

FACTORI PSIHOSOCIALI IMPLICAȚI ÎN SĂNĂTATEA DENTARĂ

Dr. Gabriela Iorgulescu

Practica medicinei dentare posedă o bogată încărcătură psihologică, începând cu anxietatea și disconfortul legate de durerea dentară și terminând cu problemele de estetică facială.

Articolul de față prezintă noutăți din practica medicinei dentare care prin ample cercetări, îndeosebi în Marea Brianie și Statele Unite, demonstrează importanța și legătura dintre factorii psihosociale, stres și anumite trăsături de personalitate ce pot avea ca rezultat apariția unor boli psiho-somatice și la nivelul cavității orale, cum ar fi: sindromul disfuncției algice a articulației temporo-mandibulare (Temporomandibular joint pain dysfunction syndrome-PDS), bruxismul și sindromul de arsură la nivelul gurii (Burning mouth syndrome-BMS), dar și factori de ordin estetic perturbate de anomalii de natură morfologică sau malformații dentare cu serioase repercusiuni în plan psihosocial care influențează viața și activitatea personală și socială a individului: simpatie, prietenie, căsătorie, angajare, advertising etc.

Suferința psihologică raportată la durere și frică de stomatolog

Cercetările mai recente efectuate pe un lot de studenți la stomatologie din Marea Britanie, au indicat că un simptom de suferință psihologică a fost determinat într-o proporție de 70%. Gradul de suferință psihologică a fost evaluat cu ajutorul Chestionarului Sănătății Generale ce conținea 12 întrebări. Dintre pacienții interogați, 27% au afirmat că în urma tratamentului și-ar dori să beneficieze de suport psihologic sau chiar psihiatric. La o anamneză mai atentă s-a descoperit că mulți dintre acești pacienți trăiau cu frică și aveau dureri dentare. Este neclar dacă experiența durerii dentare sau anxietatea față de stomatolog accelerează suferința generală sau este invers.

De regulă, pacienții își aleg medicul stomatolog pe baza recomandărilor. Ei caută persoane mai mult sau mai puțin sensibile față de starea lor de sănătate generală. Unii preferă un serviciu orientat strict către

tratament, fără alt tip de suport. Alții sunt mai confortabili cu situația în care problema este abordată indirect, în care medicul stomatolog ia în considerare și alte dificultăți ale pacientului. Este important de cunoscut multitudinea de practici care ia naștere tocmai din această diferență între tipologiile de pacient. Este posibil ca medicul să nu încurajeze alte dezvoltări decât cele strict legate de problema în cauză și în același timp este posibil ca pacientul să găsească mai mult sau mai puțin decât se aștepta atunci când s-a îndreptat către un cabinet stomatologic. Această teamă de încercare și eroare în ceea ce privește mersul la medicul stomatolog conduce la ideea de a fi sensibili la condițiile psihologice și etiologia bolilor dentare.

Tulburări psihosomatice ale zonei orale

Sindromul disfuncției algice a articulației temporo-mandibulare, bruxismul și sindromul de arsură la nivelul gurii - sunt exemple în care sunt implicate cauze psihologice cum ar fi „stresul“ de zi cu zi dar și personalitatea pacientului. Este important pentru medicul stomatolog să cunoască concentrarea psihologică a persoanelor în zona gurii (a se vedea atracția orală) și să ia în considerare faptul că această zonă încă este considerată una tabu și expusă în permanență socialului.

1. SINDROMUL DISFUNCȚIEI ALGICE (TEMPORO-MANDIBULAR JOINT PAIN DYSFUNCTION SYNDROME – PDS)

Această condiție a fost definită ca prezentă unuia sau mai multora dintre următoarele semne și simptome: durere și sensibilitate în zona mușchilor masticatori ai articulației temporomandibulare (TMJ), pocnetul sau crepitația TMJ în timpul mișcării condilare și limitarea mișcării mandibulare. PDS este de asemenea denumită artromialgie facială, durere facială miogenică, sindromul disfuncției algice a articulației temporo-mandibulare precum și alte forme înrudite de cuvinte.

Implicări clinice în tratamentul pacienților cu TMJ

- Să se evalueze etiologia fizică complet.
- Dacă există dovezi semnificative pentru explicarea fizică a simptomelor, să se asculte evidența/descrierea problemei pacientului.
- Să se evalueze depresia (pot fi folosite scări simple cum ar fi cele ale Anxietății de spital și Scara Depresiei).

2. SINDROMUL DE ARSURĂ LA NIVELUL GURII (BURNING MOUTH SINDROME-BMS)

Sindromul de arsură la nivelul gurii este un set de senzații dureroase și de arsură în gură atunci când investigația mucoasei clinice se dovedește a fi normală. Incidența BMS este la aproximativ 3% din populație (Mott, Grushka & Sessle 1993) și pacienții sunt surprinși în mod caracteristic ca și alții care suferă de boala lor, deoarece ei nu au o cunoștință generală despre această boală. S-a presupus un mare număr de agenți cauzatori:

- Local (de exemplu, materialele dentare folosite la restaurarea dinților)
- Sistemic (incluzând lipsa de minerale, vitamine etc.)
- Evenimente stresante din viață.
- Probleme de sănătate mentală.
- Dificultăți psiho-sociale

Tratamentul psihofarmacologic este adesea oferit suferinzilor de BMS, incluzând antidepresive iar ca la orice astfel de tratament, se recomandă concomitent și psihoterapie, în general terapia cognitiv-comportamentală fiind cea mai indicată.

Terapia cognitiv-comportamentală

Abordarea comportamental-cognitivă este folosită pentru a înțelege și a interveni în acele cazuri în care diagnosticul fizic nu este suficient. Trebuie evitată atribuirea unui substrat psihologic în cazurile în care diagnosticul este clar.

Medicul trebuie să fie pregătit să accepte reticența pacienților în a face conexiuni între boala fizică și factorii psihologici ce pot ajuta diagnosticul (cu atât mai mult în cazul problemelor dentare). Terapia cognitiv-comportamentală vine cu ideea de implementare a unei soluții aici și acum, ceea ce o face accesibilă și mai apropiată de nevoile pacientului. Abilitatea de a-ți controla propriile gânduri, sentimente și comportament te poate motiva să încerci acest tip de schimbare. Pe de altă parte, terapia cognitiv-comportamentală îl ajută pe medic

să înțeleagă pacientul și să-l ajute cu instrumentele de care acesta are nevoie (metode alternative de relaxare, desensibilizare sistematică etc).

3. BRUXISMUL

Există numeroase rapoarte clinice și teorii scrise care sugerează că hiperactivitatea nocturnă a mușchiului oral sau încheștarea nefuncțională și scrâșnirea dinților cunoscută drept bruxism este legată de o serie de variabile diferite incluzând factori psihologici. Încercarea de a găsi soluțiile acestei probleme a dus la crearea unor modalități de măsurare: chestionare de auto-raportare, jurnal ținut de partener, electromiografie în care electrozii sunt plasați peste grupurile mușchiului maseter în timp ce persoana doarme, transmițători intra-orali și purtarea dinților.

Definițiile operative ale bruxismului nu au fost adesea specificate în aceste rapoarte clinice. Este necesară o diferențiere între bruxismul nocturn și diurn, întrucât în cele două forme sunt implicați factori determinanți diferiți.

În căutarea unor explicații, s-au impus 4 teorii:

1. Conexiunea bruximului nocturn este asociată cu diferite stadii ale somnului. Pacienții cu simptome severe cunoscuți drept bruxiști, destructivi manifestă mai mult bruxism în timpul somnului adânc față de un grup de bruxiști care se plâng de tulburări de somn (Ware & Rugh 1988).
2. Legătura între bruxism și medicația (prescrisă sau luată la inițiativa pacientului). Bruximul a fost identificat ca un efect secundar al antidepresivelor cunoscute sub numele de inhibitori serotonin reuptake (SSRI). Ultimile descoperiri arată că medicul trebuie să adauge pe lista factorilor determinanți și drogul Ecstasy (metilendioximetamfetamina sau MDMA), în momentul în care examinează pacientul care prezintă simptome de bruxism (luând drept simplu indicator purtarea gutierei).
3. Legătura între personalitate și bruxism. Bruxiștii sunt timizi, rigizi, precauți și rezervați, preferând lucrurile, mai degrabă, decât oamenii, evitând compromisurile și dedați îngrijorării (Ficher & O'Toole 1993).
4. Stresul ca factor determinant și accelerator al bruxismului: pacienții cărora li s-a aplicat un dispozitiv (electromiogram) pentru măsurarea activității musculare au încheștat mai mult dinții în timpul situațiilor de stimulare emoțională cum ar fi condusul, o întâlnire importantă etc.

Abordări fizice și psihologice în tratamentul bruxismului.

În încercarea de a găsi cel mai potrivit tratament pentru bruxism au apărut abordările fizice (dispozitiv protector pentru gură sau un imobilizator – gutiere – care să fie purtat noaptea în timpul somnului) sau cele psihologice, după cum urmează:

- Biofeedback-ul (electrozi prinși peste mușchii maseteri pe ambele părți ale feței și care sunt conectați la un echipament ce înregistrează orice activitate electrică, indicând încheștarea maxilarului sau amplificarea mișcărilor).
- Hipnoza.
- Abordări comportamentale cum ar fi:
 - Antrenamentul de relaxare presupune un exercițiu voluntar și poate fi efectuat de către pacienți după urmărirea unei inducții specifice (poate fi o casetă video). Însă este de preferat o inducție față în față, întrucât cercetările au indicat faptul că exercițiile de relaxare învățate doar după casetă nu sunt eficiente.
 - Condiționare negativă prin utilizarea biofeedback-ului și a unei alarme sonore stridente. Această condiționare are rolul de a „dezvăța” pacientul și de a asocia bruxismul cu comportamente indezirabile. O astfel de metodă poate fi folosită numai cu permisiunea explicită a pacientului, cu o explicație completă a scopului acestor metode acolo unde alte metode mai puțin extreme nu au dat rezultate.

ÎNFĂȚIȘAREA FACIALĂ, VARIABILĂ IMPORTANTĂ PENTRU SĂNĂTATEA PSIHICĂ

Este important să conștientizăm impactul răspunsului social la malformații faciale, astfel încât să putem înțelege preocuparea pentru îmbunătățirea înfățișării. Nu este întâmplător faptul că în anul 1979, una dintre companiile cosmetice internaționale a avut vânzări de 2,38 miliarde de dolari – în special produse faciale. Fața este tot timpul expusă mediului social și interrelaționării cu ceilalți. Care ar fi motivele pentru care oamenii sunt preocupați de aspectul feței?

- Informația facială este de obicei prima accesibilă.
- În timpul interacțiunilor, este continuu accesibilă.
- Nu depinde de o procesare complexă și refacere a informației.
- Incidența sporită de a întâlni oameni noi (adică fețe noi) poate apărea și în situații trecătoare și de scurtă durată.

• Înfățișarea facială, criteriu în relațiile de prietenie, căsătorie

Studiile subliniază faptul că aspectul facial este un criteriu și o premiză importantă pentru relațiile de simpatie, prietenie și ulterior în căsătorie. Pe parcursul studiilor s-a ajuns la stabilirea următoarei concluzii: aspectul facial este important în inițierea unei relații, alături de alți factori majori, cum ar fi proximitatea, similaritatea etc. Evidențele sugerează că indivizii se căsătoresc adesea cu oameni având atractivitate fizică similară cu a lor.

• Înfățișarea facială în advertising

Literatura de specialitate vorbește despre legătura dintre înfățișare și modalitatea în care acea persoană percepe și evaluează situațiile din jur. Însă, nici unul dintre aceste studii nu aduce suficiente dovezi în sprijinul acestei ipoteze. Un loc mai important în evaluare îl au credibilitatea și cunoștințele comunicatorului.

• Înfățișarea facială și activitatea școlară

Un studiu efectuat și publicat în „Behavioural Sciences for Dentistry”, pe un eșantion de 500 de profesori rugați să stabilească IQ-ul unui copil dintr-o fotografie a încercat să stabilească o legătură semnificativă între înfățișarea copilului și percepția profesorului în ceea ce privește nivelul de inteligență. Datorită numărului mic de subiecți participanți, dar și a diferențelor ne semnificative între notele IQ acordate, rezultatele acestui studiu nu pot fi generalizate.

O descoperire importantă a fost aceea că profesorii subestimează inteligența copiilor cu gura de-lup. Totuși, măsura în care aceasta este mai curând rezultatul discuției cu copilul, decât rezultatul oricărei desfigurări, este necunoscută (Richman 1978).

Un alt studiu, efectuat pe un eșantion de 320 de profesori, a ajuns la concluzia că așteptările cu privire la IQ-ul copiilor nu diferă în funcție de aspectul dentiției lor. Este greu însă de organizat astfel de experimente fără a influența percepția participanților. Shaw a continuat munca și a examinat în profunzime judecățile acordate de observatori (a luat în considerare variabile cum ar fi: bunăvoința, inteligența și agresivitatea). El a aflat că variațiile în înfățișarea dentar-facială (adică normală, proeminentă, presată, lipsa incisivilor sau buza de iepure) au efecte semnificative în perceperea de către ceilalți. Rezultatele sale sunt importante prin prisma faptului că anumite trăsături faciale atractive

pot suplini alte trăsături mai puțin atrăgătoare, persoana fiind percepută ca atractivă în general.

Reacțiile negative la desfigurări faciale sunt dobândite de copii la vârsta de aproximativ opt ani. A fost investigată frecvența tachinării în școală. Printre copiii în vârstă de 9 până la 13 ani, dinții sunt pe locul 4 în țintele tachinării celor din jur și determină frustrare și depresie (Shaw, Meek & Jones 1980). Copiii nu par a fi conștienți de gradul de suferință pe care îl provoacă și este posibil să facă acest lucru involuntar, nedorind să cauzeze suferință. Din păcate, copilul tachinat cronic poate deveni depresiv, retras social și chiar sinucigaș (Gerrard 1991).

• Efectele psihologice ale ocluziei dentare defectuoase

Dovezile prezentate mai sus indică faptul că înfățișarea facială și într-o oarecare măsură înfățișarea dentară au un efect asupra relațiilor și a felului cum oamenii se judecă unul pe altul. Cei care activează în domeniul stomatologic acordă o mare pondere înfățișării faciale în situațiile de viață. Rutzen a intervievat un grup de 252 de persoane la cinci ani după terminarea unui tratament ortodontar și a comparat datele lor cu cele ale unui grup de pacienți cu probleme dentare netratate. S-au găsit diferențe mici și „puțin semnificative statistice” între cele două grupuri, pe eșantionul clasa muncitoare, eșantionul căsătoriți/logodiți, în ceea ce privește aprecierea proprie și a înfățișării personale, dar și în anxietate. Factori care nu discriminau au fost incluși în nivelul educațional, respect de sine și personalitate (adică, tulburări nervoase, extroversie). El a concluzionat că „nivelul scăzut de diferențe se poate datora folosirii nefrecvente a ocluziei dentare defectuoase ca bază pentru discriminare socială” (Rutzen 1973).

Rezultatele altor studii duc la concluzii de altă natură. În 1981, cercetătoarea Korabik a afirmat că deși mulți profesioniști în sănătate au remarcat că îmbunătățirile din înfățișarea dentară au condus la îmbunătățiri psihologice pozitive, a dorit să vadă cât de demonstrabilă este această ipoteză. Ea a solicitat unui grup de studenți să evalueze „inteligenta, moralitatea, adaptarea și sentimentele personale”, din fotografii cu chipuri de fete adolescente (cu gura închisă), făcute înainte și după tratamentul ortodontar. Evaluările s-au însumat pentru fiecare fotografie, pentru a forma indexul de „atracție interpersonală”, și s-a aflat că scorurile însumate pentru tratamentul post-ortodontar difereau de scorurile pretratamentului și de cele ale grupului de control (Korabik 1981). Minusurile acestui studiu țin de evaluarea făcută într-o situație

nerealistă, diferită de cele întâlnite în viața de zi cu zi (utilizând fotografii bi-dimensionale). S-a descoperit că înfățișarea ortodontară influențează evaluările personalității, dar acest rezultat este mai puțin puternic față de multe alte aspecte ale înfățișării faciale, în special ochii (a se lua în considerare rezultatele la care a ajuns lui Shaw).

Unul dintre cele mai ample studii de evaluare a efectelor psihologice și sociale ale ocluziei dentare defectuoase a fost condus de către Pamela Kenealy și colaboratorii ei (Kenealy, Frude & Shaw 1989). Studiul a fost efectuat pe 1018 copii cu vârste între 11-12 ani din Wales. Aceștia au fost evaluați din punctul de vedere al statutului dentar și al atracției fizice. Asocierea dintre evaluarea stomatologului a ocluziei dentare defectuoase și evaluările copilului de atracție și respect de sine a arătat că ipoteza conform căreia copiii „suferă” psihologic din cauza unei danturi deficitare nu are susținere statistică. Trebuie ținut cont însă și de anumite limite ale acestui studiu:

- Rezultatele nu au susținut ipoteza dar nici nu au „dezaprobat-o”.
- Este posibil ca măsurile de demonstrare a impactului psihologic al ocluziei dentare defectuoase să nu fi fost cele corecte.
- Deteriorarea psihologică ca rezultat al ocluziei dentare defectuoase poate să nu apară până la un stadiu de viață ulterior.
- Rezultatul nu îndreaptă spre nevoia de tratament pentru copii cu ocluzie dentară defectuoasă severă.

• Dismorfofobiile – obsesiile și iluziile pentru o dantură perfectă

Ocazional se întâlnește câte un pacient care își dorește foarte mult să aibă o dantură perfectă, o lucrare dentară care să se potrivească perfect sau o igienă orală perfectă și care este nemulțumit de toate încercările stomatologului (poate după numeroase vizite) de a-l ajuta. Reacția psihologică extremă la aspectul exterior a fost denumit „dismorfofobie”. Defectul este fie imaginar, fie este exagerat în cazul unei anomalii fizice minore. În 1886 Morselli a definit acest termen ca „izbucnirea neașteptată și persistarea unei idei de deformare; propriile temeri de a deveni sau de a fi devenit deformat și anxietatea provocată de această conștientizare”.

DSM-IV (Manualul de Diagnostică și Statistică, ediția a patra, o clasificare a sistemului condițiilor psihiatrice) a divizat dismorfofobia în două variante: halucinantă și non halucinantă (Asociația Psihologică Americană 1995). Dismorfofobia non halucinantă se referă la persoanele care suferă de

Tulburare Dismorfică Corporală (TDC). Preocuparea cauzează suferință în viața socială și particulară prin referire la alte probleme de sănătate (de exemplu, anorexia nervosă). Forma halucinantă este clasificată ca fiind o dereglare ce ține de psihoză (Cunningham 1996).

Nu este ușor să evaluezi cazurile de TDC. Acest lucru se întâmplă deoarece majoritatea pacienților ce suferă de acest sindrom își văd problema ca fiind de natură fizică și ca necesitând doar o intervenție chirurgicală. Cu toate acestea, greutățile întâmpinate în menținerea unei vieți sociale normale sunt substanțiale; ei cred că persoanele din jur acordă importanță presupusului lor defect și consumă foarte mult timp și efort pentru de a-și ascunde „defectul“ de ceilalți cu ajutorul machiajului, camuflajului sau pur și simplu evitând situațiile sociale în general. Persoanele ce suferă de TDC,

pentru a face o operație, încearcă să afle și o a doua opinie, pentru a găsi o clinică potrivită pentru desfășurarea operației. De aceea, este nevoie de o evaluare atentă pentru a ajuta pacientul și de a evita operațiile inutile. Acești indivizi cer și de cele mai multe ori primesc tratament dentar sau de chirurgie estetică ce au în vedere îndreptarea așa-ziselor defecte, dar asta nu face decât să amplifice nemulțumirea individului care va recurge la alți medici și/sau tehnici „inovatoare“. Detresa, în cazuri mai avansate, poate duce la internări repetate, tentative de suicid sau suicid complet.

Evaluarea formală ar trebui luată în considerare, deoarece va implica un psiholog și un psihiatru. Tratamentul pentru TDC poate fi greu și de lungă durată. Opțiunile de tratament includ psihoterapie cognitiv-comportamentală, tratament psiho-farmacologic.

BIBLIOGRAFIE:

1. **American Psychological Association** 1995, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV, Washington, DC: *American Psychiatric Association*
2. **Cunningham SJ, Bryant C J, Manisali M, Hunt NP, Feinmann C** 1996, Dysmorphobia: recent developments of interest to the maxillofacial surgeon. *Britisch Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*
3. **Fischer W F, O'Toole ET** 1993, Personality characteristics of chronic bruxers, *Behavioural Medicine* 19(2):82-86
4. **Gerrard J** 1991 The teasing syndrome in facially deformed children, *Australian and New Zealand of Family The Therapy* 12: 147-154
5. **Humphris G, Ling Margaret S**, 2000, Behavioural Sciences for Dentistry, *Churcill Livingstone*
6. **Iamandescu IB**, 1999, Elemente de psihosomatică generală și aplicată, Ed Infomedică
7. **Iorgulescu G**, 2006, Noțiuni de psihologie medicală și psihodontie, Ed. Carol Davila
8. **Kenealy P, Frude N, Shaw W**, 1999, An evaluation of the psychological and social effects of malocclusion, *Social Sciences and Medicine*.
9. **Korabik K**, 1981, Changes in physical attractiveness and interpersonal attraction. *Basic and Applied Social Psychology* 2:59-65
10. **Mott A E, Grushka M, Sessie B J**, 1993 Diagnosis and management of taste disorders and Burning Mouth Syndrome, *Dental Clinics of North America*, 37:33-71
11. **Richman L** 1978, The effects of facial disfigurement on teachers' perception of ability in cleft palate children.
12. **Rutzen S**, 1973 The social importance of orthodontic rehabilitation: report on a five year follow-up study. *Journal of Health and Social Behaviour*
13. **Shaw W C, Meek SC, Jones DS**, 1980, Nicknames, teasing, harassment and salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics*