

Terapia psychologiczna w leczeniu protetycznym

Psychological therapy in prosthetic treatment

Justyna Listopad, Jolanta Szymańska²

¹ Zakład Protetyki Stomatologicznej UM w Lublinie

² Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego UM w Lublinie

Streszczenie

Leczenie protetyczne ma na celu przywrócenie prawidłowej funkcji układu stomatognatycznego. Niezmiernie istotnym elementem rehabilitacji protetycznej jest właściwe postępowanie psychologiczno-pedagogiczne lekarza wobec pacjenta, co związane jest z problemami natury psychologicznej ze strony pacjenta. Wielokrotnie powodzenie w terapii psychologicznej stanowi o sukcesie leczenia protetycznego, a zwłaszcza w przypadku pacjentów z całkowitym bezzębiem, wśród których znaczny odsetek stanowią osoby w podeszłym wieku.

Słowa kluczowe: rehabilitacja protetyczna, bezzębie, adaptacja do protez

Abstract

Prosthetic treatment aims at the restoration of the stomatognathic system normal function. An extremely important element of prosthetic rehabilitation is an appropriate psychological-pedagogical conduct of doctors towards patients, which is related to psychological problems on the part of patients. A successful psychological therapy is frequently decisive for a successful prosthetic treatment, especially in completely edentulous patients, a large percentage of whom are elderly people.

Keywords: prosthetic rehabilitation, edentulism, prosthetic adaptation

Z „Monitoringu zdrowia jamy ustnej” za 2009 roku wynika, że wśród Polaków w przedziale wiekowym 65-74 lata, aż 43,9% tej populacji stanowią osoby bezzębne. Zachowaną funkcję żucia w tej grupie wiekowej ma tylko 49,6% osób, podczas gdy w 2002 roku było ich 69,4%, co świadczy o pogarszającym się stanie uzębienia [1].

Leczenie protetyczne ma na celu przywrócenie prawidłowej funkcji układu stomatognatycznego i zapewnienie estetycznego wyglądu. Na rehabilitację bezzębnych pacjentów składa się: uzupełnienie brakującego uzębienia, przywrócenie prawidłowej funkcji mięśni, funkcji żucia, połykania i mowy, a towarzyszy temu poprawa estetyki twarzy. W czasie terapii konieczne jest również odpowiednie postępowanie psychologiczno-pedagogiczne ze strony lekarza protetyka w rozwiązywaniu problemów natury psychologicznej, które związane są z całkowitym brakiem zębów, a także ze starszym wiekiem pacjentów. Tak więc osoby leczone protetycznie należą do szczególnej grupy pacjentów, w której komunikacja i współpraca między pacjentem i lekarzem nabiera wyjątkowego znaczenia [2,3].

House wyróżnił cztery typy pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi z punktu widzenia oczekiwań w stosunku do uzupełnień protetycznych. Są to pedant, filozof, histeryk oraz pacjent obojętnie nastawiony do leczenia [4]. Friedman i wsp. wyróżnili trzy typy pacjentów, przy czym

opisali jedynie tych, którzy nie zaakceptowali protez. Grupa I to pacjenci akceptujący protezę fizycznie a nieakceptujący psychicznie, grupa II - pacjenci, którzy nie akceptują protez zarówno fizycznie jak i psychicznie oraz grupa III - pacjenci, którzy chronicznie chorują na depresję, nie chcą i nie noszą protez [5,6]. Spiechowicz podzielił pacjentów leczonych protetycznie również na trzy grupy: I – pacjenci zrównoważeni z doświadczeniem co do uzupełnień protetycznych, którzy mają zaufanie do lekarza, II – pacjenci neurotyczni, pobudliwi, niecierpliwi, niestosujący się do zaleceń lekarza, wyolbrzymiający dolegliwości, III – pacjenci bardzo optymistyczni, bezkrytyczni wobec lekarza i otrzymanych uzupełnień, niezgłaszający się na wizyty kontrolne [2]. Według innego podziału polskiego autora wyróżnia się dwie główne grupy pacjentów: przypadki niepowikłane i przypadki powikłane, czyli diagnostycznie i terapeutycznie trudne. Do pierwszej grupy zaliczani są pacjenci pozytywnie nastawieni do wszystkich procedur leczniczych. Drugą grupę stanowią osoby cechujące się ogólnym złym stanem zdrowia, będące w wieku starszym, z którymi kontakt jest utrudniony, i które są niecierpliwe i nie współpracują z lekarzem [3].

Umiejętne i właściwe podejście psychologiczne do pacjenta w celu leczenia problemów natury psychicznej, które

ma pacjent, a które istnieją niezależnie lub współistnieją w związku ze stanem narządu żucia, nabiera szczególnego znaczenia. Tak więc posiadanie wiedzy w tym zakresie przez lekarza stomatologa wydaje się niezbędne [7].

Pierwsza wizyta pacjenta w gabinecie stomatologicznym zazwyczaj charakteryzuje się bardzo różną interakcją na płaszczyźnie lekarz - pacjent. Podczas wizyty ma miejsce rozmowa, ogólny wywiad na temat dolegliwości, z powodu których zgłasza się pacjent i jego oczekiwania wobec lekarza, wywiad stomatologiczny, badanie przedmiotowe oraz diagnoza i wstępny plan leczenia. Celem następujących po sobie czynności jest zgromadzenie przez lekarza możliwie jak najbardziej dokładnych informacji o pacjencie, ale także zbudowanie wzajemnego porozumienia i zaufania [8]. Pośpiech, brak kontaktu wzrokowego z pacjentem podczas rozmowy czy brak empatii mogą być przyczyną nieudanej współpracy oraz braku sukcesu leczniczego [9]. Należy podkreślić, że ma to wyjątkowe znaczenie, gdy pacjentem jest osoba bezzębna, zazwyczaj w podeszłym wieku, z wcześniejszymi, często negatywnymi doświadczeniami z lekarzami różnych specjalności i cierpi na przewlekłe choroby ogólnoustrojowe. Są to osoby o bardzo różnych potrzebach i oczekiwaniach. Pacjent powinien odczuć, że jest wysłuchany przez przychylnego mu lekarza, który chce udzielić mu pomocy, a sam pacjent czuje się bezpiecznie w obecności lekarza i obdarza lekarza zaufaniem [10,11].

„Dla nas rozmowa lekarska jest zarówno metodą diagnostyczną, jak i terapeutyczną. W przeciwieństwie do badania, jej zadaniem jest w mniejszym stopniu ustalenie akcentów patologicznych życiorysu ze wszystkimi szczegółami typu psychicznego i fizycznego, w większym zaś ponowne odkrycie, zaktywowanie i uczynnienie zdrowych zasobów organizmu” pisał F. Mauz w 1936 roku [7]. Aby osiągnąć sukces terapeutyczny lekarz powinien pamiętać o kilku zasadach postępowania. Należy spojrzeć na problem pacjenta z jego perspektywy, gdyż każdy pacjent ma inne oczekiwania i potrzeby. Powinno się skupić na słuchaniu pacjenta, a w szczególności na jego odpowiedzi na zadawane pytania. Rozmowa powinna być tak prowadzona, aby pacjent, z jednej strony nie czuł się lekceważony, a z drugiej aby lekarz mógł uzyskać możliwie wyczerpujące odpowiedzi. Lekarz powinien kierować się zasadą „jak cię widzą, tak cię piszą”, czyli mieć na uwadze wywieranie pozytywnego wrażenia. Powinien też starać się aby być rozumianym przez pacjenta, a więc używać takich zwrotów i prowadzić tak rozmowę, aby była ona dostosowana do poziomu intelektualnego pacjenta. Używanie słownictwa ściśle medycznego czy specjalistycznego, które jest trudne do zrozumienia przez pacjenta, może zniechęcić go do podjęcia leczenia [9].

Według Bukowskiej-Piastrzyńskiej trzy proste narzędzia pracy lekarza stomatologa, a jakże znaczące

w relacji lekarz - pacjent, to zwroty grzecznościowe: proszę, przepraszam i dziękuję, które świadczą o dobrym wychowaniu i kulturze człowieka [12].

Umiejętności interpersonalne mają istotne znaczenie w motywowaniu pacjenta do podjęcia leczenia i jego kontynuacji. Rozumiane są one jako pewne zdolności niezbędne do tego, by wpływać pozytywnie na innych ludzi w sytuacjach społecznych [13]. Według Smółki, aż 70% umiejętności, które umożliwiają ponadstandardowe wykonywanie pracy to właśnie umiejętności interpersonalne, które są wrodzonymi cechami osobowości ale można pracować nad nimi i trenować ich rozwój [14].

Do wyjątkowej grupy pacjentów można zaliczyć tych, u których zdiagnozowano problemy psychologiczne i psychosomatyczne. Tacy pacjenci często poddawani są próbom leczenia w różnych gabinetach z miernym skutkiem. Należy rozważyć, czy w takiej sytuacji jest możliwe osiągnięcie pozytywnego wyniku leczenia i czy w ogóle powinno się podejmować jakiekolwiek próby leczenia protetycznego bez współpracy z lekarzami innych specjalności. Znana jest teza, iż leczenie protetyczne w fazie depresyjnej pacjenta od razu skazane jest na niepowodzenie i mimo bezbłędnych procedur leczniczych pozytywny wynik leczenia jest trudny do osiągnięcia [7]. Romanowicz i Drobnik przeprowadzili badania na temat wpływu stanu emocjonalnego pacjentów i relacji na płaszczyźnie lekarz - pacjent na adaptację do protez całkowitych. Badania obejmowały 100 osób w wieku 46-84 lat, z których następnie wyselekcjonowano 76 osób. Wyniki wykazały, że osoby, u których stwierdzono depresję lub epizody depresyjne w dużym odsetku nie akceptowały protez całkowitych i zdecydowanie częściej dotyczyło to kobiet [15]. Podobne badania przeprowadził Lucas, który twierdzi, że pacjenci leczeni psychiatrycznie i dodatkowo stosujący leki psychotropowe gorzej adaptują się do protez. Wynika to m.in. ze skutków ubocznych przyjmowanych leków oraz złej higieny jamy ustnej w tej grupie pacjentów [16]. Według Spiechowicza „U pacjentów pobudliwych, egocentrycznych, nie zrównoważonych psychicznie proces adaptacji do protez może odbywać się z dużymi oporami. Lekarz powinien zdobyć zaufanie pacjenta, wykazać dużo taktu, zrozumienia i cierpliwości, służąc mu radą i pomocą w przezwyciężeniu trudności pierwszego okresu użytkowania protez. Korzystny wygląd estetyczny jest zwykle czynnikiem motywującym do użytkowania protez i sprzyjającym szybkiej i pełnej adaptacji” [2].

Podsumowanie

Leczenie pacjentów z bezzębiem całkowitym, wśród których dominują osoby w podeszłym wieku nastrożone wieloma trudnościami. Są to często osoby schorowane, z bagażem negatywnych doświadczeń i z dużym dystansem do

lekarza. Wpływ niektórych leków, stan somatyczny i emocjonalny często utrudniają i w znacznym stopniu zaburzają adaptację do wykonanych uzupełnień protetycznych. Niezmiernie ważna jest prawidłowa, a nawet wyjątkowa relacja lekarz – pacjent oraz rzetelna i profesjonalna wielospecjalistyczna pomoc medyczna. Na sukces terapeutyczny w rehabilitacji protetycznej ma wpływ zarówno stosowanie właściwych protetycznych procedur leczniczych, jak i właściwe postępowanie psychologiczno-edukacyjne.

References

1. Porębska H., Lella A. „Szczerbaty ekran”. *Gazeta Lekarska*, 2010; 8-9: 20-21.
2. Spiechowicz E. *Protetyka stomatologiczna*. PZWL; Warszawa: 2004.
3. Majewski S. *Podstawy protetyki w praktyce lekarskiej i technice dentystrycznej*. Wydawnictwo Stomatologiczne SZS-W; Kraków: 2000.
4. Gamer S., Tuch R., Garcia L. M. M. House mental classification revisited: Intersection of particular patient types and particular dentist's needs” *J. Prosthet. Dent.*, 2003; 89: 297-302.
5. Friedman N., Landesman H., Wexler M. The influences of fear, anxiety and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures. Part II. *J. Prosthet. Dent.*, 1988; 59: 45-48.
6. Friedman N., Landesman H., Wexler M. The influences of fear, anxiety and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures. Part III. *J. Prosthet. Dent.*, 1988; 59: 169-173.
7. Hupfauf L. *Protetyka Stomatologiczna. Protezy całkowite*. Urban&Partner; Wrocław: 1994.
8. Bukowska-Piestrzyńska A. Pojawienie się pacjenta w gabinecie. *Mag. Stomatol.*, 2012; 2: 102-104.
9. Bukowska-Piestrzyńska A. *Obsługa klienta gabinetu stomatologicznego*. Wydawnictwo Czelej; Lublin: 2011.
10. Oboda M., Pająk J. Rola i znaczenie pierwszego wrażenia w budowaniu profesjonalnego wizerunku. *e-Dentico*, 2011; 5(33): 110-113.
11. Szumska M. Trudny pacjent w gabinecie stomatologicznym. *e-Dentico*, 2010; 2(26): 172-178.
12. Bukowska-Piestrzyńska A. Proszę, przepraszam, dziękuję – narzędzia pracy lekarza dentysty. *Mag. Stomatol.*, 2012; 6: 110-112.
13. Argyle M. *Psychologia stosunków międzyludzkich*. PWN; Warszawa: 2002.
14. Smółka P. *Kompetencje społeczne. Metody pomiaru i doskonalenia umiejętności interpersonalnych*. Wolters Kluwer; Kraków: 2008.
15. Romanowicz M., Drobnik K. Depresja - czynnik wpływający na brak efektywności leczenia protetycznego (wyniki badań) – część II. *Protet. Stomatol.*, 2006; 56(50): 346-351.
16. Lucas V. S. Asociacion of psychotropic drugs, prevalence of denture-related stomatitis and oral candidosis. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 1993; 21: 313-316.

Correspondence address

Jolanta Szymańska
Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego UM w Lublinie
20-081 Lublin
ul. Karmelicka 7
szymanska.lublin@gmail.com