierunku, dlatego poświęcają mu bardzo dużo swojej energii i wykazują wysoki stopień zaangażowania (Lin i in., 2024).

Niestety, konieczność perfekcyjnego sprostania wielu obowiązkom uczelnianym, związana z tym ciągła **presja czasu, bycie stale ocenianym** przez pryzmat posiadanej wiedzy bez wystarczającej ilości czasu na odpoczynek, mogą u osób podatnych na stres lub nieposiadających odpowiednich umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, zainicjować zaburzenia psychiczne o charakterze prokrastynacji, lęku czy depresji (Rezaei-Gazki i in., 2024). Stąd apel wystosowany przez FDI (*Fédération Dentaire Internationale*; Światowa Federacja Dentystyczna) do uczelni prowadzących kierunki stomatologiczne, o zapewnienie pomocy psychologicznej studentom oraz zaopatrzenie ich w wiedzę i praktyczne kompetencje, dzięki którym ochronią swoje zdrowie psychiczne w trakcie studiów oraz w przyszłej pracy zawodowej (FDI, 2024). Bardzo duża odpowiedzialność spoczywa na wykładowcach, aby z empatią wspomagali rozwój wiedzy i umiejętności praktycznych swoich studentów, inspirowali ich do pracy naukowej, a także stanowili wzór postępowania w relacjach ze współpracownikami i pacjentami.

Okres studiów to czas **zawierania przyjaźni, budowania relacji romantycznych**, które dadzą podstawę przyszłym rodzinom. Jest to również czas **dojrzewania emocjonalnego**, poznawania siebie samych przez pryzmat samodzielnego życia, dlatego kolejne wyzwanie stanowi stworzenie sobie wystarczającej przestrzeni do samorozwoju. Niestety, jedną z trudności studiowania tak wymagającego kierunku jest częste pojawianie się wielu negatywnych emocji. Przeciążenie dużą liczbą zajęć dydaktycznych, brak czasu na relaks, własne pasje czy relacje z bliskimi (często zamieszkanie z dala od domu i osób bliskich), sprawia, że między studentami rozwijają się toksyczne relacje, niezdrowa rywalizacja lub wysoce nieetyczne zachowania.

Niepokojącym zjawiskiem są objawy **wypalenia przedzawodowego** wśród studentów stomatologii, którzy nie podjęli jeszcze pracy zawodowej (Chauca Bajaña i in., 2023). Stąd uczelnie w wielu krajach na świecie coraz częściej promują i inicjują podejście **work-life balance** poprzez organizację wspólnych wyjazdów grup studenckich, integrację plenerową, coroczne bale i cykliczne zajęcia sportowe. Budowanie dobrych relacji w środowisku uniwersyteckim sprzyja powszechnemu zdrowiu psychicznemu, wzajemnemu szacunkowi i poczuciu wspólnoty oraz przekazuje pozytywne wzorce do postępowania w przyszłości (da Silva & Vettore, 2023).

Studiowanie stomatologii jest również trudnym **wyzwaniem finansowym**. Dla osób uczących się niestacjonarnie duże obciążenie finansowe stanowi czesne. Należy pamiętać o kosztach ponoszonych przez wszystkich studentów niezależnie od trybu studiowania, a związanych z codziennym życiem (zakwaterowanie, jedzenie, transport) czy z nauką (podręczniki, medyczna odzież ochronna, lupy i inne pomoce naukowe). Niestety, intensywny harmonogram zajęć i terminarz kolokwii zwykle uniemożliwiają albo znacząco ograniczają możliwość podjęcia pracy zarobkowej w trakcie roku akademickiego. W rezultacie wielu studentów jest zmuszonych polegać na wsparciu finansowym rodziny lub zaciąganych kredytach. Dostępność stypendiów jest ograniczona, a ich kwoty często nieprzystają do faktycznych potrzeb studentów. Materialne aspekty studiowania stanowią silne źródło stresu o niebagatelnym wpływie na zdrowie psychiczne młodych ludzi i osiągnięte wyniki w nauce (Lin i in., 2020). W cytowanym artykule, opisującym badanie ankietowe przeprowadzone wśród studentów stomatologii na temat najważniejszych źródeł stresu w trakcie studiów, stwierdzono, że aspekt ponoszonych kosztów podawany był z uwzględnieniem pięciu najważniejszych czynników stresogennych przez studentów wszystkich lat.

Okres rozpoczęcia zajęć klinicznych stanowi ważny moment w trakcie studiów, ponieważ jest to chwila **konfrontacji wiedzy teoretycznej i wyobrażeń** na temat pracy lekarza dentysty z **rzeczywistością**. Przed młodym adeptem stomatologii, poza oczywistym wyzwaniem dotyczącym rozwoju umiejętności manualnych związanych bezpośrednio z wykonywaniem procedur klinicznych, pojawiają się nieoczekiwane wcześniej zagadnienia dotyczące spraw organizacyjnych (praca zespołowa w warunkach kliniki stomatologicznej, ergonomia pracy), kompetencji miękkich (przeprowadzenie wywiadu lekarskiego, przedstawienie pacjentowi diagnozy, omówienie proponowanego leczenia i rokowań pozabiegowych), radzenia sobie w sytuacjach stresujących (np. w obliczu powikłań) i kształtowania postawy wobec pacjenta, która powinna opierać się na etyce lekarskiej, wzajemnym szacunku i przestrzeganiu tajemnicy lekarskiej. Jest to okres przełomowy w rozwoju młodego lekarza dentysty, którego celem jest nauczenie się samodzielnej i odpowiedzialnej pracy w przyszłości (Queirolo i in., 2023).

Z naszych obserwacji i doświadczeń wynika, że wszystkie opisane dotychczas wyzwania, specyficzne dla studiów stomatologicznych, mają **charakter rozwojowy**, ponieważ kształtują umiejętności zapamiętywania, kojarzenia ze sobą różnych aspektów zgromadzonej wiedzy medycznej i efektywnego ich wykorzystania, zarządzania sobą w czasie pracy w warunkach dużego psychicznego obciążenia związanego z bezpośrednią odpowiedzialnością za proces leczniczy oraz poprzez zgromadzone doświadczenia krystalizują przyszłe wzorce zachowań w życiu zawodowym. Obecna stomatologia opiera się na wysoko wykwalifikowanych specjalistach, dlatego przed młodymi ludźmi stoi konieczność podjęcia decyzji co do dalszej specjalizacji, np. w ortodoncji, chirurgii, endodoncji itd. Okres studiów jest czasem poznawania różnych aspektów pracy lekarzy dentystów, aby móc wybrać odpowiednią dla siebie drogę, która przyniesie satysfakcję i rozwój. Na podstawie doświadczeń zgromadzonych podczas pracy naukowej (uczestnictwo w studenckich towarzystwach naukowych) lub organizacyjnej (zaangażowanie w polskie i zagraniczne organizacje skupiające studentów stomatologii) młodzi ludzie podejmują decyzję, czy w przyszłości podjąć pracę na wyższych uczelniach medycznych. Część z nich skupia się na działalności dydaktycznej, prowadząc wykłady i warsztaty praktyczne. Mogą oni również podjąć aktywność zawodową w jednostkach badawczo-rozwojowych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, udoskonalać dotychczasowe materiały, urządzenia stomatologiczne czy metody leczenia. Kolejną opcję kariery stanowi zatrudnienie w instytucjach państwowych i zaangażowanie w inicjatywy związane ze zdrowiem publicznym zarówno w aspekcie promocji zdrowia jamy ustnej, jak i organizacyjno-prawnym dotyczącym przepisów regulujących pracę lekarzy dentystów w Polsce czy dotyczącym finansowania leczenia stomatologicznego ze środków publicznych. Można też podjąć pracę na rzecz samorządu lekarskiego, organizacji skupiających stomatologów lub innych jednostek non-profit niosących pomoc ludziom potrzebującym pomocy lekarskiej, na przykład w krajach rozwijających się. Część młodych ludzi marzy o prowadzeniu własnych gabinetów stomatologicznych. W czasie praktyk i staży poznają oni aspekty prawno-finansowe prowadzenia działalności gospodarczej, uświadamiając sobie, że praca lekarza dentysty wymaga również dużej wiedzy z zakresu ekonomii, umiejętności zarządzania i przedsiębiorczości.

Studiowanie stomatologii daje olbrzymie możliwości rozwoju osobistego i późniejszego wzrostu zawodowego. Jest to droga wymagająca osobistych wyrzeczeń i poświęcenia dużej ilości energii na naukę i zgromadzenie potrzebnego doświadczenia, ale dająca też dużo satysfakcji oraz poczucie spełnienia.

16.2. Jak efektywnie się uczyć?

Efektywna nauka to proces zdobywania wiedzy, w którym maksymalizuje się jej przyswajanie przy minimalnym nakładzie czasu i wysiłku. Oznacza to, że uczymy się szybciej, zapamiętujemy więcej i potrafimy lepiej zastosować zdobyte informacje w praktyce.

Efektywna nauka wykorzystuje sprawdzone techniki i strategie, które wspomagają pamięć, koncentrację oraz zrozumienie materiału (Rea i in., 2022).

Korzyści efektywnej nauki

- **Zwiększenie wydajności** – na przykład technika powtarzania rozłożonego w czasie (*spaced repetition*) czy technika Pomodoro (bardziej efektywne wykorzystanie czasu przeznaczonego na naukę).
- **Oszczędność czasu** – skrócenie czasu nauki.
- **Lepsze zrozumienie materiału** – na przykład mapy myśli (*mind mapping*) czy metoda Feynmana (lepsze wyniki w nauce i bardziej efektywne wykorzystanie zdobytej wiedzy w praktyce) (Adodo, 2013).

Środowisko nauki

- **Cisza i spokój** – ciche otoczenie sprzyja lepszej koncentracji i efektywności nauki, dlatego należy wybrać miejsce, gdzie hałas i inne rozpraszające bodźce będą ograniczone do minimum.
- **Oświetlenie** – miejsce do nauki powinno być dobrze oświetlone; najlepsze jest naturalne światło dzienne, które nie męczy oczu; światło białe jest idealne do zadań wymagających maksymalnej koncentracji, ponieważ pomaga zwiększyć czujność i produktywność, zwłaszcza podczas intensywnej nauki w nocy; stymuluje mózg, zwiększając zdolność do skupienia się na skomplikowanych zadaniach; światło żółte jest korzystne podczas wieczornego czytania, szczególnie jeśli chodzi o powtórki materiału, ponieważ nie zakłóca przygotowania organizmu do snu i jego relaksacji.
- **Temperatura** – utrzymanie w pomieszczeniu stałej temperatury w granicach 20–24°C zapewnia optymalne warunki do nauki; temperatury ekstremalne (zbyt wysokie bądź zbyt niskie) wpływają rozpraszająco i zmniejszają wydajność poznawczą, z powodu fizycznego dyskomfortu, który generują; warto również zwrócić uwagę na odpowiednią wentylację pomieszczenia (Mendell & Heath, 2005).

Organizacja przestrzeni

- **Porządek** – utrzymanie porządku na biurku i w jego otoczeniu ma kluczowe znaczenie dla skupienia uwagi; bałagan może rozpraszać, wprowadzać chaos, potęgować stres i zmęczenie emocjonalne oraz zmniejszać produktywność i satysfakcję z wykonywanej pracy (Gumasing i in., 2023); rzeczy niezwiązane bezpośrednio z nauką nie powinny się znajdować w polu widzenia. Ograniczona zdolność przetwarzania przez mózg wszystkich bodźców poznawczych odbieranych przez zmysły doprowadza do spadku zdolności koncentracji na zadaniach ważnych (McMains & Kastner, 2011). Z kolei zgromadzenie wszystkich niezbędnych materiałów (książki, notatki itp.) w miejscu nauki ogranicza niepotrzebne przerwy i dekoncentrację związane z ich szukaniem.

- **Elementy motywacyjne i dekoracje** – przyjemne i estetyczne otoczenie poprawia nastrój i może zwiększyć motywację do nauki. Mogą je tworzyć inspirujące cytaty, zdjęcia lub rośliny (Lin i in., 2023).
- **Biurko i krzesło** – biurko powinno być takiej wysokości, aby ręce wraz z łokciami zgiętymi pod kątem prostym swobodnie spoczywały na jego blacie. Przestrzeń pod biurkiem musi być na tyle duża, aby zapewnić swobodne poruszanie nogami. Należy używać krzesła z możliwością regulacji wysokości i pozycji oparcia, tak aby wspierać naturalne krzywizny kręgosłupa (Dao & Ferrari, 2020).

Pozycja ciała w czasie nauki

- **Prosta postawa ciała** – siedzenie prosto z ramionami lekko odchylonymi do tyłu pomaga w zachowaniu prawidłowej postawy. Garbienie się lub zbytne pochylanie może doprowadzić do bólów mięśniowo-szkieletowych lub bólu głowy. Stopy powinny być położone płasko na podłodze lub podparte na podnóżku. Nóg nie należy krzyżować, aby nie zaburzać krążenia.
- **Przerwy i ruch** – warto regularnie robić przerwy, wstawać i poruszać się co 30–60 minut, aby zapobiec sztywności i poprawić krążenie (Feng & Zhang, 2023).

Metody nauki

Efektywna praca z tekstem jest kluczową umiejętnością w procesie nauki i przyswajania wiedzy akademickiej. Poniżej zaproponowano techniki, które wspomagają lepsze zrozumienie informacji w formie pisemnej, a tym samym poprawiają ich zapamiętywanie i wykorzystanie w przyszłości.

- **Metoda SQ3R** – pomaga ona w tworzeniu struktury danego materiału, jeszcze przed rozpoczęciem jego czytania. Zadawanie pytań w trakcie analizy tekstu wspomaga proces kontekstualizacji, czyli łączenia nowej wiedzy z już posiadaną, co jest kluczowe dla głębszego jej przetwarzania. Obejmuje ona 5 kroków:
 - **Survey (przegląd)** – skanowanie nagłówków, podtytułów, grafik i słów wyróżnionych słów w tekście, aby uzyskać ogólny obraz treści.
 - **Question (pytania)** – formułowanie pytań dotyczących tekstu.
 - **Read (czytanie)** – czytanie tekstu i poszukiwanie odpowiedzi na wcześniej postawione pytania.
 - **Recite (recytowanie)** – parafraza kluczowych informacji zawartych w tekście.
 - **Review (przegląd)** – ponowne przeglądanie pytań i odpowiedzi oraz złożenie wszystkich informacji w całość, aby lepiej zrozumieć i zapamiętać materiał (Jairam i in., 2014).
- **Kontekstualizacja** – polega na łączeniu nowych informacji z już posiadaną wiedzą. Studentom, którzy posiadają dużą wiedzę bazową, łatwiej jest przyswajać nowe wiadomości, ponieważ są oni w stanie powiązać je z już znanymi koncepcjami. Kontekstualizacja pomaga również zmniejszyć obciążenie poznawcze, dzięki czemu uczniowie doświadczają mniejszego stresu w trakcie nauki i są w nią bardziej zaangażowani (Dong i in., 2020).
- **Skanowanie i przeglądanie** – należy tak pracować z tekstem, żeby szybko zidentyfikować najważniejsze jego sekcje (spis treści, nagłówki, podsumowania rozdziałów oraz wyróżnione fragmenty tekstu) oraz przeczytać jego wstęp i zakończenie, aby zrozumieć temat oraz kluczowe koncepcje.

- **Aktywne czytanie** – w czasie czytania należy tworzyć własne notatki i zapisywać najważniejsze informacje, definicje, przykłady oraz pytania, które pojawiły się w trakcie lektury. Warto notować komentarze na marginesach, aby łatwiej wrócić do ważnych fragmentów tekstu i skojarzeń, które wywołał. Powinno się również podkreślać i zaznaczać tekst, aby wyróżnić najważniejsze jego fragmenty. Można używać różnych kolorów do różnych kategorii informacji (np. zielony do definicji, żółty do przykładów). Kolorowe kodowanie notatek pomaga lepiej je zorganizować i szybciej odnajdywać potrzebne informacje (Santos i in., 2019).
- **Streszczanie i parafrazowanie** – po przeczytaniu sekcji lub rozdziału, należy go streścić własnymi słowami. Zastosowanie prostszego języka ułatwia głębsze zrozumienie tekstu i jego zapamiętanie.
- **Mapy myśli** – w sposób wizualny przedstawiają powiązania między różnymi koncepcjami, co ułatwia strukturyzację wiedzy (Spanoudis & Demetriou, 2020).
- **Diagramy i schematy** – służą do przedstawiania procesów, sekwencji zdarzeń oraz struktury informacji (Evagorou i in., 2015).
- **Przestrzenne uczenie się (*spaced learning*)** – polega na rozłożeniu nauki w czasie (na przestrzeni kilku dni lub tygodni) w ramach regularnych sesji, zamiast skumulowania jej w krótkim, intensywnym okresie. Korzyści tej metody są związane z większą liczbą powtórzeń i lepszą konsolidacją wiedzy w pamięci długoterminowej (Cepeda i in., 2006).
- **Testowanie siebie (*self-testing*)** – proces ten, znany również jako efekt testowania, polega na aktywnym przypominaniu sobie informacji, co sprzyja głębszemu przetwarzaniu materiału. Testowanie siebie można realizować np. poprzez fiszki czy tworzenie banku pytań, na które samemu się odpowiada (Roediger & Butler, 2011).
- **Uczenie się przez nauczanie innych – efekt Feynmana (*teaching others*)** – to technika, w której studenci starają się wyjaśnić materiał innej osobie. Proces ten wymaga aktywnego przetwarzania i organizowania wiedzy, co prowadzi do lepszego zrozumienia i zapamiętania materiału. Ta metoda może być realizowana w ramach dyskusji grupowych, prezentacji lub tworzenia materiałów dydaktycznych (Reyes i in., 2021).
- **Metapoznanie (*metacognition*)** – odnosi się do zdolności jednostki do monitorowania i kontrolowania własnych procesów poznawczych. Obejmuje planowanie, monitorowanie i ocenianie własnych strategii nauki. Metapoznanie można rozwijać poprzez prowadzenie dzienników nauki, regularne refleksje nad własnym procesem nauki oraz stawianie sobie konkretnych celów edukacyjnych. Studenci, którzy wykorzystują te strategie, są bardziej świadomi swoich mocnych i słabych stron oraz lepiej dostosowują metody nauki do swoich indywidualnych potrzeb (Fleur i in., 2021).
- **Zmienność praktyki (*varied practice*)** – metoda ta polega na nauce z różnych źródeł, zmianie metod nauki (np. czytanie, pisanie, słuchanie) czy jej miejsca, co zwiększa elastyczność poznawczą (Zeidan i in., 2010).
- **Fiszki** – małe kartki papieru, na których po jednej stronie zapisuje się pytania, a na drugiej odpowiedzi. Są narzędziem do nauki opartym na dwóch skutecznych metodach – aktywnym przypominaniu i powtórkach w odstępach czasowych (*spaced repetition*). Aktywne przypominanie przyczynia się do wzmocnienia śladów pamięciowych i jest dużo bardziej efektywne niż bierne przeglądanie notatek i książek. Z kolei powtórki w odstępach czasowych znacząco poprawiają długoterminowe zapamiętywanie informacji (Sun i in., 2021).

- **Fiszki elektroniczne** – są to aplikacje pozwalające na interwałowe planowanie powtórek na podstawie indywidualnych wyników użytkownika. Takie podejście pozwala zoptymalizować proces nauki, dostosowując go do możliwości osoby uczącej się (Taveira-Gomes i in., 2015).
- **Współpraca i praca zespołowa (*collaboration and teamwork*)** – nauka w grupie pozwala na wymianę pomysłów, wspólne rozwiązywanie problemów i wzajemne emocjonalne wsparcie (Ku i in., 2013).
- **Pozytywne nastawienie i motywacja (*positive attitude and motivation*)** – pozytywne nastawienie sprzyja lepszej koncentracji, wytrwałości w nauce i osiąganiu lepszych wyników. Warto rozwijać techniki motywacyjne, takie jak stawianie sobie realistycznych celów, nagradzanie siebie za osiągnięcia czy podtrzymywanie pozytywnego nastawienia (Harackiewicz i in., 2016).
- **Sen i odpoczynek (*sleep and rest*)** – sen odgrywa kluczową rolę w procesie konsolidowania nowo nabytych informacji. Brak snu może prowadzić do problemów z pamięcią i koncentracją, co negatywnie wpływa na efektywność nauki i zapamiętywania. Dlatego ważne jest, aby studenci dbali o odpowiednią ilość i jakość snu (Paller i in., 2021).

16.3. Efektywny wypoczynek studentów stomatologii

Skuteczny odpoczynek zarówno po dniu codziennych obowiązków, jak i po dłuższym okresie przewlekłego stresu, np. z powodu sesji, obejmuje strategie pozwalające na relaks i regenerację zarówno ciała, jak i umysłu. Polegają one na budowaniu pozytywnych nawyków, takich jak regularne ćwiczenia fizyczne, zdrowe odżywianie, utrzymywanie wsparcia społecznego oraz dbanie o zdrowie psychiczne. Studenci, którzy stosują te strategie, są lepiej przygotowani do radzenia sobie z przyszłymi wyzwaniami i zdrowsi, dlatego tak ważna jest wczesna edukacja w zakresie medycyny stylu życia (*life style medicine*).

Medytacja i mindfulness (*meditation & mindfulness*)

Regularne praktykowanie medytacji i technik mindfulness jest jednym z najskuteczniejszych sposobów na redukcję stresu. Programy oparte na mindfulness poprawiają ogólne samopoczucie, znacznie zmniejszają poziom lęku i zwiększają odporność psychiczną. Praktyki te polegają na skupieniu uwagi na bieżącej chwili, co pomaga w redukcji negatywnych myśli i emocji. Wykazano, że nawet krótkie, codzienne sesje medytacyjne mogą przynieść znaczące korzyści zdrowotne, takie jak obniżenie ciśnienia krwi, poprawa jakości snu i wzmocnienie układu odpornościowego. Programy oparte na mindfulness, takie jak Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), skutecznie redukują stres i poprawiają ogólny dobrostan psychiczny studentów. Treningi te obejmują techniki medytacyjne, ćwiczenia oddechowe oraz praktyki uważności, które pomagają w zarządzaniu stresem i emocjami. Badania pokazują, że studenci uczestniczący w programach mindfulness wykazują lepszą koncentrację, mniejszy poziom lęku oraz lepsze wyniki w nauce. Regularna praktyka mindfulness może również prowadzić do trwałych, pozytywnych zmian w sposobie radzenia sobie ze stresem (Lal & Vinod Kumar, 2024; Hearn & Stocker, 2022).

Techniki relaksacyjne (*relaxation techniques*)

Techniki, takie jak głębokie oddychanie przeponowe, progresywna relaksacja mięśni (PMR) oraz wizualizacja, są skuteczne w redukcji poziomu stresu. Regularne ich stosowanie może prowadzić do zmniejszenia bólów mięśniowo-szkieletowych, poprawy koncentracji oraz ogólnego odczucia spokoju i relaksu. PMR, polegająca na napinaniu i rozluźnianiu różnych grup mięśniowych, została uznana za bardzo efektywną metodę redukcji stresu (Maharjan & Baby, 2019). Wizualizacja, która polega na wyobrażaniu sobie spokojnych scen i sytuacji, może dodatkowo wzmocnić efekty relaksacyjne. Wprowadzenie programów *wellness* (np. sesje relaksacyjne i programy zarządzania stresem), okazało się skuteczne w redukcji poziomu stresu wśród studentów. Programy te mogą obejmować techniki, takie jak Jacobson's Progressive Relaxation czy Body Scan. Regularne uczestnictwo w takich programach umożliwia naukę efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem, poprawia świadomość ciała oraz ogólny dobrostan psychofizyczny (Gondo i in., 2023).

Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioral therapy, CBT*)

CBT jest efektywną metodą radzenia sobie ze stresem, wpływającą na poprawę zdrowia psychicznego. Polega na eliminacji negatywnych schematów myślenia i zachowania. Terapia ta pomaga studentom zidentyfikować i zmienić negatywne myśli, które są przyczyną stresu i lęku. Poprzez regularne sesje CBT, studenci mogą nauczyć się adaptacyjnych sposobów myślenia i zachowania, co prowadzi do poprawy samopoczucia i lepszych wyników akademickich. Jest również skuteczna w leczeniu depresji, zaburzeń lękowych i innych problemów zdrowia psychicznego (Curtiss i in., 2021).

Wsparcie społeczne

Utrzymywanie silnych więzi społecznych z rodziną, przyjaciółmi oraz kolegami ze studiów jest niezwykle ważne. Wsparcie emocjonalne może znacznie zmniejszyć poziom stresu i poprawić samopoczucie. Regularne spotkania z bliskimi, rozmowy oraz wspólne spędzanie czasu są buforem codziennych trudnych sytuacji. Studenci posiadający silne wsparcie społeczne lepiej radzą sobie z wyzwaniami akademickimi, mają wyższe poczucie własnej wartości i charakteryzują się lepszym zdrowiem psychicznym (Sattar i in., 2022).

Sen i odpoczynek

Zarządzanie sobą w czasie i dbanie o odpowiednią ilość snu są niezwykle ważne. Sen trwający co najmniej 7–8 godzin (każdej nocy) zapewnia organizmowi regenerację, która jest niezbędna do utrzymania wysokiej efektywności w nauce i zachowania zdrowia psychicznego. Brak snu może prowadzić do pogorszenia się pamięci, obniżenia koncentracji oraz zwiększenia podatności na stres. Odpowiednie nawyki przed snem, takie jak unikanie ekranów czy picie herbaty ziołowej, mogą również przyczynić się do jego lepszej jakości (Guo & Qiu, 2024).

Aktywność fizyczna

Regularne ćwiczenia fizyczne czy spacerowanie są kluczowe dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Aktywność fizyczna poprawia wyniki w nauce oraz zmniejsza poziom stresu i lęku. Ponadto

powoduje uwalnianie endorfin, które poprawiają nastrój. Regularne ćwiczenia mogą poprawić jakość snu, zwiększyć poziom energii oraz wzmocnić układ odpornościowy, co jest szczególnie ważne dla studentów w okresach wzmożonego napięcia emocjonalnego (Teuber i in., 2024).

Wykorzystanie technologii

Stosowanie aplikacji mobilnych i technologii do zarządzania stresem oraz wspierania zdrowych nawyków żywieniowych może dodatkowo wspomóc proces efektywnego wypoczynku i dbania o zdrowie. Aplikacje mobilne, takie jak te do medytacji, monitorowania snu czy zarządzania czasem, mogą pomóc studentom w organizacji dnia i redukcji stresu. Mogą również dostarczać informacji na temat zdrowego stylu życia, motywować do regularnych ćwiczeń i przypominać o zdrowych nawykach żywieniowych. Korzystanie z takich narzędzi może znacząco poprawić jakość życia studentów, umożliwiając im lepsze zarządzanie stresem i codziennymi obowiązkami (Wang i in., 2023).

Podsumowanie

Podjęcie studiów na kierunku stomatologicznym oraz późniejsza praca w tym zawodzie stanowi duże wyzwanie rozwojowe. Aby mu sprostać i wieść szczęśliwe, długie i zdrowe życie, ważna jest świadomość zagrożeń. Nie w celu wzbudzenia lęku i niepokoju, lecz w celu przygotowania się do ich ewentualnego pojawienia się. Kiedy wybieramy się na wyprawę w góry, bierzemy odpowiedni ekwipunek, właściwie się ubieramy i przygotowujemy się fizycznie. Analogicznie, jeśli planujemy podjąć wyzwanie zawodowe, które jest bardzo obciążające psychicznie, powinniśmy kompleksowo zadbać o nasze zdrowie psychofizyczne. W ostatnich latach widoczny jest znaczny wzrost świadomości prozdrowotnej w tym zakresie, który objawił się w nurtach *work-life balance* i *life style medicine*. Prawdziwą sztuką jest jednak wprowadzenie i kultywowanie tych założeń w praktyce, a to wymaga bardzo dużo konsekwencji, wytrwałości i częstej autorefleksji.

16.4. Pytania i zadania



1. Wyobraź sobie, że bliska i ważna dla Ciebie osoba planuje studia na kierunku stomatologicznym. Patrząc z perspektywy swoich dotychczasowych doświadczeń, jakich udzieliłbyś rad dotyczących psychicznego przygotowania się do tego etapu życia.
2. Zastanów się nad planowaną ścieżką kariery po studiach. Określ i zapisz swój cel zawodowy w perspektywie pięciu lat – to, co chciałbyś osiągnąć lub czym chciałbyś się zajmować. Następnie przeanalizuj, jakie kroki są niezbędne do realizacji tego celu, i zapisz je. Każdy z kroków podziel na mniejsze, konkretne zadania, wyznaczając w ten sposób realistyczną i spójną ścieżkę rozwoju zawodowego.
3. Wybierz jedną z metod nauki, która najbardziej do Ciebie przemawia. Poszukaj na jej temat dodatkowych informacji. Wprowadź ją do swojej codziennej naukowej rutyny.
4. Świadomie zaplanuj dla siebie w ciągu dnia moment refleksji nad jednym wybranym wydarzeniem z danego dnia. Zastanów się, jaki miało to na Ciebie wpływ, jak się zachowałeś, czego Cię to nauczyło, jak zachowałbyś się w przyszłości. Nie wykonuj tego ćwiczenia przed snem, ponieważ ten moment powinien zostać wykorzystany na wyciszenie się i relaksację.

Bibliografia

- Cepeda, N.J., Pashler, H., Vul, E., Wixted, J.T., & Rohrer, D. (2006). Distributed practice in verbal recall tasks: A review and quantitative synthesis. *Psychological Bulletin*, 132(3), 354–380.
- Chauca Bajaña, L.A., Campos Lascano, L., Jaramillo Castellon, L., Carpio Cevallos, C., Cevallos-Pozo, G., Velasquez Ron, B., Vieira e Silva, F.F. & Perez-Sayans, M. (2023). The Prevalence of the Burnout Syndrome and Factors Associated in the Students of Dentistry in Integral Clinic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Dentistry*, 2023, 5576835.
- Curtiss, J.E., Levine, D.S., Ander, I. & Baker, A. W. (2021). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, 19(2), 184–189.
- Da Silva, A.N. & Vettore, M.V. (2023). Associations of academic environment, lifestyle, sense of coherence and social support with self-reported mental health status among dental students at a university in Brazil: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(12), e076084.
- Da Silva, C.C.G., Bolognani, C.V., Amorim, F.F. & Imoto, A.M. (2023). Effectiveness of training programs based on mindfulness in reducing psychological distress and promoting well-being in medical students: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 12, 79.
- Dong, A., Jong, M.S.Y. & King, R.B. (2020). How Does Prior Knowledge Influence Learning Engagement? The Mediating Roles of Cognitive Load and Help-Seeking. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Elani, H.W., Allison, P.J., Kumar, R.A., Mancini, L., Lambrou, A. & Bedos, C. (2014). A systematic review of stress in dental students. *Journal of Dental Education*, 78(2), 226–242.
- Evagorou, M., Erduran, S. & Mäntylä, T. (2015). The role of visual representations in scientific practices: From conceptual understanding and knowledge generation to ‘seeing’ how science works. *International Journal of STEM Education*, 2(1), 11.
- Adodo, S.O. (2013). Effect of Mind-Mapping as a Self-Regulated Learning Strategy on Students’ Achievement in Basic Science and Technology. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(6), Article 6.
- Fédération Dentaire Internationale (FDI). (2024). Mental health and well-being for oral health professionals and dental students. *International Dental Journal*, 74(1), 159–160.
- Ferrari, J. & Dao, T. (2020). The Negative Side of Office Clutter: Impact on Work-Related Well-Being and Job Satisfaction. *North American Journal of Psychology*. 22, 397–410.
- Feng, D. & Zhang, Y. (2023). College Students' Knowledge, attitudes, and practices regarding body posture: A cross-sectional survey--Taking a university in Wuhu City as an example. *Prev Med Rep*. 16(36), 102422.
- Fleur, D.S., Bredeweg, B. & van den Bos, W. Metacognition: ideas and insights from neuro- and educational sciences. *NPJ Sci Learn*. 6(1), 13.
- Gondo, D., Bernardeau-Moreau, D. & Campillo, P. (2023). Student Stress and the Effects of Relaxation: A Study Conducted at the University of Lille in Northern France. *Social Sciences*, 12(6), Article 6.
- Gumasing, M.J.J., Cruz, I.S.V.D., Piñon, D.A.A., Rebong, H.N.M. & Sahagun, D.L.P. (2023). Ergonomic Factors Affecting the Learning Motivation and Academic Attention of SHS Students in Distance Learning. *Sustainability*, 15(12), Article 12.
- Guo, H.B. & Qiu, C. (2024). How do stressful life events affect medical students’ academic adjustment? Parallel mediating mechanisms of anxiety and depression. *BMC Medical Education*, 24, 617.
- Harackiewicz, J.M., Smith, J.L. & Priniski, S.J. (2019) Interest Matters: The Importance of Promoting Interest in Education. *Policy Insights Behav Brain Sci*. 3(2), 220–227.

- Hearn, J.H., & Stocker, C.J. (2022). Mindfulness practice correlates with reduced exam- induced stress and improved exam performance in preclinical medical students with the “acting with awareness”, “non-judging” and “nonreacting” facets of mindfulness particularly associated with improved exam performance. *BMC Psychology*, 10,(41).
- Horikoshi, K. (2023). The positive psychology of challenge: Towards interdisciplinary studies of activities and processes involving challenges. *Front. Psychol.* 13(1090069).
- Jairam, D., Kiewra, K.A., Rogers-Kasson, S., Patterson-Hazley, M. & Marxhausen, K. (2014). SOAR versus SQ3R: A test of two study systems. *Instructional Science*, 42(3), 409–420.
- Ku, H., Tseng, H. & Akarasriworn, C. (2013). Collaboration factors, teamwork satisfaction, and student attitudes toward online collaborative learning. *Computers in Human Behavior*. 29, 922–929.
- Lal, D.M., & Vinod Kumar, S. (2024). Mindfulness-Based Intervention on Psychological Factors Among Students: A Meta-Analytic Study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 42(2), 279–304.
- Lin, G.S.S., Ng, Y.S., Hashim, H., Foong, C.C., Yahya, N.A., Halil, M.H.M. & Ahmad, M.S. (2024). Shaping tomorrow’s dentists: a multiinstitutional survey of undergraduate dental students’ perceptions towards interprofessional education. *BMC Oral Health*. 24(762).
- Lin, W., Chang, Y.C. & Chen, P.F. (2023). Environmental aesthetics and professional development for university teachers in China. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10(1), 1–10.
- Lin, X.J., Zhang, C.Y., Yang, S., Hsu, M.L., Cheng, H., Chen, J. & Yu, H. (2020). Stress and its association with academic performance among dental undergraduate students in Fujian, China: A cross-sectional online questionnaire survey. *BMC Medical Education*, 20(1), 181.
- Mavedatnia, D., Cuddy, K., Klieb, H., Blanas, N., Goodman, J., Gilbert, M. & Eskander, A. (2023) Oral cancer screening knowledge and practices among dental professionals at the University of Toronto. *BMC Oral Health*, 23(343).
- Pulsmedycyny.pl (2024). *MZ określiło limity przyjąć na studia lekarskie w roku 2024/2025. Nie uwzględniono 10 uczelni bez zgody PKA.* (b.d.). Pobrano 21 lipiec 2024, z <https://pulsmedycyny.pl/mz-okreslilo-limit-przyjec-na-studialekarskie-w-roku-2024-2025-nie-uwzględniono-10-uczelni-bez-zgody-pka-1216780>.
- Maharjan, G. & Baby, L. (2019). A Study to Assess the Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation on Stress among Nursing Students in a Selected Nursing College, Bangalore. *International Journal of Health Sciences and Research*, 9(11), 150–158.
- McMains, S. & Kastner, S. (2011). Interactions of top-down and bottom-up mechanisms in human visual cortex. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 31(2), 587–597.
- Mendell, M.J. & Heath, G.A. (2005). Do indoor pollutants and thermal conditions in schools influence student performance? A critical review of the literature. *Indoor Air*, 15(1), 27–52.
- Paller, K.A., Creery, J.D. & Schechtman, E. (2021). Memory and Sleep: How Sleep Cognition Can Change the Waking Mind for the Better. *Annu Rev Psychol.* 4(72), 123–150.
- Queirolo, L., Roccon, A., Piovan, S., Ludovichetti, F.S., Bacci, C. & Zanette, G. (2024). Psychophysiological wellbeing in a class of dental students attending dental school: Anxiety, burnout, post work executive performance and a 24 hours physiological investigation during a working day. *Frontiers in Psychology*, 15.
- Rea, S.D., Wang, L., Muenks, K. & Yan, V.X. (2022). Students Can (Mostly) Recognize Effective Learning, So Why Do They Not Do It? *J Intell.* 10(4), 127.
- Reyes, E.P., Blanco, R.M.F.L., Doroon, D.R.L., Limana, J.L.B. & Torcende, A.M.A. (2021). Feynman Technique as a Heutagogical Learning Strategy for Independent and Remote Learning. *Recoletos Multidisciplinary Research Journal*, 9(2), 1–13.

- Rezaei-Gazki, P., Ilaghi, M. & Masoumian, N. (2024). The triangle of anxiety, perfectionism, and academic procrastination: Exploring the correlates in medical and dental students. *BMC Medical Education*, 24, 181.
- Roediger, H.L. & Butler, A.C. (2011). The critical role of retrieval practice in long-term retention. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1), 20–27.
- Santos, J., Sabino, A., Duane, C., Mallari, J.K.C., Eusebio, M. & Gonzales, P. (2019). The Effects of Color Coded Words on Memory Retention. *SSRN Scholarly Paper* 3438889.
- Sattar, K., Yusoff, M.S.B., Arifin, W.N., Yasin, M.A.M. & Nor, M.Z.M. (2022). Effective coping strategies utilised by medical students for mental health disorders during undergraduate medical education-a scoping review. *BMC Medical Education*, 22, 121.
- Spanoudis, G. & Demetriou, A. (2020). Mapping Mind-Brain Development: Towards a Comprehensive Theory. *Journal of Intelligence*, 8(2), Article 2.
- Sun, M., Tsai, S., Engle, D.L. & Holmer, S. (2021). Spaced Repetition Flashcards for Teaching Medical Students Psychiatry. *Medical Science Educator*, 31(3), 1125–1131.
- Taveira-Gomes, T., Prado-Costa, R., Severo, M. & Ferreira, M. A. (2015). Characterization of medical students recall of factual knowledge using learning objects and repeated testing in a novel e-learning system. *BMC Medical Education*, 15(1), 4.
- Teuber, M., Leyhr, D., & Sudeck, G. (2024). Physical activity improves stress load, recovery, and academic performance-related parameters among university students: A longitudinal study on daily level. *BMC Public Health*, 24, 598.
- Wang, Q., Zhang, W., & An, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of Internet-based self-help interventions for mental health among adolescents and college students. *Internet Interventions*, 34, 100690.
- Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597–605.

17. Materiały uzupełniające

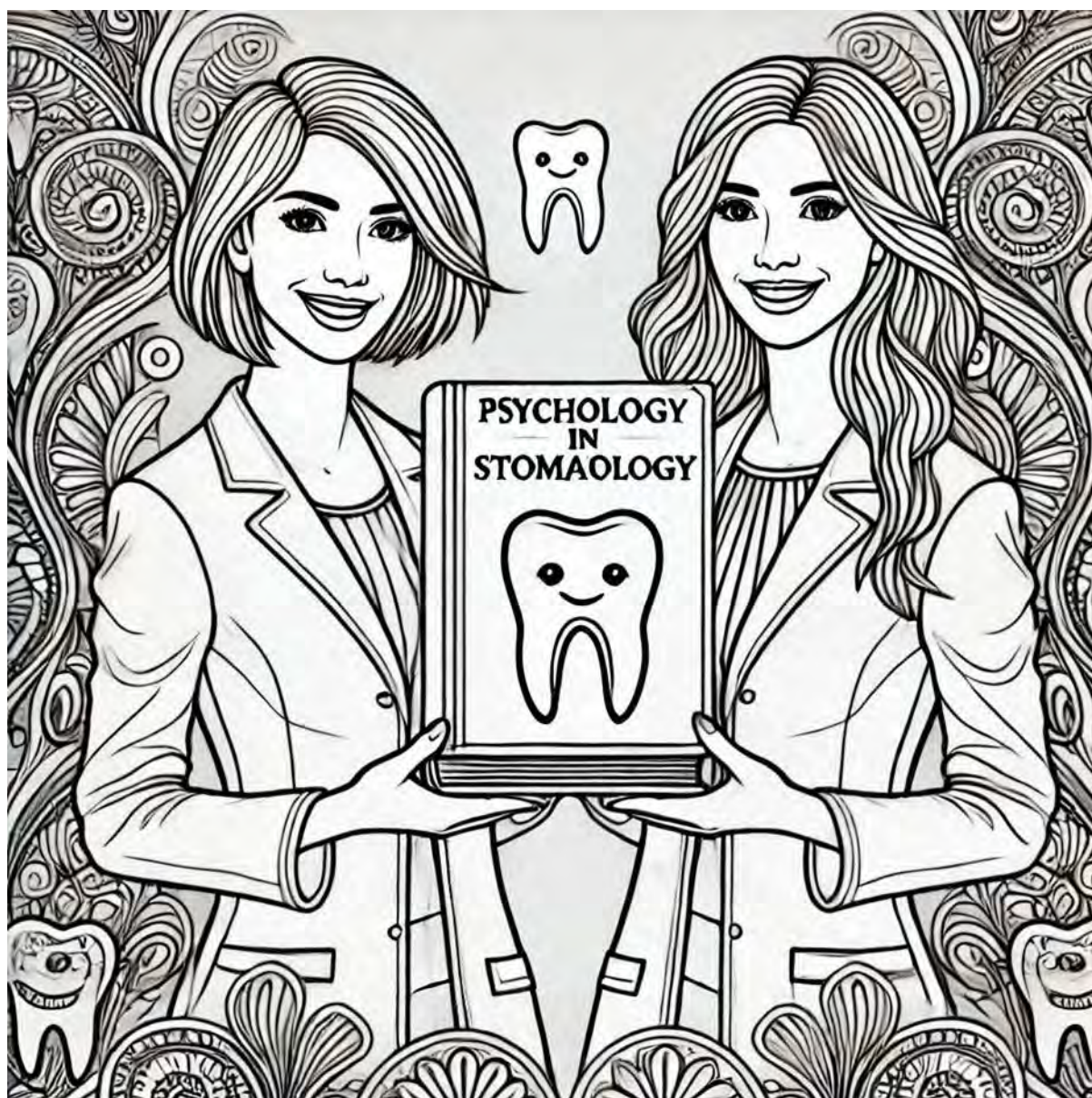
Drodzy Studenci, jeśli już wszystko przeczytaliście i, oczywiście, zapamiętaliście, to teraz czas na zasłużony odpoczynek.

Proponujemy wam kolorowanki w stylu mindfulness, przygotowane za pomocą narzędzia AI Coloring Book Hero (model DALL-E). Możecie wydrukować i zrelaksować się. Niektóre obrazki symbolizują tematy z naszego podręcznika, a przynajmniej taki był nasz zamysł. Mimo licznych prób i różnych podejść czasami nie udało się skutecznie porozumieć z AI i często widać miejsca, które sprawiały trudności – spróbujcie je znaleźć! Jest również coś o Was i o nas.

Bawcie się dobrze!

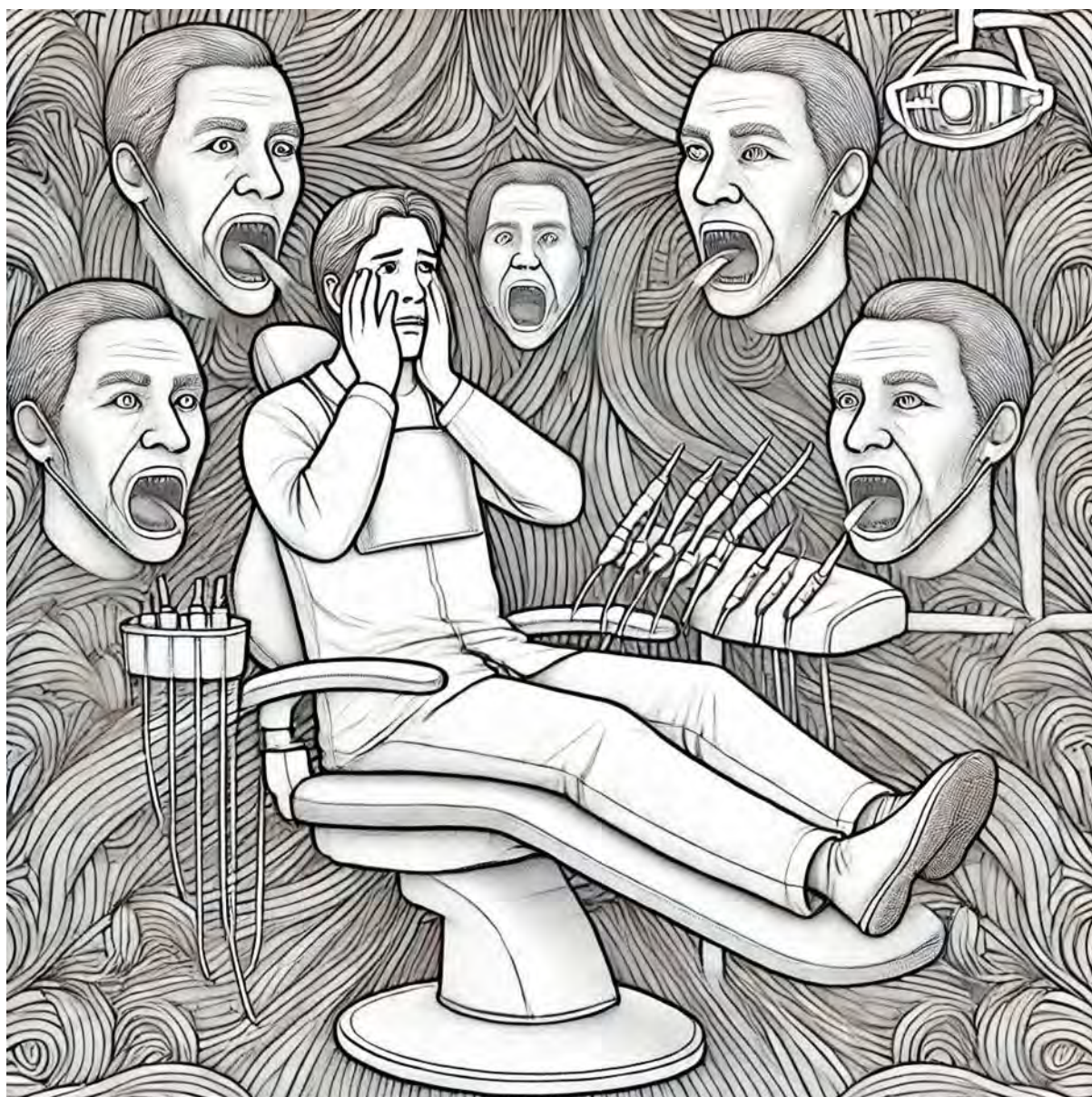
Julia Wyszomirska i Adriana Modrzejewska











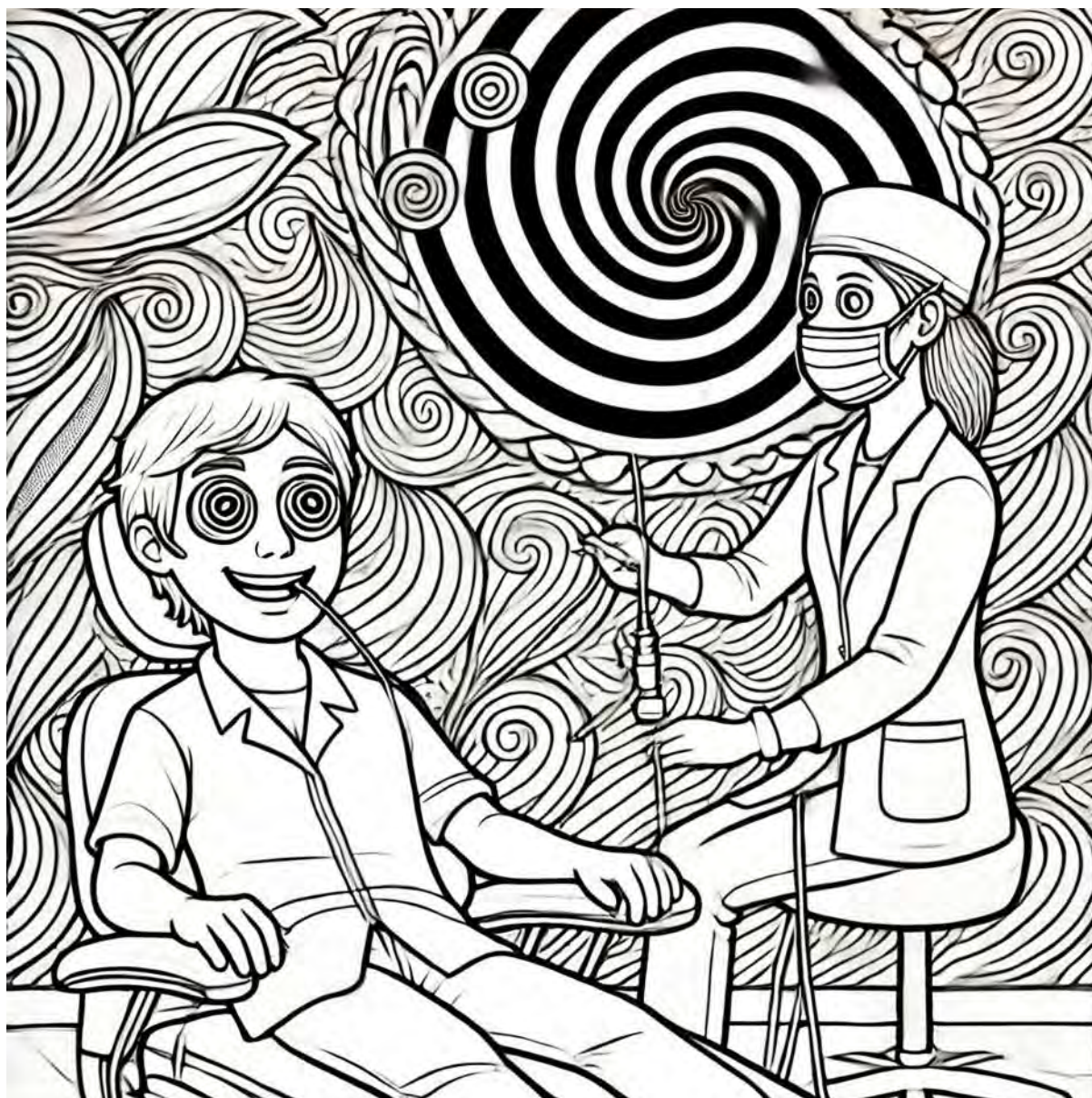














18. Notka o Autorach

lek. dent. Arthur Apper – lekarz dentysta, absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Odbywa szkolenia w zakresie chirurgii stomatologicznej oraz medycyny estetycznej. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się na chirurgii stomatologicznej, periodontologii oraz problematyce chorób wewnętrznych i cywilizacyjnych. W praktyce klinicznej stosuje holistyczne podejście, kładąc nacisk na kompleksowe leczenie oraz emocjonalne wsparcie pacjenta.

lek. dent. Patrycja Badora-Smoleń – lekarz dentysta, praktyk, absolwentka Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz certyfikowany lekarz medycyny estetycznej. Połączenie obu wymienionych dziedzin pozwala jej na holistyczne spojrzenie na pacjenta, który w dzisiejszych czasach często wymaga wysoce kompleksowego leczenia. Wyrazem tego jest dbałość nie tylko o zdrowie jamy ustnej pacjenta, lecz także również estetykę twarzy, aby razem tworzyły harmoniczną całość. Aktywna uczestniczka szkoleń praktycznych oraz konferencji naukowych nieustannie podnosząca swoje kwalifikacje.

prof. dr hab. n. o zdr. Monika Bąk-Sosnowska – psycholożka kliniczna, psychoterapeutka, wykładowczyni akademicka. Zajmuje się badaniami naukowymi oraz dydaktyką z zakresu psychologii zdrowia i psychologii klinicznej. Jest autorką kilkudziesięciu prac naukowych i popularno-naukowych, prelegentką wielu konferencji naukowych, prowadzi również warsztaty i szkolenia psychologiczne. W ramach praktyki klinicznej prowadzi ośrodek Primodium w Katowicach, gdzie zajmuje się terapią osób w kryzysie, cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne oraz na zaburzenia odżywiania się i otyłość.

lek. dent., mgr Karolina Bernacka – lekarz dentysta, psycholog, właścicielka prywatnego centrum stomatologii. Pracuje jako lekarz dentysta. Skończone studia psychologiczne pomagają jej spojrzeć na pacjenta, jego leczenie i opiekę w nieco szerszy sposób.

lek. dent. Anna Biały – lekarz dentysta, członek Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego/DGOI. W swojej praktyce skupia się głównie na leczeniu protetyczno-chirurgicznym. Podstawą jest dla niej wszechstronne poznanie pacjenta z jego nawykami łącznie.

dr n. med. i n. o zdr. Joanna Biegańska-Banaś – adiunkt badawczo-dydaktyczny w Katedrze Bioetyki i Psychologii Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, specjalista psycholog kliniczny – neuropsycholog, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny. Jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół zagadnień psychologii zdrowia, psychologii klinicznej i neuropsychologii medycznej. W pracy klinicznej zajmuje się diagnostyką psychologiczną i neuropsychologiczną oraz poradnictwem psychologicznym i psychoterapią wspomagającą leczenie chorób somatycznych. Współautorka programów psychoedukacyjnych dedykowanych pacjentom z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi oraz przesiewowego kwestionariusza zaburzeń psychoemocjonalnych w zaburzeniach skroniowo-żuchwowych dla lekarzy stomatologów.

mgr Agnieszka Borowska – psycholożka, psychoterapeutka (psychoanalityczna), na co dzień pracująca na Dziennym Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej w Górnośląskim Centrum Medycznym w Katowicach głównie z pacjentami z diagnozą schizofrenii. Popołudniami prowadzi indywidualne procesy psychoterapeutyczne w ramach praktyki własnej.

dr hab. n. o zdr. Kamila Czepczor-Bernat – członek założyciel Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, psycholog, psychodietetyk, praktyk metody Kids' Skills. Adiunkt badawczo-dydaktyczny oraz konsultant psychologiczny Oddziału Klinicznego Pediatrii, Otyłości Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Kości Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Laureatka konkursu Preludium 13 (Narodowe Centrum Nauki). Aktywnie uczestniczy w konferencjach naukowych oraz w realizacji projektów krajowych i międzynarodowych. Autorka artykułów naukowych dotyczących psychologicznych aspektów otyłości, zaburzeń odżywiania, zachowań żywieniowych, obrazu ciała, zagadnień z zakresu e-mental health i powiązanych pojęć oraz kilku monografii. Publikuje między innymi w takich czasopismach jak „Body image”, „Nutrition Journal”. Członek rady redakcyjnej „Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity”.

dr n. med. Paweł Dębski – adiunkt badawczo-dydaktyczny w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Katedry Psychiatrii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz w Instytucie Psychologii Akademii Humanitas w Sosnowcu. Specjalista psychologii klinicznej. Jego zainteresowania naukowe oraz praktyczne skupiają się wokół psychologii klinicznej oraz psychologii sądowej.

lek. dent. Karolina Felenzer – absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Posiada doświadczenie w zakresie opieki stomatologicznej nad dziećmi, młodzieżą, osobami z niepełnościami, pacjentami uzależnionymi oraz mieszkańcami domów opieki, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki dentofobii. Obecnie w trakcie specjalizacji z zakresu chirurgii i medycyny jamy ustnej.

dr n. o zdr. Magdalena Gruszczyńska – adiunkt badawczo-dydaktyczny w Zakładzie Antropologii Lekarskiej Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół zagadnień psychologii zdrowia.

dr n. o zdr. Ewa Martyniak – asystent badawczo-dydaktyczny w Katedrze Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, specjalista psychologii klinicznej. Obszar jej zainteresowań badawczych obejmuje zaburzenia psychiczne, ze szczególnym uwzględnieniem schizofrenii, temperamentalne uwarunkowania zachowania oraz uzależnienia behawioralne.

lek. dent. Ewa Michalczyk – lekarz dentysta, absolwentka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Ukończyła studia wyższe na Uniwersytecie Decart w Paryżu w dziedzinie periodontologii. Szczególną rolę w leczeniu pacjentów w jej praktyce pełni Sofrologia.

mgr Adriana Modrzejewska – asystent badawczo-dydaktyczny w Zakładzie Antropologii Lekarskiej Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, psycholog, psychodietetyk. Autorka oraz współautorka prac naukowych opublikowanych w renomowanych zagranicznych czasopismach. Swoje zainteresowania badawcze koncentruje wokół zaburzeń odżywiania, obrazu ciała, otyłości oraz zachowań żywieniowych.

dr n. hum. Justyna Modrzejewska – adiunkt badawczo-dydaktyczny w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Bielsko-Bialskiego, pedagog i psycholog. Autorka artykułów naukowych w których porusza zagadnienia dotyczące obrazu ciała, zachowań żywieniowych oraz szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej.

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Pihut – Kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej i Ortodoncji Collegium Medicum w Krakowie, autor 140 publikacji naukowych w czasopismach o zasięgu międzynarodowym i krajowym, specjalista w dziedzinie diagnostyki i nowoczesnych metod leczenia zaburzeń skroniowo-żuchwowych.

dr n. społ. Jagoda Sikora – specjalistka psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, psychoterapeutka rodzinna w trakcie szkolenia, wspierająca rodziców i dzieci w radzeniu sobie ze stresem, certyfikowany ekspert kanadyjskiej metody self-reg, nauczyciel akademicki, trener.

mgr Dorota Turska-Czyż – asystent dydaktyczny w Zakładzie Psychoprofilaktyki Katedry Psychiatrii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna (Uniwersytet SWPS). Jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół zagadnień psychologii zdrowia i psychologii klinicznej.

dr n. o zdr. Monika Tysiąc-Miśta – adiunkt badawczo-dydaktyczny w Katedrze Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Specjalista stomatologii zachowawczej z endodoncją. Posiada umiejętność zawodową z zakresu medycyny estetyczno-naprawczej. Ukończyła studia podyplomowe z zakresu rozwoju osobistego i zarządzania w ochronie zdrowia. Właścicielka podmiotu leczniczego Esteti Med Dent. Autorka licznych publikacji naukowych z zakresu stomatologii, medycyny estetycznej i zdrowia publicznego.

dr n. o zdr. Julia Wyszomirska – adiunkt badawczo-dydaktyczny w Zakładzie Psychologii Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, specjalista psycholog kliniczny – neuropsycholog. Jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół zagadnień psychologii zdrowia i psychologii klinicznej. W pracy klinicznej zajmuje się głównie diagnostyką neuropsychologiczną, zmianami zachowań zdrowotnych oraz współpracą w toku leczenia.

lek. dent. Rafał Ziaja – lekarz dentysta, absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Należy do Polskiego Towarzystwa Endodontycznego oraz European Society of Endodontology. Współautor publikacji naukowych w czasopismach takich jak „Twój Przegląd Stomatologiczny” oraz i Implantologia Stomatologiczna.