

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА**

методические рекомендации

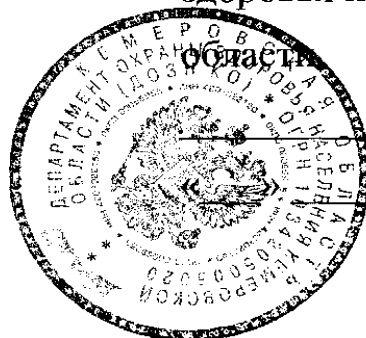
Кемерово – 2010

А

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»

**УТВЕРЖДАЮ**

Начальник департамента охраны  
здоровья населения Кемеровской



 В.К. Цой

2010 г.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА**

методические рекомендации

Кемерово – 2010

УДК 616.314-053.2

Лошакова Л. Ю., Зорина Т. В. Психологические аспекты детского стоматологического приема: Методические рекомендации. – Кемерово, 2010. – 58 с.

В методических рекомендациях представлено современное состояние психологии детского стоматологического приема как системы теоретических и практических знаний, рассмотрены прикладные вопросы психологии с точки зрения применения их в практике детского врача-стоматолога. Изложение теоретического материала сопровождается примерами конкретных ситуаций из практики.

Методические рекомендации предназначены для детских врачей-стоматологов и врачей-интернов стоматологов.

Рецензенты:

Г.Ф. Киселев – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской стоматологии ГОУ ВПО КемГМА;

Г.И. Лахмотко – ведущий специалист по стоматологии Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Ученого совета ГОУ ВПО КемГМА Росздрава 25.03.2010 г.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2010

## СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

	ВВЕДЕНИЕ	
1.	ОБЩЕНИЕ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ	
1.1.	Функции общения	
1.2.	Разновидности общения	
1.3.	Слушание	
2.	ХАРАКТЕР И ТЕМПЕРАМЕНТ	
2.1.	Типы восприятия	
2.2.	Типы темперамента	
2.3.	Типы характера	
2.4.	Типы конфликтных личностей	
3.	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ЕГО УПРАВЛЕНИЕМ	
3.1.	Младенчество и раннее детство (от 0 до 3)	
3.2.	Дошкольное детство (от 3 до 7	
3.3.	Младший школьный возраст (от 7 до 10)	
3.4.	Подростковый или средний школьный возраст (от 10 до 14)	
3.5.	Ранняя юность	
3.6.	Классификация поведения ребенка	
3.7.	Методы управления поведением	
4.	НОРМЫ И ФОРМЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ЭТИКЕТА, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА	
5.	НОРМЫ И ФОРМЫ РЕЧЕВОГО ЭТИКЕТА, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА	
6.	ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ДЕНТОФОБИЯ	
7.	ДОВЕРИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ	
7.1.	Условия препятствующие общению врача и пациента?	

7.2.	Условия способствующие общению врача и пациента?	
8.	ПРОФИЛАКТИКА ДЕНТОФОБИИ	
8.1.	Программа профилактики дентофобии	
8.2.	Советы пациентам на тему: «Как бороться с приступом паники»	
	Приложения	
	ЛИТЕРАТУРА	

## ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на широкий круг достижений современной стоматологии в профилактике и лечении стоматологических заболеваний у детей, выполнить необходимые манипуляции в полости рта ребенка подчас бывает практически невозможно. Причина – негативное отношение детей к посещениям стоматолога и вообще к проведению любых действий во рту, даже в домашних условиях, также эмоциональная неготовность родителей к выполнению назначений врача. С одной стороны многие родители понимают необходимость лечения и профилактики кариеса у малышей, но когда речь заходит о коррекции привычек питания и воспитания навыка гигиенического ухода за полостью рта ребенка, врач сталкивается со скрытым или явным сопротивлением. Собственные модели заботы о себе и своем здоровье, «детский» опыт лечения зубов и часто выраженная дентофобия, неустойчивость эмоциональной сферы, обусловленная различными объективными причинами, настолько доминируют в поведении взрослых, что мотивация к лечению зубов или профилактике их заболеваний у детей оказывается незначительной. Важную роль в ее росте, подкреплении и получении результата от ее реализации играет личность врача, его профессиональная компетенция в вопросах психопрофилактики и психокоррекции страха у детей, а также способность врача управлять поведением ребенка и поведением взрослого, приведшего маленького пациента на стоматологический прием. Управление поведением пациента – это средство, которое помогает быстро и эффективно провести лечение и в то же время сформировать позитивное отношение пациента к стоматологии.

Таким образом, коммуникативная компетентность – это важная составляющая профессиональной компетентности детского врача-стоматолога, позволяющая продуктивно организовывать взаимодействие и взаимоотношения с маленькими пациентами и их родителями, используя не медикаментозные, а психологические способы управления поведением. Коммуникативная

## 1. ОБЩЕНИЕ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Общение – это источник и канал информации, одна из форм сотворчества, в процессе которого человек познает и преобразует окружающий его мир.

У человека есть чрезвычайно важная для него потребность, без удовлетворения которой он не может чувствовать себя по-человечески. Это потребность общаться с людьми, реализующаяся с помощью речи. С помощью речевого общения

формируется мышление, развивается интеллект. Дефицит общения в детском возрасте вызывает задержку психического развития, а иногда и необратимые нарушения.

### 1.1. Функции общения

Информационная функция	→	получение и передача информации дает человеку возможность овладеть опытом, накопленным человечеством
Перцептивная функция	→	передача и восприятие эмоций и чувств; передается отношение к событию, важность и значимость его для данного человека
Интерактивная функция	→	с помощью общения осуществляется взаимодействие людей

### 1.2. Разновидности общения

В соответствии с целями и средствами общение бывает:

1	Материальное	→	Общение людей, при котором они обмениваются предметами быта, культуры, труда или воздействуют друг на друга с помощью каких-либо предметов
	Идеальное	→	Обмен между людьми идеями и мыслями, образами и переживаниями.
2	Непосредственное	→	предполагает восприятие друг друга напрямую, без каких-либо вспомогательных средств
	Опосредованное	→	предполагает использование книг, технических средств и т. д.
3	Вербальное	→	осуществляется с помощью звучащей речи
	Невербальное	→	реализуется с помощью различных неречевых средств: мимики, взглядов, жестов и т. д.

К невербальным (неречевым) средствам общения относятся:

**Интонация, тембр голоса, паузы, скорость речи и т.п.**

Восприятие собеседниками друг друга во многом зависит от голоса говорящего – его интенсивности, высоты, тембра, интонации. Повышенная громкость в целом свойственна возбужденному, напряженному общению. Низкий голос традиционно ассоциируется с силой, уверенностью в себе, умением убеждать других людей. Скорость речи может много рассказать о темпераменте, об эмоциональном состоянии собеседника.

**Мимика и пантомимика**

В создании доверительной, спокойной атмосферы в общении большую роль играет пантомимика - позы и жесты человека. Они могут быть напряженными, сигнализирующими о том, что ваш собеседник «собрался» и готов к

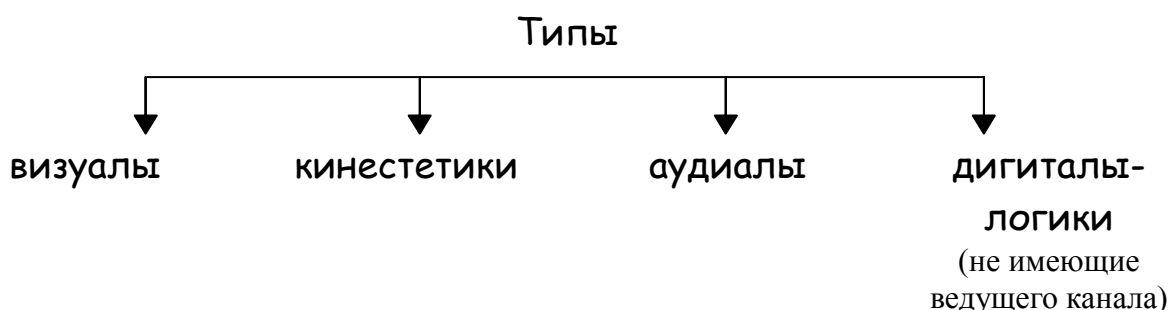


**Эмпатическое слушание** – вид слушания, который подразумевает постоянное отражение чувств собеседника, что особенно эффективно в ситуациях, когда партнер хочет поделиться с вами личными переживаниями, проблемами, когда он не слишком уверен в себе, расстроен, когда инициатива разговора исходит от него. Именно в понимании чувств собеседника и сопереживании ему состоит секрет эмпатического слушания, которое дает другому человеку облегчение и, как это ни неожиданно, открывает ему новые пути для понимания самого себя.

## 2. ХАРАКТЕР И ТЕМПЕРАМЕНТ

### 2.1. Типы восприятия

В психотерапевтическом направлении нейролингвистическое программирование (НЛП) выделяет четыре типа людей по ведущему каналу восприятия:



**Визуал**, придя на прием, внимательно смотрит в глаза врачу при разговоре, сразу же замолкает, если доктор отводит взгляд. Для визуалов очень важен внешний вид врача, кабинета. Такой пациент легко отвечает на вопрос: «Какая именно боль». В ситуации стресса старается избегать физического контакта и испытывает напряжение при вынужденных прикосновениях. Убеждая его в необходимости лечения, постарайтесь показать ему все перспективы, «нарисовать ясную картину» выздоровления. Объясняя что-либо визуалам, необходимо одновременно показывать фотографии или таблицы,

рисунки. Полезно после завершения работы дать пациенту зеркало, чтобы он смог оценить внешние изменения и сразу же задать вопросы или высказать свое отношение к результатам лечения.

**Кинестетик**, наоборот, легко описывает свое самочувствие в ощущениях. Спрашивая его: «Что вы сейчас чувствуете?», не бойтесь пододвинуться и прикоснуться к нему. Доброе прикосновение может его успокоить. При обучении гигиене полости рта или массажу десен он запоминает обычно только действия, которые выполнял сам. «На слух» или по написанному обучается гораздо хуже.

**Аудиалы** – в большинстве своем люди с хорошо развитой речью и слуховой памятью. Они с удовольствием беседуют с врачом, обижаются и не доверяют тем, кто не старается подробно рассказать им об их заболевании и о ходе лечения. Если вы спросите: «Как жизнь?», они начнут подробный рассказ. Они хорошо запоминают сказанное им, причем не только содержание, но и интонации, которым придают особое значение. Чтобы лучше понять и запомнить, аудиалам желательно переспросить сказанное, проговорить, а не прочесть на плакате или в памятке.

**Дигиталы** – своеобразный тип людей. Они более ориентированы на смысл, содержание. Им необходимо подробно и четко рассказать о стадии их заболевания, последствиях и перспективах, четко и последовательно объяснить план лечения и выбор технологии или материалов. Для наглядности лучше приводить статистические данные. Они хорошо структурируют информацию и запоминают основное содержание, если оно излагается логично и аргументировано. В трудных ситуациях дигиталы могут реагировать без лишних эмоций, последовательно, с прагматическим подходом.

Учитывая особенности восприятия информации конкретным пациентом, врачу легче добиться желаемых результатов. Хотя деление по типам восприятия не всегда возможно, так как люди, пользующиеся преимущественно ведущим

### 3. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ЕГО УПРАВЛЕНИЕМ

**Поведение** – это внешне наблюдаемая двигательная активность живых существ, вызванная необходимостью адаптироваться во имя выживания и продолжения вида.

На уровне общественно-детерминированной деятельности термин «поведение» обозначает действия человека по отношению к обществу и другим людям, рассматриваемые

со стороны их регуляции общественными нормами нравственности и права. Единицами поведения являются поступки, в которых формируются и в то же время выражаются позиция личности и ее моральные убеждения.

Для оценки поведения маленького пациента и выбора метода его управлением чрезвычайно полезно знать основы психологии развития ребенка. Каждый возраст характеризуется своей социальной ситуацией развития; ведущей деятельности, в которой преимущественно развивается мотивационно-потребностная или интеллектуальная сфера личности; возрастными новообразованиями, формирующимися в конце периода, среди них выделяется центральное, наиболее значимое для последующего развития. Границами возрастов служат кризисы – переломные моменты в развитии ребенка.

#### 3.1. Младенчество и раннее детство (от 0 до 3)

Ребенок до трех лет оказывается один на один с врачом лишь в критических случаях, чаще перед доктором предстает диада: маленький пациент и сопровождающее его лицо. Самые большие сложности с маленькими пациентами – субъективное искажение жалоб, так как ни мама, ни врач не знают точно, что именно чувствует ребенок. Дети, как правило боятся неожиданных движений, резких звуков и незнакомых людей. Лечение, связанное с необычными звуками и запахами, ярким светом и инструментами, может

усилить чувство страха. Так как словарный запас ребенка ограничен, страх выражается громким голосом и мимикой. И сами дети больше реагируют не на слова, а на невербальные характеристики обращения: громкость, улыбку врача или нахмуренное лицо. К особенностям этого возраста относится период боязни незнакомых людей и тревоги. Боязнь чужих, новых людей, отличаясь разной степенью выраженности, сопровождает ребенка фактически до двух лет. На этой стадии привязанности дети часто плачут и цепляются за тех, кто о них заботится. Осознавая близость взаимоотношений ребенка и родителей в этом возрасте, не стоит разлучать их на время лечения.

### **3.2. Дошкольное детство (от 3 до 7)**

Ведущий тип деятельности в этом возрасте - игра, которая позволяет маленькому человеку осваивать взаимоотношения взрослых, научиться сложным действиям, привыкнуть подчиняться правилам. Поэтому предложите ему поиграть в пациента или покатайте его в стоматологическом кресле. Практический совет: некоторые детские врачи успешно используют игру в сотрудничество: «Подержи ватку, инструмент», «Постучи здесь», «Давай вместе смотреть в зеркало» и т.д. Позитивный психологический настрой родителей влияет на самочувствие больного ребенка, усиливая эффект от приема лекарств. Спокойствие и позитивные эмоции взрослых передаются маленьким пациентам, помогая им справиться с болезнью. Чтобы не потерять доверия маленького пациента, не следует говорить, что больно не будет, если предстоит заведомо болезненная процедура. Правильнее предупредить его, что будет немного больно, но он с этим справится. Если ребенок боится уколов, постарайтесь переключить его внимание на другие телесные ощущения, например: «Пока я делаю тебе укол, постарайся сильно-сильно сжать левый кулачок, так, чтобы чувствовать, как пальчики давят друг на друга». Внимание и память в дошкольном возрасте носят в основном произвольный характер. Ребенок лучше запоминает то, что для него представляет наибольший интерес,

## Кнут и пряник

взаимоотношения, основанные на методе «Кнута и пряника», могут дать кратковременный эффект, не предполагающий дальнейших взаимных действий. Этот стиль ограниченно применим у маленьких детей и не допустим в работе с подростками и молодыми взрослыми. Это стиль, провоцирующий конфликты, стиль «Самодура».

## 4. НОРМЫ И ФОРМЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ЭТИКЕТА, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА

### График посещений

Дети полны энергии и нетерпеливы, поэтому ребенок не должен ждать врача в приемной. Требуется все сделать для того, чтобы принять его вовремя. Для детей оптимальны утренние посещения. Это положение основано на том, что в утренние часы дети более внимательны, а врачи менее уставшие. Целесообразно объединить детей в возрастные группы: детей младшего возраста принимать утром, более старших — днем. Ровесники могут положительно повлиять друг на друга, к тому же каждый ребенок может послужить стоматологической моделью для другого. Есть еще одно преимущество такого объединения — врачу не потребуется все время менять манеру общения с детьми.

Максимальное время визита не должно превышать 30-45 минут. Так как при длительном визите рассеивается внимание ребенка, а вероятность развития стресса повышается с увеличением длительности лечения.

### Разделение ребенка и родителей

По мнению некоторых авторов (например, Starkey P.E., 1975 г.) отсутствие родителей в стоматологическом кабинете во время лечения положительно отражается на поведении ребенка, что может быть оправдано по следующим причинам:

- родители часто повторяют указания врача, что может быть неприятно как врачу, так и ребенку;
- родители становятся барьером, мешающим установлению взаимоотношений врача и ребенка;
- врач не может в полной мере использовать методику управления голосом в присутствии родителей пациента, так как это может их обидеть;
- ребенок делит свое внимание между родителем и врачом;
- врач делит внимание между пациентом и родителями.

В настоящее время большинство врачей придерживаются мнения, что присутствие родителей может оказаться необходимым при работе с ребенком-инвалидом. Так как родители обеспечивают моральную поддержку ребенку, облегчают врачу общение с ребенком, предоставляют дополнительную информацию. Также не стоит разлучать с родителями и очень маленьких детей, не достигших возраста, необходимого для понимания и словесного общения, и имеющих тесную связь с родителями.

Таким образом в настоящее время мнения по вопросу разделения ребенка и родителей во время проведения стоматологического лечения расходятся.

Необходимо учитывать и тот факт, что одни врачи чувствуют себя некомфортно в присутствии родителей пациента, а другие наоборот, хотят работать при родителях. А с другой стороны если в прежние годы родители даже не помышляли о своем присутствии в кабинете врача во время лечения ребенка, то сейчас все больше и больше родителей настаивают на этом.

### **Материальное подкрепление**

Желаемое поведение ребенка можно закрепить поощрением. Наиболее эффективным видом поощрения является подарок. Различные презенты должны быть использованы как выражение благодарности врача за хорошее поведение ребенка, а не как подкуп с целью получить обещание от ребенка, что он будет вести себя хорошо. Подарок оставляет у ребенка приятное воспоминание о

у детей является нарушение детско-родительских отношений: неоправданно строгая позиция взрослого, неадекватные средства воспитания приводят к тому, что в сложной ситуации дети теряют способность рассуждать, переживают острый эмоциональный дискомфорт. Неспособность близкого человека контролировать страх ребенка усиливает его проявление до состояния ужаса. Ребенок получает двойную дозу страха: изначальный страх и боязнь, что его некому контролировать, и он чувствует себя непонятым другими. Например, сидя в стоматологическом кресле, ребенок посмотрел на мать, чтобы узнать: «Что я должен чувствовать в данной ситуации?». Лицо матери было бледным и напряженным, отражая эмоции, возникающие у людей в момент опасности. Ребенок при любых манипуляциях доктора начинает плакать и противодействовать, поскольку он не только не обрел моральную поддержку, чтобы справиться с собственным страхом, но и получил полную порцию страха своей матери, что и сокрушило его.

### **Медицинский анамнез**

Боль, испытанная ребенком во время предыдущих посещений врача, - это другой, не менее важный аспект. Боль может быть реальной или воображаемой. Убеждения родителей относительно боли, испытанной ранее ребенком, также оказывают большое влияние на его поведение. Наблюдения показали, что перенесенные ребенком хирургические вмешательства неблагоприятно влияют на его поведение во время первого визита к стоматологу, однако никак не отражаются на поведении в последующие посещения.

## **5. НОРМЫ И ФОРМЫ РЕЧЕВОГО ЭТИКЕТА, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА**

Важно не только умение выслушать, но и умение строить свою речь так, чтобы быть понятным слушающему, не провоцировать его на негативное отношение к себе и к сообщению. Такому настрою, предотвращающему затруднения в общении, весьма содействуют приемы, которым полезно и

нетрудно следовать:

- Разговаривая с ребенком, врач должен сидеть на его уровне и смотреть ему в глаза, что способствует установлению более дружественных отношений;
- Начинать беседу лучше с того, в чем вы согласны;
- Следует избегать лишней самоуверенности, относиться к собственным высказываниям критически;
- Убеждая собеседника в чем-либо, надо использовать не прямое давление, а аргументы, достаточные и значимые именно для него, а не только для вас;
- Полезно уметь отделять свои взгляды и впечатления от объективных характеристик вещей и явлений;
- По-возможности реже использовать монологи;
- Не навешивать ярлыков на собеседника и на его высказывания;
- Прежде чем возразить, надо убедиться, что вы правильно поняли того, с кем ведете разговор, затем согласиться с частью его высказываний, которая не противоречит вашим взглядам, и лишь после этого тактично и аргументировано попытаться объяснить собеседнику свою точку зрения.

### **Не использовать конфликтогенов**

При общении с пациентами важно не использовать так называемых конфликтогенов. Это могут быть слова, действия или бездействие. Коварную суть конфликтогенов можно объяснить тем, что мы обычно гораздо более чувствительны к словам и действиям других людей, нежели к тому, что говорим и делаем сами. Эта особая чувствительность происходит от бессознательного желания защитить себя, свое достоинство от возможного посягательства.



делать то, что он делает. Монотонный, успокаивающий голос действует на настроение ребенка подобно музыке. В обоих случаях тон, которым произносятся слова, гораздо важнее их значения, так как врач пытается повлиять на поведение ребенка напрямую, а не через понимание. Резкая команда прекратить плакать и обратить внимание на врача может быть необходимой мерой для установления общения.

## 6. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ДЕНТОФОБИЯ

**Эмпатия - это постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека**

Эмпатию следует рассматривать как многоуровневый психофизиологический процесс опознания и эмоционального реагирования наблюдателя на аффективное состоя-

ние наблюдаемого человека. Эмпатия представляет собой систему условно- и безусловно-рефлекторных связей, в которых можно выделить афферентное, регуляторное и эфферентное звенья. Эмпатия часто рассматривается как процесс, а эмпатийность - как черта личности. Большое влияние на развитие психофизиологической теории эмпатии оказали работы Berger S. M. (1962). Он называл эмоциональный ответ наблюдателя эмпатией только в том случае, если этот ответ имел тот же знак, что и у объекта наблюдения. Если же на положительное переживание модели возникнет отрицательная эмоция, то такой ответ называется завистью. В случае если на отрицательное переживание модели у наблюдателя возникнет положительная эмоция, то такая аффективная реакция называется садизмом.

Врачу стоматологу необходимо уметь выявлять одну из фундаментальных эмоций человека – страх. Страх принадлежит к категории фундаментальных эмоций человека. Природа страха – условно-рефлекторная, так как в нем закодирована эмоционально переработанная информация о возможной опасности. Само же чувство страха появляется непроизвольно, сопровождаясь

выраженным чувством волнения, беспокойства или ужаса. По степени выраженности страх делится на: ужас, испуг, собственно страх, тревогу, опасения, беспокойство и волнение. Одной из пяти базовых потребностей человека является потребность в безопасности. Любая медицинская манипуляция, особенно связанная с неприятными ощущениями, противоречит этой основной потребности организма. Именно на этом базируется чувство страха, тревоги и психологического дискомфорта. Проводимое стоматологическое лечение часто сопровождается сильным эмоциональным напряжением. Человек бледнеет или краснеет, возникает тахи- или брадикардия, гипо- или гипертония мышц, меняется деятельность потовых, слезных и других желез. У испуганного человека расширяются глазные щели и зрачки, повышается артериальное давление. Это может провоцировать появление во время стоматологического вмешательства различных осложнений общего характера, а также осложнений в дальнейшем хронических и сопутствующих заболеваний пациентов. Но состояние беспокойства, тревоги, нервозности у пациентов перед стоматологическими манипуляциями – это не дентофобия. Если пациент уже пришел и сел в кресло стоматолога, врач и сам может и должен провести необходимую психологическую подготовку. Но в состоянии дентофобии ребенка приведут силой, а взрослый просто не придет. В этом случае нужна специальная психологическая коррекция.

Дентофобия – непреодолимый страх перед любыми стоматологическими манипуляциями, возникновение стойких негативных эмоций при любых упоминаниях о болезни зубов, стоматологической поликлинике, специфических запахах лекарственных препаратов, звуках работающей бормашины и т.д. Врачи-стоматологи, пытаясь уговорить больного с дентофобией, отмечают, что пациент их практически не слышит, а если даже и слышит, то абсолютно не поддается уговорам.

Характерной картиной является достаточно большое число сотрудников,

что зубы, конечно, лечить надо, но всеми силами стремятся избежать этого (именно сегодня-совещание, а завтра-собрание в школе, да и, кажется, дождь собирается).

В коррекции дентофобии наиболее эффективно оказывается воздействие опытного психолога или психотерапевта.

Врачам-стоматологам любых специальностей в своей работе очень часто приходится сталкиваться с проблемой дентофобии. Эта проблема небезобидна не только для пациента, но и для доктора. Дентофобия не является врожденной, а приобретается в процессе жизненного опыта. Исследования показали, что дентофобия возникает в определенные возрастные(критические) периоды, имеет определенные этиологические предпосылки возникновения, передается по наследству(как социальное наследование), имеет сложную нейрофизиологическую природу и несколько разновидностей клинических проявлений. Особую роль в возникновении дентофобии играет предыдущий опыт перенесенных соматических, терапевтических и хирургических заболеваний в раннем детском возрасте и непосредственно опыт общения со стоматологом. Формированию дентофобий в любом возрасте предшествуют психотравмы различной этиологии и глубины. Наиболее вероятным фактором формирования дентофобий оказался негативный опыт первых посещений стоматолога в детском возрасте.

## 7. ДОВЕРИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ

**Честность — фундаментальное правило при работе с детьми.**

Для взаимодействия  
медицинского работника и пациента  
очень важны доверительное

полноценное общение, партнерская позиция, уважение личности. Пациент, не доверяющий врачу, может не рассказать о сопутствующих заболеваниях, утаить некоторые симптомы или не выполнять рекомендации врача. Неумение или нежелание понять, убедить, научить пациента, преимущественное

использование в общении с ним манипулятивных технологий, игнорирование его отношения к происходящему и отторжение его активного соучастия в процессе лечения и поддержания своего здоровья - все это приводит к появлению синдрома «выученной беспомощности», который отрицательно сказывается на состоянии здоровья пациента.

### **7.1. Условия препятствующие общению врача и пациента**

Барьером для установления доверительных отношений могут послужить личностные черты, особенности характеров партнеров, затрудняющие общение. К ним относят такие качества, как эгоцентризм, властность, стремление к доминированию, категоричность.

Крайне негативно на процесс общения влияют как неадекватно завышенная, так и низкая самооценка, что иногда встречается и у врачей, и у пациентов. Человек с низкой самооценкой обидчив: самые нейтральные ситуации могут им восприниматься как ущемление его прав; в человеческих отношениях он ищет неблагоприятный для него подтекст. Кажущаяся необходимость защищаться нередко приводит к агрессивным реакциям, вспышкам гнева, раздражению. Ведь даже смех, улыбка могут быть истолкованы в негативном смысле - как насмешка или легкомысленное отношение собеседника к его проблеме. Поэтому улыбка, шутка, комплимент – эти мощнейшие орудия в установлении контакта и дальнейшего общения – должны использоваться врачом осторожно, так как перед ним может оказаться человек с заниженной самооценкой, пациент в состоянии депрессии или с тяжелой, неизлечимой болезнью.

В общении легко возникает барьер отрицательных эмоций. Человек, охваченный гневом или полный обиды, не способен к нормальному взаимодействию, он не в состоянии адекватно воспринимать собеседника. Испытывая по отношению к пациенту чувство безразличия, раздражения, страха, невозможно рассчитывать, что его удастся понять правильно. Между

Промежуточные варианты недоступны для их понимания. Для них стоматологическая команда либо правдива, либо нет. Честность играет определяющую роль в установлении доверия.

### **Невербальные способы общения**

Рука врача, положенная на плечо ребенка во время приема, выразит тепло и дружелюбность. Такой способ общения помогает детям, особенно 7-10-летним, расслабиться и успокоиться.

Важен также и зрительный контакт. Ребенок который избегает его, обычно не совсем готов к общению. При установлении зрительного контакта понимание со стороны пациента можно достигнуть без слов.

### **Умение выслушать ребенка**

Очень ценно умение выслушать ребенка. При общении с детьми старшего возраста чрезвычайно важно вслушиваться в каждое слово, которое они произносят. Маленьким детям тоже важно, чтобы врач обращал внимание на их бессловесное выражение мыслей и чувств. Это является существенным моментом для установления искренних взаимоотношений с пациентами-детьми, поскольку стимулирует пациента к выражению своих чувств, что существенно помогает врачу в работе.

## **8. ПРОФИЛАКТИКА ДЕНТОФОБИИ**

### **8.1. Программа профилактики дентофобии**

В качестве профилактики возникновения дентофобии предлагаем специальную программу Алямовской Е.Н. С небольшими изменениями, необходимыми по нашему мнению:

**1 этап – общая психопрофилактика для детей и их родителей,** благодаря которой станет понятным предстоящее лечение. Этот этап включает:

- повышение уровня гигиенических знаний;
- максимальное избавление детей и их родителей от ложных установок и

связанных с ними отрицательных эмоций;

- формирование поведения родителей, способствующего профилактике дентофобии у детей (памятка для родителей в приложении № 2);
- ознакомление с примерным алгоритмом действий врача во время лечения, объяснение назначения инструментов и разъяснение смысла действий врача;
- перестройка традиционных взглядов и представлений о неизбежности страданий.

**2 этап – клиент-центрированная психопрофилактика.** Разговорная психопрофилактика определяется как форма вербальных и невербальных коммуникаций между врачом и пациентом, целью которых является уменьшение переживаемых пациентом психологических нагрузок.

- создание психологического контакта между врачом и пациентом, подразумевающего взаимное приятие друг друга;
- положительная оценка переживаний пациента и эмоциональная теплота;
- совпадение словесной аргументации с внутренним состоянием врача;
- самовыражение – высказывания врача, в которых он передает свои собственные, относящиеся к данной ситуации переживания, его понятность как человека для пациента;
- создание безопасной атмосферы;
- ориентация всех действий врача на внутренний мир пациента.

**3 этап – индивидуальная самостоятельная психопрофилактика,** которую можно посоветовать подросткам, испытывающим страх стоматологического лечения.

- Переключайтесь с отрицательных мыслей на положительные. В состоянии фобии у человека в воображении появляются неприятные мысли и страшные картинки, которые в свою очередь запускают физические симптомы. Например, с мысли «сейчас мне будет дико