

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
Кафедра загальної психології і психологічного консультування

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

**Особливості емоційних станів підлітків на прийомі у лікаря-
стоматолога**

**Characteristics of emotional states in adolescents during dental
appointments**

Виконала здобувачка заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія
освітня програма Психологія
Орловська Таїсія Олександрівна
Керівник професор, доктор
психологічних наук, Кіреєва З.О
Рецензент д.психол.наук, проф.
Асєєва Ю.О.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ 5 від 26.11.2025р.

Завідувач кафедри

З.О.Кіреєва _

(підпис)

(ППП)

Захищено на засіданні ЕК № _

протокол № _ від ____ 2025 р.

Оцінка _____ / _____ / _____

(за національною шкалою, шкалою
ECTS, бали)

Голова ЕК

(підпис)

(ППП)

Одеса – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЯК УЗАГАЛЬНЕНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ.....6

1.1. Емоції, психічні стани, емоційні стани: порівняння й розбіжності.....6

1.2. Тривога як емоційний стан.....16

1.3. Емоційні стани на прийомі у лікаря-стоматолога.....28

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ..... 34

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПІДЛІТКІВ НА ПРИЙОМІ У ЛІКАРЯСТОМАТОЛОГА.....37

**2.1. Історія розвитку розробки шкал для вивчення стоматологічної тривоги й
страху.....37**

**2.2. Організація дослідження вивчення особливостей емоційних станів
підлітків на прийомі у лікаря-стоматолога.....44**

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ.....48

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПІДЛІТКІВ НА ПРИЙОМІ У ЛІКАРЯСТОМАТОЛОГА.....50

**3.1. Особливості емоційних станів, впливу родини й досвіду стоматологічного
лікування у підлітків з різним рівнем стоматологічної
тривоги.....50**

3.2. Рекомендації щодо зменшення стоматологічної тривоги у підлітків.... 61

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....69

ВИСНОВКИ.....73

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....75

ВСТУП

Актуальність дослідження. Люди, які відчують сильний страх перед стоматологічним лікуванням, становлять приблизно одну сьому частину населення і потребують ретельного та уважного ставлення з боку стоматологів. Стоматологічна тривога є поширеною проблемою в суспільстві, що характеризується неприємними відчуттями та очікуванням негативних вражень у стоматологічних кабінетах. Ця тривога спостерігається серед представників обох статей та різних вікових груп, хоча, як правило, є більш поширеною серед жінок та підлітків й юнаків.

Страх і тривога перед стоматологічним лікуванням є проблемами, які не до кінця зрозумілі через їх складну природу та етіологію. За спостереженнями дослідників, значна частина людей відчуває стоматологічну тривогу або страх перед відвідуванням стоматолога, а дехто переживає надзвичайно сильний страх. Така емоційна напруга може суттєво позначатися на стані ротової порожнини й часто стає серйозною перешкодою для регулярних візитів до лікаря. Уникнення стоматологічних процедур, що виникає внаслідок цього страху, здатне призводити до погіршення здоров'я ротової порожнини та необхідності більш складного й спеціалізованого лікування.

Як тривога, так і страх перед стоматологічним лікуванням викликають у людини фізичні, когнітивні, емоційні та поведінкові реакції. Тривога часто тісно пов'язана з больовими подразниками та підвищеною больовою чутливістю, тому такі пацієнти відчувають біль, який триває довше; крім того, вони також перебільшують свої спогади про біль. Лікування таких тривожних пацієнтів є стресовим для стоматолога через знижену співпрацю, що вимагає більше часу та ресурсів для лікування, що в кінцевому підсумку призводить до неприємного досвіду як для пацієнта, так і для стоматолога.

З огляду на те, що страх перед стоматологом суттєво впливає на стан здоров'я ротової порожнини, частоту звернень по стоматологічну допомогу та якість життя, стоматологам важливо розуміти природу цього явища, його причини та механізми розвитку, тому тема нашої роботи є актуальною

Мета дослідження: теоретичний аналіз і емпіричне вивчення особливостей емоційних станів підлітків на прийомі у лікаря-стоматолога

Завдання дослідження:

1. Теоретично проаналізувати емоції, емоційні й психічні стани та емоційні стани на прийомі у лікаря-стоматолога
2. Вивчити розвиток методичного інструментарію, як такого, що спрямований на вивчення стоматологічної тривоги у осіб.
3. Дослідити емоційні стани (тривожність, рівень стресу, самотність) та копінг стратегії у підлітків хто має виражену стоматологічну тривогу
4. Порівняти емоційні стани у підлітків з вираженою стоматологічною тривогою й не тривожних підлітків й надати рекомендації для лікарів-стоматологів

Об'єкт дослідження: емоційна сфера особистості

Предмет дослідження: особливості емоційних станів підлітків на прийомі у лікаря-стоматолога

Методи дослідження:

- *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури);
- *емпіричні*: наступний психодіагностичний інструментарій:

методика «Комплексна оцінка проявів стресу», розроблена Ю.В. Щербатих, методика Копінг-поведінка у стресових ситуаціях (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), розроблений С.Норманом, Д.Ендлер, Д.Джеймсом, М.Паркером; методика ситуативної й особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (STAI), Шкала самотності (UCLA);

○ *методи математичної статистики*: описова статистика, Укритерій Манна-Вітні. Математично-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою Microsoft Office World (2007) та комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows (версія 13.0.).

Дослідження проводилося в онлайн форматі, за допомогою Google форми.

Репрезентативну вибірку склали 60 підлітків, що відвідували стоматолога.

Практична значущість дослідження. Результати дослідження можуть застосовуватися психологами у діагностичній і психокорекційній роботі з особами, що мають стоматологічний страх або тривогу. Узагальнені теоретико-емпіричні результати роботи можуть бути використаними в процесі викладання навчальних курсів «Психологія здоров'я», «Загальна психологія» та вибіркової дисципліні «Психологічні ресурси людини»

Апробація дослідження. Основні результати дослідження обговорювалися на Круглому столі: «Зміни проявів оптимізму - песимізму у осіб під час війни» (жовтень 2025). Тема доповіді: «Емоційні стани (тривожність, рівень стресу, самотність) та копінг стратегії у підлітків»

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел (75 найменування, з них – 61 іноземними мовами). Загальний обсяг роботи складає 74 сторінки. Робота містить 8 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЯК УЗАГАЛЬНЕНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ 1.1. Емоції, психічні стани, емоційні стани: порівняння й розбіжності

Поняття, пов'язані з емоційними явищами, зустрічаються майже у всіх загальних теоріях поведінки. Хоча було запропоновано багато різних концепцій емоцій, жодна з них поки що не отримала широкого визнання. Також не було досягнуто значної згоди щодо пояснень, запропонованих для опису конкретних класів емоційних явищ, таких як гнів, страх, радість або горе. Проте більшість авторитетів, здається, розглядають емоції як складні стани або умови — людські реакції, що характеризуються конкретними якісними особливостями досвіду або почуттів та широкомасштабними фізичними змінами, особливо в вегетативній нервовій системі. Плутанина і суперечливість у літературі про емоції, здається, частково походить від самої складності емоційних явищ (Lindsley, [51]). Через цю складність окремі дослідники, як правило, вибирають для спеціального вивчення або феноменологічно-досвідні, або фізіологічно-поведінкові аспекти емоцій.

Ретроспективний погляд на формування поглядів щодо досліджень емоцій говорить, що ранні дослідження базувалися на дуже обмежених спостереженнях «безпосереднього досвіду». Наприклад, Тітченер (1897) вважав «яскраве відчуття» ядром емоції. Хоча він визнавав, що зміни у фізіологічних системах реакції (наприклад, частота пульсу, дихання, м'язова напруга) були пов'язані з емоційними реакціями, такі фізичні зміни вважалися релевантними лише з точки зору їх впливу на повідомлені сенсорні переживання. Вундт (1896) також підкреслював феноменологічні аспекти емоційних реакцій. Він розглядав емоції як єдині, відносно інтенсивні стани

почуттів, які можна класифікувати на основі трьох загальних психологічних принципів:

- якісні характеристики почуттів, що входять до емоції,
- інтенсивність цих почуттів
- форма їх прояву, тобто чи була емоція раптовою або поступовою і/або тривалою або переривчастою.

З появою біхевіоризму незабаром після початку століття психологія прийняла фізичні припущення логічного позитивізму, і дослідження емоцій перейшли від вивчення суб'єктивних емоційних станів до оцінки поведінкових і фізіологічних змінних. Інтерес до загальних теорій емоцій в останні роки знизився, але помітно зросла кількість теорій і досліджень конкретних емоцій, таких як агресія (Berkowitz, Buss,) та тривоги (Cattell & Scheier; Eysenck, Levitt, Sarason, Davidson, Lighthall, Waite, & Ruebush, Spielberger). З огляду на складність емоційних явищ, рішення вивчати окремі емоції, а не емоції в цілому, здається виправданим[цит. за 14].

Також збільшилася кількість досліджень, присвячених обставинам і умовам, що спричиняють зміни в конкретних емоціях, таких як страх або тривога. Для багатьох психологів слово «емоція» має «менталістичний» відтінок, тоді як поняття стресу, запозичене з фізики та інженерії, є більш об'єктивним і, отже, більш «науковим». Як зазначив Лазарус, багато з того, що раніше вивчалось під рубрикою «емоція», тепер розглядається з точки зору поняття психологічного стресу. Арнольд пов'язує зміну акценту в теорії та дослідженні емоційних явищ з тим, що феноменологічні уявлення про емоційні стани не легко узгоджуються з сучасними науковими методами. Епістемологія та методологія S-R психології, а особливо переважаюча упередженість щодо суб'єктивного досвіду як необхідної умови для науки психології, вимагають від дослідників оцінювати вплив ретельно визначених і

маніпульованих попередніх (стимульних) умов на конкретні фізіологічні та поведінкові реакції. Хоча такі методи призвели до розробки науково обґрунтованих процедур для вимірювання фізіологічних та поведінкових аспектів емоцій, почуття, які свідомо переживаються в емоційних станах, до недавнього часу в основному ігнорувалися.

Типова парадигма, що використовувалася в сучасних дослідженнях емоцій, передбачає маніпулювання експериментальними умовами, розробленими для впливу на певний емоційний стан, та спостереження за впливом цих маніпуляцій на поведінкові та/або фізіологічні реакції, які, ймовірно, відображають (визначають) зміни в емоційному стані. Наприклад, для того щоб викликати високий рівень страху або тривоги, випробовуваним можуть погрожувати електрошоком, вимагати брати участь у стресових психіатричних інтерв'ю або повідомляти, що вони не справляються або погано виконують певне завдання. Потім визначається вплив цих експериментальних маніпуляцій на поведінку або фізіологічні показники страху або тривоги (наприклад, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, м'язова напруга, електродермальна реакція).

Хоча об'єктивні методи психології S-R, безсумнівно, допомогли прояснити складні фізіологічні та поведінкові реакції, викликані стресовими експериментальними умовами, емоційні реакції не можна визначити лише за допомогою операцій стимул-реакція. Необхідно також враховувати відмінності в особистості та минулому досвіді, оскільки вони зумовлюють радикально різні реакції людей на подібні стимули та обставини (Lazarus, [49]). Те, чи відбудеться емоційна реакція під час психологічного експерименту, часто залежить більше від сприйняття або інтерпретації ситуації суб'єктом, ніж від маніпуляцій експериментатора (Ах, 1964). Немає сумнівів, що оцінка людиною конкретної ситуації значною мірою впливає на

її реакцію на неї (Arnold, 1960; Lazarus [49]). Хоча було досягнуто певного прогресу в ідентифікації конкретних моделей фізіологічної реакції, пов'язаних з різними емоціями (наприклад, Ах, 1953; Funkenstein, 1955; Schachter, 1957), дуже мало сучасних психологічних досліджень присвячено феноменологічним аспектам емоційних реакцій. Проте якість та інтенсивність почуттів, що переживаються в емоційних станах, здаються їхніми найбільш унікальними та характерними рисами.

Отже, емоції – це тимчасові події, що виникають у відповідь на певні подразники, які викликають реакції збудження та зміни в руховій поведінці, суб'єктивних відчуттях і подальших змінах у поведінці. Таким чином, емоції – це когнітивні та соматичні реакції, що мають короткий час тривалості, на конкретні подразники навколишнього середовища. У разі надзвичайної ситуації емоції поступаються місцем стратегіям, що забезпечують виживання індивіда і, отже, виду. Емоційні процеси мають вирішальне значення для контролю поведінки людини, а невміння керувати емоціями є спільним знаменником широкого спектру психічних розладів[11].

Узагальнюючи, емоції вважаються двовимірними. Перший вимір – це рівновага, в якій емоційні стани варіюються від позитивних (тобто щасливих або безпечних) до негативних (тобто страху або гніву). Подальші поведінкові реакції залежать від емоційних станів. Наприклад, у позитивному емоційному стані спостерігається тенденція до наближення до стимулів, тоді як негативні емоційні стани асоціюються з відразою, захистом, втечею та уникненням. Другий вимір — збудження. Як позитивні, так і негативні емоційні стани можуть варіюватися від відносно спокійної поведінки до високого рівня неспокою [9]. Прикладами можуть бути застигання в пасивній поведінці або втеча в більш активних моделях подолання труднощів [12]. Емоції відіграють

важливу роль у повсякденному житті людей, допомагаючи їм справлятися з повсякденними ситуаціями.

Психічний стан розглядають як одну з ключових складових психічного життя людини поряд із процесами, ставленнями та особистісними властивостями. Він виконує роль загального функціонального фону, на якому перебігають психічні процеси. У межах цього підходу виокремлюють кілька основних різновидів психічних станів, зокрема збуджений, пригнічений, млявий, діяльний чи утомлений. Аналізуючи механізми виникнення психогенних порушень, низка науковців підкреслює, що патологічні психічні стани можуть проявлятися у формі депресивних, параноїдних або психотичних реакцій, які супроводжуються регресом особистості.

Інший підхід тлумачить психічний стан як цілісну, динамічну характеристику психічної діяльності протягом певного часу. Він відображає специфіку перебігу психічних процесів залежно від зовнішніх обставин, попереднього стану та індивідуальних особливостей людини. Такий стан розглядають як цілісне утворення, своєрідний синдром, який на деякий час визначає загальну психічну активність та підкреслює її типові риси.

Згідно з іншим теоретичним підходом, психічний стан описують як безпосередній динамічний результат діяльності людини та одночасно як фон, на якому формуються психічні процеси.

Є також погляд, що психічний стан — це нестійкий функціональний нервовий статус, який формується під впливом подразників і коливається навколо індивідуально властивої людині середньої норми.

У психологічних словниках психічний стан подають як умовне виділення відносно статичного аспекту психіки, на відміну від психічних процесів, які підкреслюють її динаміку. Він трактується як інтегральна характеристика

діяльності людини, що сигналізує про особливості її реалізації та узгодженості.

Сучасні концепції підкреслюють багатовимірність психічних станів. Вони виступають і як система організації психічних процесів, і як суб'єктивне ставлення до ситуації, і як механізм оцінки дійсності. Під час діяльності зміна психічного стану проявляється у трансформації ставлення до ситуації або в переорієнтації мотивів щодо виконуваного завдання.

Отже, виходячи з вищезазначеного психічний стан доцільно розглядати як багатовимірне психологічне утворення, що функціонує одночасно у двох вимірах. З одного боку, він виступає фоновою основою, яка може полегшувати або ускладнювати виникнення окремих емоційних проявів. З іншого боку — є результатом тривалого емоційного досвіду та стійких переживань. Так, знижений емоційний фон сприяє домінуванню негативних або астеничних емоцій, тоді як інтенсивні негативні переживання здатні формувати пригнічений психічний стан. Важливою його характеристикою є енергетичний компонент, що визначає рівень активності суб'єкта, продуктивність діяльності та загальну соціальну включеність.

У межах психологічної науки психічні стани класифікують за різними ознаками. До їх основних груп належать стани, що супроводжують інтелектуальну діяльність, емоційна та вольова сфери, а також стани, які виникають у процесі праці чи відображають характерологічні особливості. З огляду на різноманітність проявів пропонуються такі підрозділи[8]:

- особистісні та ситуаційні стани, що зумовлені відповідно індивідуальними властивостями або конкретними обставинами;
- глибокі та поверхневі, визначені інтенсивністю впливу на поведінку та переживання;

- позитивні та негативні, що мають практичне значення в оцінці впливу стану на діяльність;
- тривалі та короткочасні, оскільки їхня часовість може варіюватися від хвилин до кількох діб;
- усвідомлені та частково усвідомлювані, залежно від рівня рефлексії суб'єкта;
- нормативні та патологічні, що розрізняються за відповідністю межах психічної норми.

У характеристиці психічних станів особливу роль відіграють такі параметри, як тривалість перебігу, рівень активності функціональних систем та глибина розвитку. Зазначені характеристики дозволяють визначити ступінь впливу стану на психічну діяльність та поведінку.

Концептуальний підхід до системної організації психічних станів передбачає виокремлення двох великих груп: станів, що відображають афективно-вольову сферу, та станів, пов'язаних зі свідомістю й увагою. Для кожної групи визначають базові осі, що відтворюють їхню сутність:

- «напруга — розрядка» для вольових станів;
- «задоволення — незадоволення» для афективних станів;
- «сон — активація» для станів, пов'язаних зі свідомістю та увагою.

Афективно-вольові стани об'єднують їх походження від потреб людини. У межах цієї сфери виділяють вольові стани — практичні та мотиваційні — та афективні стани — гуманітарні й емоційні, які можуть мати позитивну або негативну модальність.

Таким чином, психічні стани становлять складну інтегративну систему, у якій поєднуються емоційні переживання, поведінкові прояви, енергетичні характеристики та ситуаційні детермінанти. Вони забезпечують динамічну

регуляцію психічної діяльності та функціонування особистості в різних життєвих умовах.

Визначення емоційного стану близько до визначення психічного стану, як узагальненої характеристики психічної діяльності людини в певний період часу, яка відображає своєрідність протікання психічних процесів залежно від умов реальності, попереднього стану та індивідуальнопсихологічних особливостей особистості. Виділяють такі основні групи психічних станів:

1. Особистісні та ситуативні, що відображають індивідуальні якості людини та специфіку ситуацій, які можуть провокувати нетипові реакції.
2. Глибокі й поверхневі, які різняться силою впливу на емоції та поведінку.
3. Позитивні та негативні, що по-різному позначаються на самопочутті та діяльності.
4. Тривалі й короткочасні, залежно від часу їхнього прояву

Вчені вважають, що вихідною одиницею аналізу психічного стану є переживання. Його трактують як своєрідний інтегративний компонент психіки, що відображає багатогранність, багатовимірність і багаторівневість внутрішнього життя людини в певний момент реальності. Результатом переживання завжди є внутрішній, суб'єктивний досвід — відчуття рівноваги, спокою, оновлення тощо. Процес переживання охоплює не лише усвідомлення значення ситуації, а й активний пошук, створення нових сенсів. Його специфіка полягає в тому, що людина усвідомлює неможливість продовжувати жити чи діяти так, як раніше, і водночас шукає нові шляхи самореалізації, долаючи внутрішні обмеження заради створення умов для здійснення власних життєвих потреб. Таким чином, переживання виступає

процесом, спрямованим на забезпечення психологічних можливостей для реалізації намірів і задоволення потреб. Психотравмувальне переживання — це такий стан, який істотно впливає на особистість через свою інтенсивність, тривалість або повторюваність. Воно може проявлятися у формі незадоволеності, нудьги, пригніченості, тривоги, страху, занепокоєння, невпевненості, безпорадності, емоційної напруженості, а також складних поєднань цих станів, що виникають у ситуаціях внутрішнього конфлікту чи зіткнення з надмірними труднощами.

До складових психічного стану включені емоційні характеристики, вони тісно взаємопов'язані і чітко проявляються в різних видах діяльності та у властивостях особистості. Емоційні стани – це ті, в яких емоція визначає всю структуру стану, всі його параметри. Це пов'язано з тим, що певна емоція може переживатися суб'єктом на тлі інших, які визначають характеристики стану. Емоційні стани відрізняються від емоцій і не є тотожними. Емоційні стани — це психічні стани, що відображають наше ставлення до подій. Вони включають в себе емоції (швидкі реакції, наприклад, радість, гнів), настрої (більш тривалі і стійкі переживання), афекти (сильні, короткочасні «вибухи» емоцій) і пристрасті (тривалі, сильні і стійкі захоплення). Емоція сигналізує про задоволення актуальної потреби. Емоційний стан охоплює усі інші прояви, є внутрішньою емоційною ситуацією. В. Гаврилькевич визначає емоційний стан як внутрішню емоційну ситуацію, яка зумовлена певними умовами й є сукупністю емоційних проявів. Емоційні стани є сукупністю емоційних ознак, рис, що характеризують особистість у даний момент відповідно до певних вимог. Емоційні стани це ще емоційне самопочуття або настрої особистості. Виникнення емоційних станів є складним процесом, який включає наступні ланки : потребово - мотиваційні, інтелектуальні чуттєві і фізіологічні[14].

Емоційні стани впливають на увагу, мотивацію та відносини людей з оточенням. Два найважливіші аспекти емоційних станів людей — це валентність і збудження. Валентність — це ступінь щастя, що варіюється від незадоволення до задоволення. Збудження — це ступінь хвилювання, що варіюється від байдужості до збудження. Фрустрація, дистрес, стрес, афект і настрій — це основні форми, у яких проявляються емоційні стани людини.

Негативні емоційні стани, включаючи депресію, тривогу та суб'єктивний стрес, пов'язані з вживанням підлітками психоактивних речовин та іншими проблемними формами поведінки[13]. Джерелом стресу можуть бути недавні негативні події, особливості характеру (наприклад, невротизм) або життя в небезпечному середовищі. Деякі сучасні дані підтверджують кожен з цих точок зору. Важливо усвідомлювати, що емоційні стани пов'язані з уявленнями про себе та світ. Особа, яка повідомляє про високий рівень негативного настрою в переліку симптомів, також, ймовірно, поділяє переконання, що вона є непривабливою і негідною людиною, що її поточні проблеми є неконтрольованими і що в її теперішньому житті немає чіткої мети чи сенсу (Wills and Hirky [75]). Докази пов'язують компоненти цього комплексу (відсутність контролю, песимізм і сприйняття безглуздості) з вживанням підлітками психоактивних речовин і ризиком самогубства, але динаміка цього процесу недостатньо вивчена; можна припустити, що афект сам по собі менш важливий, ніж переконання щодо контролю і світогляд, які вбудовані в матрицю поточних емоцій. Слід зазначити, що позитивний афект — який не є просто відсутністю негативного афекту — є захисним фактором від різних проблемних форм поведінки і що позитивний афект має буферний ефект, зменшуючи вплив негативного афекту на вживання психоактивних речовин (Wills et al. [75]). Таким чином, при вивченні емоційних станів і

ризикі важливо оцінювати баланс позитивного і негативного афекту для конкретної особи.

Таким чином, психічні стани становлять окремий науковий феномен, однак їх традиційно розглядають поруч із емоціями, що призводить до недостатньої уваги до їхньої специфіки. Дослідники не мають узгодженості щодо їхньої природи, механізмів прояву, кількості та взаємозв'язків між різними видами психічних станів. Крім того, термін «психічний стан» використовується в науковій літературі неоднозначно, і досі не сформульовано його чітке та загальноприйняте визначення. Отже, попри самостійність психічних станів як наукової категорії, їхня теоретична розробленість залишається недостатньою. Відсутність чіткого визначення, єдиної класифікації та узгоджених підходів свідчить про потребу в подальшому поглибленому вивченні цього феномена.

1.2.Тривога як емоційний стан

Термін «тривога» є, мабуть, найпоширенішим у сучасній психології для позначення відчутного, але тимчасового емоційного стану або стану, що характеризується відчуттям напруги та занепокоєння та підвищеною активністю вегетативної нервової системи. Дослідження тимчасової тривоги зосереджуються на визначенні загальних властивостей тривожних станів та виявленні конкретних умов, що їх викликають.

У DSM-5 1 тривога (французькою: *anxiété*; німецькою: *Angst*) визначається як очікування майбутньої загрози; вона відрізняється від страху (*peur*; *Furcht*), емоційної реакції на реальну або уявну безпосередню загрозу. Крім того, термін «тривога» (*souci*; *Sorge*) у DSM-5 додає додатковий нюанс, посиляючись на когнітивні аспекти тривожного очікування. Тривога є

нормальною емоцією. З еволюційної точки зору, вона є адаптивною, оскільки сприяє виживанню, спонукаючи людей уникати небезпечних місць. З 20 століття тривога також є розладом у психіатричних класифікаціях. Клінічний поріг між нормальною адаптивною тривогою в повсякденному житті та болісною патологічною тривогою, що вимагає лікування, підлягає клінічній оцінці.

Грецька та латинська література вказують на засоби виявлення патологічної тривоги та звільнення від її наслідків. Твір «Транквілітас», написаний Цицероном є закликом до стоїцизму, філософської школи, яка є одним із стовпів сучасної когнітивної терапії. Сенека (інший філософ-стоїк, у своїй книзі «Про спокій душі» навчав своїх сучасників, як позбутися тривоги. Сенека визначає вважав ідеальний стан «спокою душі» як ситуацію, в якій людина не турбується, що еквівалентно тому, що греки називали евтимією. Слід зазначити, що в сучасній психіатрії *euthymia* використовується в контексті настрою, а не тривоги. За Сенекою, страх смерті є головним когнітивним процесом, що заважає нам насолоджуватися безтурботним життям. Його думки випереджають майбутні розробки К'єркегора, Гайдеггера та філософів-екзистенціалістів про фундаментальну тривогу, викликану усвідомленням людиною кінцевості свого існування. Один із способів уникнути тривоги — зосередити свою увагу на сьогодні, замість того, щоб турбуватися про майбутнє. У своїй книзі «Про короткість життя» Сенека рекомендує поєднати минуле, сьогоднішнє і майбутнє в один час.

Р. Бертон опублікував свою працю «Анатомія меланхолії», енциклопедичний огляд літератури від античності до 17 століття[цит за.29]. Як пояснює Аллан В. Горвіц, робота Бертона зазвичай цитується в контексті депресії. Однак Бертон також цікавився тривогою. У той час значення меланхолії не обмежувалося депресією, а охоплювало й тривогу. Як правило,

діагноз меланхолії можна було поставити за різних клінічних картин з негативними афектами або симптомами інтерналізації. Ключовим критерієм меланхолії було те, що пацієнт залишався спокійним; збуджений пацієнт підпадав під діагноз манії, грецькою мовою, або *furor*, латиною. Для Бертоне страх і смуток були тісно пов'язані між собою[цит за 42].

Фрейд розглядав тривогу як «щось відчутне», неприємний афективний стан або стан людського організму. Цей стан, як він спостерігав у пацієнтів, які страждали на тривожні неврози, характеризувався «всім, що охоплює слово «нервозність» [Фрейд, 30]. Більш конкретно, стан тривоги визначався:

- 1) специфічною неприємною якістю,
- 2) еферентними або розрядними явищами

3) сприйняттям цих явищ [Фрейд, 30]. Тривога, на думку Фрейда, відрізнялася від інших неприємних афективних станів, таких як гнів, горе або смуток, унікальним поєднанням досвідних і фізіологічних якостей.

Фрейд розглядав тривогу як явище, пов'язане з відносинами, яке формує власний набір «потреб» у процесі взаємодії. Ці потреби були «невротичними» і пов'язувалися з трьома формами тривоги: самознищенням, експансивністю або зреченням. У кожному випадку справжня, цілісна особистість була спотворена. Фрейд вважав, що тривога пов'язана з Едіповим комплексом, коріння якого лежить у страху кастрації. Це, очевидно, не враховувало жінок. Фрейд робив вигадливі висновки і стверджував, що жінки заздять чоловічому пенісу, а потім фантазують про його «привласнення» через інцестуальні імпульси до батька, за що потім відчувають провину і тривогу, якщо ці заборонені імпульси загрожують проникнути в свідомість[30]. К.Хорні критикувала це запутане міркування і спростила ситуацію, заявивши, що тривогу як у чоловіків, так і у жінок можна пояснити травматичною

несправедливістю в контексті сімейної або суспільної ієрархії, яка може мати наслідки для доступу до ресурсів. Вона також заперечила Фрейда, заявивши, що заздрість до пеніса не може бути обґрунтованою без заздрості до матки, яка є настільки ж обґрунтованою. Горні вважається однією з засновниць феміністичної психології. К. Хорні вважала, що такі форми поведінки, як нехтування, несправедливе покарання або відторгнення, можуть викликати базову тривогу, яку описала як «почуття самотності та безпорадності у ворожому світі» (Хорні, 1937). Ця тривога формує світогляд дитини та впливає на її механізми подолання труднощів.

У французькій, а також в інших романських мовах, *anxiété* (тривога; від латинського *anxiētas*) часто відрізняється від *angoisse* (страждання; від латинського *angŭstia*). Іноді деякі автори вважають ці два терміни синонімами. Частіше за все встановлюється нюанс: тривога позначає психологічне відчуття, тоді як страждання позначає соматичний досвід. Жозеф Леві-Валенсі професор психіатрії в Парижі, який загинув в Аушвіці, у своєму підручнику з психіатрії визначив «*anxiété*» як темне і тривожне відчуття очікування. *Anxiété* було описано як стан, що включає психологічні та когнітивні аспекти занепокоєння.

У DSM-III (1980) розділ про тривожні розлади включав:

- Фобічні розлади, що поділяються на агорафобію з панічними атаками або без них, соціальну фобію та просту фобію;
- тривожні стани, що поділяються на панічний розлад (PD), ГТР та obsесивно-компульсивний розлад (ОКР);
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Крім того, тривожні розлади дитинства або підліткового віку включали розлад тривоги розлуки, уникний розлад дитинства або підліткового віку та

надмірний тривожний розлад. Тривожний невроз DSM-II був розділений на дві новостворені категорії, ПД та ГТР, в DSM-III.

М. Eysenck's[28] запропонував чотирифакторну теорію тривожних розладів. Згідно з цією теорією, чотири джерела інформації :

- загроза з боку навколишнього середовища;
- фізіологія індивіда;
- поведінка індивіда;
- негативні когнітивні процеси індивіда, орієнтовані на майбутнє визначають досвід тривоги, і ці джерела інформації мають пряме відношення до тривожних розладів.

Проте в переглянутій теорії кожне з чотирьох тривожних розладів (панічний розлад; соціальна фобія; obsесивно-компульсивний розлад; та посттравматичний стресовий розлад) розглядається як пов'язане в першу чергу з різним джерелом інформації. Відповідно до чотирифакторної теорії, кожне з чотирьох джерел інформації, що впливають на досвід тривоги, буде пов'язане з різним тривожним розладом, хоча ці зв'язки будуть точними. Основні припущення теорії стосувалися можливих взаємозв'язків між тривожними розладами та джерелами інформації. По-перше, передбачалося, що панічний розлад пов'язаний з упередженнями уваги та інтерпретації власного фізіологічного стану. По-друге, соціальна фобія пов'язана з упередженнями уваги та інтерпретації щодо власної поведінки. По-третє, специфічна фобія пов'язана з упередженнями уваги та інтерпретації щодо стимулів навколишнього середовища. По-четверте, obsесивно-компульсивний розлад пов'язаний з упередженнями уваги та інтерпретації щодо когнітивних процесів, орієнтованих на майбутнє. Зараз вважається, що генералізований тривожний розлад можна розглядати як розлад особистості, який має багато спільного з високим рівнем тривожності у нормальних людей. Існують різні

причини для такого твердження. По-перше, часто немає конкретного етіологічного фактора, який можна було б ідентифікувати як попереджуючий генералізований тривожний розлад. Rarее виявив, що 80% пацієнтів з генералізованим тривожним розладом не могли пригадати, коли і як він почався. Це очікувано, якщо це відображає притаманний тривожний темперамент. По-друге, генералізований тривожний розлад дуже часто є хронічним станом, який з часом змінюється відносно мало. Дійсно, Rarее виявив, що багато пацієнтів з генералізованим тривожним розладом повідомляють, що розлад супроводжує їх протягом усього життя. По-третє, Garyfallos et al. виявили, що 53% пацієнтів з генералізованим тривожним розладом мали один або більше розладів особистості, особливо уникливу, obsесивно-компульсивну та залежну особистості. У переглянутій версії чотирифакторної теорії розглядається питання коморбідності. Припускається, що будь-який тривожний розлад зазвичай розвивається спочатку лише стосовно одного з чотирьох джерел інформації, пов'язаних із пережитою тривогою. Після цього спроби пацієнтів зрозуміти природу свого розладу можуть спричинити розвиток упередженості уваги та інтерпретації щодо другого джерела інформації. Стверджується, що потенційно важлива інформація щодо коморбідності доступна у формі асиметрій (тобто розлад А передуює розладу Б набагато частіше, ніж Б передуює А).

Генералізований тривожний розлад часто асоціюється з іншими патологіями, але може бути єдиним симптомом у декількох проявах, включаючи панічний розлад, посттравматичний стресовий розлад та obsесивно-компульсивний розлад. Це одне з найпоширеніших психічних розладів, яке вражає приблизно 28 % загальної популяції. Характерні особливості, що відзначаються у осіб з клінічною тривожністю:

- Помилкові тривоги: наявність інтенсивного страху за відсутності ознак загрози або при мінімальній провокації загрози.

- Наполегливість: існує орієнтована на майбутнє перспектива, що передбачає очікування загрози або небезпеки, що змушує пацієнта відчувати підвищений рівень занепокоєння та думки про потенційну загрозу, незалежно від того, чи вона матеріалізується.

- Порухення функцій: тривога заважає ефективному та адаптивному подоланню сприйманої загрози та повсякденному соціальному чи професійному життю людини.

- Гіперчутливість до подразників: у клінічних станах страх викликається більш широким спектром подразників або ситуацій відносно помірної інтенсивності, які були б нешкідливими для людини, яка не страждає на клінічну тривожність.

- Дисфункціональне мислення та когнітивні симптоми: мислення, що характеризується переоцінкою загрози або небезпеки ситуації, яка жодним чином не підтверджується.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>

DSM-5 запровадив групування тривожних розладів DSM-IV за трьома спектрами (тобто тривога, ОКР та розлади, пов'язані з травмою та стресом) на основі спільних нейробіологічних, генетичних та психологічних особливостей. Вперше зростаючі знання про різні мозкові ланцюги, що лежать в основі стресу, паніки, obsesій та компульсій, відіграли роль у класифікації. Крім того, розлади, які можуть бути пов'язані з розвитком, незалежно від того, чи виникають вони у дітей чи дорослих, згруповані в одних і тих самих розділах. Таким чином, obsесивно-компульсивні розлади відокремлені від

тривожних розладів і згруповані з іншими розладами, що характеризуються повторюваними думками або поведінкою, такими як дисморфічний розлад, розлад накопичення, трихотиломанія та екскація. Аналогічно, розлади, пов'язані з травмою та стресом, включають реактивний розлад прихильності, розлад соціальної взаємодії з розгальмованістю та розлади адаптації, крім ПТСР та гострого стресового розладу.

Тривожні розлади, як видається, спричинені взаємодією біопсихосоціальних факторів. Генетична вразливість взаємодіє зі стресовими або травматичними ситуаціями, що призводить до виникнення клінічно значущих синдромів.

Тривожність може бути спричинена такими станами:

- Лікарські препарати
- Рослинні лікарські засоби
- Зловживання психоактивними речовинами
- Травми
- Дитячі переживання
- Панічні розлади

Тривожність є одним з найпоширеніших психічних розладів серед загального населення. Найпоширенішою є специфічна фобія з 12-місячною поширеністю 12,1%. Соціальний тривожний розлад є наступним за поширеністю, з 12-місячною поширеністю 7,4%. Найменш поширеним тривожним розладом є агорафобія з 12-місячною поширеністю 2,5%. Тривожні розлади частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, із співвідношенням приблизно 2:1.

В цілому, тривожні розлади є найпоширенішими серед усіх психічних розладів. Хоча всі тривожні розлади відрізняються один від одного, їх об'єднує непропорційний страх у відповідь на об'єкти, ситуації або думки, а також

надмірне активне (поведінкове або когнітивне) уникнення (Pittig et al., 2018). Протягом останніх 3 десятиліть було виявлено численні психологічні конструкти, які корелюють з тривожністю у здорових популяціях та/або асоціюються з діагнозом тривожності у клінічних популяціях.

Дослідження тривоги як емоційного стану зосереджувалися на визначенні загальних властивостей тимчасових станів тривоги та виявленні конкретних умов, що їх викликають. На основі ґрунтовного огляду літератури з психології та психіатрії Краузе [46] дійшов висновку, що тимчасова тривога зазвичай виявляється за:

- інтроспективними вербальними повідомленнями,
- фізіологічними ознаками, «молярної» поведінки (тобто постави тіла, неспокою, спотворень у мовленні),
- виконання завдань,
- клінічної інтуїції
- реакції на стрес.

Інтроспективні вербальні повідомлення, згідно з інтерпретацією Краузе традиційного вживання, надають найбільш загальноприйнятну основу для визначення тимчасової тривожності.

Кеттелл і Шейєр були піонерами у застосуванні багатовимірних методів для визначення та вимірювання тривожності. У своїх дослідженнях вони вивчали феноменологічні та фізіологічні змінні, які, як вважалося, були пов'язані з тривожністю, за допомогою фактоаналітичних процедур, зокрема таких методів, як Р-техніка, dR (диференціальна R) техніка та ланцюгова Ртехніка (Кеттелл, 1966). У цьому багатовимірному підході, який дозволяє досліджувати коваріацію ряду різних показників у часі, «станова» та «особистісна» тривожність послідовно виявлялися основними факторами особистості. Багато змінних, що впливають на фактор стану тривожності за

Каттеллом і Шейєром, також мають високий вплив на фактор риси тривожності. Оскільки структура цих впливів є досить різною, Каттелл висуває гіпотезу, що можна оцінити як стан, так і рису тривожності за допомогою одного опитувальника особистості, застосовуючи різні ваги до кожного пункту шкали відповідно до його унікального внеску у фактори стану та риси.

Термін «тривога», а точніше «тривога як стан» (A-State), використовується для позначення складних емоційних реакцій, що виникають у осіб, які інтерпретують певні ситуації як особисту загрозу. Якщо людина сприймає ситуацію як загрозову, незалежно від наявності реальної (об'єктивної) небезпеки, передбачається, що вона відреагує на неї підвищенням A-State, тобто відчує негайне посилення інтенсивності емоційного стану. Тривога як емоційний стан, що характеризується відчуттям напруги та побоювання, а також підвищеною активністю вегетативної нервової системи. Інтенсивність і тривалість цієї реакції А-стану будуть визначатися ступенем сприйнятої загрози та стійкістю інтерпретації ситуації як небезпечної з боку особи. Хоча за останні два десятиліття було досягнуто значного прогресу в оцінці особистісних характеристик, більшість досягнень стосувалася вимірювання особистісних рис, а не оцінки психологічних станів. Оскільки особистісні риси та стани відображають різні типи психологічних конструкцій, концептуальні відмінності між ними необхідно уточнити, щоб зробити наше обговорення вимірювання стану тривоги більш змістовним.

В сучасних дослідженнях тривогу називають емоцією, що характеризується тривогою та соматичними симптомами напруги, при якій людина очікує на небезпеку, катастрофу або нещастя. Тіло часто мобілізується, щоб протистояти сприйнятій загрозі: м'язи напружуються, дихання прискорюється, а серце б'ється швидше.

Тривогу можна відрізнити від страху як концептуально, так і фізіологічно, хоча ці два терміни часто вживаються як синоніми. Тривога вважається орієнтованою на майбутнє, довготривалою реакцією, широко зосередженою на розмитій загрозі, тоді як страх є адекватною, орієнтованою на сьогодення і короткочасною реакцією на чітко ідентифіковану і конкретну загрозу.

Тривога як адаптивна реакція є природною емоцією, яка виникає у відповідь на небезпеку і готує організм до боротьби з навколишнім середовищем, відіграючи важливу роль у його виживанні. Серед компонентів тривоги вираження страху може інформувати інших членів групи про наявність безпосередньої небезпеки (тобто сигнал тривоги). Навколишнє середовище сприймається за допомогою процесу фільтрації, в якому беруть участь сенсорні рецептори. Справляючись зі стресовою ситуацією, індивід може одночасно видавати звуки, виконувати рухи, щоб втекти, завмерти і виділяти в навколишнє середовище хімічні речовини, які називаються феромонами тривоги. Ці сигнали розпізнаються рецептором-індивідом за допомогою специфічних сенсорних систем, розташованих у ногах і вусиках комах, та нюхових сенсорних систем в інших організмах. У ссавців сенсорна інформація інтегрується анатомічними та функціональними шляхами за участю структур, пов'язаних з емоційною пам'яттю, а саме глибоких структур скроневої частки. Деякі подразники сприймаються як релевантні, коли вони містять релевантне значення відповідно до попереднього досвіду та навчання. Участь вентрального стріатуму та префронтальної кори головного мозку призводить до вибору адекватної стратегії виживання.

Отже, правило, всі стимули, що надходять із навколишнього середовища, спочатку проходять процес сенсорної фільтрації в сенсорних рецепторах, починаючи з парарецепторів, досягаючи синаптичних реле і

приводячи до інтегративного процесу, що залучає анатомічні структури, пов'язані з емоційною пам'яттю, в якому проводяться порівняння зі старими елементами пам'яті. Коли стимули досягають смугастого тіла і коркових структур, часто досягається вибір адекватної стратегії виживання. У свою чергу, зв'язки з моторними ділянками і мотонейронами активують скелетні м'язи, і може спостерігатися моторна реакція. Лабораторні тварини, які піддаються стресовій ситуації (наприклад, запахи хижака), виявляють лише кілька реакцій — атаку, заціпеніння або втечу.

Тривога включає в себе два пов'язані поняття. По-перше, це захворювання. По-друге, це адаптивна реакція. Як захворювання, тривога є патологічним станом, що значно обмежує життєдіяльність і супроводжується когнітивними, емоційними та фізіологічними порушеннями. Основними симптомами є неспокій, підвищена пильність, моторна напруга та підвищена вегетативна активність [2]. Взагалі симптоми розподіляють на когнітивні, фізіологічні, поведінкові й афективні. Розглянемо їх.

Когнітивні симптоми: страх втратити контроль; страх фізичної травми або смерті; страх «збожеволіти»; страх негативної оцінки з боку інших; страшні думки, уявлення або спогади; відчуття нереальності або відстороненості; погана концентрація, сплутаність свідомості, відволікання; звуження уваги, гіперпильність до загроз; погана пам'ять; труднощі з мовленням.

Фізіологічні симптоми: прискорене серцебиття, серцебиття; задишка, прискорене дихання; біль або тиск у грудях; відчуття задухи; запаморочення, легке головокружіння; пітливість, припливи, озноб; нудота, розлад шлунка, діарея; тремтіння, тремтіння; поколювання або оніміння в руках і ногах; слабкість, нестійкість, запаморочення; напружені м'язи, ригідність; сухість у роті.

Поведінкові симптоми: уникнення ознак загрози або ситуацій; втеча, біг; пошук безпеки, заспокоєння; неспокій, збудження, ходіння туди-сюди; гіпервентиляція; застигання, нерухомість; та труднощі з мовленням.

Афективні симптоми: нервозність, напруженість, збудженість; страх, боязнь, жах; дратівливість, нервозність, тремтіння; та нетерплячість, розчарування. У довгостроковій перспективі шкідливий вплив тривоги на особисті здібності становить значну проблему для психічного здоров'я.

Адаптивна тривога може вважатися корисною емоцією, яка веде до стратегій виживання [4]. У цьому сенсі тривога є нормальною емоцією, яка виникає, коли людина стикається з потенційно небезпечною ситуацією, і є механізмом пильності або тривоги [46]. У цьому випадку симптоми тривоги, які ідентичні патологічному стану, зникають, як тільки зникає стресовий подразник. Тим часом, у більшості випадків це призводить до подолання надзвичайної ситуації. Оскільки обирається найкраща стратегія, ймовірність забезпечення виживання збільшується.

Однією з головних відмінностей між двома видами тривоги є випадковість реакції на подразник. В іншому випадку патологічна тривога викликає позитивний зворотний зв'язок, при якому тривога породжує ще більшу тривогу [75] і, що особливо важливо, поширюється на інших членів групи. Поєднання зворотного зв'язку та поширення тривоги може призвести до колективної панічної реакції, яка охоплює тих осіб, які оточували першу особу, яка відчувала тривогу, часто з фатальними наслідками. Отже, тривога може бути як хворобою, так і адаптивною реакцією, що включає спільні процеси і в деяких випадках може складатися з континууму.

У випадку тривоги як адаптивної емоції, що веде до стратегій виживання, поширення тривоги на інших членів групи може слугувати

попереджувальним сигналом, що дозволяє захистити інших членів групи, а отже, і всю групу, і, зрештою, весь вид.

Страх є частиною синдрому тривоги. Він складається з почуття збудження, викликаного наявністю безпосередньої небезпеки, і може розглядатися як захисна емоція. Однак з еволюційної точки зору його прояв дуже схожий на тривогу як адаптивну емоцію. Винятком може бути посттравматичний стрес, тривожний розлад, при якому страх присутній навіть за відсутності подразника, що викликав початковий стан тривоги [100]. Примітно, що страх може бути обумовлений різними стимулами, і його вивчення з різних методологічних точок зору дозволило краще зрозуміти нейробіологічні процеси, що лежать в основі тривоги.

Страх – це автоматичний нейрофізіологічний стан тривоги, що характеризується реакцією «бий або біжи» на когнітивну оцінку наявної або неминучої небезпеки (реальної або уявної). Тривога пов'язана зі страхом і проявляється як орієнтований на майбутнє настрій, що складається з комплексної когнітивної, афективної, фізіологічної та поведінкової системи реакцій, пов'язаних з підготовкою до очікуваних подій або обставин, що сприймаються як загрозливі. Патологічна тривога виникає, коли відбувається переоцінка сприйманої загрози або помилкова оцінка небезпеки ситуації, що призводить до надмірних і невідповідних реакцій.

Таким чином, з еволюційної точки зору, тривога може бути адаптивною, оскільки сприяє виживанню, спонукаючи людей уникати небезпечних місць, а з 20 століття тривога також є розладом у психіатричних класифікаціях. Клінічний поріг між нормальною адаптивною тривогою в повсякденному житті та болісною патологічною тривогою, що вимагає лікування, підлягає клінічній оцінці. DSM-5 запровадив групування тривожних розладів DSM-IV за трьома спектрами (тобто тривога, ОКР та розлади, пов'язані з травмою та

стресом) на основі спільних нейробиологічних, генетичних та психологічних особливостей.

1.3.Емоційні стани на прийомі у лікаря-стоматолога

За оцінками вчених стоматологічна тривога або страх перед стоматологом впливає приблизно на 36% населення, а ще 12% страждають від надзвичайного страху перед стоматологом [39]. Ця тривога може мати серйозні наслідки для здоров'я ротової порожнини людини і вважається значною перешкодою для відвідування стоматолога, що призводить до низької відвідуваності. Це явище відоме як уникнення стоматологічних процедур і може призвести до погіршення здоров'я порожнини рота або необхідності спеціалізованої стоматологічної допомоги. Також було доведено, що високий рівень стоматологічного страху впливає на якість життя, причому низька якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота, асоціюється з високим рівнем стоматологічного страху. Дійсно, 73% учасників дослідження, проведеного Макгратом і Беді, повідомили, що вважають, що здоров'я порожнини рота впливає на якість їхнього життя. Якщо страх перед стоматологом впливає на стан здоров'я ротової порожнини, відвідування стоматолога та якість життя, то стоматологам важливо розуміти поняття та етіологію страху перед стоматологом, тривоги перед стоматологічним лікуванням та/або стоматологічної фобії.

Клінічне значення стоматологічного страху/тривоги не слід недооцінювати. Стоматологічний страх є, перш за все, проблемою здоров'я ротової порожнини, оскільки він пов'язаний з меншою частотою відвідування стоматолога та більшою поширеністю карієсу (Kleinknecht [43], [44]). Крім того, як зазначено в діагностичних критеріях будь-якого тривожного розладу або фобії АПА, уникнення або дистрес, пов'язані з фобічним подразником,

значно заважають нормальному повсякденному життю, професійній або навчальній діяльності та соціальним відносинам людини.

Стоматологічна тривога – це страх, тривога або стрес, пов'язані з відвідуванням стоматологічного кабінету. Загалом страх визначається як реакція людини на реальну загрозу або небезпечну ситуацію з метою захисту свого життя. У літературі використовуються три різні терміни, що стосуються побоювань у стоматології: страх перед стоматологом, тривога перед стоматологом і стоматологічна фобія. Вважається, що страх перед стоматологом викликається реальним, безпосередньо присутнім, конкретним подразником (наприклад, голками, бормашиною), тоді як у випадку тривоги джерело загрози є неясним, неоднозначним або не безпосередньо присутнім. Однак емоційні реакції людини в обох ситуаціях майже однакові. Елементи страху можна розділити на дві категорії: суб'єктивні (включаючи емоції та когнітивні процеси) та об'єктивні (включаючи поведінку та фізіологічні реакції) [2]. Суб'єктивний досвід пацієнта щодо стоматологічного лікування є найважливішим чинником, що впливає на його подальшу поведінку (наприклад, уникнення або не уникнення) стосовно стоматології. Таким чином, знання про суб'єктивний страх пацієнта перед стоматологічним лікуванням є більш важливим, ніж знання про його об'єктивний страх.

Першим, хто ввів термін «стоматологічна тривога», був Corah [23], який визначив його як «надмірний страх перед будь-якими маніпуляціями з зубами», в результаті чого «будь-яка стоматологічна операція, навіть найменша, або навіть профілактика зубів, може бути відкладена або відстрочена настільки, що прогресування захворювання може вплинути на весь зубний апарат». Corah[23] припустив, що страх перед стоматологом є «очікуваним страхом», оскільки він походить від страху перед реальною небезпекою та очікуваною невідомою небезпекою. Стоматологічна тривога та

страх можуть значно погіршити якість життя пацієнта різними способами. Проте вплив цієї проблеми часто недооцінюють. Історія вивчення стоматологічної тривоги й страху має давні традиції. Берггрен, а також інші автори, запропонували концепцію порочного кола стоматологічної тривоги, яке починається з уникнення стоматологічної допомоги через тривогу, за яким слідує подальше погіршення стоматологічного статусу, що в свою чергу веде до почуття сорому та неповноцінності через поганий стан ротової порожнини що веде до тривожності і зрештою станють частиною замкнутого кола. Сором через поганий стан ротової порожнини також включений до поняття OHRQoL. Крім того, було висловлено припущення, що загальна тривога та депресія можуть бути застосовними до цього порочного кола. Стоматологічний страх посідає п'яте місце серед найпоширеніших страхів. Як зазначив Фріман [31], континуум стоматологічного страху пояснює відмінності в інтенсивності страху, а також відмінності, що існують щодо його основних причин. Докази існування цього континууму походять з результатів Дослідження стоматологічного здоров'я дорослих. Було відмічено, що у дорослих поширеність стоматологічного страху значно зменшилася (можливо, завдяки вдосконаленням у зменшенні болю, але частота випадків екстремального страху перед стоматологом, або стоматологічної фобії, залишилася незмінною, що свідчить про те, що для тих, хто класифікується як «стоматологічно фобічні», існують більш складні причини їхнього страху.

Погіршення стану ротової порожнини, як було доведено, є одним із факторів, що сприяють посиленню стоматологічного страху. Зв'язок між стоматологічним страхом і ухиленням від лікування має далекосяжні наслідки. Кілька досліджень продемонстрували, що пацієнти, які страждають від тривоги або фобії, більш схильні до нелікованого карієсу і втрати зубів. Окрім наслідків для здоров'я ротової порожнини, ці пацієнти також можуть відчувати

погіршення загального самопочуття та якості життя. Стоматологи можуть зменшити рівень стоматологічного страху за допомогою поведінкових втручань. Тому дуже важливо якомога раніше розпізнати стоматологічний страх. Прояв симптомів, пов'язаних із фізичним стоматологічним страхом, може полегшити цей процес.

Берггрен, Карлссон, Хегглін, Хакеберг і Самсонович виявили, що 47% дорослих учасників їхнього дослідження, які страждали від сильного страху перед стоматологічним лікуванням, повідомили про безпосередні переживання, що призвели до їхнього страху, а ще 26% повідомили про поєднання безпосередніх і опосередкованих навчальних переживань. Дорослі, які страждають на стоматологічний страх або мали його в минулому, повідомили про принаймні один болісний досвід відвідування стоматолога; ця частка була значно вищою, ніж у осіб, які не страждають на стоматологічний страх. Більше того, результати цього дослідження свідчать про те, що особи з високим рівнем стоматологічного страху також частіше повідомляють про принаймні один дуже болісний досвід відвідування стоматолога.

Також було виявлено, що люди з стоматологічним страхом більше бояться болю, особливо незначного, ніж ті, хто має низький рівень стоматологічного страху (Vowles et al., 2005), і вважають себе людьми з нижчим порогом больової чутливості (Davey, 1989). Ці переконання можуть сприяти тому, що людина зосереджується на фізичних відчуттях під час стоматологічного лікування; таке упереджене сприйняття фізичних подразників може насправді посилювати потенційно болючі подразники (Charman & Kirby-Turner, [21]). Отже, хоча справді ранні навчальні події та їх характер, здається, відіграють вирішальну роль у розвитку стоматологічного страху, те, чи піддається людина цим викликаючим страх подіям, може залежати від її сприйняття цих подій. Біль є складним явищем і, безумовно, не

є суто фізіологічною реакцією; особи, які вважають біль особливо неприємним і мають відносно низьку самоєфективність у подоланні болю, можуть бути більш схильні відчувати стоматологічний біль внаслідок цих переконань.

Що стосується «стоматологічної фобії», то сучасні дослідження показують, що насправді це один з кінців континууму стоматологічного страху. Стоматологічна фобія іноді розглядається як окреме поняття; Лаутч [53] визначив стоматологічну фобію як «особливий вид страху, неспівмірний з вимогами ситуації, який не піддається розуму, очевидно, виходить за межі добровільного контролю і призводить до уникнення стоматологічного лікування, коли це дійсно необхідно». Freeman [31] також підкреслив важливість уникнення в стоматологічній фобії, зазначивши, що стоматологічну фобію не можна діагностувати виключно на основі наявності стоматологічного страху — необхідно також враховувати історію стоматологічних переживань пацієнта. Страх перед відвідуванням стоматолога може призвести до відстрочки або уникнення стоматологічного лікування. Відомо, що такі речі, як голки, бормащини або стоматологічний кабінет загалом, можуть викликати стоматологічну тривогу. Коли стоматологічний страх є сильним і викликає ірраціональний страх та уникнення відвідування стоматолога, його можна класифікувати як стоматологічну фобію. Стоматофобія — це ірраціональний, але іноді дуже сильний страх перед стоматологічними процедурами, викликаний емоційними переживаннями, негативним досвідом або психологічними особливостями людини. Навіть найпростіші маніпуляції можуть викликати у таких пацієнтів панічні реакції, включаючи втрату свідомості.

Деякі психічні розлади, включаючи генералізований тривожний розлад та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), або попередня історія травм голови та шиї можуть збільшити ризик виникнення стоматологічного страху у

людини. Інші розлади, такі як депресія, біполярний розлад або шизофренія, також можуть збільшити ризик виникнення тривожних розладів, включаючи стоматологічний страх. Отже, тривога перед стоматологічним лікуванням і стоматологічна фобія — це не одне й те саме. Тривога перед стоматологічним лікуванням — це емоційний стан, який розвивається у відповідь на очікування або досвід стоматологічного лікування. У порівнянні зі стоматологічною фобією, тривога перед стоматологічним лікуванням є дещо менш серйозною і може супроводжуватися «такими симптомами, як холодний піт, серцебиття та нервозність. Подолання цього страху вимагає не тільки рішучості, але й правильного підходу. Важливо визначити його природу, зрозуміти причини тривоги і знайти ефективний спосіб боротьби з нею, будь то консультація психолога або вибір сучасної клініки з комфортними умовами.

До причин стоматологічного страху відносять:

- травматичний досвід у стоматології або інший досвід у сфері охорони здоров'я;
- попередня травма голови та ший;
- інші травматичні переживання, включаючи насильство;
- загальний страх, депресія або посттравматичний стресовий розлад;
- думка, що голова є особистою зоною, а доступ до рота є вторгненням у особистий простір;
- страх втрати контролю;
- проблеми з довірою;
- тривога, пов'язана з іншими станами, такими як агорафобія (страх опинитися в ситуації, з якої, на вашу думку,

неможливо втекти), клаустрофобія (страх закритих просторів) або обсесивно-компульсивний розлад.

Стоматологічне лікування змінилося з роками. Стоматологи стали більш обізнаними та готовими допомогти пацієнтам, які відчувають тривогу під час відвідування стоматолога. Стоматологічні кабінети та методи лікування також були оновлені. Персонал навчений працювати з нервовими пацієнтами.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

1. Продемонстровано, що у сучасному психологічному розумінні психічні стани відображають взаємодію людини з навколишнім світом. Будь-які істотні зміни у зовнішньому середовищі, внутрішньому житті особистості чи функціонуванні організму викликають відповідну реакцію, що проявляється у переході до нового психічного стану. Це супроводжується зміною рівня активності, особливостей переживань та загального психічного фону.
2. Узагальнення джерел літератури дозволяє розглядати емоції як тимчасові події, що виникають у відповідь на певні подразники, які викликають реакції збудження та зміни в руховій поведінці, суб'єктивних відчуттях і подальших змінах у поведінці. Психічний стан як цілісну реакцію людини на зовнішні й внутрішні стимули. Він виконує роль проміжної ланки між психічними процесами та властивостями особистості, на певний час визначає характер психічної діяльності та має часові межі.
3. Підкреслюється, що сутність психічного стану проявляється в єдності переживань та поведінкових реакцій, а ситуація, яка його зумовлює,

включає не лише зовнішні обставини, а й внутрішні чинники — біологічні передумови, мотивацію, почуття, життєвий досвід. На основі цього підходу психічний стан можна визначити як відображення людиною конкретної ситуації у формі стійкого й цілісного комплексу переживань та поведінкових проявів, які розгортаються в динаміці психічної діяльності та зберігаються протягом певного часу.

4. Емоційні стани розглядаються як ті, в яких емоція визначає всю структуру стану, всі його параметри. Це пов'язано з тим, що певна емоція може переживатися суб'єктом на тлі інших, які визначають характеристики стану. Емоційні стани відрізняються від емоцій і не є тотожними. Емоційні стани — це психічні стани, що відображають наше ставлення до подій. Вони включають в себе емоції (швидкі реакції, наприклад, радість, гнів), настрої (більш тривалі і стійкі переживання), афекти (сильні, короточасні «вибухи» емоцій) і пристрасті (тривалі, сильні і стійкі захоплення). Емоція сигналізує про задоволення актуальної потреби. Емоційний стан охоплює усі інші прояви, є внутрішньою емоційною ситуацією.
5. Зазначено, що стоматологічна тривога — це поширене явище, що характеризується побоюванням стоматологічного лікування. Стоматологічна тривога — це визнане психічне захворювання, яке може варіюватися від легкого дискомфорту до екстремальної фобії. Вона має як психологічні, так і фізичні наслідки для тих, хто нею страждає. Цей стан супроводжується різноманітними симптомами. Як наслідок, пацієнти виявляють цілий ряд фізичних, когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій. Симптоми, які відчують ці особи, включають розлади сну, постійну нервозність та проблеми з концентрацією уваги. Уникнення є основним методом боротьби зі

страхом перед стоматологічним лікуванням, що призводить до виникнення порочного кола.

6. Надано декілька факторів, що сприяють розвитку стоматологічного страху, включаючи попередні болісні стоматологічні процедури, дезінформацію від однолітків або родичів, травматичний досвід у стоматології, невдалі лікування, відчуття втрати контролю під час лікування та супутні психологічні стани. Зазначено, що стоматологічна тривога, яка часто виникає в дитинстві або підлітковому віці, з часом може перерости в стоматологічну фобію. Цей розвиток подій є особливо тривожним, оскільки може призвести до відстрочки візитів до стоматолога та нехтування гігієною порожнини рота.

РОЗДІЛ 2. ОРАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПІДЛІТКІВ НА ПРИЙОМІ У ЛІКАРЯСТОМАТОЛОГА

2.1. Історія розвитку розробки шкал для вивчення стоматологічної тривоги й страху

Тривога і страх – це суб'єктивні переживання, які різняться за інтенсивністю, серйозністю та способом їх вираження окремими особами. Тому об'єктивна кількісна оцінка цих переживань є непростим завданням. Крім того, тривога сама по собі має різні характеристики, що ускладнює її повне розуміння та осмислення [5]. В результаті з часом було розроблено численні шкали стоматологічного страху, і процес розробки таких шкал триває досі. Розуміння шкал стоматологічного страху може бути корисним для стоматолога в розумінні та управлінні тривогою і страхом пацієнтів. Страх перед стоматологом зазвичай означає нормальну неприємну емоційну реакцію на конкретні загрозливі подразники, що виникають у ситуаціях, пов'язаних із стоматологічним лікуванням, тоді як стоматологічна тривога — це надмірний і необґрунтований негативний емоційний стан, який відчують пацієнти стоматологів. Ці психологічні стани складаються з побоювання, що під час стоматологічного лікування станеться щось жахливе.

Страх перед стоматологом і тривога перед стоматологом часто вживаються в науковій літературі як синоніми, але вони позначають різні ступені прогресування одного і того ж психологічного стану. Терміни «страх перед стоматологом» і «тривога перед стоматологом» (DFA) вживаються, коли говорять про сильні негативні емоції, пов'язані з лікуванням зубів у дітей, підлітків й дорослих.

Chi SI [22] проведено аналіз і порівняння численних шкал стоматологічного страху, які були розроблені до цього часу, з метою визначення їхніх сильних і слабких сторін. Шкала стоматологічного страху (DAS) — це чотирипунктний опитувальник для самооцінки, розроблений Корахом для вимірювання стоматологічного страху. DAS є 5-бальною шкалою, яка дозволяє респондентам відповідати. Перше питання: «Як би ви почувалися, якби завтра довелося відвідати стоматолога?» Можливі відповіді: 1. Я б з нетерпінням чекав на візит. 2. Мені було б байдуже. 3. Я б відчував легкий дискомфорт. 4. Я б відчував значний дискомфорт і боявся болю. Чим вищий бал, тим вищим можна вважати рівень стоматологічного страху. Друге, третє і четверте питання стосуються почуттів респондентів у різних ситуаціях, пов'язаних із візитами до стоматолога. Ці ситуації включають очікування в стоматологічному кабінеті в день прийому, безпосередньо перед тим, як стоматолог почне використовувати стоматологічний бор, і коли стоматолог готується до чищення зубів. Можливі відповіді на ці питання: «Я відчуваюся комфортно», «Я відчуваюся трохи некомфортно», «Я відчуваюся напруженим», «Я відчуваюся тривожним» і «Я відчуваюся надзвичайно тривожним, аж до потовиділення або фізичного дискомфорту». Як і в першому питанні, вищі бали вказують на вищий рівень стоматологічного страху. «Я відчуваю напругу», «Я відчуваю тривогу» та «Я відчуваю сильну тривогу, аж до потовиділення або фізичного дискомфорту». Як і в першому питанні, вищі бали вказують на вищий рівень стоматологічної тривоги. Загальний бал стоматологічної тривоги обчислюється шляхом підсумовування балів за чотири питання. Бали варіюються від 4 до 20, і рівень тривоги пацієнта кількісно оцінюється наступним чином: загальний бал 4 означає «відсутність страху», бал від 5 до 8 відповідає «низькому рівню страху», бал від 9 до 14

означає «помірний рівень страху», а бал від 15 до 20 відповідає «високому рівню страху». Ці бали допомагають оцінити рівень стоматологічного страху, який відчуває пацієнт. Як батько шкали стоматологічного страху, DAS вважається еталоном для шкал стоматологічного страху і служить найбільш відповідним еталоном для новостворених шкал. Хоча в деяких дослідженнях вона зазнала критики, вона продовжує широко цитуватися як стандарт для оцінки стоматологічного страху. Насправді, численні наукові роботи порівнюють коефіцієнти кореляції з цією шкалою при введенні новостворених шкал. Дійсно, існує кілька критичних зауважень щодо недоліків DAS. Поперше, в ній відсутній зміст, пов'язаний з важливим аспектом стоматологічного лікування, а саме ін'єкцією місцевої анестезії. По-друге, зміст питань 2, 3 і 4 включає деякі елементи, що стосуються емоційних станів (таких як «розслаблений» або «тривожний»), та інші, пов'язані з фізичними реакціями (такими як «напружений», «потіє або відчуває фізичне нездужання»). Як результат, зміст шкали не є одновимірним, тобто вона не вимірює стоматологічний страх за одним єдиним послідовним виміром. Потретьє, DAS не змогла виявити вплив відносин між стоматологом і пацієнтом на стоматологічний страх[22],[23].

У 1995 році, через 26 років після розробки DAS, британські вчені Гумфріс та ін. створили MDAS. MDAS відрізняється від DAS у двох основних аспектах. По-перше, він містить додаткове питання про почуття пацієнта безпосередньо перед введенням «місцевого анестетика», що в цілому складає п'ять питань. По-друге, зміст варіантів відповідей було змінено для оцінки ступеня тривожності (не тривожний, трохи тривожний, достатньо тривожний, дуже тривожний, надзвичайно тривожний), застосовуючи однакові варіанти відповідей для всіх питань, що часто розглядається як поліпшення порівняно з DAS, де для кожного питання використовувалися різні типи відповідей, що

вважається слабкою стороною DAS. Бали обчислюються так само, як і в DAS, шляхом підсумовування відповідей, що дає розподіл від 5 до 25 балів. Вищі бали вказують на вищий рівень тривожності.

Анкета рейтингу Гейла (RQ). Анкета RQ, розроблена Гейлом у США в 1972 році, складається з 29 пунктів, розділених на три частини. Перша частина включає три питання, пов'язані з демографічними змінними (стать, вік і кількість відвідувань стоматолога). Друга частина містить одне питання, в якому пацієнт оцінює рівень страху, який він відчуває під час відвідування стоматолога, за шкалою від 1 (відсутність страху) до 7 (жах). В останній частині пацієнт повинен проранжувати 25 стоматологічних ситуацій за ступенем їхньої страшності. За допомогою цього дослідження Гейл розділив пацієнтів на групу з низьким рівнем страху та групу з високим рівнем страху на основі відповідей у другій частині. У третій частині дослідження було поставлено за мету порівняти пріоритети ситуацій, що викликають тривогу, між двома групами. Однак результати показали, що незалежно від базового рівня тривожності пацієнта, пріоритетність стоматологічних ситуацій, що викликають тривогу, була схожою для обох груп.

Опитування щодо страху перед стоматологічним лікуванням (DFS). Опитування DFS, розроблене в 1973 році, складається з 27 пунктів. Опитування DFS, яке складається з 4 частин, призначене для оцінки стоматологічної фобії та пов'язаних з нею поведінкових реакцій у пацієнтів. Перша частина включає два питання, що стосуються поведінки пацієнтів із стоматологічною фобією, спрямованої на уникнення лікування. Перше питання оцінює, наскільки пацієнт уникає запису на прийом до стоматолога або скасовує його, з відповідями, що оцінюються від 1 (ніколи) до 5 (часто). Друге питання оцінює, чи пропускав пацієнт коли-небудь прийом у стоматолога, також з оцінкою від 1 до 5. Друга частина складається з шести

питань щодо соматичних реакцій на тривогу, оцінюючи м'язову напругу, прискорене дихання, пітливість, нудоту, прискорене серцебиття та підвищене слиновиділення за шкалою від 1 (відсутнє) до 5 (сильне). Третя частина стосується рівня тривоги щодо потенційних подразників у стоматологічній клініці і складається з 15 питань. Ці питання досліджують рівні тривоги під час різних стоматологічних ситуацій, таких як записування на прийом, очікування в залі очікування, сидіння в стоматологічному кріслі, відчуття запаху стоматологічного кабінету та звуку стоматологічного бормащини. Варіанти відповідей подібні до тих, що в другій частині. Остання частина DFS запитує про рівень тривоги батьків, друзів та оточуючих пацієнта. Недоліки DFS полягають, по-перше, в тому, що він має нерівномірну структуру. В анкеті є 2 питання про поведінкову реакцію (уникнення стоматологічного лікування) і 5 питань про фізіологічну реакцію, але немає питань про когнітивну реакцію та емоційні типи реакції. По-друге, він виключає питання, пов'язані з зауваженнями стоматолога та взаємодією між стоматологом і пацієнтом.

Модифікована анкета для оцінки страху перед стоматологічним лікуванням (MDFS). У 1984 році опитувальник DFS був модифікований і став містити 20 пунктів. Була вилучена частина, що стосувалася рівня тривожності знайомих пацієнта. У другій частині було вилучено одне питання, пов'язане зі слиновиділенням, з розділу, що стосувався соматичних реакцій. У третій частині було вилучено два питання, що стосувалися відчуття можливого блювотного рефлексу та болю навіть після анестезії.

Шкала стоматологічної тривожності (DSAS). Розроблена в 1982 році, DSAS є модифікацією списку тривожності як стану та риси (STAI), широко використовуваного психологічного інструменту для оцінки загального рівня тривожності у пацієнтів. DSAS призначена для оцінки тривожності саме в стоматологічних ситуаціях. Вона складається з 20 питань, на які респонденти

відповідають за шкалою від 1 (зовсім ні), 2 (дещо), 3 (помірно) до 4 (дуже). Питання зосереджуються на тому, як пацієнт почувається, перебуваючи в стоматологічній клініці, включаючи такі емоції, як спокій, безпека, напруга, жаль тощо.

Опитування Гетца щодо стоматологічних переконань (DBS). Оригінальна версія DBS, розроблена в 1985 році, складається з 15 питань. Основна увага приділяється оцінці того, як пацієнти сприймають спосіб надання стоматологічної допомоги стоматологом. DBS поділяється на чотири основні частини, кожна з яких стосується різних аспектів сприйняття пацієнтів. Перша частина зосереджена на питаннях, пов'язаних із комунікацією (пункти 1, 3, 4, 14 та 15), і оцінює, як пацієнти сприймають спілкування зі стоматологом. Друга частина оцінює рівень довіри пацієнтів до свого стоматолога (пункти 7 та 8). Третя частина досліджує зміст приниження або страху негативної інформації (пункти № 6, 9 та 11). Нарешті, четверта частина досліджує відчуття відсутності контролю (пункти № 5, 12 та 13), яке можуть відчувати пацієнти. Відповіді оцінюються за шкалою від 1 (що вказує на дуже позитивні переконання) до 5 (що відображає дуже негативні переконання).

Переглянута версія опитування щодо поглядів на стоматологію (DBSR). Через десять років після розробки DBS автори додали 13 пунктів до оригінального DBS і розділили їх на три групи. Перша група, пункти 1–11, була присвячена питанням, пов'язаним із професіоналізмом та етикою. Друга група, пункти 12–20, стосувалася комунікації, а третя група, пункти 21–28, стосувалася відчуття контролю. Однак модифікована версія, відома як DBS-R, використовувалася рідко. Система відповідей використовувала п'ятибальну шкалу відповідей, подібну до тієї, що використовувалася в DBS.

Реєстр стоматологічного страху (DAI). DAI була розроблена в Нідерландах у 1993 році, класифікує страх пацієнтів за трьома основними аспектами: час, ситуація та реакція. За аспектом часу страх оцінюється в чотирьох фазах: вдома, по дорозі до стоматологічної клініки, у залі очікування та на стоматологічному кріслі. Аспект ситуації поділяється на три категорії: коли починається стоматологічний страх, під час взаємодії з стоматологом та під час фактичного стоматологічного лікування. Аспект реакції включає емоційні, фізіологічні та когнітивні реакції. Для створення комплексної оцінки було сформульовано 36 питань, поєднавши по одному питанню з кожного аспекту: час, ситуація, реакція. Відповіді збиралися за допомогою 5-бальної шкали Лікерта, де «повна незгода» оцінювалася як 1, а «повна згода» — як 5. Загальний рівень тривоги оцінювався шляхом підсумовування балів. Одним із недоліків 36-пунктного DAI є його довжина, що може зробити його менш придатним для клінічного застосування. Тому для усунення цього обмеження були розроблені скорочені версії DAI.

Скорочена версія Індексу стоматологічного страху (SDAI). SDAI був розроблений для подолання обмежень DAI, що робить його більш придатним для клінічного застосування. SDAI скорочує часовий аспект до трьох фаз і складається з 9 питань. Як і DAI, відповіді в SDAI збираються за допомогою 5-бальної шкали Лікерта. Загальний бал коливається від 9 до 45 балів.

Інтерпретація балів SDAI є такою: бали від 9 до 10 вказують на мінімальний стоматологічний страх, від 11 до 19 – на помірний страх у конкретних ситуаціях, від 20 до 27 – на помірний страх з деяким самоконтролем, а від 28 до 36 – на сильний стоматологічний страх, що ускладнює регулярне лікування. Коефіцієнт кореляції між DAI та SDAI виявився високим, що вказує на сильний взаємозв'язок між двома шкалами ($r = 0,90$).

Анкета стоматологічних когнітивних уявлень (DCQ) розроблена в Нідерландах у 1995 році, DCQ складається з 38 питань, пов'язаних з негативним сприйняттям стоматологів та стоматологічної допомоги. Пацієнти відповідають «Так» (оцінка 1), якщо вони згодні з негативним сприйняттям, або «Ні» (оцінка 0), якщо вони не згодні. Загальний бал коливається від 0 до 38. Крім того, пацієнтів просять оцінити ступінь переконаності в кожному питанні за шкалою від 0% (я зовсім не вірю в це) до 100% (я абсолютно переконаний, що це правда).

Анкета щодо страху перед стоматологічним болем (FDPQ) була розроблена в Нідерландах у 2003 році як доповнення до анкети FPQ-III, загальної анкети щодо болю та страху, розробленої в 1998 році. FDPQ має на меті оцінити взаємозв'язок між болем і страхом, що конкретно пов'язані зі стоматологічними ситуаціями. FDPQ складається з 18 питань, пов'язаних із зубним болем, і учасники відповідають за 5-бальною шкалою від «зовсім ні» (1 бал) до «надзвичайно» (5 балів). Оцінка коливається від 18 до 90 балів, зосереджуючись на страху, викликаному зубним болем, як його відмінній рисі. Короткий опитувальник щодо страху перед стоматологічним болем (sFDPQ), розроблений у 2006 році, є скороченою версією FDPQ, призначеною для більш зручного застосування в клінічних та дослідницьких умовах, і складається з п'яти питань[22]

Таким чином, стоматологу важливо розуміти тривогу і страх пацієнтів перед стоматологічним лікуванням. Тривогу пацієнта можна оцінити за допомогою анкети для самооцінки, і для цього було розроблено багато відповідних шкал починаючи з 1969 року. Перераховано шкали й опитувальники задля з'ясування шкали, яка є найбільш підходящою для оцінки тривоги і страху пацієнта перед стоматологічним лікуванням.

2.2. Організація дослідження вивчення особливостей емоційних станів підлітків на прийомі у лікаря-стоматолога

Дослідження особливостей емоційних станів підлітків на прийомі у лікаря-стоматолога складалося з двох етапів: гіпотетико-дедуктивного та індуктивного. На гіпотетико-дедуктивному етапі аналізувалося актуальність проблеми, формулювалася мета та завдання, а також визначалися предмет і об'єкт дослідження. Цей етап передбачав планування дослідження та організацію методичного забезпечення. На індуктивному етапі визначався контингент дослідження, здійснювався збір і обробка емпіричних даних, проводилася інтерпретація отриманих результатів та формулювалися загальні висновки.

В емпіричному етапі дослідження взяло участь 60 підлітків, що відвідували стоматолога.

Методи дослідження:

- *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури);

- *емпіричні*: наступний психодіагностичний інструментарій: методика «Комплексна оцінка проявів стресу», розроблена Ю.В. Щербатих, методика Копінг-поведінка у стресових ситуаціях (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), розроблений С.Норманом, Д.Ендлер, Д.Джеймсом, М.Паркером; методика ситуативної й особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (STAI), Шкала самотності (UCLA);

- *методи математичної статистики*: описова статистика, Укритерій Манна-Вітні

Коротко зупинимося на методологічному інструментарії

Методика «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), розроблена канадськими дослідниками С.

Норманом, Д. Ендлером, Д. Джеймсом та М. Паркером, містить 48 тверджень, що відображають характерні поведінкові реакції людини в умовах стресу. Респондентові пропонується оцінити частоту використання різних стратегій подолання труднощів за п'ятибальною шкалою — від «ніколи» до «дуже часто». Інструмент побудований на чотирьохфакторній моделі копінгповедінки та дає змогу виокремити три провідні типи реагування на стрес:

- проблемно-орієнтований копінг;
- емоційно-орієнтований копінг;
- копінг, спрямований на уникнення.

Такий підхід забезпечує комплексну оцінку індивідуальних стратегій подолання стресових ситуацій.

Шкала самотності UCLA є стандартизованим психологічним інструментом, що використовується для оцінки суб'єктивного відчуття самотності та рівня соціальної ізоляції. Методика була створена наприкінці 1970-х років і з того часу посіла важливе місце як у наукових дослідженнях, так і в практичній психології. У процесі розвитку вона зазнала кількох удосконалень, а найбільш поширеною нині є її третя редакція, яка відзначається підвищеною надійністю показників та зручністю інтерпретації результатів.

Дослідження здійснювалося із застосуванням опитувальника «Шкала ситуативної й особистісної тривожності», який дає змогу виявити специфіку тривожності як відносно стійкої властивості особистості, що формується під впливом тривалих зовнішніх і внутрішніх чинників. Відповіді респондентів оцінюються за чотирибальною шкалою відповідно до обраного варіанта твердження (1, 2, 3 або 4 бали). Методика розроблена у межах моделі

тривожності Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна та широко використовується для оцінювання рівня особистісної тривожності в психологічній діагностиці.

Стоматологічний страх вимірюють за допомогою самооцінки, але існуючі шкали стоматологічного страху мають свої недоліки, багато з яких пов'язані з їхньою нездатністю врахувати сучасне розуміння етіології стоматологічного страху. Нами використано питання опитувальників Шкала стоматологічного страху(DAS) й Модифікована шкала стоматологічного страху (MCDAS)

1. Якби вам завтра довелося піти до стоматолога, як би ви себе почували?
2. Коли ви сидите в залі очікування і чекаєте, поки вас викличе стоматолог, як ви себе відчуваєте?
3. Коли ви сидите в кріслі стоматолога і чекаєте, поки він почне процедуру місцевої анестезії, як ви себе відчуваєте?
4. Ви сидите в кріслі стоматолога, анестезія вже зроблена. Поки ви чекаєте, поки стоматолог дістане інструменти, щоб почати процедуру, як ви себе відчуваєте?
5. Як ви ставитеся до відвідування стоматолога в цілому?
6. Як ви ставитеся до огляду зубів?
7. Як ви ставитеся до чищення та полірування зубів?
8. Як ви ставитеся до ін'єкції в ясна?
9. Як ви ставитеся до пломбування зубів?
10. Як ви ставитеся до видалення зубів?
11. Як ви ставитеся до того, щоб вас ввели в наркоз для проведення лікування?
12. Як ви ставитеся до введення суміші «газу і повітря», яка допоможе вам почуватися комфортно під час лікування, але не введе вас в

наркоз? В результаті було встановлений індекс стоматологічної тривожності у 60 підлітків, що взяли участь у дослідженні.

Таблиця 2.1.

Індекс стоматологічної тривожності	
Індекс стоматологічної тривожності	Кількість в %
Зовсім ні	-
Майже не стурбовані	45
Досить тривожний	33
Дуже тривожний	22
Все разом	100

В результаті ми розподілили підлітків на дві групи за рівнем стоматологічної тривожності: 1.Тривожні/налякані (дуже тривожні й досить тривожні) й 2. Майже не стурбовані.

Далі, ми задали підліткам двох груп питання: Чи пропустити візит до стоматолога, якщо в вас виявлено високий рівень стоматологічної тривожності? 100% підлітків групи «Тривожні» відповіли, «що так, пропустять й перенесуть» й 100% підлітків групи «Майже не стурбовані» зазначили, що пійдуть на прийом, попри деякі індивідуальні страхи й побоювання. Таким чином, страх перед стоматологом, або тривога, що виникає від думки про візит до стоматолога є причиною затримки або пропуску візитів до стоматолога у групи «Тривожні», що веде до погіршення стану ротової порожнини, необхідності більш інтенсивного лікування та збільшення витрат на охорону здоров'я. Це узгоджується з дослідженнями, що встановили що пацієнти з надзвичайно високим рівнем тривожності частіше пропускають прийом у лікаря, а отже, пропускають лікування карієсу, пародонтозу і, в кінцевому підсумку, втрачають зуб. Армфілд і Хітон показали, що тривожні пацієнти на 50% частіше потребують невідкладної

стоматологічної допомоги, ніж нетривожні особи. Тривожність також відіграє роль у результатах лікування: лікування пацієнтів з тривожністю, ймовірно, призведе до посилення больових відчуттів, оскільки тривожність підвищує больову чутливість, а зниження рівня співпраці пацієнта, ймовірно, вплине на лікування.

Таким чином, надано етапи дослідження, розглянуто методичний інструментарій й проведено опитування та розподілено підлітків на дві групи.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. Розглянуто історія розвитку розробки шкал для вивчення стоматологічної тривоги й страху. Зазначено, що було розроблено численні шкали стоматологічного страху, і процес розробки таких шкал триває досі. Так, відомі Шкала стоматологічного страху, модифікована Шкала стоматологічного страху, Опитування щодо страху перед стоматологічним лікуванням, Модифікована анкета для оцінки страху перед стоматологічним лікуванням, Шкала стоматологічної тривожності, Опитування Гетца щодо стоматологічних переконань, Реєстр стоматологічного страху, Скорочена версія Індексу стоматологічного страху, Анкета стоматологічних когнітивних уявлень.
2. Зазначено, що розуміння шкал стоматологічного страху може бути корисним для стоматолога в розумінні та управлінні тривогою і страхом пацієнтів. Страх перед стоматологом і тривога перед стоматологом часто вживаються в науковій літературі як синоніми, але вони позначають різні ступені прогресування одного і того ж психологічного стану. Терміни «страх перед стоматологом» і

«тривога перед стоматологом» (DFA) вживаються, коли говорять про сильні негативні емоції, пов'язані з лікуванням зубів у дітей, підлітків й дорослих.

3. Надано етапи дослідження, розглянуто методичний інструментарій. Обгунтовані методи *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури); *емпіричні*: наступний психодіагностичний інструментарій: методика «Комплексна оцінка проявів стресу», розроблена Ю.В. Щербатих, методика Копінг-поведінка у стресових ситуаціях (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), розроблений С.Норманом, Д.Ендлер, Д.Джеймсом, М.Паркером; методика ситуативної й особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (STAI), Шкала самотності (UCLA); *методи математичної статистики*: описова статистика, U-критерій Манна-Вітні.
4. Використано питання опитувальників Шкала стоматологічного страху (DAS) й Модифікована шкала стоматологічного страху (MCDAS). В результаті опитування дозволили розподілили підлітків на дві групи за рівнем стоматологічної тривожності:
 - 1.Тривожні/налякані (дуже тривожні й досить тривожні) й 2. Майже не стурбовані. Показано, що страх перед стоматологом, або тривога, що виникає від думки про візит до стоматолога є причиною затримки або пропуску візитів до стоматолога у групи «Тривожні», що веде до погіршення стану ротової порожнини, необхідності більш інтенсивного лікування та збільшення витрат на охорону здоров'я.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПІДЛІТКІВ НА ПРИЙОМІ У ЛІКАРЯ- СТОМАТОЛОГА

3.1. Особливості емоційних станів, впливу родини й досвіду стоматологічного лікування у підлітків з різним рівнем стоматологічної тривоги

Психологічні теорії припускають, що механізми розвитку стоматологічного страху можуть бути пов'язані з факторами, що його викликають. До них відносяться всі стресові ситуації в минулому, що відбулися під час стоматологічного лікування (неприємним або болючим досвідом) і призвели до болісних епізодів, нещасних випадків або навіть травм ротової порожнини; також згадуються зовнішні впливи соціального оточення, такі як негативна інформація, надана родиною, друзями або навіть засобами масової інформації, рекламою та фільмами. Враховуючи все вищезазначене на першому етапі емпіричного дослідження ми вивчили відвідування й досвід лікування у стоматолога підлітками. В групі «Тривожні» було 33 підлітку, в групі «Майже не стурбовані» – 27 підлітків. Результати відображено в таблиці

3.1.

Таблиця 3.1.

Досвід стоматологічного лікування й відвідування

Досвід лікування й відвідування	Групи, кількість в %	
	Тривожні	Майже не стурбовані
Досвід стоматологічного лікування	85	78
Негативний досвід стомат. лікування	66	22

Нерегулярне відвідування стоматолога	85	44
Регулярне відвідування стоматолога	15	56

Отже, досвід стоматологічного лікування мали 85 % групи «Тривожні» й 78% підлітків групи «Майже стурбовані». Негативний досвід стоматологічного лікування мали 66% групи «Тривожні » й 52% підлітків групи «Майже стурбовані». Нерегулярне відвідування стоматолога було 85% групи «Тривожні » й 44% підлітків групи «Майже стурбовані», більшість відвідували стоматолога за запитом. Як ми бачимо підлітки групи Тривожні, які мали травматичний/негативний досвід стоматологічного лікування, частіше страждали від стоматологічної тривоги, ніж ті, хто відноситься до групи «Майже стурбовані». Встановлено статистичні розбіжності на рівні $p < ,05$. Як ми говорили в теоретичній частині замкнуте коло моделі стоматологічного страху передбачає, що стоматологічний страх призводить до нерегулярного відвідування стоматолога. Однак двостороння причиннонаслідкова залежність є цілком імовірною. Тому вплив на моделі відвідування може стати можливістю запобігати стоматологічному страху, а не лікувати його. Отже, вважається, що підлітки, які нерегулярно відвідували стоматолога в дитинстві, мають більшу ймовірність страждати від стоматологічної тривоги в підлітковому віці, порівняно з тими, хто відвідував стоматолога регулярно. Це кореспондує з нашим дослідженням, так 85 % підлітків групи «Тривожні» нерегулярно відвідували стоматолога проти 44% підлітків групи «Майже стурбовані».

Наведемо приклади висловлювань підлітків з різних груп:

От, що зазначили підлітки з групи «Майже не стурбовані»:

«Я не боюся стоматолога, але все одно уникаю відвідування. Мабуть, мені не подобається весь цей процес. По-перше, мені зазвичай кажуть, що моя

гігієна порожнини рота недостатня. Навіть якщо це правда, мені не подобається, коли мене критикують. По-друге, це неприємно. Не боляче, але просто неприємно. Тримати рот відкритим, колупання, шкреблення і тикання, неможливість ковтати»

«Моя родина планує регулярні огляди, ремонти та пломбування. Двічі на рік або частіше — я відвідую стоматолога. Й майже не відчуваю болю» «Мій батько допоміг мені зрозуміти, що страхи ніколи не зникають, що уникати своїх страхів щоб перестати відчувати страх перед стоматологом треба туди йти, справжнє визначення сміливості — це просто не дозволяти страху зупинити тебе на шляху вперед».

Підлітки з групи «Тривожні» сказали:

«Стоматологічний кабінет — це камера тортур Я боюся стоматолога, тому що він тикає мене маленьким гострим предметом між зубами, іноді боляче, коли він починає тикати тим предметом навколо моїх зубів. Таке неприємне відчуття, іноді мені роблять укол, це боляче, це щипає, мені так неприємно, коли мені в рот засовують вату або пасту.

«Я дуже боюся стоматолога. Похід на огляд викликав у мене тремтіння від страху. Сама думка про візит до стоматолога наповнювала мене жахом. Я розумію, що страх насправді шкодить мені, оскільки я всіляко уникала стоматолога. Треба, щоб батьки знайшли стоматолога, який був би заспокійливим»

«Лежати з відкритим ротом, коли над тобою схиляється незнайома людина з набором металевих інструментів і гучним повітряним турбінним обладнанням, мені було страшно. Я відчуваю тривогу від такого положення» «Для мене це справжній страх. Ін'єкції, видалення, пломби — чого тут не боятися?»

«Першого стоматолога, до якого мене відвела мама, коли я був дитиною, я вкусив його щосили. Тому я боявся стоматологів. Ніхто не сказав мені, що

це таке, чи що він буде робити, і відправили мене туди одного. Моя сестра розповідала мені вигадані страшні історії. Тож я, на жаль, був готовий до цього жаху!».

В їх висловах йдеться про негативний дитячий досвід, страхи, переживання на тілесному рівні. Під час стоматологічного огляду в них спостерігається підвищений рівень ситуативної тривожності, що проявляється емоційним напруженням, очікувальним страхом та посиленням психофізіологічних реакцій. Візит до стоматолога виступає для групи Тривожні стресогенним чинником, який активує механізми стоматологічної тривоги та може впливати на поведінку пацієнта під час лікувального процесу. На наступному етапі емпіричного дослідження ми встановили рівень стресу і тривожності за допомогою методик: «Комплексна оцінка проявів стресу» й STAI (Особистісна тривожність) Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Таблиця 3.2.

Загальний рівень стресу й тривожності

Рівень стресу й особистісної тривожності	Групи, кількість в %	
	Тривожні	Майже не стурбовані
Високий	22	3
Помірний стрес	66	56
Низький рівень	12	41
Особистісна тривожність		
Високий	66	-
Середній	19	44
Низький	15	56

У 22 % групи «Тривожні » й 3% підлітків групи «Майже стурбовані» спостерігається підвищене напруження емоційних та фізіологічних систем організму впродовж останнього року, що сформувалося як реакція на інтенсивний вплив потужних стресових чинників. Помірний стрес представлений у 66% підлітків групи «Тривожні» й 56 % підлітків групи «Майже стурбовані». Низький рівень представлений 12% й 41% відповідно по групах «Тривожні» й «Майже стурбовані». Як бачимо, підлітки, які відчують підвищений рівень загального психологічного стресу, також демонструють супутнє підвищення рівня стоматологічного страху. Отже, можна висунути гіпотезу, що психічний стрес може бути сигналом можливого стоматологічного страху.

Щодо особистісної тривожності, то 66 % підлітків групи «Тривожні» спостерігається високий рівень особистісної тривожності. У 19% підлітків групи «Тривожні» й 44 % підлітків групи «Майже стурбовані» встановлено помірний / середній рівень особистісної тривожності. й низький рівень тривожності представлений у 15% підлітків групи «Тривожні» й 56 % підлітків групи «Майже стурбовані». Високий рівень особистісної тривожності, що встановлений у 66 % підлітків групи «Тривожні» свідчить про стійку схильність індивіда сприймати широке коло ситуацій як потенційно загрозливі та реагувати на них підвищеним внутрішнім напруженням. Такий показник відображає загальну емоційну нестійкість, тенденцію до частого переживання занепокоєння, невпевненості та очікування несприятливих подій навіть за відсутності об'єктивних підстав. Такі результати у 12 % підлітків групи «Тривожні» можуть свідчити про наявність в них тривожного розладу, що потребує додаткового дослідження, наприклад за методикою SCARED, яка дозволяє виявити, чи спостерігаються у підлітка такі прояви:

- постійне занепокоєння щодо різних ситуацій навіть за відсутності очевидних підстав;
- труднощі у спілкуванні чи виступах, пов'язані з відчуттям страху або сильного хвилювання;
- епізоди інтенсивної тривоги, що супроводжуються прискореним серцебиттям, утрудненим диханням чи запамороченням;
- побоювання розлуки з батьками або значний дискомфорт під час перебування на самоті;
- фізичні симптоми тривожності, такі як біль у животі, головний біль, тремтіння чи підвищена пітливість без очевидних причин.

Далі ми вивчили копінг стратегії за методикою копінг поведінка в стресових ситуаціях (С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер).

Результати відображено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Копінг стратегії у підлітків

Копінг стратегії у підлітків	Групи, кількість в %	
	Тривожні	Майже не стурбовані
Проблемно-орієнтований копінг;	13	18,5
Емоційно-орієнтований копінг;	27	26
Копінг, спрямований на уникнення	45	26
Соціальна підтримка	15	29,5

Як бачимо з таблиці 3.3., у 27 % підлітків групи «Тривожні» й 26 % підлітків групи «Майже стурбовані» вираженим є емоційно-орієнтоване подолання. Цей вид подолання охоплює стратегії, спрямовані на зменшення

інтенсивності негативних переживань, що супроводжують стрес. Воно включає вивільнення емоційного напруження, пошук емоційної підтримки, використання відволікальних дій та прийняття ситуації як такої.

Копінг, спрямований на уникання представлений у 45% підлітків групи «Тривожні» й 26% підлітків групи «Майже стурбовані». Цей тип копінг стратегій передбачає відсторонення від стресової ситуації та переключення уваги на інші види діяльності. Такий підхід верогідно тимчасово знижує емоційне напруження підлітків й стримує їх надмірну тривогу, проте вважається менш ефективним і неадаптивним, оскільки часто супроводжується запереченням проблеми або ігноруванням власних емоцій.

Звернення по підтримку до близького оточення, до друзів представлений у 15% підлітків групи «Тривожні» й 29,5% підлітків групи «Майже стурбовані». Цей вид копінгу може забезпечувати й емоційну опору й практичну допомогу, що значно полегшує подолання різних ситуацій.

Стратегія, орієнтована на вирішення проблеми, проявляється у 13% підлітків групи «Тривожні» й 18,5 % підлітків групи «Майже стурбовані».

Встановлено їх низький рівень активного впливання на ситуацію, низький рівень здібності аналізування та пошук конструктивних шляхів подолання труднощів.

З аналізу літератури відомо, що діти, які боялися стоматологічного лікування, повідомляли про нижчий рівень соціального та емоційного благополуччя в порівнянні з дітьми, які не боялися стоматологічного лікування. Таким чином, було показано, що наслідки стоматологічного страху виходять далеко за межі самої стоматологічної ситуації і поширюються на життя поза стоматологічним кабінетом і на життя в цілому. Крім того, погіршення здоров'я ротової порожнини у дітей, пов'язане зі страхом перед стоматологічним лікуванням, пов'язують із цілою низкою проблем якості життя у молоді, включаючи біль,

соціальну ізоляцію та проблеми з харчуванням (Foster Page, Thomson, Jokovic, & Locker, 2005).

Тривога і самотність у підлітків глибоко взаємопов'язані, створюючи замкнуте коло, в якому кожна з них може погіршувати іншу. Соціальні відносини мають життєво важливе значення для розвитку підлітків, а порушення цих відносин може мати серйозні наслідки. Такі порушення відіграють центральну роль як у самотності, так і в соціальній тривожності. Самотність пов'язана з різними негативними наслідками для психічного здоров'я, включаючи депресію, емоційні труднощі і навіть суїцидальні думки, особливо в хронічних випадках. Самотність зазвичай визначається як неприємне відчуття, яке виникає, коли люди вважають свою мережу соціальних відносин недостатньою, як кількісно, так і якісно. Суб'єктивне відчуття самотності не є тим самим, що об'єктивне відчуття самотності. Люди можуть відчувати самотність, коли вони наодинці, але також і коли вони оточені іншими людьми. Підлітки відчують потребу в приналежності і, як наслідок, хотіли б налагодити зв'язки з іншими. Однак їхня тривожність і схильність до усамітнення заважають їм налагоджувати значущі зв'язки, що може призвести до відчуття розбіжності між кількістю та якістю соціальних відносин, яких вони хотіли б мати, і тими, які вони мають насправді, що відображається у підвищеному рівні самотності.

Далі для оцінки суб'єктивного відчуття самотності, яку ми розглядаємо як емоційний стан та рівня соціальної ізоляції, яку ми розглядуємо як відчуття, що людина відсторонена від суспільства ми використали методику UCLA.

Таблиця 3.4.

Самотність у підлітків

Рівень самотності	Групи, кількість в %	
	Тривожні	Майже не стурбовані

Високий	49	11
Середній	42	56
Низький	9	33

Високий рівень самотності представлений у 49% підлітків групи «Тривожні» й 11 % підлітків групи «Майже стурбовані». Середній рівень самотності у 42 % підлітків групи «Тривожні» й 56% підлітків групи «Майже стурбовані». Низький рівень самотності представлений у 33% підлітків, що відносяться до групи у «Майже стурбовані» й 9% підлітків групи «Тривожні». Інтернет став важливою частиною повсякденного життя, його використання часто заміняє використання традиційних засобів комунікації. Інтернет також став джерелом інформації про здоров'я YouTube є однією з найпопулярніших платформ для цієї діяльності [12]; він пропонує велику кількість такої інформації. Соціальні медіа також слугують засобом комунікації для колег, пацієнтів та громадськості з питань здоров'я. Фахівці у сфері охорони здоров'я зараз активно використовують соціальні медіа. Ці засоби масової інформації стають все більш важливими для стоматології.

Одне з їхніх застосувань пов'язане з пропагандою здорового способу життя. Соціальні мережі також забезпечують засіб комунікації між пацієнтом і стоматологом. Sivrikaaya та ін. дослідили вплив комунікації між стоматологом і пацієнтом на страх перед стоматологічним лікуванням і виявили, що комунікація через Instagram перед втручанням зменшувала цей страх. Взагалі вважається, що перед візитом до стоматолога варто подивитися відео про стоматологів, особливо якщо людина відчуває тривогу з цього приводу. Відео можуть розвіяти міфи про цей процес, пояснити, чого очікувати під час візиту до стоматолога, і допомогти зменшити страх, ознайомившись із процедурами.

Таблиця 3.5.

Вплив соціальних мереж на стоматологічну тривожність

Соціальні мережи	Групи, в %	
	Тривожні	Майже не стурбовані
Передивлявся	51	18,5
Не передивлявся	49	81,5

Передивлялися відео в соціальних мережах у 51% підлітків групи «Тривожні» й 18,5 % підлітків групи «Майже стурбовані». Підлітки групи «Тривожні» зазначили, що при перегляді побачили багато негативного й такого що їх налякало (77%) і 23% з тих хто переглядав завдяки перегляду попиталися вгамонити їх тривогу.

Далі ми порівняли дві групи досліджуваних-підлітків за допомогою Укритерій Манна-Вітні

Таблиця 3.6

Порівняння особливостей емоційних станів, копінг стратегій, самотності у групах «Тривожні» й «Майже стурбовані»

Змінні	Порівняння змінних за Т-критерієм , рівень значущості, р
Досвід стоматологічного лікування	,79
Негативний досвід стомат. лікування	,05
Нерегулярне відвідування стоматолога	,056
Регулярне відвідування стоматолога	,05
Рівень стресу	,047
Особистісна тривожність	,039

Проблемно-орієнтований копінг;	,53
Емоційно-орієнтований копінг;	,56
Копінг, спрямований на уникнення	,05
Соціальна підтримка	,03
Самотність	,037
Вплив соціальних мереж	,05

Порівняння двох груп підлітків демонструє, що підлітки групи «Тривожні» статистично більше відрізняються від підлітків групи «Майже стурбовані» за шкалами, Негативний досвід стоматологічного лікування ($p < .05$), Рівень стресу ($p < .047$), Особистісна тривожність ($p < .039$), Копінг, спрямований на уникнення ($p < .05$), Самотність ($p < .037$), Вплив соціальних мереж ($p < .05$).

Отримані результати свідчать, що підлітки з вираженою тривожністю статистично значуще відрізняються від групи «майже стурбованих» за низкою психологічних та поведінкових параметрів. Зокрема, вони характеризуються більш негативним досвідом стоматологічного лікування та сильнішими стресовими реакціями, що вказує на підвищену чутливість до медичних втручань. Підвищені показники особистісної тривожності поєднуються з частішим використанням копінг-стратегій уникнення, що може свідчити про менш адаптивні способи подолання напруги. Крім того, у таких підлітків виявлено вищий рівень переживання самотності та сильніший вплив соціальних мереж, що може виступати додатковим чинником формування або підтримання тривожних станів. Сукупність цих характеристик вказує на більш уразливий психоемоційний профіль тривожних підлітків та потребу в цілеспрямованій психологічній підтримці й превентивних заходах.

Виходячи з отриманих даних на завершальному етапі дослідження ми вимірювали ситуативну тривогу за методикою Спилбергера - Ханіна до прийому й після у групі ТРИВОЖНИХ підлітків.

Таблиця 3.7.

Вплив досвіду лікаря на ситуативну тривожність підлітків

Ситуативна тривожність	Тривожні підлітки, кількість в %	
	До лікування	Після
Високий	88	51
Середній	12	49
Низький	-	-
Розбіжності, p	,048	

Ситуативна тривожність у групі «Тривожні» була на високому рівні перед прийомом у лікаря стоматолога у 88% підлітків й у 12 % підлітків на середньому рівні. Після прийому ситуативна тривожність статистично знизилася на високому рівні залишилася у 51% підлітків й у 49% підлітків стала на середньому рівні. Підлітки групи «Тривожні» зазначили емпатичне ставлення лікаря, точний опис подій, доброзичливе міжособистісне спілкування. Треба зазначити, що підлітки були на прийомі у стоматолога, який має досвід лікування пацієнтів із стоматологічною тривогою й який випробує в роботі Модель чотирьох звичок, що розроблена Річардом М. Франкелем і Террі Стейном для використання в галузі охорони здоров'я. Модель допомагає клініцистам побудувати довіру, зрозуміти проблеми пацієнта та створити співпрацю під час медичного візиту. Отже лікар інвестує на початку, тобто передбачає швидке встановлення контакту, задає відкриті запитання, дізнається про конкретні прохання та заохочує пацієнта розповісти про додаткові симптоми. Далі на другому етапі складає план візиту, виявляє

точку зору пацієнта, що його турбує та як проблема впливає на його життя. На третьому етапі реагує з емпатією й налаштовується на емоції пацієнта за допомогою слів і невербальних сигналів. І на останньому етапі інвестує в кінці, тобто підбиває підсумки візиту, надає огляд наступних кроків та оцінку задоволеності пацієнта.

Таким чином, до стоматологічного прийому більшість підлітків демонстрували високий рівень ситуативної тривожності. Після взаємодії зі стоматологом та проходження процедури рівень тривожності істотно знизився: частина підлітків зберегла високі показники, однак значна кількість перейшла до середнього рівня емоційної напруги. Підлітки групи «Тривожні» продемонстрували важливість емпатичного ставлення лікаря, чітких пояснень щодо перебігу лікування та доброзичливого характеру спілкування, що в свою чергу, говорить про професійність стоматолога. Сукупність цих факторів, імовірно, сприяла зменшенню їхньої тривожності та формуванню більш довірливого ставлення до стоматологічної процедури.

3.2. Рекомендації щодо зменшення стоматологічної тривоги у підлітків.

Страх і фобія перед стоматологічним лікуванням призводять до ухилення від стоматологічної допомоги. Це часто зустрічається проблема в стоматологічних кабінетах. Для таких пацієнтів необхідно розробити прийнятні, засновані на доказах методи лікування, інакше вони можуть стати значним джерелом стресу для стоматолога. Таких пацієнтів необхідно виявляти якомога раніше і вирішувати їхні проблеми. Перша взаємодія між стоматологом і пацієнтом може виявити наявність страху, тривоги та фобії. У

таких ситуаціях суб'єктивна оцінка за допомогою інтерв'ю та самооцінки за шкалами страху і тривоги, а також об'єктивна оцінка артеріального тиску, частоти пульсу, пульсоксиметрії, температури пальців і гальванічної реакції шкіри можуть значно поліпшити діагностику і дозволити класифікувати цих осіб як таких, що мають легкий, помірний або сильний страх або стоматологічну фобію. Взагалі, стоматологічний страх можна контролювати за допомогою психотерапевтичних втручань, фармакологічних втручань або поєднання обох методів, залежно від рівня стоматологічного страху, особливостей пацієнта та клінічної ситуації. Психотерапевтичні втручання можуть бути поведінковими або когнітивними.

Відомі поведінкові та когнітивні методи, які можна застосовувати в стоматологічній клініці або хірургії, щоб допомогти людям, які відчувають страх, отримати необхідну стоматологічну допомогу. Найбільш використовуваними техніками для подолання страху, тривоги та фобії перед стоматологічним лікуванням — є техніки релаксації, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), гіпноз і мелотерапія. Основним арсеналом стоматолога для роботи з «складними» пацієнтами, які відчувають страх, тривогу або фобію під час відвідування стоматолога є знання з поведінкових наук, а також відмінні комунікативні навички, емпатичне ставлення та індивідуальний підхід, орієнтований на пацієнта.

Декілька авторів запропонували чіткі правила поведінки стоматолога для подолання болю, тривоги та стресу пацієнтів, які звертаються за лікуванням [цит. за 16]

1. Глибока оцінка рівня тривоги та стресу пацієнта шляхом ретельного та точного опитування. Неконтрольована тривога та стрес можуть призвести до неадаптивних, небезпечних для життя ситуацій, особливо у пацієнтів з медичними проблемами. Найважливішою стратегією є профілактика.

2. На основі всієї зібраної інформації, медичної та особистої, визначаються адекватні методи контролю болю та тривоги. Важливо стежити за реакцією пацієнта на обрані поведінкові методи.

3. Фармацевтичні препарати використовуються як допоміжні засоби для посилення позитивного ефекту, але не як метод контролю. Ліки пригнічують страх, але не вирішують конфлікти. Акцент повинен бути зроблений на хороших взаєминах і спілкуванні з пацієнтом.

4. Техніки контролю повинні застосовуватися відповідно до потреб пацієнта. Застосування лише одного методу до всіх пацієнтів може призвести до невдачі (наприклад, седація оксидом азоту при помірних емоційних проблемах).

Встановлено помилки, що заважають терапевтичним відносинам:

- Професійний стиль спілкування, пов'язаний з чітким розмежуванням ролей і статусів; надмірне використання медичної термінології і, навпаки, зведення спілкування до неформального повсякденного рівня та втрата рольової ідентичності.

- Оцінювання, моралізування, навчання та консультування.

- Повідомлення діагнозів та твердих думок про успіх або невдачу лікування.

- Надмірні похвали та заохочення.

- Прийняття повної відповідальності за процес та пропонування готових рішень.

Вченими розроблені практичні поради щодо роботи з тривожними пацієнтами, а також розглядаються та узагальнюються докази ефективності різних підходів. За процедурою спочатку виявляється страх перед

стоматологічним лікуванням, потім потрібно розуміти його етіологію, природу та супутні компоненти.

Надаємо наступні поради як допомогти людям впоратися зі страхом або фобією перед стоматологом.

Боротьба з неприємними спогадами з минулого.Одного разу виникла, стоматологічна фобія важко піддається контролю. Однак це не неможливо. Необхідно поговорити з пацієнтом. Він повинен розповісти, чого саме він боїться. Якщо це звук інструментів, йому можуть запропонувати послухати музику в навушниках або відповідний звук у кабінеті. У деяких стоматологічних кабінетах є телевізори, які можна використовувати для відволікання уваги під час процедури лікування. Якщо страх викликаний самим стоматологом, процедурі має передувати розмова, під час якої лікар повинен пояснити пацієнту, що його чекає. Якщо пацієнт — дитина, присутність батьків у стоматологічному кабінеті також матиме заспокійливий ефект. Тому, коли страх вже виник, ключовими факторами є спілкування та попереднє пояснення того, що чекає на пацієнта. Відволікаючі елементи також важливі, оскільки вони спрямовані на те, щоб підготувати та заспокоїти пацієнта.

Почуття контролю.Пацієнт має право знати про всі процедури, які його чекають. Дізнаючись більше, він зменшує свій страх перед невідомим. Пацієнт також має право вирішувати, яким методом його лікувати. Він повинен бути чесним із стоматологом — скільки роботи він може витримати на початку. Здобувши впевненість у собі та довіру до команди, обсяг роботи, який він витримає, поступово збільшуватиметься. Необхідно встановити конкретну систему сигналізації, щоб лікування можна було зупинити в будь-який момент, коли пацієнт потребує додаткової анестезії, хоче прополоскати рот або просто відпочити. Найпоширенішим сигналом є підняття руки.

Відчуття дискомфорту. Пацієнти, які страждають на стоматологічну фобію, часто висміюють своє лікування у стоматолога або відчують дискомфорт через свій поточний стан і недбалість. Роль стоматолога полягає в тому, щоб пояснити пацієнтам, що не варто соромитися відкрито говорити про свої проблеми. Він повинен розуміти занепокоєння пацієнта і виявляти співчутливе ставлення до проблеми.

Техніка релаксації. Якщо пацієнт відчуває напругу, сидячи в стоматологічному кріслі, найпростішим способом є фізична релаксація — розслаблене тіло допомагає розслабитися психічно. Людське тіло не може бути одночасно фізично спокійним і напруженим. Найпростішими техніками є глибоке дихання, розслаблення м'язів. Якщо пацієнт зуміє розслабитися в присутності подразника, який викликає у нього страх, цей страх значно зменшиться.

Відволікання та перенаправлення. Як тільки пацієнт почувається більш розслабленим під час візитів, можна використовувати різні способи, щоб відволікти його від безпосередньої роботи в роті — прослуховування улюбленої музики, перегляд телевізора тощо. Техніка спрямована на фокусування уваги на іншому подразнику. Доведено, що відповідна музика впливає на мозкові хвилі, що призводить до глибокого розслаблення та полегшення болю і тривоги. Відволікання музикою — це неінвазивна техніка, при якій пацієнт слухає приємну музику під час стресової процедури. Вважається, що ефект є поєднанням розслаблення та відволікання, що, в свою чергу, зменшує активність ендокринної та симпатичної нервової систем. Ця техніка успішно застосовується як у дітей, так і у дорослих пацієнтів стоматолога.

Контроль болю. Сучасна стоматологія має методи місцевої анестезії, які блокують відчуття болю. Стоматолог повинен пояснити пацієнту, що він не

повинен боятися ін'єкції. Всі анестетики вводяться повільно. Сама голка не викликає болю — вона дуже тонка, а відчуття дискомфорту є результатом тиску і об'єму введеної рідини. Детальні пояснення, з використанням мовних засобів, які пацієнт може зрозуміти, значно сприятимуть зменшенню його страху. Якщо іатроседативна техніка є недостатньою, сучасна наука пропонує нові технології застосування місцевої анестезії, які допомагають зняти тривогу. Прикладами цього є комп'ютерно-контрольована місцева анестезія, електронна стоматологічна аналгезія, комп'ютерно-асистоване релаксаційне тренування для зменшення страху перед стоматологічними ін'єкціями, інтралігаментарна анестезія та вібротактильні пристрої.

Психологічні техніки та стратегії для вирішення цієї проблеми є різними. Індивідуальний підхід фахівця до їх вибору значно полегшить управління кожною конкретною ситуацією. Найбільш часто використовуються такі техніки:

Техніки релаксації. Для полегшення симптомів тривоги регулярно практикуються глибоке дихання та м'язова релаксація, а також програми вправ.

Глибоке (діафрагмальне) дихання. Найважливішим і основним способом, за допомогою якого пацієнти можуть фізично розслабитися, є застосування правильних дихальних технік. Використання діафрагми для дихання зменшує напругу в грудній клітці і забезпечує більшу кількість кисню в організм з кожним вдихом. Техніка виконується наступним чином: тіло і голова пацієнта випрямлені, без нахилу вперед або назад; одна рука покладена на груди, а інша — на живіт; після видиху пацієнт починає повільно і рівномірно вдихати, після чого робить новий повільний і рівномірний видих; видих повинен тривати довше, ніж вдих [3,27]. Описана техніка також може

застосовуватися у пацієнтів з високим рівнем тривожності та вираженим глотковим рефлексом [16].

Прогресивне м'язове розслаблення. Найпоширенішою технікою, яка рекомендується пацієнтам, що страждають від тривоги, є прогресивне м'язове розслаблення за методом Конрада. Воно полягає у скороченні певних груп м'язів протягом 5-7 секунд, після чого слідує 20 секунд розслаблення. Цей метод можна продемонструвати на стоматологічному кріслі, а пацієнт повинен практикувати і відпрацьовувати його вдома. Зазвичай тренують чотири основні групи м'язів. Це: 1) ноги, литки, стегна і сідниці; 2) руки, передпліччя і біцепси; 3) груди, живіт і талія; 4) голова, обличчя, горло і плечі. Описана техніка релаксації виконується протягом 15-20 хвилин. Вона розслабляє все тіло і зменшує напругу. На розсуд лікаря техніка також може бути спрямована на певну групу м'язів. Рекомендується одночасно застосовувати розслаблююче дихання та м'язове розслаблення. Пацієнт повинен напружувати певну групу м'язів під час вдиху, а потім розслабляти їх під час видиху. Техніки розслаблення також можна поєднувати з техніками візуалізації або керованими ментальними образами та біозворотним зв'язком. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Поведінкові та когнітивні техніки для зменшення тривоги пацієнта під час стоматологічного лікування довели свою позитивну дію та ефективність як у дітей, так і у дорослих. Основні етапи когнітивно-поведінкової психотерапії:

а) Пояснення теоретичної моделі — це пояснюється пацієнту (формує довіру). б) Ідентифікація автоматичних думок. в) Поєднання їх з відповідною поведінковою моделлю пацієнта. г) Переконавання, що їх потрібно змінити за допомогою певних технік.

Техніка когнітивної реструктуризації може бути використана для зміни негативного мислення та хибних уявлень пацієнта (страшні думки, що

підсилюють фобію). Мета полягає в тому, щоб змінити спосіб сприйняття ситуацій, які є загрозливими для пацієнта, за допомогою аргументів «за» і «проти», де ірраціональні переконання спростовуються і замінюються новими. Пацієнт починає бачити нелогічність свого мислення і долає причини, що підтримують його нереалістичні страхи.

Терапія контролю паніки — виявлення та усунення катастрофічних думок (таких як «Я божеволію!» або «У мене буде серцевий напад!»), які зазвичай викликають панічні атаки. Інтероцептивна десенсибілізація — практикування добровільної адаптації до симптомів паніки в організмі, таких як прискорене серцебиття, пітливість долонь, задишка або запаморочення. Ці симптоми викликаються навмисно, зазвичай в кабінеті терапевта. Наприклад, запаморочення можна викликати обертанням на стільці, а прискорене серцебиття — біганням вгору і вниз по сходах. Повторний контакт з неприємними фізичними симптомами викликає десенсибілізацію, що означає поступове звикання до них, поки вони не перестануть лякати.

Гіпноз і мелотерапія. Відомо, що розвиток гіпнозу пов'язаний з ім'ям Франца Антона Месмера (1734-1815), оскільки однією з його цілей було полегшення болю. Перше видалення зуба під гіпнозом було виконано ЖаномВіктором Уде в 1829 році. У XIX і XX століттях інтерес до використання гіпнозу в стоматології зріс. У 1955 році було засновано Британське товариство стоматологічного гіпнозу. У Болгарії початок застосування гіпнозу в стоматологічній практиці був покладений П. Петровим у 1978 році. Він захистив дисертацію на тему «Стоматологічна психотерапія — можливості застосування в районній службі охорони здоров'я».

За даними Мосса, сфера застосування клінічного гіпнозу в стоматології має два напрямки. Терапевтичний гіпноз, який використовується для розслаблення пацієнта; для усунення внутрішньої напруги, тривоги, страху

болю і дискомфорту; для усунення опору проти ортодонтичного апарату або протезної конструкції; для підтримки позитивного комфорту у пацієнта під час лікування; для допомоги пацієнту звикнути до ортодонтичних апаратів і протезів; для усунення деяких шкідливих звичок; для вирішення проблем при роботі з дітьми; при бруксизмі і бруксоманії. Хірургічний гіпноз, який використовується для: уникнення медикаментозної анестезії; амнезії неприємних відчуттів; премедикації самотійно або в поєднанні з загальною анестезією; усунення підвищеного глоткового рефлексу; контролю підвищеного слиновиділення; профілактики кровотеч; післяопераційної анестезії; профілактики післяопераційних ускладнень.

Таким чином, психологічні техніки подолання страху включають: глибоке дихання, медитація, відволікання уваги (наприклад, прослуховування музики або використання пристроїв), керована візуалізація, прогресивне м'язове розслаблення, домовленість із стоматологом про сигнал для зупинки лікування та перерви (наприклад, підняття лівого вказівного пальця або руки), використання обтяженої ковдри (принесіть свою), гіпноз. Також може бути корисним звернення до психолога. Короткі цілеспрямовані терапії, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, можуть бути дуже успішними.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. Вивчено, особливості емоційних станів, впливу родини й досвіду стоматологічного лікування у підлітків з різним рівнем стоматологічної тривоги.

2. Показано, що досвід стоматологічного лікування мали 85 % групи «Тривожні» й 78% підлітків групи «Майже стурбовані». Негативний досвід стоматологічного лікування мали 66% групи «Тривожні » й 52%

підлітків групи «Майже стурбовані». Нерегулярне відвідування стоматолога було 85% групи «Тривожні » й 44% підлітків групи «Майже стурбовані», більшість відвідували стоматолога за запитом. Наведено приклади висловлювань підлітків з різних груп.

3. Встановлено рівень стресу у підлітків. У 22 % групи «Тривожні » й 3% підлітків групи «Майже стурбовані» спостерігається

підвищене напруження емоційних та фізіологічних систем організму впродовж останнього року, що сформувалося як реакція на інтенсивний вплив потужних стресових чинників. Помірний стрес представлений у 66% підлітків групи «Тривожні» й 56 % підлітків групи «Майже стурбовані». Низький рівень представлений 12% й 41% відповідно по групах «Тривожні» й «Майже стурбовані». Як бачимо, підлітки, які відчують підвищений рівень загального психологічного стресу, також демонструють супутнє підвищення рівня стоматологічного страху.

4. Вивчено рівень особистісної тривожності. Показано, що 66 % підлітків групи «Тривожні» спостерігається високий рівень особистісної тривожності. У 19% підлітків групи «Тривожні» й 44 % підлітків групи «Майже стурбовані» встановлено помірний / середній рівень особистісної тривожності. й низький рівень тривожності представлений у 15% підлітків групи «Тривожні» й 56 % підлітків групи «Майже стурбовані». Високий рівень особистісної тривожності, що встановлений у 66 % підлітків групи «Тривожні» свідчить про стійку схильність індивіда сприймати широке коло ситуацій як потенційно загрозливі та реагувати на них підвищеним внутрішнім напруженням. Припущено, що у 12 % підлітків групи «Тривожні» наявний тривожний розлад, що потребує додаткового дослідження.

5. Вивчено копінг-стратегії у підлітків, які вони використовують для долаття стресових ситуацій. Встановлено, що у 27 % підлітків групи «Тривожні» й 26% підлітків групи «Майже стурбовані» вираженим є

емоційно-орієнтоване подолання Копінг, спрямований на уникання представлений у 45% підлітків групи «Тривожні» й 26% підлітків групи «Майже стурбовані». Звернення по підтримку до близького оточення, до друзів представлений у 15% підлітків групи «Тривожні» й 29,5% підлітків групи «Майже стурбовані». Стратегія, орієнтована на вирішення проблеми, проявляється у 13% підлітків групи «Тривожні» й 18,5 % підлітків групи «Майже стурбовані».

6. Вивчено рівень самотності. Високий рівень самотності представлений у 49% підлітків групи «Тривожні» й 11 % підлітків групи «Майже стурбовані». Середній рівень самотності у 42 % підлітків групи «Тривожні» й 56% підлітків групи «Майже стурбовані». Низький рівень самотності представлений у 33% підлітків, що відносяться до групи у «Майже стурбовані» й 9% підлітків групи «Тривожні».

7. Вивчено за допомогою анкетування вплив соцмереж на стоматологічну тривогу. Встановлено, що передивлялися відео в соціальних мережах у 51% підлітків групи «Тривожні» й 18,5 % підлітків групи «Майже стурбовані». Підлітки групи «Тривожні» зазначили, що при перегляді побачили багато негативного й такого що їх налякало (77%) і 23% з тих хто переглядав завдяки перегляду попиталися вгломонити їх тривогу.

8. Порівняно дві групи досліджуваних-підлітків за допомогою Укритерій Манна-Вітні. Отримані результати свідчать, що підлітки з вираженою тривожністю статистично значуще відрізняються від групи «майже стурбованих» за низкою психологічних та поведінкових параметрів. Зокрема, вони характеризуються більш негативним досвідом стоматологічного лікування та сильнішими стресовими реакціями, що вказує на підвищену чутливість до медичних втручань. Підвищені показники особистісної тривожності поєднуються з частішим використанням

копінгстратегій уникнення, що може свідчити про менш адаптивні способи подолання напруги. Крім того, у таких підлітків виявлено вищий рівень переживання самотності та сильніший вплив соціальних мереж, що може виступати додатковим чинником формування або підтримання тривожних станів. Сукупність цих характеристик вказує на більш уразливий психоемоційний профіль тривожних підлітків та потребу в цілеспрямованій психологічній підтримці й превентивних заходах.

9. На завершальному етапі дослідження виміряно ситуативну тривогу за методикою Спилбергера - Ханіна до прийому й після у групі «Тривожних» підлітків. Ситуативна тривожність у групі «Тривожні» була на високому рівні перед прийомом у лікаря стоматолога у 88% підлітків й у 12 % підлітків на середньому рівні. Після прийому ситуативна тривожність статистично знизилася на високому рівні залишилася у 51% підлітків й у 49% підлітків стала на середньому рівні. Підлітки групи «Тривожні» зазначили емпатичне ставлення лікаря, точний опис подій, доброзичливе міжособистісне спілкування, що привело до зниження тривожності.

10. Надано рекомендації щодо зменшення стоматологічної тривоги у підлітків.

ВИСНОВКИ

1. Теоретично проаналізовано емоції, емоційні й психічні стани та емоційні стани на прийомі у лікаря-стоматолога. Продемонстровано, що у сучасному психологічному розумінні психічні стани відображають взаємодію людини з навколишнім світом, емоції є тимчасовими подіями, що виникають у відповідь на певні подразники, які викликають реакції збудження та зміни в руховій поведінці, суб'єктивних відчуттях і подальших змінах у поведінці. Емоційні стани розглядаються як ті, в яких емоція визначає всю структуру стану, всі його параметри. Це пов'язано з тим, що певна емоція може переживатися суб'єктом на тлі інших, які визначають характеристики стану. Емоційні стани відрізняються від емоцій і не є тотожними. Емоційні стани — це психічні стани, що відображають наше ставлення до подій. Вони включають в себе емоції, настрої, афекти і пристрасті. Емоційний стан є внутрішньою емоційною ситуацією. Стоматологічна тривога це визнане психічне захворювання, яке може варіюватися від легкого дискомфорту до екстремальної фобії. Вона має як психологічні, так і фізичні наслідки для тих, хто нею страждає. Симптоми, які відчувають ці особи, включають розлади сну, постійну нервозність та проблеми з концентрацією уваги. Уникнення є основним методом боротьби зі страхом перед стоматологічним лікуванням, що призводить до виникнення порочного кола.

2. Вивчено розвиток методичного інструментарію, як такого, що спрямований на вивчення стоматологічної тривоги у осіб. Зазначено, що було розроблено численні шкали стоматологічного страху, і процес розробки таких шкал триває досі. Так, відомі Шкала стоматологічного страху, модифікована Шкала стоматологічного страху, Опитування щодо страху перед стоматологічним лікуванням, Модифікована анкета для оцінки страху перед стоматологічним лікуванням, Шкала стоматологічної тривожності,

Опитування Гетца щодо стоматологічних переконань, Реєстр стоматологічного страху, Скорочена версія Індексу стоматологічного страху, Анкета стоматологічних когнітивних уявлень. Зазначено, що розуміння шкал стоматологічного страху може бути корисним для стоматолога в розумінні та управлінні тривогою і страхом пацієнтів.

3. Досліджено емоційні стани (тривожність, рівень стресу, самотність) та копінг стратегії у підлітків хто має виражену стоматологічну тривогу.

4. Порівняно дві групи досліджуваних-підлітків за допомогою Критерій Манна-Вітні. Отримані результати свідчать, що підлітки з вираженою тривожністю статистично значуще відрізняються від групи «майже стурбованих» за низкою психологічних та поведінкових параметрів. Зокрема, вони характеризуються більш негативним досвідом стоматологічного лікування та сильнішими стресовими реакціями, що вказує на підвищену чутливість до медичних втручань. Підвищені показники особистісної тривожності поєднуються з частішим використанням копінг-стратегій уникнення, що може свідчити про менш адаптивні способи подолання напруги. Крім того, у таких підлітків виявлено вищий рівень переживання самотності та сильніший вплив соціальних мереж, що може виступати додатковим чинником формування або підтримання тривожних станів. Сукупність цих характеристик вказує на більш уразливий психоемоційний профіль тривожних підлітків та потребу в цілеспрямованій психологічній підтримці й превентивних заходах.

Надано рекомендації для лікаря-стоматолога

СПИСОК ВИКОРСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Васянович Г. П. Основи психології: навч. посібник. Київ: Педагогічна думка, 2012. 114 с.
2. Ведяєв Ф. П. Емоційно-стресові стани. Київ, 1979. 54 с
3. Варій М.Й. Психологія особистості : навч. пос. / М.Й. Варій. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 592 с
4. Гаврилькевич В. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену / В. Гаврилькевич, О. Фірстова // PsychologyTravelogs. – 2023. – Iss. 2. – Р. 41-50. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-15>. URL: <https://pt.khmnpu.edu.ua/index.php/pt/article/view/8>
5. Гаврилькевич В. К. Роль емоційних станів у етіології та патогенезі ішемічної хвороби серця / В. К. Гаврилькевич // Практична психологія та соціальна робота : науково-практичний та освітньо-методичний журнал. – 2013. – № 6. – С. 62–67
6. Ігумнова О. Б. Генеза негативних психічних станів студентів та їх психокорекція: автореф. дис. ... канд. психол. наук / О. Б. Ігумнова. – Острог, 2014. – 20 с.
7. Кириленко Т. С. Емоційні переживання та цінності особистості: проблема співвідношення. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка. 2004. Вип. 20/21. С. 24–27. 3
8. Корольчук, М.С., Науменко, Н.П. (2023). Аналіз чинників негативних психічних станів особистості до і під час війни (за результатами анкетування). Вісник Національного університету оборони України. Збірник наукових праць. Вип. 3 (73). 83-91.

9. Коцан, І. Я., Ложкін, Г. В., Мушкевич, М. І. (2017). Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ - Вежа.
10. Кузнецов М.А., Фоменко К.І., Кузнецов О.І. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності. — Харків: ХНПУ, 2015. — 338 с
11. Максименко С.Д. Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості. Педагогічний процес: теорія і практика: збірник наукових праць. 2005. Вип. 3. С. 343–361.
12. Массанов А. Несприятливі емоційні стани та їх подолання в діяльності особистості / А. Массанов // Психологія особистості. - 2011. - № 1. - С. 24-30. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Po_2011_1_5.
13. Миронець С.М., Тімченко О.В. Негативні психічні стани рятувальників в умовах надзвичайної ситуації. Київ: ТОВ «Видавництво «Консультант», 2008.
14. Юрченко В.М. Психічні стани людини: системний опис : монографія. Рівне : Перспектива, 2006. 574 с.
15. Abrahamsson KH, Hakeberg M, Stenman J, Ohrn K. Dental beliefs: evaluation of the swedish version of the revised dental beliefs survey in different patient groups and in a non-clinical student sample. Eur J Oral Sci. 2006;114:209–215. doi: 10.1111/j.1600-0722.2006.00358.x
16. Avramova, N. T. (2023). Dental Fear, Anxiety, and Phobia—Behavioral Management and Implications for Dentists. Journal of Mind and Medical Sciences, 10(1), 42-50. <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1349>
17. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the index of dental anxiety and fear (IDAF-4C+) Psychol Assess. 2010;22:279–287. doi: 10.1037/a0018678.

18. Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79–89. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00068-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00068-x)
19. Cosci F, Fava GA, Sonino N. Mood and anxiety disorders as early manifestations of medical illness: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):22-9.
20. Carveth, D. L. (2021). The psychoanalytic theory of anxiety and defense. *Metalepsis: Journal of the American Board and Academy of Psychoanalysis*, 1(1), 12-24. <https://doi.org/10.52112/mtl.v1i1.3> Chapdelaine A, Carrier JD, Fournier L, Duhoux A, Roberge P. Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206357
21. Chapman HR, Kirby-Turner N. Psychological Intrusion - An Overlooked Aspect of Dental Fear. *Front Psychol*. 2018 Apr 17;9:501. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00501.
22. Chi SI. What is the gold standard of the dental anxiety scale? *J Dent Anesth Pain Med*. 2023 Aug;23(4):193-212. doi: 10.17245/jdapm.2023.23.4.193.
23. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc*. 1978;97:816–819. doi: 10.14219/jada.archive.1978.0394
24. Couper MP, Tourangeau R, Conrad FG, Singer E. Evaluating the effectiveness of visual analog scales: a web experiment. *Soc Sci Comput Rev*. 2006;24:227–245.
25. Dempster LJ, Locker D, Swinson RP. The dental fear and avoidance scale (DFAS): validation and application. *Can J Dent Hyg*. 2011;45:158–164
26. de Jongh A, Muris P, Schoenmakers N, ter Horst G. Negative cognitions of dental phobics: reliability and validity of the dental cognitions questionnaire. *Behav Res Ther*. 1995;33:507–515. doi: 10.1016/0005-

7967(94)00081-t

27. de Jongh A, Stouthard ME. Anxiety about dental hygienist treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21:91–95. doi: 10.1111/j.1600-0528.1993.tb00728.x
28. Eysenck, M. (Ed.) (1998). *Psychology: An Integrated Approach*. England: Prentice-Hall.
29. Evans, B. (1944). *The psychiatry of Robert Burton*. Columbia University Press.
30. Freud, S., Strachey, J., & Strachey, A. (1977). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. New York: Norton.
31. Freeman R, Clarke HM, Humphris GM. Conversion tables for the corah and modified dental anxiety scales. *Community Dent Health.* 2007;24:49–54.
32. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res.* 2005 Jul;84(7):649-52. doi: 10.1177/154405910508400713. PMID: 15972595.
33. Gale EN. Fears of the dental situation. *J Dent Res.* 1972;51:964–966. doi: 10.1177/00220345720510044001
34. Gatchel RJ. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *J Am Dent Assoc.* 1989;118:591–593. doi: 10.14219/jada.archive.1989.0068
35. Glanzmann P. Methoden zur messung von angst und Ängstlichkeit. *Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin*; 1989. pp. 17–28
36. Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>

37. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in sweden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992;20:97–101. doi: 10.1111/j.1600-0528.1992.tb00686.x
38. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The modified dental anxiety scale: Validation and united kingdom norms. *Community Dent Health.* 1995;12:143–150
39. Hill KB, Chadwick B, Freeman R, et al. Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviours and the current barriers to dental care. *Br Dent J.* 2013;214:25–32. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.1176
40. Jöhren P, Brodowski C, Fliegel E, Wannemüller A, Bürklein S. The hierarchical anxiety questionnaire-20 years of experience in the diagnosis of dental anxiety and dental phobia. a Systematic Literature Search i *Dent Health Oral J.* 2021;3:1–14.
41. Jaakkola S, Rautava P, Alanen P, Aromaa M, Pienihäkkinen K, Räihä H, et al. Dental fear: one single clinical question for measurement. *Open Dent J.* 2009;3:161–166. doi: 10.2174/1874210600903010161.
42. Jackson SW. Robert Burton and psychological healing. *J Hist Med Allied Sci.* 1989 Apr;44(2):160-78. doi: 10.1093/jhmas/44.2.160.
43. Kleinknecht RA, Bernstein DA. The assessment of dental fear. *Behavior Therapy.* 1978;9:626–634.
44. Kleinknecht RA, Thorndike RM, McGlynn FD, Harkavy J. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *J Am Dent Assoc.* 1984;108:59–61. doi: 10.14219/jada.archive.1984.0193
45. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc.* 1973;86:842–848. doi: 10.14219/jada.archive.1973.0165

46. Kreuze LJ, Pijnenborg GHM, de Jonge YB, Nauta MH. Cognitivebehavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A metaanalysis of secondary outcomes. *J Anxiety Disord.* 2018 Dec;60:43-57.
47. Kvale G, Berg E, Nilsen CM, Raadal M, Nielsen GH, Johnsen TB, et al. Validation of the dental fear scale and the dental belief survey in a norwegian sample. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25:160–164. doi: 10.1111/j.16000528.1997.tb00915.x.
48. Kulich KR, Berggren U, Hakeberg M, Gustafsson JE. Factor structure of the dental beliefs survey in a dental phobic population. *Eur J Oral Sci.* 2001;109:235–240. doi: 10.1034/j.1600-0722.2001.00118.x
49. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
50. Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation.
51. Lindsay S, Jackson C. Fear of routine dental treatment in adults: its nature and management. *Psychol Health.* 1993;8:135–153.
52. Lim EJ, Lim SR. Validity and reliability of the korean version of the index of dental anxiety and fear. *J Dent Hyg Sci.* 2017;17:20–29
53. Luyk NH, Beck FM, Weaver JM. A visual analogue scale in the assessment of dental anxiety. *Anesth Prog.* 1988;35:121–123.
54. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24:346–350. doi: 10.1111/j.1600-0528.1996.tb00874.x
55. Malamed SF. *Sedation-e-book: A guide to patient management*. Elsevier Health Sciences; 2017.

56. Maxwell C. Sensitivity and accuracy of the visual analogue scale: a psycho-physical classroom experiment. *Br J Clin Pharmacol*. 1978;6:15–24. doi: 10.1111/j.1365-2125.1978.tb01676.x
57. McGrath PA. Measurement issues in research on dental fears and anxiety. *Anesth Prog*. 1986;33:43–46.
58. McNeil DW, Rainwater AJ., 3rd Development of the fear of pain questionnaire--III. *J Behav Med*. 1998;21:389–410. doi: 10.1023/a:1018782831217.
59. Milgrom P, Weinstein P, Kleinknecht R, Getz T. Treating fearful patients: A clinical handbook. Reston, va: Reston Publishing Co; 1985
60. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc*. 1988;116:641–647. doi: 10.14219/jada.archive.1988.0030
61. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating fearful dental patients: a patient management handbook. 2nd ed. Washington: Continuing Dental Education Seattle, Wash; 1995.
62. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21:292–296. doi: 10.1111/j.1600-0528.1993.tb00777.x
63. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *The J Am Dent Assoc*. 2000;131:1449–1457. doi: 10.14219/jada.archive.2000.0056
64. Neverlien PO. Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontol Scand*. 1990;48:365–369. doi: 10.3109/00016359009029067.
65. Rouse RA, Hamilton MA. Dentists' technical competence, communication, and personality as predictors of dental patient anxiety. *J Behav Med*. 1990;13:307–319. doi: 10.1007/BF00846837

66. Silveira ER, Cademartori MG, Schuch HS, Armfield JA, Demarco FF. Estimated prevalence of dental fear in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2021;108:103632. doi: 10.1016/j.jdent.2021.
67. Schuurs AH, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21:329–339. doi: 10.1111/j.1600-0528.1993.tb01095.x.
68. Stouthard ME, Hoogstraten J, Mellenbergh GJ. A study on the convergent and discriminant validity of the dental anxiety inventory. *Behav Res Ther*. 1995;33:589–595. doi: 10.1016/0005-7967(94)00096-3.
69. Stouthard ME, Mellenbergh GJ, Hoogstraten J. Assessment of dental anxiety: a facet approach. *Anxiety Stress Coping*. 1993;6:89–1054.
70. Stouthard ME, Groen HJ, Mellenbergh GJ. Construction and assessment of a shortened version of the dental anxiety inventory
71. Scott DS, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. *J Am Dent Assoc*. 1982;104:27–31. doi: 10.14219/jada.archive.1982.0123. [DOI]
72. Spielberger CD, Gonzalez-Reigosa F, Martinez-Urrutia A, Natalicio LF, Natalicio DS. The state-trait anxiety inventory. *Interam J Psychol*. 1971;5:145–158.]
73. Van Wijk AJ, Hoogstraten J. The fear of dental pain questionnaire: construction and validity. *Eur J Oral Sci*. 2003;111:12–18. doi: 10.1034/j.16000722.2003.00005.x.
74. van Wijk AJ, McNeil DW, Ho CJ, Buchanan H, Hoogstraten J. A short english version of the fear of dental pain questionnaire. *Eur J Oral Sci*. 2006;114:204–208. doi: 10.1111/j.1600-0722.2006.00350.x.
75. Wills, T. A., & Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.),

Handbook of coping: Theory, research, applications (pp. 279–302). John Wiley & Sons.