

МЕТОД БИОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕНТОФОБИИ

¹Осокина О.И., ¹Удод А.А., ²Ивнев Б.Б., ¹Ушенин С.Г., ¹Пулятин Г.Г.,
¹Нестеренко Т.В., ¹Стеценко Л.А.

¹Донецкий национальный медицинский университет, Лиман, Украина

² Киевский медицинский университет, Киев, Украина

oosokina@ukr.net

Рецензенты: проф. Табачников А.Е., проф. Дорошенко С.И.

Актуальность. Боязнь стоматологического лечения – дентофобия – представляет собой навязчивый страх перед посещением стоматологического кабинета, боязнь личности самого врача-стоматолога и стоматологического оборудования. Именно страх лечения у стоматолога является основной причиной того, что пациенты оттягивают посещение врача, отказываются от лечения или занимаются самолечением. Многие люди с дентофобией обращаются за помощью только в ургентных случаях, например, при выраженном болевом синдроме или при наличии абсцесса.

Цель: изучить влияние метода биосуггестивной терапии на эмоциональное состояние пациентов стоматологического профиля путём динамической оценки невротической симптоматики до и после посещения врача-стоматолога.

Материал и методы. Исследовали 92 респондента: 43 мужчин (46,7 %) и 49 женщин (53,3 %), в возрасте от 25 до 62 лет, обратившихся за стоматологической помощью. Для самооценки уровня выраженности тревоги использовали Модификационную шкалу стоматологической тревоги (MDAS). Для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики и тяжести тревоги в динамике была использована шкала Гамильтона (HAM-A). Для психокоррекции тревожного состояния был использован метод биосуггестивной терапии, который основывается на сочетании вербального и невербального внушения в состоянии неглубокого транса. Использовались не только суггестия, а и другие техники: контакт ладони терапевта с телом респондента, индукция, соответствующая постановка голоса и т.д. Проводили статистическую обработку результатов.

Результаты. По шкале MDAS выявлена клинически значимая тревога перед визитом к стоматологу у 82,6±4,0 % пациентов. Доминировали тревожно-ипохондрический (38,1±7,5 %) и тревожно-депрессивный (33,3±7,3 %) синдромы. По шкале HAM-A, в структуре невротической симптоматики преобладали тревожно-фобические симптомы, нарушения сна, вегетативные нарушения и соматоформные дисфункции с преимущественным вовлечением системы пищеварения и мочеполовой системы. Уровень выраженности невротических симптомов у женщин был более глубоким по сравнению с мужчинами (по шкале HAM-A, 50±0,5 балла и 38±0,8 балла, соответственно, $p < 0,05$). После проведения биосуггестивной терапии 92,9±4,0 % пациентов отметили субъективно улучшение в своём эмоциональном состоянии и снижение уровня тревоги. По шкале HAM-A, в основной группе отмечено достоверное снижение выраженности невротической симптоматики на 57,7±7,5 % от исходного уровня, в то время, как в группе сравнения – всего на 29,1±7,4 %, $p < 0,001$.

Вывод. Метод биосуггестивной терапии является эффективным и целесообразным для нормализации эмоционального состояния пациентов перед визитом к врачу-стоматологу.

Ключевые слова: дентофобия, биосуггестивная терапия, врач-стоматолог.

Актуальность. Боязнь стоматологического лечения – дентофобия (стоматолофобия) – представляет собой навязчивый страх перед посещением стоматологического кабинета, боязнь личности самого врача-стоматолога и стоматологического оборудования.

Именно страх лечения у стоматолога является основной причиной того, что пациенты оттягивают посещение врача, отказываются от лечения или занимаются самолечением. Многие люди с дентофобией обращаются за помощью только в ургентных случаях, например, при выраженном болевом синдроме или при наличии абсцесса [3].

Частыми причинами такого страха может быть тревожное ожидание боли при проведении врачебных манипуляций, эмоциональный дискомфорт при звуке бормашины, специфический запах и атмосфера в кабинете врача-стоматолога или же менее осознаваемые пациентом причины, такие, как чувство беспомощности, невозможность контролировать процесс, нарушение границ личного пространства и др. Чаще всего дентофобии предшествует личный негативный опыт пациента при предыдущих посещениях стоматолога, но это может быть и индуцирование опытом других людей, неблагоприятные изображения стоматологов и стоматологического лечения в масс-медиа, кинематографе и т. д. [4].

Особую важность для пациентов имеет тот факт, что стоматологические манипуляции проводятся в непосредственной близости от жизненно важных органов – головного мозга, а также органов зрения и слуха, что неосознанно запускает поведенческие программы, связанные с инстинктом самосохранения человека.

Основными проявлениями стоматофобии являются симптомы, во многом сходные с паническими атаками, а именно: выраженный эмоциональный дискомфорт (волнение, тревога, страх), напряжение/тремор конечностей или всего тела, вегетативные нарушения (учащение пульса, дыхания, потливость ладоней, сухость во рту), нарушенный ночной сон, повышенная вероятность возникновения рвоты или потери сознания [5].

Следует отметить, что не все негативно окрашенные эмоциональные переживания, связанные со стоматологическим лечением, являются непосредственно дентофобией. Возникающие эмоциональные реакции различаются по силе от легкой тревоги до панического страха, однако они всегда негативно окрашены. Тот уровень эмоции, когда мы можем говорить о фобии, имеет свои специфические особенности. Фобии представляют собой переживание страха, неадекватного и повторяющегося в определенной ситуации, из-за чего ситуация активно избегается человеком. Разного уровня выраженности эмоциональные переживания, связанные со стоматологическим лечением, можно отнести к эмоциональным состояниям спектра дентофобии, подчеркивая тем самым донологический характер этих проявлений. В данной статье мы будем использовать термин «дентофобия», имея в виду весь спектр дискомфортных эмоциональных состояний.

Целью настоящего исследования является изучение влияния метода биосуггестивной терапии на эмоциональное состояние пациентов стоматологического профиля путем динамической оценки невротической симптоматики до и после посещения врача-стоматолога.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборка исследуемых лиц включала 92 респондента, среди которых было 43 мужчины (46,7 %) и 49 женщин (53,3 %), в возрасте от 25 до 62 лет, обратившихся за стоматологической помощью в плановом порядке. За день до посещения врача-стоматолога респондентам было предложено пройти психодиагностическое исследование уровня тревоги, связанной с предстоящим визитом к врачу. Для самооценки пациентами уровня выраженности тревоги была использована Модификационная шкала стоматологической тревоги (The Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)) [6], состоящая из 5 вопросов и позволяющая пациенту оценить уровень своей

тревоги перед посещением стоматолога от «отсутствия тревоги» до «сильно выраженной тревоги». Шкала включает также вопрос, связанный с тревогой перед проведением проводниковой инъекционной анестезии.

При проведении настоящего исследования использовали клинический, психодиагностический и статистический методы.

Для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики и тяжести тревоги в динамике была использована шкала Гамильтона The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) [7], которая позволяла оценить не только эмоциональное состояние, но и спектр связанных с ним психосоматических нарушений.

По добровольному желанию, те пациенты, у которых симптомы тревоги были клинически значимы, были разделены на две группы в зависимости от того, проходили они психокоррекцию эмоционального состояния перед посещением стоматолога, или нет. В основную группу вошло 42 респондента (25 женщин и 17 мужчин), которым накануне перед посещением стоматолога был проведен сеанс биосуггестивной терапии. Испытуемые группы сравнения (34 человека) приняли решение справляться со своей тревогой самостоятельно. Средний возраст испытуемых основной группы составил $41,1 \pm 2,3$ года, группы сравнения – $38,1 \pm 2,2$ года. В основной группе было 25 (59,5 %) женщин и 17 (40,5 %) мужчин, в группе сравнения – 21 (61,8 %) женщина и 13 (38,2 %) мужчин. По гендерно-возрастным особенностям группы были репрезентативны.

В качестве метода психокоррекции тревожного состояния нами был использован метод биосуггестивной терапии, разработанный А. С. Стражным [2] и адаптированный на кафедре психиатрии, психотерапии, наркологии и медицинской психологии Донецкого национального медицинского университета. Метод основывается на сочетании вербального и невербального внушения в состоянии неглубокого транса. Приставка «био» означает, что используется не только суггестия, а и другие техники (контакт ладони терапевта с телом респондента, индукция, соответствующая постановка голоса и т. д.).

При оценке количественных признаков рассчитывалось среднее арифметическое значение показателя (\bar{X}) и среднеквадратическая ошибка среднего (m). Для качественных признаков рассчитывалась частота встречаемости признака (%) и стандартная ошибка ($m\%$).

Для проведения множественных сравнений использовался критерий Крускала-Уоллиса и критерий Дана [1]. При сравнении частоты встречаемости качественных признаков использовался критерий хи-квадрат. Критический уровень значимости во всех случаях принимался $p=0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все испытуемые дали согласие на участие в психодиагностическом исследовании до и после посещения стоматолога. Все респонденты в прошлом проходили стоматологическое лечение и имели соответствующий опыт. Среди генеральной совокупности респондентов, обследованных при помощи шкалы MDAS, клинически значимые симптомы тревоги, связанной с посещением стоматолога, были выявлены у 76 (82,6 %) человек, то есть более чем у 2/3 респондентов. Среди них преобладали женщины: 44 (57,9 %) человек. Мужчин, испытывающих тревогу, было 32 (42,1 %) человек (табл. 1).

Симптомы тревоги считались клинически значимыми в том случае, если по шкале MDAS респондент испытывал умеренную (+++), выраженную (++++), тревогу или экстремальный уровень тревоги (+++++), который приравнялся к фобии. При этом указанные эмоциональные состояния вызывали психологический дискомфорт и нарушали адаптацию пациента в социуме. Лёгкая степень волнения и тревоги (+), (++) по MDAS перед посещением стоматолога без нарушения адаптации не считались клинически значимыми.

Тревожная симптоматика у испытуемых носила ситуативный характер, во многом зависела от внешних факторов и варьировала по глубине. Тревога усиливалась при прокручивании в воображении картинок посещения стоматолога, звука бормашины, запаха в кабинете. Уровень тревоги углублялся при приближении времени стоматологического

приёма и уменьшался при отвлечении пациента от мыслей о предстоящем визите. У части испытуемых тревога сопровождалась навязчивыми мыслями и страхами возможного ухудшения состояния, развития осложнений и даже летального исхода в кресле стоматолога. Пациенты сообщали о чувстве постоянной напряженности, ощущении опасности, беспокойства, состоянии «взвинченности». Многие пациенты становились повышено раздражительными, проявляли обидчивость, плаксивость и готовность «взорваться по пустякам». За день до посещения стоматолога практически все испытуемые отмечали нарушения сна, сложность засыпания, что было вызвано многократным «прокручиванием» предстоящих событий. У части респондентов ярко проявлялась вегетативная симптоматика: гипергидроз, дрожь, покраснение лица, учащенное дыхание и сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, колебания артериального давления, чувство сдавливания в груди, кардиалгии, сухость во рту, спастические боли в животе или ощущение дискомфорта в эпигастральной области. Некоторые пациенты сообщали о страхе боли, заражения или внесения какой-либо инфекции при проведении медицинских манипуляций. Описание синдромальной структуры у испытуемых перед посещением стоматолога в порядке убывания можно представить как тревожно-ипохондрический, тревожно-депрессивный, истеро-ипохондрический или астено-ипохондрический синдромы.

Структура и частота встречаемости синдромальных вариантов эмоциональных состояний у пациентов, которым предстоял визит к стоматологу, представлены в таблице 2.

В целях более объективной оценки выраженности тревожной симптоматики была использована шкала НАМ-А (табл. 3).

При анализе выраженности тревожных, депрессивных и вегетативных симптомов по шкале НАМ-А у пациентов основной группы и группы сравнения перед визитом к стоматологу не выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$), что позволяло изучить влияние биосуггестивной терапии на эмоциональное состояние респондентов путём динамической оценки симптоматики до и после посещения стоматолога. В то же время в разрезе ген-

Таблица 1
Исследование частоты и глубины тревоги у пациентов перед визитом к стоматологу при помощи шкалы MDAS

Респонденты	Генеральная совокупность (n=92)			
	Симптомы тревоги клинически значимы		Симптомы тревоги клинически незначимы	
	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%
Женщины	44	57,9±5,7	5	31,3±11,6
Мужчины	32	42,1±5,7	11	68,8±11,6
Всего	76	82,6±4,0	16	17,4±4,0

Таблица 2
Структура и распространенность синдромальных вариантов тревожных расстройств у пациентов перед визитом к стоматологу

Синдром	Основная группа (n=42)		Группа сравнения (n=34)		p
	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	
Тревожно-депрессивный	14	33,3±7,3	9	26,5±7,6	p>0,05
Тревожно-ипохондрический	16	38,1±7,5	12	35,3±8,2	p>0,05
Истеро-ипохондрический	8	19,0±6,1	8	23,5±7,3	p>0,05
Астено-ипохондрический	4	9,5±4,5	5	14,7±6,1	p>0,05

Таблица 3

Сравнительный анализ выраженности симптомов по шкале НАМ-А у пациентов основной группы и группы сравнения перед визитом к стоматологу

Подшкалы НАМ-А	Основная группа (n=42)				Группа сравнения (n=34)				Значимость различий
	Женщины (n=25)		Мужчины (n=17)		Женщины (n=18)		Мужчины (n=16)		
	Me±m	Q _I -Q _{III}	Me±m	Q _I -Q _{III}	Me±m	Q _I -Q _{III}	Me±m	Q _I -Q _{III}	
Тревожное настроение	4±0,1	3-4	3±0,1	2-3	4±0,1	2-3	2±0,1	3-4	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Напряжение	4±0,1	4-5	3±0,1	2-3	4±0,1	2-3	2±0,1	4-5	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Страхи	4±0,1	4-4	4±0,1	3-4	4±0,1	3-4	3±0,2	4-4	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Инсомния	4±0,1	3-4	4±0,1	3-4	4±0,1	3-4	3±0,1	3-4	p>0,05 p ¹ >0,05 p ² >0,05
Интеллектуальные нарушения	3±0,1	3-4	3±0,2	2-4	3±0,2	2-4	1±0,1	3-4	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Депрессивное настроение	3±0,1	3-4	2±0,1	2-3	4±0,1	2-3	2±0,1	3-4	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Соматические мышечные симптомы	3±0,1	2-3	2±0,1	2-2	4±0,1	2-2	2±0,1	2-3	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Соматические сенсорные симптомы	3±0,1	2-3	2±0,1	2-2	3±0,1	2-2	1±0,1	2-3	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Сердечно-сосудистые симптомы	3±0,1	2-3	2±0,2	1-2	3±0,2	1-2	1±0,1	2-3	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Респира-торные симптомы	3±0,1	2-3	1±0,2	1-2	3±0,2	1-2	0±0,1	2-3	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,01
Гастроинтестинальные симптомы	4±0,1	3-4	3±0,1	2-3	4±0,1	2-3	1±0,1	3-4	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,01
Мочеполовые симптомы	4±0,1	4-5	3±0,1	2-3	3±0,1	2-3	2±0,1	1-3	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Вегетативные симптомы	4±0,1	4-4	3±0,1	3-4	3±0,1	3-4	3±0,2	4-4	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² >0,05
Поведение при осмотре	4±0,1	3-4	3±0,1	3-4	4±0,1	3-4	3±0,1	3-4	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05
Всего:	50±0,5	48-52	38±0,8	36-44	46±0,5	30-38	26±0,2	22-28	p>0,05 p ¹ <0,05 p ² <0,05

Примечания: p – уровень значимости различия между группами; p[№] – уровень значимости различия между женщинами и мужчинами в основной группе; p¹ – уровень значимости различия между женщинами и мужчинами в группе сравнения. Для исследования уровня значимости различий был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса.

дерных особенностей сравнительный анализ выраженности симптомов по шкале НАМ-А показал наличие более выраженной тревожной симптоматики и психосоматических симптомов у лиц женского пола в обеих исследуемых группах. Так, в основной группе у женщин – 50±0,5 баллов, у мужчин – 38±0,8 баллов (p<0,05); в группе сравнения у жен-

щин – 46±0,5 баллов против 26±0,2 баллов у мужчин (p<0,05).

Основной целью использования метода биосуггестивной терапии было уменьшение уровня тревоги, психологического дискомфорта, внутреннего напряжения и вегетативных проявлений, наряду с усилением психологических адаптационных ресур-

сов личности и формированием положительного настроения на прохождение лечения.

Степень эффективности биосуггестивной терапии проводилась путем субъективного оценивания пациентами своего эмоционального состояния и объективизированной оценки специалистом динамики невротических симптомов по шкале НАМ-А. Субъективная оценка пациентами изменений своего состояния представлена в таблице 4.

В основной группе пациентов, прошедших сеанс биосуггестивной терапии, в 92,9±4,0 % случаев наблюдалась разная степени выраженности позитивная динамика в редукции эмоциональных нарушений, и у 7,1±4,0 % пациентов этой группы тревожная симптоматика продолжала удерживаться.

В группе сравнения пациентов, не принимавших участие в психокоррекционных мероприятиях, субъективное улучшение эмоционального состояния отметили только 29,4±7,8 %, большинство же пациентов этой группы (58,8±8,4 %) субъективно изменений в своем состоянии не отметили, а у 11,8±5,5 % тревожная симптоматика усилилась.

Для объективной оценки эффективности использования метода биосуггестивной терапии тревожного состояния пациентов стоматологического профиля была проведена динамическая оценка состояния пациентов до и после посещения стоматолога по шкале НАМ-А (табл. 5).

Под влиянием проведенного нами интегративного комплекса психокоррекционных мероприятий в основной группе отмечено достоверное ($p < 0,001$)

уменьшение выраженности невротических симптомов (снижение среднего суммарного балла по шкале НАМ-А на 57,7±7,5 % от исходного уровня – до 18±1,6 баллов). Выявленность тревожно-невротической симптоматики в группе сравнения после посещения стоматолога по шкале НАМ-А снизилась на 29,1±7,4 %, что значительно уступало редукции данных симптомов у пациентов основной группы.

Клинический осмотр пациентов основной группы до и после посещения стоматолога показал эффективность использования метода биосуггестивной терапии в среднем у 2/3 пациентов. Было отмечено значительное снижение тревожной симптоматики, ипохондрических высказываний, страхов и вегетативных расстройств. В то же время для 1/3 пациентов предложенный нами метод коррекции эмоциональных нарушений оказался малоэффективным, что может быть связано с определенными личностными особенностями пациентов, недостаточностью проведения только одного сеанса биосуггестии или же убежденностью пациента в неэффективности данного метода.

Динамика невротических симптомов по шкале НАМ-А у пациентов исследуемых групп представлена в таблице 6.

Редукция невротических симптомов по шкале НАМ-А у пациентов на фоне проведения биосуггестивной терапии в основной группе имела место как по всем субшкалам, так и по суммарному значению показателя НАМ-А ($p < 0,001$). При сравнении показателей шкалы НАМ-А респондентов основной

Таблица 4
Субъективная оценка пациентами стоматологического профиля динамики своего эмоционального состояния до и после посещения стоматолога

Клинический эффект	Основная группа (n=42)		Группа сравнения (n=34)		p
	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	
Выраженное улучшение	9	21,4±6,3	0	0	p<0,05
Умеренное улучшение	19	45,2±7,7	3	8,8±4,9	p<0,001
Незначительное улучшение	11	26,2±6,8	7	20,6±6,9	p<0,05
Без изменений	3	7,1±4,0	20	58,8±8,4	p<0,001
Ухудшение	0	0	4	11,8±5,5	p<0,05

Примечание. Для исследования уровня значимости различий p был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса

Таблица 5
Оценка эффективности метода биосуггестивной терапии по шкале НАМ-А у пациентов исследуемых групп до и после посещения врача-стоматолога

Параметр	Основная группа (n=42)		Группа сравнения (n=34)	
	Me±m	Q _I – Q _{III}	Me±m	Q _I – Q _{III}
До посещения стоматолога				
Сумма баллов по шкале НАМ-А	44±0,5	37-48	36±0,4	35-46
После посещения стоматолога				
Сумма баллов по шкале НАМ-А	18±1,6	17-22	27±1,5	23-33
Степень улучшения, %	57,7±7,5%		29,1±7,4%	
Уровень значимости различия, p	p<0,001		p<0,001	

Примечания. Для исследования уровня значимости различий был использован критерий Вилкоксона.

Таблица 6

Оценка динамики невротических симптомов по шкале НАМ-А у пациентов до и после посещения врача-стоматолога

Подшкалы	Основная группа (n=42)		Группа сравнения (n=34)		Уровень значимости различий, p
	до визита	после визита	до визита	после визита	
	Me±m	Me±m	Me±m	Me±m	
Тревожное настроение	3,5±0,1	2±0,1	3±0,1	2±0,1	<0,001
Напряжение	3,5±0,1	2±0,1	3±0,1	2±0,1	<0,001
Страхи	4±0,1	1±0,1	3,5±0,1	2±0,1	<0,001
Инсомния	4±0,1	1±0,1	3,5±0,1	3±0,1	<0,001
Интеллектуаль-ные нарушения	3±0,1	1±0,1	2±0,2	3±0,2	<0,001
Депрессивное настроение	2,5±0,1	1±0,1	3±0,1	2±0,1	<0,001
Соматические мышечные симптомы	2,5±0,1	1±0,1	3±0,1	2±0,1	<0,001
Соматические сенсорные симптомы	2,5±0,1	1±0,1	2±0,1	2±0,1	<0,001
Сердечно-сосудистые симптомы	2,5±0,1	1±0,1	2±0,2	2±0,2	<0,001
Респираторные симптомы	2±0,1	1±0,1	1±0,2	1±0,2	<0,001
Гастро-интестинальные симптомы	3,5±0,1	2±0,1	2,5±0,1	2±0,1	<0,001
Мочеполовые симптомы	3,5±0,1	1±0,1	2,5±0,1	1±0,1	<0,001
Вегетативные симптомы	3,5±0,1	2±0,1	3±0,1	2±0,1	<0,001
Поведение при осмотре	3,5±0,1	1±0,1	3,5±0,1	1±0,1	<0,001
Всего	42±0,5	18±1,6	38±0,5	27±1,5	<0,001

группы и группы сравнения выявлено достоверное ($p<0,001$) уменьшение интенсивности аффективных, вегетативных, психосоматических, агрипнических и других симптомов по всем пунктам указанной шкалы.

Клинический эффект характеризовался как субъективным улучшением настроения и психологического состояния пациентов, так и объективно определяемым снижением выраженности тревоги, вегетативных дисфункций и соматических симптомов.

Таким образом, более 80 % обследованных нами пациентов испытывали клинически значимую тревогу перед визитом к стоматологу, что требовало психокоррекционных мероприятий. В клинической структуре стоматофобии преобладали тревожно-ипохондрический (38,1±7,5) и тревожно-депрессивный (33,3±7,3) варианты. У женщин, по сравнению с мужчинами, перед посещением стоматолога уровень тревоги был более выраженным (по шкале НАМ-А 50±0,5 баллов и 38±0,8 баллов, соответственно, $p<0,05$). В структуре невротической симптоматики по шкале НАМ-А преобладали тревожное напряжение, страхи, нарушения сна, вегетативные

нарушения и соматоформные дисфункции с преимущественным вовлечением системы пищеварения и мочеполовой системы. После проведения биосуггестивной терапии 92,9±4,0 % пациентов отметили субъективно улучшение в своем эмоциональном состоянии. По шкале НАМ-А, в основной группе отмечено достоверное снижение выраженности невротической симптоматики на 57,7±7,5 % от исходного уровня, в то время как в группе сравнения – всего на 29,1±7,4%, $p<0,001$. Это свидетельствует об эффективности метода биосуггестивной терапии при лечении дентофобии.

ВЫВОД

Метод биосуггестивной терапии является эффективным и целесообразным для нормализации эмоционального состояния пациентов перед визитом к врачу-стоматологу.

Конфликт интересов. Авторы заявляют, что не имеют конфликта интересов, который может восприниматься таким, что может нанести вред беспристрастности статьи.

Источники финансирования. Эта статья не получила финансовой поддержки от государственной, общественной или коммерческой организации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лях Ю. Е., В. Г. Гурьянов. Анализ результатов медико-биологической исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT // Вестник гигиены и эпидемиологии. 2004. Т. 8, № 1. С. 155-167.
2. Стражний А.С. Болезни, в которые играют люди.- Киев, «София».- 2010.- 352 с.
2. Armfield J.M., Heaton L.J. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review // Aust Dent J. 2013. Vol. 58. P. 390-407.
3. Leutgeb V., Schienle A. Therapy effect on facial electromyographic activity in 8- to 14-year-old spider-phobic girls // J Psychiatry Res. 2012. Vol. 46. P. 805-810.
4. Leutgeb V., Schafer A., Schienle A. Late cortical positivity and cardiac responsivity in female dental phobics when exposed to phobia-relevant pictures // Int J Psychophysiol. 2011. Vol.79. P. 410-416.
5. Humphris G.M., Dyer T.A., Robinson P.G. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age // BMC Oral Health. 2009. Vol. 9. P. 20.
6. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // Br. J. Med. Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50-55.

Отримано: 04.10.2017

МЕТОД БІОСУГГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ДЕНТОФОБІЇ

¹Осокіна О.І., ¹Удод О.А., ²Івнєв Б.Б., ¹Ушенін С.Г., ¹Путятін Г.Г.,
¹Нестеренко Т.В., ¹Стеценко Л.А.

¹Донецький національний медичний університет, Лиман, Україна
²Київський медичний університет, Київ, Україна

Актуальність. Боязнь стоматологічного лікування – дентофобія – являє собою нав'язливий страх перед відвідуванням стоматологічного кабінету, боязнь особистості самого лікаря-стоматолога та стоматологічного обладнання. Саме страх лікування у стоматолога є основною причиною того, що пацієнти відтягують відвідування лікаря, відмовляються від лікування або займаються самолікуванням. Багато людей з дентофобією звертаються за допомогою лише в ургентних випадках, наприклад, при вираженому больовому синдромі або при наявності абсцесу.

Мета: вивчити вплив методу біосуггестивної терапії на емоційний стан пацієнтів стоматологічного профілю шляхом динамічної оцінки невротичної симптоматики до і після відвідин лікаря-стоматолога.

Матеріал і методи. Досліджували 92 респондента: 43 чоловіки (46,7 %) і 49 жінок (53,3 %), у віці від 25 до 62 років, які звернулися за стоматологічною допомогою. Для самооцінки рівня виразності тривоги використовували модифікаційну шкалу стоматологічної тривоги (MDAS). Для об'єктивної оцінки ступеня вираженості тривожної симптоматики та тяжкості тривоги в динаміці була використана шкала Гамільтона (HAM-A). Для психокорекції тривожного стану був використаний метод біосуггестивної терапії, який ґрунтується на поєднанні вербального та невербального навіювання в стані неглибокого трансу. Використовувалася не тільки сугґестія, а й інші техніки: контакт долоні терапевта з тілом респондента, індукція, відповідна постановка голосу і т.д. Проводили статистичну обробку результатів.

Результати. За шкалою MDAS, виявлена клінічно значуща тривога перед візитом до стоматолога у 82,6±4,0 % пацієнтів. Домінували тривожно-іпохондричний (38,1±7,5%) і тривожно-депресивний (33,3±7,3%) синдроми. За шкалою HAM-A, в структурі невротичної симптоматики переважали тривожно-фобічні симптоми, порушення сну, вегетативні порушення і соматоформні дисфункції з переважним залученням системи травлення та сечостатевої системи. Рівень вираженості невротичних симптомів у жінок був більш глибоким у порівнянні з чоловіками (за шкалою HAM-A, 50±0,5 бала і 38±0,8 бала, відповідно, p<0,05). Після проведення біосуггестивної терапії 92,9±4,0 % пацієнтів відзначили суб'єктивно поліпшення у своєму емоційному стані і зниження рівня тривоги. За шкалою HAM-A, в основній групі відзначено достовірне зниження вираженості невротичної симптоматики на 57,7±7,5 % від вихідного рівня, в той час, як в групі порівняння – всього на 29,1±7,4 %, p < 0,001.

Висновок. Метод біосуггестивної терапії є ефективним і доцільним для нормалізації емоційного стану пацієнтів перед візитом до лікаря-стоматолога.

Ключові слова: дентофобія, біосуггестивна терапія, лікар-стоматолог.

BIOSUGGESTIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF DENTAL PHOBIA

*O.I. Osokina, A.A. Udod, B.B. Ivnev, S.G. Ushenin, G.G. Putyatin,
T.V. Nesterenko, L.A. Stetsenko*

Donetsk national medical university, Lyman, Ukraine

Kyiv Medical University, Kyiv, Ukraine

Relevance. Fear of dental treatment - dentofobia - is an obsessive fear of visiting a dental office, a fear of the personality of the dentist and dental equipment. The fear of treatment at the dentist is the main reason that patients delay visits to a dentist, refuse treatment or self-medication using. Many people with dentofobia seek help only in urgent cases, for example, with severe pain syndrome or with an abscess.

Objective: the estimation of influence of the method of biosuggestive therapy on the emotional state of patients in the dental profile by a dynamic evaluation of neurotic symptoms before and after a visit to the dentist.

Material and methods. 92 respondents were examined: 43 men (46,7 %) and 49 women (53,3 %), aged from 25 to 62 years, who applied for dental care. Modification scale of the dental anxiety (MDAS) was used for self-assessment of anxiety level. The Hamilton scale (HAM-A) was used for an objective assessment of the severity of anxiety symptoms and the level of anxiety. The method of biosuggestive therapy was used for the psychocorrection of anxiety. This method based on a combination of verbal and non-verbal suggestion in a light trance state. We used not only suggestion, but also other techniques: the contact of the palm of the therapist with the respondent's body, induction, the corresponding setting of the voice, etc. The results were statistically processed.

Results. According MDAS scale, clinically significant anxiety before a visit to the dentist was found in 82,6±4,0 % of patients. The anxious-hypochondriacal (38,1±7,5 %) and anxious-depressive (33,3±7,3 %) syndromes dominated. According the HAM-A scale, anxiety-phobic symptoms, sleep disorders, autonomic disorders and somatoform dysfunctions predominated in the structure of neurotic symptoms with the primary involvement of the digestive system and the urinary system. The level of neurotic symptoms in women was more than in men (according the scale of HAM-A, 50±0,5 points and 38±0,8 points, respectively, $p<0,05$). After biosuggestion therapy, 92,9±4,0 % of patients noted subjective improvement in their emotional state and decrease of anxiety's level. According to the scale of HAM-A, in the main group showed a significant decrease in the severity of neurotic symptoms by 57,7±7,5 % of the baseline, while in the comparison group it was only 29,1±7,4 %, $p<0,001$.

Conclusion. The method of biosuggestion therapy is effective and expedient for the normalization of emotional state of patients before a visit to a dentist.

Key words: dentophobia, biosuggestive therapy, dentist.