

مدخل في سيكولوجية طب الاسنان علم نفس طب الاسنان (Psychology Dentistry)

م.د. سعدي جواد مسلم / ماجستير طب الاسنان الوقائي وطب المجتمع
مركز البحوث التربوية والنفسية / جامعة بغداد

المقدمة :

عن طريق الاطلاع على تاريخ طب الاسنان يمكننا استقراء بعض الاطر المنهجية التي ادت الى نشوء علم نفس طب الاسنان و تناول العلاقة بين علم النفس وطب الاسنان ، وان هذا النوع من الاختصاص النفسي- الطبي له منهجيته الخاصة ومواضيعه كما ان التتبع التاريخي في هذا المجال يدل على مدى التطور الذي شهدته هذا الفرع من الطب والذي اقترن بالعديد من العوامل ، و من هذه العوامل التي ساهمت في ترسيخ المفاهيم الخاطئة عنه في الثقافة الاجتماعية والاسرية والاعلامية و اعطاء صورة مشوهة عن طب الاسنان والطبيب المعالج و اظهاره بانه شخص قاس و عديم الرحمة و عنيف في تعامله و اسلوبه ، هذه الاشكاليات ادت الى ظهور العديد من الاضطرابات على المريض الذي تبدو عليه العديد من الاعراض ومنها القلق والخوف الذي يتطور الى مرحلة الرهاب من طبيب الاسنان.

ولقد اثبتت العديد من الدراسات والابحاث ان فقدان الاسنان يؤدي الى العديد من حالات القلق والاضطرابات والمخاوف والتي أدت بدورها الى نشأة فرع جديد في علم النفس يسمى علم نفس طب الاسنان وهو اختصاص قائم بذاته يحاول خلق مجال لتصحيح المفاهيم والمعتقدات الخاطئة عن طب الاسنان بصفة عامة ومحاولة تشخيص الاضطرابات النفسية والنفس جسمية - Psycho-Somatic الناشئة عنها ومحاولة رسم اطار يتم في خضمه علاج الاضطرابات الناشئة عنها.

الفصل الاول

١. أهمية البحث والحاجة إليه :

يمكن توضيح المؤشرات الآتية التي تدل على أهمية هذا البحث والحاجة إليه :

أ. هو محاولة لتسليط الضوء على أهمية علم النفس وعلاقته بالصحة بصورة عامة وبطب الاسنان وخاصة في تخفيف الخوف و القلق عند علاج الاسنان .

ب. على الرغم من سعة الموضوع وأهميته إلا أن البحوث والدراسات العربية والمحلية في هذا المجال قليلة إذا ما قورنت بالأهمية التي تحظى بها في العديد من دول العالم ، لذا فان تناول هذا الموضوع من شأنه ان يزيد من المعرفة النظرية والعملية في الوقت الحاضر وأن يكون إضافة جديدة لحقل المعرفة في مجال العلاقة بين علم النفس وطب الاسنان .

- أهمية علم النفس في طب الاسنان والحاجة إليه :

ان مدخل علم نفس امراض الاسنان او سايكولوجية طب الاسنان يعنى بمحاولة الاجابة على التساؤلات الآتية :

١. هل توجد ثمة علاقة بين الامراض النفسية والامراض الجسدية اي العلاقة بين النفس والجسد وهل يمكن اعتبار الوحدة النفسية مستقلة عن الوحدة العضوية ؟
٢. ماهو امتداد الخلفية النفسية التي يجب ان يمتلكها طبيب الاسنان ؟
٣. ماهي طرق التعامل مع الالم (الية ... سايكولوجية) ؟
٤. الاضطرابات الرهابية (الخوف المرضي) الذي يواجه الطبيب وكيفية معالجته .
٥. الطرق السلوكية والمعرفية في علاج القلق من المعالجة السنية والفم .
٦. طرح مشكلة عدم التزام المريض بتوصيات طبيب الاسنان الفموية العلاجية .
٧. كيف تعالج العادات الفموية السيئة بالطرق السلوكية النفسية .

٢. اهداف البحث :

يستهدف البحث الحالي الى :

١. معرفة العلاقة بين علم النفس وطب الاسنان.
٢. استخدام منهجية علم النفس واسسه النظرية في مساعدة الاشخاص الذين يعانون من مخاوف وقلق من طب الاسنان.
٣. تزويد الاطباء العاملين في مجال طب الاسنان بالاسس النفسية لسايكولوجية المريض وعلاقته بالطبيب واساليب التعامل مع الحالات التي تحتاج الى تعامل سايكولوجي ، وتأثير العلاج المعرفي السلوكي وغيرها من الاساليب في الحالات المرضية للذين يعانون من مخاوف مراجعة طبيب الاسنان .

٣. حدود البحث:

من الممكن تحديد النقاط الآتية لحدود البحث:

١. مقدمة يحتاجها طبيب الاسنان في فهم سايكولوجية المرضى .

٢. استعراض الدراسات التي تناولت الحالات التي يشترك فيها علم النفس مع طب الاسنان ولاسيما حالات المخاوف والقلق عند مراجعة طبيب الاسنان.

٣. استعراض الحالات المرضية التي تواجه طبيب الاسنان مع الحالات التي يتعامل معها ولاسيما الاطفال او الذين لديهم رهاب الاسنان ، واستعراض الاديبيات والاسس النفسية للشخصية الانسانية ومدارس ونظريات علم النفس .

٤. استعراض الاساليب العلاجية والتدريبية والوسائل المعتمدة في التعامل ومواجهة الحالات المرضية ذات الطابع النفسي المرتبط بامراض الاسنان وعلاجها لكلا الجنسين اعتماداً على : أ. المنهج الوصفي . ب. المنهج العلاجي والارشادي .

٤. تحديد المصطلحات :

يتم وضع الطب النفسي وعلم النفس المرضي في موقع وسيط بين العلوم الإنسانية والعلوم الطبية والصحية مما يعطيها خصوصية تماثل أو تزيد على ما يشابهها من علوم الإنسان والمجتمع الأخرى .

علم نفس طب الاسنان :

هو ذلك الفرع من علم النفس التطبيقي الذي يدرس الامراض والاضطرابات والانفعالات النفسية التي تنشأ عن الاصابة بأمراض اسنان الانسان ويعد هذا العلم حديث النشأة اذ اصبحت اليوم بعض الاضطرابات النفسية ترجع في اصولها الى امراض الفم والاسنان ، ويحاول هذا العلم تشخيص هذه الاضطرابات ورسم خطة علاجية ناجحة. (Chestnutt& Gibson, 2007, p. 2, 3) , AYER, (2011)

علم النفس المرضي: هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بدراسة الامراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية والاضطرابات السلوكية كالادمان والانحراف وغيرها وذلك للتعرف على اسبابها واعراضها وتطورها (العيسوي ١٩٩٢، ص ١٧)

علم نفس الصحة :

يعد آخرون هذا المفهوم الذي ظهر منذ حوالي العقدين في مجال علم النفس ، واحتلت فيه الصحة مكانا " بارزا" ، ونمى بسرعة ، ما هو الا علم اطلقوا عليه تسمية (علم نفس الصحة) (Health Psychology) (Schwarzer, 1990) .

تعريف الصحة النفسية :

١. ان الصحة النفسية (هي خلو الفرد من اعراض المرض الفعلي أو النفسي) وهذا التعريف نادى به العاملون في ميادين الطب العقلي أو النفسي (الشرقاوي ، ١٩٨٣ ص ١١١-١٢٠) .

٢. تعريف اخر للصحة النفسية نادت به منظمة الصحة العالمية ، وهذا التعريف هو (الصحة النفسية ليست مجرد خلو الفرد من المرض العقلي أو النفسي فقط وانما هو فوق ذلك حالة من الاكتمال الجسمي والنفسي والاجتماعي لدى الفرد) (محمد ، ٢٠٠٤ ، ص ١٠) .

٣. وهناك تعريف شامل للصحة النفسية وهو من أهم تعريفاتها يعرف الصحة النفسية بأنها (تكيف الفرد مع نفسه ومع مجتمعه الخارجي تكيفاً يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد) (محمد، ٢٠٠٤، ص ١٠)

الفصل الثاني

تحديد مفهوم الصحة :

اول من عرف وحدد علم نفس الصحة كان ماتراسو (Materazzo, 1984) حيث حددها بأنها (الاسهامات العلمية لعلم النفس من أجل تنمية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الامراض ومعالجتها ، ويسهم علم نفس الصحة في تحديد أنماط السلوك الخطرة ، وتحديد أسباب الاضطرابات في الصحة وتشخيصها وفي إعادة التأهيل وتحسين نظام الإعداد الصحي) . فضلاً عن ذلك يهتم علم نفس الصحة بتحليل امكانات التأثير بأنماط السلوك المتعلقة بالصحة للانسان على المستويات الفردية والجماعية وبالاسس النفسية للامراض والتغلب عليها (رضوان ، ريشكة ١٩٩١) .

ويعرف Schwarzer (١٩٩٠) علم نفس الصحة بأنه (عبارة عن تخصص عرضي ونوعي لعلم النفس يقدم إسهامات علمية وتربوية في المجالات الآتية :

١. تنمية الصحة والحفاظ عليها .
٢. الوقاية ومعالجة الامراض .
٣. تحديد أنماط السلوك الخطرة .
٤. تحديد اسباب اضطرابات الصحة وتشخيصها .
٥. اعادة التأهيل .
٦. تحسين نظام الاعداد الصحي) .

ويقوم هذا العلم بتجميع المعارف المتعلقة بالصحة وطرق البحث المناسبة من التخصصات النفسية المختلفة والعلوم الجارة أو القريبة في علم صحي نفسي. ويعود الفضل في نشوء هذا المفهوم إلى مفهوم الصحة المتقدم الذي صاغته منظمة الصحة العالمية للصحة بعدها حالة أكثر وأبعد من مجرد الإحساس بالصحة وغياب المرض (Schwarzer, 1990)

الصحة النفسية :

مفهوم الصحة النفسية :

الصحة النفسية كحالة من الاحوال النفسية شأنها شأن الصحة النظر اليها على انها منتهى مايسعى اليه الفرد من خلال سلوكه وتفاعله مع الحياة من حوله وعلى هذا فهي منتهى طريق طرفه

الآخر هو المرض النفسي ، فالفرد الصحيح نفسياً هو الشخص الذي يعي دوافع سلوكه مؤثراً في البيئة من حوله بفاعلية وانشائية موجهاً للمثيرات المختلفة الواقعة على الآخرين ومهيئاً لهم الفرصة للاستجابة بطريقة تكيفية حينما تواجه مواقف حياتيه تستدعي ذلك (الشرقاوي ، ١٩٨٣ ص ١١١ - ١٢٠) .

صحة الفم والاسنان :

ما سبب أهمية الفم والاسنان ؟

إن الفم هو المنزلة الأولى التي يدخل فيها الطعام الذي يأكله الانسان الى الجسم ، فالطعام يتفتت في الفم بواسطة الأسنان ، في حين يعمل اللسان على خلطه باللعاب ، فضلاً عن القيام بهذه الوظيفة ، فإن الاسنان الصحيحة تسهم في حسن مظهر الوجه وتساعد على الكلام . ويمكن ان تؤدي امراض الاسنان أحياناً إلى امراض خطيرة في أجزاء أخرى من الجسم ، ونظراً لأن الفم يوفر تربة مثالية لتكاثر الجراثيم ، فمن المهم أن نتعلم اتخاذ الاجراءات المناسبة للمحافظة على الفم والحد من المسببات للامراض الفموية مثل التقليل من تناول السكريات ، ويجب ان تبدأ هذه العادات في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتستمر ممارستها طوال العمر لضمان بقاء الاسنان واللثات سليمة صحيحة (التيناوي وآخرون، ٢٠٠١، ص ٥٤) .

يرى كل من جيستون وجيبسون ان ممارسة مهنة طب الاسنان تشتمل العمل مع افراد من مختلف المستويات ، ففي حين ان الدرجة العالية من المهارات الفنية والتقنية والاحكام والتوجهات تعد ضرورة لا بد منها ، الا ان عملية فهم الكيفية التي يمكن فيها للعوامل الاجتماعية والنفسية التأثير في صحة الفم والاسنان يعد امراً حاسماً وإساساً لا يمكن الاستغناء عنه ، اذ ان امراض الاسنان وجزء من علاج تلك الامراض تتأثر باتجاهات ومعتقدات وقيم المرضى بشكل كبير ، كما ان الاسباب التي تكمن وراء العديد من امراض الفم (مثل نخر الاسنان ، وما حول الاسنان وسرطان الفم) تتأثر بشدة بالعوامل السلوكية وتلك الخاصة بأسلوب الحياة ، فضلاً عن ان التغييرات في فلسفة الفم والبدن التي تبرز عن طريق الحالات النفسية تلعب دوراً مهماً في حالات الاضطرابات الوظيفية لنظام المضغ والآم الفم المزمنة وغيرها .

ومن الجدير بالذكر ان عملية تقييم العوامل النفسية تساعد المختص على :

* التواصل وبشكل اكثر فاعلية .

* فهم اسباب القلق .

* فهم طبيعة الالم .

* تشجيع المرضى والتأثير في تغيير السلوك

(Chestnutt & Gibson, 2007, p. 2)

اما ما يخص التأثيرات الاجتماعية النفسية في الرعاية الصحية للاسنان ، فمن الجدير بالذكر ان صحة الفم والاسنان تعد معياراً لصحة الانسجة الفموية المرتبطة بها والتي تساعد الفرد على

تناول الطعام والتحدث والتأقلم من دون حدوث امراض فاعلة ، وضيق او حرج فضلاً عن مساهمتها الفاعلة في الصحة او التنشئة عموماً .

كما ان انطباعات وإدراكات اطباء الاسنان لامراض الفم تختلف ويشكل ملحوظ عن انطباعات وإدراكات العديد من المرضى الذي يعدون صحة الفم ذات اولوية منخفضة .

كما انه ليس كل من يعاني من احد امراض الفم والاسنان سوف يلتمس مساعدة الطبيب ذلك ان نسبة الذي قد يختارون مراجعة طبيب الاسنان تختلف عن الذين يراجعون طبيب الاسنان على وفق اسس منتظمة او دورية ، وهناك من يراجع الطبيب لتلقي العلاج فقط عند شعوره بالألم فقط ... وبهذا يوجد فرق بين الحاجة الى علاج الاسنان وبين الطلب عليه .

وعلى الرغم من ان ادراك اغلب الافراد حول مرض الاسنان قد تحسن في الاوقات الحالية الا انه لا يزال بعض المرضى ينظرون الى ان مراجعة وزيارة طبيب الاسنان تعد تجربة سلبية وان القرار في ذلك يتأثر بالعديد من العوامل ، منها :

- * الاهمية والقيمة التي يضعها المفحوص على صحة الفم .
- * القوة المدركة على التأثير في المحافظة على صحة الفم او تبعات المرض .
- * تعد نصيحة كل من الاهل والاصدقاء ذات تأثير ايجابي او سلبي .
- * جعل الاعراض اكثر سوءاً حيث يقبل المريض بتسكين الألم فقط والسعي وراء المعالجة عندما تستفحل حالتهم المرضية وتكون بشكل دائم لا يحتمل .
- * ادراك خطورة المرض الذي يكون له دوراً في التشجيع على مراجعة طبيب الاسنان كما ان بعض المرضى ينكرون وجود مثل هذا المرض الا اذا ما اعتقد بانه خطير جداً مثل السرطان (Chestnutt & Gibson, 2007, p. 2, 3) .

امراض الفم والاسنان :

هي من الامراض الشائعة التي تصيب الفم والاسنان ومنها :

اولاً : مرض تسوس الأسنان (النخر السني) Dental Caries :

أ. تعريف ماكدونالد McDonald (١٩٩٤م) : مرضاً شائع يصيب الانسجة الصلبة من سطوح الاسنان ويدمرها مصحوب بالآم حادة ومن ثم فقد الاسنان في حالة عدم علاجه .

(McDonald, et al., 1994, p. 503-563)

ب. تعريف التيناوي وآخرين (٢٠٠١ م) : هو تخرّب متفامق في بنية السنوه ومرض بكتيريال اعكوس Irreversible يبدأ عن طريق الفاعلية الجرثومية على سطح السنوي تميز بالتخريب الموضعي للانسجالم تكلسة يبدأ بخسف املاح الميناء ثم بالتحلل الانزيمي للبنى العضوية ويستمر تطورها نلميع الجحتي صلالل بالسن (التيناوي وآخرون ، ٢٠٠١ ، ص٥٦) .

ثانياً : أمراض اللثة Gingival Disease :

أ. تعريف منظمة الصحة العالمية WHO (١٩٨٧م) : وهي من الامراض الشائعة التي تصيب الانسجة الرخوة المحيطة بالاسنان ، وتعتمد على الجنس والعمر والبيئة والثقافة الشخصية وطرائق

الوقاية والاعتناء بالاسنان واللثة ، ويكون الالتهاب على مراحل عدة يبدأ بالتهاب اللثة البسيط Simple Gingivitis ويصل الى التهاب اللثة الشديد حيث يصل الى عظم الفك . Periodontitis(WHO, 1987, p. 621)

ب. تعريف التيناوي وآخرين (٢٠٠١ م) : تعرف امراض اللثة والنسج الداعمة على انها ذلك المصطلح المستعمل لوصف امراض نوعية في اللثة والنسج الداعمة الضامة والعظم السنخي والملاط اي المجموعة المثبتة للسن ضمن التجويف الفمي Oral cavity .

ولقد اشارت دراسات احصائية عدة الى ان النخر هو العامل الرئيس لقلع الاسنان لدى المرضى دون سن الاربعين ، ثم يأتي المرض اللثوي ليكون السبب الرئيس لقلع الاسنان بعد سن الاربعين (التيناوي وآخرون ، ٢٠٠١ ، ص ١٥٠) .

الخوف والقلق والرهاب :

القلق : يعرف القلق بانه عبارة عن حالة من الخوف المستمر ولكنه خوف غير مبرر لأن هنالك نوعاً من الخوف العادي الطبيعي لدى الانسان السوي ، فالإنسان السوي يعتريه الخوف ازاء المثيرات التي تهدد حياته أما الخوف العصابي فهو الذي نطلق عليه اسم القلق وهو عبارة عن توقع الخطر في المستقبل ، وفي الغالب فأن مخاوف المريض ترجع عادة الى اسباب خافية غير تلك المثيرات الظاهرية (العيسوي، ٢٠٠٨، ص ٤٣) ، ولكثرة انتشاره يُوصف عصرنا هذا بأنه عصر القلق، وله أعراض عقلية ونفسية وجسمية ، منها التوتر والشد وعدم الراحة وعدم الشعور بالهدوء او الاستقرار. ويشعر المريض بالخوف حتى وان لم يكن المثير يحتوي على أي خطر حقيقي يهدد حياته كالخوف من الحشرة الميتة او حتى مجرد رؤية صورة الافعى او الحديث عن الافاعي وكالخوف من المياه الجارية او من الخيول او خوف الاطفال الزائد عن الحد من المدرسة(العيسوي، ٢٠٠٨، ص ١٢٧) .

اذ قد يشكو المريض من التوتر الداخلي وعدم الاستقرار وفقدان القدرة على التركيز والعجز عن الانتباه وتشتت الفكر والارق وسرعة الانفعال والاحلام المزعجة والكوابيس . فالقلق نوع من الخوف الغامض والشعور بالخطر فالمريض يتوقع الخطر في كل شيء ويفسر كل شيء تفسيراً متشائماً، وهو دائم القلق على حاضره ومستقبله وماضيه ويخاف من دوافعه الذاتية او انه يخاف من المجهول او يخاف من لا شيء (العيسوي، ٢٠٠٨، ص ٤٣) .

ويتأثر الشعور بالامن في مرحلة الطفولة المبكرة من تجربة الخوف الشديد في مطلع حياة الفرد كالخوف من فقدان الوالدين او الخوف من الغرق والاختناق ، وقد يرجع القلق الى شدة قلق الوالدين على الطفل ، وقد يرجع الى ارتكاب المريض لجريمة وخوفه من اكتشاف امره في الغالب ما يخفى المريض اسباب خوفه الحقيقية ويحيلها الى مخاوف معقولة ، فقد تعبر الأم عن قلقها الزائد على اطفالها بحجة انها تخاف عليهم من الاصابة بالامراض والحوادث او غير ذلك من التعاليل وقد يحدث

القلق اثر ازيمات او كوارث مفاجئة كفقدان الثروة او الفشل في العمل وقد ينشأ ايضاً من الخلافات الطويلة بين الازواج (العيسوي، ٢٠٠٨، ص ٤٣) .

وفي عودة الى معنى القلق نجد انه يوازي معنى الخوف ، ويعود الاختلاف الأساسي بين المصطلحين الى كون الخوف شعور طبيعي له مسوغاته وبالتالي فانه لا يحتاج الى علاج ولا ينظر اليه على انه مرضي ، ولكن عندما يتجاوز الشعور بالخوف مسوغاته الموضوعية ويتحول الى قلق عارم فانه يصبح قلقاً مرضياً يحتاج الى علاج (النايلسي، ٢٠٠٦، ص ٢٦٤) .

اما الرهاب Phobia فهو خوف حاد يعايشه المريض بصورة مؤلمة وبجلاء جزئي للوعي. ومع اعتراف المريض بلا منطقية خوفه فانه يظل عاجزاً عن الخلاص من هيمنة مشاعر الخوف والقلق المصاحب لها (النايلسي، ٢٠٠٦، ص ١٧٦)

والرهاب Phobia هي نوع من الخوف المستديم والذي لا يستند الى أسباب قوية أو اسباب معقولة بالنسبة للمريض ، وتحدث هذه الحالة عندما يكبت شعور الفرد بالخوف فأنه يترجم في شكل خوف من شيء او من موقف ليس من شأنه أصلاً ان يثير الخوف . (العيسوي، ٢٠٠٨، ص ٤٠)

ويلاحظ أن معظم الناس لديهم بعض الفوبيات البسيطة، كالخوف من الفئران او الثعابين او الحشرات، ولكن في بعض الاشخاص يصبح هذا الخوف شديداً فيخافون من الاماكن المفتوحة او من الاماكن المغلقة ، ويلاحظ ان جميع الفوبيات عبارة عن انفعالات مقنعة. فقد يرجع الخوف الى شعور عميق بالذنب او العار، وبذلك لا يخاف الفرد من الشعور بالعار ولكنه يستبدله بالخوف من شيء آخر، وعلى ذلك فالفوبيا تعبير عن صراع او احباط ومن ثم فإن العلاج لا يستهدف الخلاص من الاعراض وحسب ، ولكن يستهدف ازالة التوتر الانفعالي اي السبب الحقيقي لان استمرار بقاء السبب يؤدي الى خوف المريض من موضوعات أخرى حتى اذا تخلص من الاعراض الاولية ، ومن المعروف انه من الممكن ان يخاف الشخص المصاب بالرهاب من اي شيء مهما كان .

وقد تظهر الفوبيا في شكل خوف من حالة تعترى المريض نفسه، كالخوف من السقوط فاقد الوعي في الطريق او الخوف من ان ينفجر باكباً امام الناس، وقد تظهر الحالة في شكل خوف من واحد او اثنين من هذه المخاوف غير معقولة والتي لا يمكن تفسيرها بالنسبة للشخص نفسه، فهذه المخاوف ليست لها اسس مقبولة حتى بالنسبة للمريض ، والغريب أن المريض يظل خائفاً من هذه الموضوعات رغم علمه أنه لا يوجد أي ضرر فيها. وقد يخاف المريض من وقوع حادث مؤلم له اذا خرج بمفرده، فقد يتوقف قلبه ، او تصطدم السيارة التي يركبها ، والواقع أن هذه الامراض ليست الا انعكاساً لشعوره بعدم الامان وبالصراع .

(العيسوي، ٢٠٠٨، ص ٤٠)

ولا شك في ان العوامل السيكولوجية واسلوب الانسان في الحياة تلعب دوراً رئيساً في نشأة هذه الامراض الحديثة وعلى ذلك ظهر اتجاه مؤداه تأثير العوامل النفسية في الصحة وادى الى ظهور فرع جديد من فروع علم النفس يعنى بدراسة كيفية تأثير العوامل النفسية في ارتقاء الصحة والمحافظة

عليها . وكيف تسهم هذه العوامل النفسية في نشأة الامراض الجسمية وفي منعها أو الوقاية منها وفي علاجها ، فالعوامل النفسية ترتبط بما يلي :

- * الارتقاء بالمستوى الصحي .
- * اسباب الامراض الجسمية .
- * الوقاية من الامراض الجسمية .
- * علاج الامراض الجسمية .

فالعوامل النفسية لا تسهم فقط في نشأة الامراض الجسمية، ولكنها تسهم كذلك في علاجها وفي الوقاية منها (العيسوي، ٢٠٠٨، ص ١١٩) .

والقلق حالة مزاجية- عقلية خاصة بكل مريض على حدة، بحيث يعبر عنهما المريض على طريقتيه الذاتية الخاصة في المعاشة ، ويؤلف عارضا عياديا يمكنه أن يبتدئ منعزلاً فيكون أساسيا ويمكنه أن يكون ثانويا لبعض الأمراض النفسية أو الجسدية .

اما مفهوم التكيف القائم على أساس احصائي (Statistical) فهو الذي يقيس مدى توافق الشخص بمدى اقترابه من الغالبية العظمى للجماعة التي ينتمي اليها، وبلغت الاحصاء مدى اقترابه من المتوسط الحسابي (Mean) الذي تحصل عليه المجموعة في اختبار ما، وطبقاً لهذه النظرية تصبح الغالبية الساحقة من الناس اسوياء بينما الاقلية شاذة، فالشواذ هم الذين يمثلون بطرفي التوزيع في المنحنى الاعتدالي، و كمثال على ذلك يدخل في هذه الفئة العباقرة وضعاف العقول في حالة الذكاء وبذلك لا تصدر هذه النظرية احكاماً خلقية وانما تكتفي بوصف الفرد بمقارنته بمتوسط الجماعة التي ينتمي اليها، وكلما ابتعد عن المتوسط- سواء كان ذلك البعد في الاتجاه السالب ام الموجب- كلما ابتعد عن السواء (العيسوي، ٢٠٠٨، ص ٣٥) .

تفسير النظرية السلوكية للرهاب :

ترى هذه النظرية ان الرهاب بجميع انواعه هو استجابات متعلمة من مواقف حياتية وانه يتطور اما بالاشراط الكلاسيكي(بافلوف) ثم الاجرائي، بخبرة شخصية، او بملاحظة اخرين مصابين به (صالح، ٢٠٠٧، ص ٣٦٤) .

وعلى الرغم من ان نظريات التعلم اعطت تفسيرات مقبولة لحالات الرهاب الا انها لم تعط اهتماما كافيا لتفسير حالة اضطرابات الفزع (panic disorder) ولا لحالة القلق العام ، وقد عدت هذه النظريات القلق استجابة غير شرطية (unconditioned) نحو المنبهات (stimuli) المؤلمة او الخطرة ، لذا عد الرهاب استجابة شرطية (conditioned response) بحيث يصبح القلق وعن طريق تحويله الى منعكس شرطي مصاحباً لحصول شيء او موقف لا يثير مثل هذه القلق عادة ، فمثلا : اذا عرضنا شخصا الى حيوان مخيف كلما فتح باب منزله فانه يحصل عنده خوف من فتح باب المنزل رغم التوقف عن تعرضه للحيوان .

وفي السنين الاخيرة قام انصار المدرسة السلوكية بالاعتماد اكثر على النظريات المعرفية (cognitive) لتفسير القلق العصابي ، بعده مسبقاً بانماط من التفكير الخاطئ والمشوه او السلبي

، مثلا : يمكن ان يميل الشخص المصاب الى المبالغة في تقدير خطورة المواقف واحتمال حصول الاذى لنفسه كما يميل الى التقليل من قدرته على مواجهة هذه المواقف وقدرته على التكيف معها (ابو حجلة، ٢٠٠٠، ص ٤١) .

التفسير المعرفي للرهاب :

ان اصحاب هذه النظرية يرون ان مرضى الرهاب يمتلكون تحيزات معرفية بشأن تضخيم المثيرات المهددة، الخارجية او الداخلية، او بسبب اعتقادهم ان تفسيراتهم لما يحدث في اجسامهم غير واقعية، فزيادة في ضربات القلب تعني لهم وجود شيء ما خطأ في القلب، يزيد من قلقهم، ويضعهم في دائرة مغلقة على النحو الاتي(تفسير خاطيء لاحساس جسيمي يؤدي الى قلق يؤدي بدوره الى زيادة من حالة اضطراب دقات القلب مثلا والتي تؤدي الى فكرة كارثية مثل الموت، والتي تزيد من القلق (صالح، ٢٠٠٧، ص ٣٦٤) .

الفصل الثالث

الخوف من طبيب الاسنان :

تعد المخاوف من مراجعة طبيب الأسنان امرا شائعا للكثير من الافراد صغارا وكبارا ، ومنهم من يترددون في المراجعة لطبيب الأسنان لخوفهم من الام العلاج او نتيجة زيارة سابقة اقترنت بخبرة مؤلمة، او نتيجة الجهل بالامور والتقنيات التي يتطلبها علاج طب الأسنان، او مشاهدتهم لصورة او لوحة او فلم مبالغ فيه يعبر عن معاناة مريض اثناء العلاج كخلع سن او عملية جراحية داخل الفم . وفي الوقت الذي تتطلب فيه هذه المهنة درجة عالية من المهارة الفنية للطبيب المعالج الا انها تتطلب ايضا فهم كيفية التعامل مع الجانب النفسي - السلوكي للمريض لما له من اثر كبير على سير العلاج وصحة الفم. وتلعب وسائل الاعلام دورا مهما في العلاج من حيث رؤية المريض في الافلام التلفزيونية او مشاهدة الصور واللوحات التي تصور وبشكل خاطيء علاج الأسنان ، والتي سوف تترك انطباعات خاطئة في ذهن المريض عن العلاج ، وتعد هذه مخاوف مكتسبة ان لم تعالج مبكرا سوف تزيد من حالة المريض سوءا وبالتالي سوف يهمل المريض اسنانه ومن ثم فقدانها .

واشارت بعض الدراسات الى ان الافراد المتخوفين للذهاب الى طبيب الأسنان هم اكثر فقدا للاسنان وامراض الفم بنسبة ٥٠% من الافراد الذين يترددون للعلاج عند طبيب الأسنان (Schuller et al,2003) .

كما اشارت بعض الدراسات العلمية الى اسباب تلك المخاوف فلخصتها بأبرز النقاط الآتية :

* ينشأ الخوف من طبيب الأسنان منذ الصغر بسبب عدم اعتياد الطفل التردد على عيادة طب الأسنان قي وقت مبكر الى ان يحدث التسوس المصحوب دائما بألم وبالتالي يصبح لقاء الطفل مع طبيب الأسنان مفعم بالتوتر والالم .

- * تخويف الاهل من طبيب الأسنان كونها وسيلة خاطئة للعقاب .
 - * طبيعة الالات والأجهزة التي يستخدمها طبيب الأسنان مثل الابرة وجهاز الحفر وغيرها.
 - * طريقة واسلوب نقل الاخبار المبالغ فيها من وسائل الاعلام عن طب الأسنان مثل عدم تعقيم ادوات الأسنان الوسخة وطرق انتقال العدوى لمرض الايدز والتهاب الكبد الفيروسي وغيرها من الامراض الانتقالية .
 - * القصص المخيفة والمبالغ فيها التي يسمعونها من خبرات وزيارات المراجعين او الاهل او الاصدقاء لمعاتاتهم اثناء علاجهم (Al- Kubaisy et al, 2002)،(Locker, 2003) .
- الخوف والقلق والرهاب في طب الاسنان :

على الرغم من ان الخوف من طب الاسنان ومن الحصول على رعاية طب الاسنان يطلق عليه (رهاب طب الاسنان) (Dental Phobia) ، او قلق طب الاسنان (Dental anxiety) or (Dentist Phobia) الا ان الكثير من الناس لا يشعرون بخوفهم على انه مبالغ فيه او غير عقلائي او انهم احسوا بضغط مؤذ اثناء معالجة سابقة في عيادة طب الاسنان (Bracha,et al ;2006, P.9- 17) .

اما مخاوف طب الاسنان فمن المحتمل ان تنتاب اغلب المرضى حالة من القلق الشديد او الطفيف جراء برنامج معالجة الاسنان، وان هذا يمتد من حالة القلق البسيط الى حالة القلق التي تكون كافية لتجنب السعي وراء العلاج من قبل المريض، ويمكن ان يرتبط القلق بمجال معالجة الاسنان بشكل عام او يكون اكثر تحديداً او مرتبطاً " بخوف الفرد من شيء ما (مثل الابرة) او عملية مثل قلع السن او صوت برينة الحفر (Drill). وهناك العديد من الاسباب المحتملة للقلق وان العوامل الاساسية تشمل على :

- * الخوف من الالم .

- * الخوف من المجهول، حيث يكون المرضى القلقون متشائمون ويتوقعون الاسوأ.
- * الخبرة السابقة : وهي من اكثر الاسباب الشائعة التي تزيد وتطور المخاوف لدى المراجعين للطبيب بعد ان مروا بتجربة صدمية مؤلمة عند المعالجة السنية. كما ان معاملة طبيب الاسنان لها اثر كبير في التخفيف من المخاوف التي تنتاب المريض ، لان هناك بعض الاطباء غير ودودين وغير مبالين وهذا هو احد اسباب تخوف المرضى .

(Locker, 2003)

- * توريث الاباء المصابين اصلاً بالفوبيا الى الابناء .
- * الاستعداد : يكون بعض المرضى قلقون(بالاصل) وهذا ما يرتبط بالشخصية ويكون مثل هؤلاء الافراد قلقون في كافة المواقف وخاصة عند تلك المواقف الجديدة عليهم .
- * التعلم البديل : مثل سماع اخرين لديهم خبرات صدمية سابقة من العلاج فيحملون افكاراً سلبية خاطئة تبقى في اذهانهم () Hilton IV, 2007, et al .

* وقد تساهم ايضاً النظرة السلبية لطب الاسنان عن طريق وسائل الاعلام (Mass Media) وافلام الكارتون في تنمية رهاب الاسنان وذلك للدور الكبير التي تلعبه في التأثير في حياة الافراد .

* التعميم المحفز (Stimulus Generalization) : ومن الممكن ان يحدث كنتيجة تجارب جسدية مؤلمة تعرض لها الاشخاص في السابق ، على سبيل المثال التجارب السيئة مع اطباء، او بيئة المستشفى التي تدفع الناس الى الخوف من المعاطف البيض وروائح المطهرات، وهي احد الاسباب التي دفعت بعض اطباء الاسنان الى تغيير ملابسهم او صدرياتهم لتصبح اقل تهديدا للمرضى الذين يعانون من استياء عاطفي او جسدي (Dental Fear Central, 2004) .

ويعتقد بعض الاشخاص بان ليس لديهم أي وسيلة لاخبار المعالج بالالام التي يعانيها اثناء العلاج ، وهذا له تاثير سلبي على المريض لان ذلك يشعره بالعجز وفقدان السيطرة وقد اظهرت البحوث والدراسات ان فقدان احساس المريض وسيطرته على سير عملية العلاج يؤدي الى الخوف ، مثال على ذلك اعطاء المريض اشارة التوقف عن الحفر فان ذلك سوف يقلل من الخوف. لان ذلك يشعره بالسيطرة على الموقف .

(Dental FearCentral, 2004)

تطور علم السلوك في طب الاسنان :

قدم كوهين ١٩٨٥ لمحة عن تطور المعرفة السلوكية لطب الاسنان بواسطة تحديد البحوث المهمة التي تناولت الموضوع. فخلال الحرب العالمية الثانية بدأت البحوث تسجل طبيعة التعرف السلوكي وعلاقته مع المرض ، الضغط النفسي ، الحالة الصحية ، كما حاول خلال الاعوام ١٩٤٠-١٩٥٠ بعض العلماء ايجاد علاقة بين المفهوم النفسي وطب الاسنان .

اعتمدت هذه الجهود على علم النفس السايكوديناميكي ورواية الحكايات النادرة ، وتقديم الوصفات والاجراءات المتخذة للتأكيد على تصرفات المرضى ، كانت هذه التطبيقات أغلبها غير ناجحة بسبب عدم الاعداد الصحيح للعلوم السلوكية الاجتماعية من قبل الباحثين مع استخدامهم لأطر غير مناسبة لدراسة هذه المشاكل .

اهتم علماء السلوك في اواسط الستينات وأصبحوا معنيين بشدة بطب الاسنان ، وفي عام ١٩٦٨ قرر الباحثون اقامة تنظيم رسمي يعرف بـ (علماء الاجتماع لباحث طب الاسنان) والذي أصبح جزءاً من الاتحاد الامريكي لبحوث طب الاسنان والجمعية او الاتحاد العالمي لبحوث طب الاسنان ، وفي عام ١٩٧٢ (BSDR) اصبح جزءاً من فدرالية طب الاسنان العالمية وفيه اعضاء يمثلون حقول علم الاجتماع ، علم النفس ، علم الاسنان ، الاقتصاد ، علم الدراسات الميدانية ، وبحوث الخدمة الصحية .

في عام ١٩٧٠ بدأ التركيز على بحوث الخدمة الصحية مما ادى الى تكوين دراسات مشتركة تهدف الى تقييم الطرائق المستخدمة للاعتناء بصحة الاسنان وتأثيرها في صحة الفم والاسنان ، واخذ الاهتمام بعلم النفس من خلال التطبيقات التي تساعد على علاج الفوبيا او الخوف الشديد لمرض الاسنان وتقويم العادات المكتسبة التي تؤثر على صحة الفم ومعالجة حالة آلام عضلات

الوجه. أصبح التعزيز الصحي والوقاية من الامراض موضع اهتمام خلال عام ١٩٨٠ وتواصلت البحوث في هذا الميدان واصبحت مناسبة للتطبيق في بيئة اجتماعية مما دفع الى تحسين الخدمات الصحية في مجال طب الاسنان ، وفي عام ١٩٩٠ تطورت الاهداف واتجهت نحو طرق التقليل من الاصابة بامراض الاسنان .

وأكدت معظم الاعمال اللاحقة على العلاقة بين طبيب الاسنان والمريض واعتمد ذلك على تقنيات اللقاءات بين المريض والطبيب ، وقد ساهم علماء الاجتماع والسلوك وبأشكال عديدة لتعريف ووضع حلول للمشكلات المتعلقة بطب الاسنان وعلاقة الطبيب بالمريض .

(AYER, 2011,p.1-3)

الاساس السايكولوجي في طب الاسنان :

خلال النصف الاول من القرن العشرين قام الباحثون في علم النفس بدراسات واسعة عن موضوع التطبع الشرطي (الاقتران الشرطي) من قبل بافلوف ضمن المدرسة السلوكية والتي تتمثل بتطبيقات واسعة حول تعلم السلوك ولاسيما فيما يخص اكتساب المخاوف، وفي عام ١٩٣٠ أعطت نظريات التعلم فهما "كبيراً" وواسعاً في تفسير السلوك غير السوي.

لقد شهد شكل العلاج تحولاً من العلاج النفسي الديناميكي الى العلاج النفسي التحليلي في عام ١٩٥٠ قام كل من دولارد وبيبلر بالمساهمة في تطوير نظرية التعلم ، وهذا التطوير ساهم في اعادة تركيب وتشكيل نظرية عن التعلم الاجتماعي.

كما ساهم لايزيك مساهمة فعالة عندما قدم معلومات واحصاءات نقدية على نظرية التحليل النفسي التي كانت سائدة في تلك الفترة ، كما رفض الاطباء النفسانيون في جنوب افريقيا نظرية التحليل النفسي واستحدثوا طرقةً جديدة تعتمد على اساس العلاج السريري عن طريق الكبح (الكف) المتبادل وهو الذي يستند على مبادئ التعلم ، وقد اصبح العلاج السلوكي سائداً خلال مدة الخمسينات من القرن الماضي ، مما يعني ان ذلك مثل تحولاً في العلاج من التحليلي النفسي الى العلاج السلوكي في التعامل مع اضطرابات ومخاوف التعامل مع طبيب الاسنان من قبل المرضى (AYER, 2011,p.7-8) .

الألم : Pain

الألم بالنسبة لمعظم الناس هو رد فعل لمحفز مؤذ أو ضرر فسلجي لعضو معين ويعد الألم تجربة غير محببة وغير مستساغة وشدته يقررها ويسجلها المريض بنفسه ، فبعض الاشخاص لا يخضعون لتجربة الألم وذلك لأنهم يعانون من حالة خلقية تمنع الشعور بالألم وهؤلاء الاشخاص من الممكن ان يتسببوا بأخطار متفاقمة لأنفسهم ، وهناك نوعان من الألم يمثلان أقصى طرفي المدى لنظرية الألم وهما عدم الشعور بالألم الخلقية ، والشعور المتلاحق بالألم في غياب اي احساس ولو طفيف .

عتبة الألم والتعبير عن الألم:

كمية المحفز (المثير-المنبه) المطلوب لظهور الشعور الأولي لعدم الراحة أو الألم يظهر بأن يكون نفس الكمية المحفزة لأي شخص أضافة الى الطريقة التي فيها يستجيب للألم وهذا يعتمد على العديد من المتغيرات النفسية (Mackenzie,1968,75-84).

وقد صنف Mackenzie ١٩٦٨ المتغيرات الى نوعين :

١. المتغيرات الحضارية حيث يعتقد (Zborowski ١٩٥٢) أن توقع الألم وتقبله يتعدد حضارياً حسب الحالة الجسمية ومواقف الاشخاص في التعبير حضارياً".

فبعض المجموعات تؤمن ان الألم لايمكن تجنبه ويجب قبوله ، فيما تؤمن المجاميع الدينية ان الألم يطهرهم من آثامهم ، لذلك فإن الألم يكون مكافاة لهم .

فالخضوع لشعيرة الألم هو احساس ويعد اساس الدخول الى الرجولة Manhood .

(Bates,Edwards,1992,63-83)

٢. متغيرات التاريخ الشخصي: وتمثالتجارب البدائية للألم والتي تؤثر بصورة متلاحقة على الاستجابة للألم (Ganda ,,277-281 1962) فقد سجل بأن العائلات الكبرى تسجل اكثر شكوى بخصوص الألم من العائلات الصغرى ، وعزى تلك الزيادة في الشكوى للألم لأن هذه العائلات تخضع لعناية اكبر من العائلات الصغرى وقد سجل (Collins ,1965,349-350) بأن الاشخاص من الكبار الذين يخضعون وينحدرون من عائلة كثيرة الحرص عليهم ويعاملون كالأطفال اقل تعوداً على تحمل الألم من الاشخاص الذين لا يخضعون لحرص كبير, وقد لاحظ ايضا" أن المرأة أكثر سلبية اتجاه تجربة الألم من الرجل (Collins,1965,AYER,2011,p.15) .

٣. المتغيرات الشخصية: قسم (ايزنك ١٩٦١) الشخصية الانسانية انها اما تكون نمط داخلي او نمط خارجي ، حيث لاحظ ان ذوي النمط الخارجي تقل شدة الألم لديهم بينما ذوات النمط الداخلي لديهم احساس اشد بالألم .

٤. المتغيرات النفسية (الانفعالية-الوجدانية)

لاحظ الباحثون ان القلق يقلل التعود على احتمال الألم او ممكن ان يسبب ألم فعلي, وكذلك وجد ان الجنود الذين يجرحون في المعركة يشعرون بألم أقل ويكونوا أقل احتياجاً للمهدئات أكثر من المرضى المدنيين الذين يعانون من مقدار مماثل للصابية ، والسبب في ذلك يمكن ان يتوقعه المصاب من نتائج حالته في ضوء الموقف الذي يمر به.

٥. المتغيرات المعرفية : تشير عدد من القياسات الاختبارية بأن اكثر الناس يستطيعون ان يبذلوا شيئاً من السيطرة الادارية على شدة الألم والقلق والاكتئاب (Davidson 1976) ، إن معرفة مصدر الألم وتوقع ماسيحصل أثناء العلاج ممكن أن يقلل حدة الشعور بالألم ، ان اعتماد الاشخاص استراتيجيات سلوكية - معرفية تمكنهم من التقليل من حالة الخوف والقلق عن طريق نصائح وممارسة تقنيات الاسترخاء (AYER,2011,p.16) .

قياس الألم:

يعد قياس الألم امرًا مهمًا لأية دراسة تتناول موضوع الألم وتفاعلاته المتداخلة ، لقد طور (Metzack,1973) مقاييس للألم أثبتت فائدتها ، ان المهم في موضوع الألم ان نفرق بين الألم الشديد المفاجئ Acute او العرضي وبين الألم المزمن Chronic ، الألم الشديد يمتاز بمدته القليلة ويتزامن عادة مع تغير في الانسجة بسبب حادث او مرض ، أما الألم المزمن وهو ألم لمدة أطول ممكن ان يمتد سنة أشهر أو أكثر كما يصفه (Okeson,1995) ، أما الألم الشديد كما في الانفلونزا فإنه يمتد لعدة أيام ثم يعود الشخص لعافيته ويمارس أعماله المعتادة ، أشار (Fordyce,1976) الى ان الحالة المزمنة تقدم فرصة للتعلم أو التطبع على شئى او أشياء معينة وقد يولد الألم فعل معين بثلاثة طرق :

- ١ . حالة الألم قد تجعل الفرد يستسلم نتيجة الدعم المباشر والايجابي .
- ٢ . نتيجة الدعم الايجابي غير المباشر والذي يتم بواسطة التعلم على إنهاء أو تجنب السلسلة المولمة المزعجة .
- ٣ . نتيجة النشاط والفعالية او الجهود التي يبذلها الفرد في السلوك لمواجهة الألم بصورة جيدة قد يعاتب عليها او لايدعم من قبل الآخرين (AYER,2011,p.16-17) .

خطط معالجة وإدارة الألم :

ان الخطط المتعددة التي يتبعها الأفراد في معالجة وإدارة الألم والسيطرة عليه تتدرج وفق التقنيات المتبعة وهي نفسية بشكل كبير إضافة الى العلاج الكيميائي ، ومن هذه الطرق المتبعة في ادارة الألم :

- ١ . تحضير المريض من خلال الحديث معه يوفر فرصة له للتعرف عما سيجري ومايتوقع وهذا بدوره يقلل التوتر لديه واعطائه تلميحات لمواجهة الحالة التي يعاني منها بنجاح ، التكلم ((او شرح وتحضير المريض)) Talking (Explaining) ، ويفيد هذا الاسلوب في الكثير من الاحيان في التقليل من توتر وقلق المريض حول ما يتعرض اليه من ألم اثناء العلاج .
- ٢ . استخدام تقنية الاسترخاء الايحاءى (المغناطيسي , Hypnosis) وهي تقنية فعالة جدا" للاشخاص الذين يستجيبون لهكذا نوع من العلاج ويعطي نتائج قوية في علاج آلام الاسنان او إزالتها.
- ٣ . التخدير الموضعي Local anesthesia من أهم الطرق التي يستخدمها أطباء الاسنان لتقليل ألم ومعاونة المريض مع اعطاء التخدير الملائم لحالة المريض اثناء العلاج.
- ٤ . التخدير العام General anesthesia .

ان كل الطرق التي يستخدمها اطباء الاسنان تهدف الى الحصول على مريض هادئ ومسترخ مع منع او تقليل الانزعاج والقلق والخوف مما يسهل السيطرة على المريض اثناء العلاج. يعد موضوع ادراك الألم وطريقة التعبير عنه نتيجة من نتائج تفاعلات معقدة لعدد كبير من المتغيرات ، فالتعبير عن الألم هو نتيجة محفز مزعج منفرد ولكنه يتأثر بالعديد من العوامل منها

متغيرات شخصية تاريخية ، ومتغيرات حضارية تاريخية ، ومعنى تجربة الألم بالنسبة للفرد ،
والتقنيات المتوفرة والتي تساعد على السيطرة على الألم المزمن والحاد عن المريض .

(Ayer,2011 ,p.19-20)

ويوضح الشكل الاتي خطط معالجة وادارة الألم :

Pain management strategies

	Talking (Explaining) (الشرح) التحدث
	Hypnosis (المغناطيسي) التنويم الإيحائي
	Cognitive-behavioral techniques (المعرفية) تقنيات السلوك المعرفية
	Bio feed back (التغذية الراجعة) التغذية الراجعة
	Preoperative oral sedation (التسكين قبل اجراء عمليات الفم) التسكين قبل اجراء عمليات الفم
	Conscious sedation (التسكين الواعي) التسكين الواعي
	Local anesthesia (التخدير الموضعي) التخدير الموضعي
	General anesthesia (التخدير العام) التخدير العام

(Ayer,2011 ,p.19-20)

التشخيص والمعالجة: Diagnosis and Treatment

التشخيص: Diagnosis

يمكن تشخيص المخاوف او القلق او الفوبيا باستعمال مقاييس لتلك المخاوف ، او عن طريق اسئلة يطرحها طبيب الاسنان على المراجع قبل البدء بالعلاج ، وهذا سيعطي معلومات اولية للطبيب لتحديد العلاج المناسب للمريض والطريقة المناسبة للتعامل مع المريض .

قياس القلق والخوف في طب الاسنان :

المقاييس المعرفية : Cognitive Measurement

هذا النوع من الاختبارات يتضمن قائمة من الفقرات أو الاسئلة التي تتطلب من المريض تقديم استجابة محددة ، ويمكن ان تتضمن اشكالا من الاختبارات ، ومن هذه الاختبارات The Draw ، a- Person Test ، The Spiel Berger Trait Anxiety Scale - ويعد المقياس الثاني من المقاييس المهمة لدراسة القلق، فهو يقيس نوعان من القلق الاول بسبب احداث معينة مهددة للفرد وتوشك على الحدوث مثل (موعد طبيب الاسنان) والثاني القلق العام الذي يصيب الفرد لمدة طويلة ، ويتميز هذا المقياس بدرجة من الصدق .

في عام ١٩٦٩ طور Corah مقياساً من اربعة فقرات لقياس الخوف والقلق من طب الاسنان Corah Dental Anxiety Scale(CDAS) يقارن بسهولة الاشخاص من القلقين بصورة بسيطة مع الشديدي الخوف (فوبيا) بواسطة علامات تتراوح من ٤-٢٠ (AYER,2011,p.24-25)

وفيما يلي نموذج الاسئلة التي يتضمنها الاختبار:

١. إذا نويت غداً أن تذهب لطبيب الاسنان ، ماهو شعورك حيال ذلك :

أ.أنظر اليها بتطلع كتجربة ممتعة .

ب.لا تفرق عندي بأي شئ .

ج.أصاب بالقلق قليلاً .

د. سأكون خائفاً لأنني سأشعر بأنها مؤلمة وغير محببة بالنسبة لي.

٢. عندما تكون في العيادة وتنتظر دورك للجلوس على كرسي الاسنان؟ تكون :

أ. مسترخ .

ب. متوتراً بعض الشئ .

ج. مشدود الأعصاب .

د. قلق .

هـ. قلق جداً بحيث أنفجر من العرق أو اشعر اني مريض عضوياً".

٣. عندما تكون على كرسي الاسنان وتنتظر الطبيب أن يأخذ جهاز حفر الاسنان ويعمل على أسنانك ، بماذا ستشعر؟

نفس البدائل الواردة في الفقرة ٢

٤. عندما تكون على كرسي الاسنان وتريد ان تنظف اسنانك وتنتظر ان يأخذ الاداة لتنظيف الاسنان ويضعها حول لثتك ، بماذا ستشعر؟

نفس البدائل في الفقرة ٢

(Corah, 1969)

العلاج:

غالباً ما يتضمن علاج مخاوف الاسنان الجمع بين التقنيات السلوكية والدوائية في عيادات طب الاسنان المتخصصة بمعالجة الخوف او القلق كتلك الموجودة في جامعة واشنطن في سياتل وجامعة غوتبورغ في السويد، وقيام كل من النفسانيين واطباء الاسنان في مساعدة الافراد على كيفية التغلب على مخاوفهم بتعليمهم استراتيجيات معرفية وسلوكية لمساعدتهم على تقليل خوفهم .

كما ان هناك علاجات نفسية للرهاب مثل العلاج الاستبصاري (Insight Psychotherapy)

والعلاج النفسي الداعم (Supportive Psychotherapy) والتأمل (Meditation)

والعلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Type) فضلا عن العلاجات الدوائية الاخرى (ابو حجلة ، ٢٠٠٠) .

اهم طرائق علاج الخوف والقلق عند معالجة الفم والاسنان :

العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral therapy) هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك عن طريق معرفة المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها . ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول والتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه كيفية التعرف على المشكلات وحلها، وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقته بالاضطراب (عبدالله، ٢٠٠٠ ، ص ٦٧-٦٩) .

هنالك طرقاً عدة لعلاج الخوف والقلق عند معالجة الفم والاسنان وادناه بعض هذه الطرائق:

يعد المرضى الذين يملكون معدل خوف منخفض من علاجات الاسنان هم المفضلون لدى اطباء الاسنان بكل تأكيد ، فهؤلاء المرضى يتيحون للطبيب اتمام العلاج بكل اريحية ومن دون خوف من وقوع ردة فعل غير ايجابية ، لكن يجب ان نعلم ايضا" أن هذه الاراء ربما تتغير اذا كان تعامل الطبيب قاسيا "توعا" ما او حصل خطأ علاجي وبعد ذلك آلام لا تحتمل ، وبكل تأكيد لا يوجد علاج من دون نسبة من الألم ولو كانت بسيطة ، ولذلك فأن هناك طريقتان تعدان من اشهر الطرائق لتخفيف الألم

لدى المرضى اصحاب معدل الخوف المنخفض هما الأولى طريقة التشتيت الذهني (Mental distraction) وذلك عن طريق إلهاء المريض عن العلاج بالقيام بنشاط ذهني آخر كالتلفاز للبالغين وألعاب الفيديو للاطفال التي تأخذهم بعيداً عن التفكير بالعلاج والألم الذي قد يحدث في اي وقت ، اما الطريقة الأخرى فهي الاستثارة التخيلية (Arousal imaginary) حيث يقوم المريض بتخيل نفسه في مكان يتمنى لو أن يكون فيه ويبدأ بالابحار بعمق في ذلك المكان او تخيل احداث سارة حدثت له في الماضي اثناء مدة العلاج بإيعاز من الطبيب المعالج. وعن طريق استعمال العلاج التخيلي او تبديل الكلام بالامكان التخفيف عن القلق والخوف عند علاج المريض (العيسوي ، ٢٠٠٨ ، ص ٢٤) .

ومن الاساليب العلاجية السلوكية والمعرفية لإراحة المريض نفسياً هو اعطاء المريض المتواجد على كرسي العلاج في عيادة طب الاسنان حرية التحكم عن طريق رفع يده في حالة الشعور بالألم فالمسبب الرئيسي لكل هذا الخوف والقلق هو الخوف من الألم ، لذلك يطلب الطبيب من المريض رفع يده في حالة الشعور بالألم اثناء العلاج وعند ذلك يتوقف الطبيب قليلاً حتى يهدأ المريض ومن ثم يكمل. وهكذا كلما شعر المريض بألم ما عليه سوى ان يرفع يده ليعطي اشارة لطيبه بالتوقف.

اشار كثير من الباحثين السلوكيين الى اهمية تقنيات الاسترخاء في علاج العديد من الامراض والاضطرابات النفسية المختلفة ، حيث اكدوا على اهمية هذه التقنيات في خفض حدة القلق والتوتر وما ينشأ عنهما من سلوكيات وعادات ، ومع تطور هذه التقنيات اصبحت تستعمل لاكتساب الصحة العامة سواء كانت صحة نفسية او جسدية او عقلية ، ، واحد هذه التقنيات هو العلاج بالموسيقى الذي يخفف حدة التوتر والقلق ويخلق حالة من الاسترخاء والذي بدأ يستعمل في علاج مراجعي طبيب الاسنان في العيادات .

ومن خلال احد الابحاث العراقية وجد بان هناك تأثير لموسيقى الاسترخاء على المراجعين لعيادات طب الاسنان في العراق للتقليل من اعراض القلق والمخاوف التي يعانون منها لدى مراجعاتهم لطبيب الاسنان (مسلم ، جزاع ، ٢٠١٣ ، ص ٢٥٦) .

وهذا يتفق مع الدراسات والبحوث التي توصلت الى النتيجة نفسها ، مثل كورن واخرون (١٩٨١ وهي احدى دراسات الجمعية الامريكية لطب الاسنان A.D.Association American Dental) اذ بين بان هنالك أكثر من حالة من الاسترخاء في علاج طب الاسنان مثل الاستماع إلى الموسيقى الهادئة وان استعمالها يساعد فعلاً في تقليل مستوى ضغط الدم ((Blood pressure)) ومعدل ضربات القلب (pulse rate) وان الإصغاء إلى الموسيقى خلال برنامج علاج الاسنان يساعد أيضاً في تقليل إفراز الهرمونات المسؤولة عن التشنج والخوف والقلق (Coran NL , 1981) .

كما وجدت بعض الدراسات إن لبعض جوانب البيئة المادية دور مهم في التخفيف من وطأة الخوف من علاجات الاسنان وذلك مثل التخلص من الروائح المثيرة والمرتبطة تقليدياً بطب الاسنان ويمكن للفريق الطبي المعالج في عيادات الاسنان ارتداء الملابس غير السريرية أو تشغيل الموسيقى الهادئة

مما يساعد المرضى عن طريق إزالة أو استبدال المحفزات التي يمكن أن تؤدي إلى مشاعر الخوف من العلاج ووجد أن تقنيات الالهاء أكثر وضوحاً مثل الاستماع إلى الموسيقى ومشاهدة الأفلام أو استخدام سماعات الرأس أثناء العلاج . (Jerrom & Liold ; 2004)

طريقة وسائل ايضاح (اخبر - اوضح - إفعل Tell - Show - Do) :

تعد من اشهر الطرق المستخدمة في عيادات طب الاسنان التي تبين دور العلاج المعرفي السلوكي في الانسان وتخفيف القلق والخوف والتوتر وخاصة للاطفال وغيرهم من المرضى الذين يملكون معدل خوف متوسط المستوى ، فهؤلاء يجب التعامل معهم بحذر واحتمال توقع اي ردة فعل مفاجئة اثناء العلاج من المرضى ، على الطبيب ان يخبر المريض عن الأداة المستعملة في العلاج واخيراً يستخدم تلك الاداة في علاج المريض ، وبالإمكان استخدام طريقتي التشثيت الذهني والاستثارة التخيلية ايضاً لهذا النوع من المرضى (العيسوي ، ٢٠٠٨ ، ص ٢٤) .

العادات الفموية السيئة :

١. عادة مص الاصبع والابهام عند الاطفال thumb sucking in children

٢. صرير الاسنان اثناء النوم bruxism

٣. قضم الاظافر nail-biting

عادة مص الاصبع والابهام عند الاطفال : Thumb sucking in children

ان الطفل الرضيع يتعود على التغذية بواسطة المص الغذائى الغريزى وذلك من اجل النمو الطبيعى له سواء باستخدام حليب الام او بواسطة الرضاعة التى تحتوى على الحليب وغيره من النكهات المستساغة للطفل الرضيع ويقوم الطفل بتوفير الشعور بالراحة والاستمتاع بالغذاء الذى يقدم له بواسطة الفم الان هذه العادة لها تاثيرات سلبية على نمو وتطور الاسنان والفكين واللسان كذلك النطق وتلاحظ هذه التاثيرات فى مراحل متاخرة من مراحل الطفولة.

اما الطريقة الميكانيكية التى يقوم بها هذا الطفل فهى عندما يقوم بعملية مص الاصبع او الابهام فانه يقوم بالضغط على الاسنان فى الفك العلوى خاصة حيث يجد انسجة طرية تلامس الاصابع ويجد متعة خاصة له مع هذه الانسجة ومع تكرار العملية يودى ذلك الى التأثير المباشر على الاسنان الامامية خاصة وتبزغ هذه الاسنان بشكل غير منتظم سواء كانت اسناناً لبنية او دائمة مما يودى ايضا الى تشوه فى عظم الفك العلوى والاسنان ويقع تأثير اخر على الاسنان وعلى عظم الفك السفلى فعندما يمارس هذه العادة يقوم الطفل اثناء ذلك بالضغط على الفك السفلى مما يودى الى تشوه فى الفك السفلى والاسنان ايضا وتراجع الفك السفلى الى الخلف وهذا مايسمى بسوء الاطباق (Brazelton,1956,p.400-404) .

صرير الاسنان Bruxism :

وهي نوبات متكررة من حالة طحن او صك الأسنان الناتجة عن انقباضات متتالية لعضلات الفك بشكل غير ارادي و غير وظيفي فالنائم لا يحس بها ويتابع نومه ولا يستيقظ , وهي قد تحدث أثناء النوم كله, وان كانت اكثر حدوثا" في المرحلة الثانية من مراحل النوم, وقد تحدث في اليقظة وتقدر نسبة وقوعها لدى الافراد(٥%-١٠%) وهذه الحالة توجد بدرجة كبيرة لدى الافراد الذين يعانون من حالات القلق المقترن بالغضب او بعض الحالات النفسية , وان المصاب بعادة صرير الاسنان لا يدرك حدوث الصرير ومع الوقت قد يشعر بلمعان عند تناول المأكولات والمشروبات الباردة والساخنة والحلويات والحوامض, كذلك يشعر بصداق وألم في المفصل الصدغي ويصيب كلا الجنسين وتزداد عند صغار السن وان عامل الوراثة قد يلعب دورا" كبيرا" في حدوث صرير الاسنان ويزداد لدى الاطفال الذين يعاني احد والديهم من المشاكل نفسها.(LobbezooF,etal ,2008)

كما توصف وتعرف ظاهرة صرير الاسنان(Bruxism) بأنها انقباض الاسنان وطحن الاسنان مع بعضها بدون حدوث عمليات المضغ والبلع وقد تحدث هذه العادة اثناء النوم فقط وفي ساعة اليقظة أو كليهما. وان حوالي ١٥% من الاطفال والبالغين الشباب يمارسون هذه العادة(AYER,2011,p42-43) .

منشأ وأسباب عادة صرير الاسنانBuxismr الشد النفسي الذي يصاحب اي نوع من القلق والارهاق والتعب أو قد يكون له علاقة بفسولوجية انطباق الفكين او حشوات او تركيب لصناعة اسنان داخل الفم (Arathi Rao,2008) .

قضم الأظافر Nail Biting:

ان قضم الاظافر تعد عادة اكثر منها حالة عصبية ولكن غالباً ما تصنف من الحالات العصبية ، ويتم ذلك بدون ادراك او وعي ويدون تخطيط مسبق لذلك ، كما انها تعد من الطرق الطبيعية التي يلجأ اليها العديد من الاشخاص للتخلص من بعض حالات الاجهاد والشعور بالحماس او الخمول . وتندرج ضمن العادات الفموية السيئة التي تؤثر على صحة الفم والاسنان ومع استمرار هذه العادة فان الاسنان التي تتأثر بذلك يصيبها التواءات وتغيير في مكانها الطبيعي الى مكان آخر مع ميلان الاسنان على بعضها البعض او تفرقها احيانا مما يعرض الشخص لاجراء تقويم اسنان لاعادة صف الاسنان في مكانها الصحيح ودراسة الموضوع مع اخصائي تقويم الاسنان حيث يقوم بالنصح والارشاد (Arathi,2008) .

تشير هذه العادة الى قلق الطفل وخوفه وعادة ماتشيع معاملة الطفل فيها بعض القسوة من جانب الام والاب او اذا شاب علاقة الطفل بأبويه الاهمال وعدم اتباع حاجاته النفسية كالأمن والمحبة والتقدير ومن ثم تعبر عادة قضم الأظافر عن الرغبة في الانتقام أوالعدوان على مصدر الاعاقة تتحول الى عدوان ذاتي على اضافر الطفل(محمد,٢٠٠٤,ص١٨٨)

كما توجد هنالك بعض الطرق العلاجية للحد من هذه العادات الفموية السيئة من قبل اطباء الاسنان وقد يفيد العلاج المعرفي السلوكي ايضا في ذلك.

ملاحظات عامة عن العلاقة بين الطبيب والمريض:

* يتوجب على طبيب الاسنان والطاقم الطبي ان يحسنوا استقبال المريض مع تجنب الاصوات المرتفعة وغير المتوقعة .

* تأسيس علاقة كلامية بين الطبيب والمريض واعطاء الطمأنينة والتأكيد الجسدي واللفظي .

* شرح الاجراء العلاجي للمريض شرحاً كاملاً مع الاجابة عن كافة اسئلته .

* استعمال طرق الاستماع ، التدوق ، الشم واللمس .

* وصف الادوات المستخدمة في علاج المريض والتي توضع في الفم .

* تقليل كمية المواد العلاجية ذات الخواص التي توضع داخل فم المريض ويعزى ذلك لقوة حاسة التدوق لديه فتكون احتمالية رفضه لهذه المواد كبيرة .

* الحفاظ على جو محيط ومريح ، على ان يتم علاج المريض من قبل طبيب واحد فقط قدر الامكان.

* بعد الانتهاء من العلاج يتوجب على طبيب الأسنان شرح الاجراءات الصحية الفموية عن طريق الامساك بيد المريض وتوجيهها ببطء اثناء استخدام فرشاة الأسنان ، وفي حالة كون المريض طفلاً يتم تعريف الطفل وأهله على عيادة الأسنان مما يقلل من شعور الطفل بالخوف ، وتشجيع اصطحاب الطفل للألعاب المحببة إلى نفسه معه لعيادة الأسنان .

* يتحدث طبيب الأسنان إلى الطفل ببطء مع وضعه في الاعتبار إعادة الكلام ، والتأكد من فهم المريض لما يقوله ، مع الاستعانة بالصور مما يساعد المريض على فهم التعليمات والعلاج.

* يعطى الطبيب للمريض أمراً واحداً فقط حتى يستطيع المريض الاستجابة ، مع مكافأته عند الاستجابة.

* يجب على الأهل تعريف الطفل بأهمية الاستماع لكلام طبيب الأسنان والاستجابة له .

* يقوم الأهل بمرافقة الطفل للمساعدة في التواصل بينه وبين الطبيب .

* يجب أن تكون الزيارة لعيادة الأسنان غير ممتدة وقصيرة.

* يفضل الزيارة في أول النهار حيث يكون المريض والطبيب والطاقم في بداية نشاطهم اليومي .

التوصيات:

١. تثقيف المجتمع بشكل عام عن طريق الاعلام بالامراض والاضطرابات النفسية وانعكاساتها على الحالة الصحية للفرد لاسيما امراض الفم والاسنان.
٢. ادخال بعض المواد الدراسية ذات الصلة بعلم النفس السريري أو الطب النفسي لطلبة كلية طب الاسنان.
٣. على طبيب الاسنان ان يتعرف على الحالة النفسية للمراجع عن طريق الاختبارات النفسية وغيرها.
٤. توجيه اقسام علم النفس في الجامعات العراقية بضرورة التعاون مع الباحثين في مجال طب الاسنان وعلاقة علم النفس بطب الاسنان.

المقترحات:

١. اعداد المزيد من الدراسات في مجال طب الاسنان وعلم النفس لايجاد نقاط الالتقاء في هذا الفرع الجديد.
٢. اعداد برامج علاجية تستخدم من قبل اطباء الاسنان في تخفيف حالات الخوف والقلق.
٣. اعداد الادوات القياسية المناسبة للكشف المبكر عن حالات الخوف والقلق من اطباء الاسنان.

Introduction:

When we study the history of dentistry we can investigate some methodology styles which lead us to psychology – dentistry or take the relationship between psychology and dentistry, and this type of specialization which is Medical psychology has its own methodology and subjects, as the historical sequence in this filed lead to how evolution occurred in this branch of medicine, which was accompanied by many factors , and this factor that contributed to the consolidation of the misconceptions about the social, family and the media culture and gave a distorted picture of Dentistry and the attending physician or dentist and show him as someone tough , ruthless and violent in his dealings and style , these problems lead to the creation of many symptoms and disorders on a patient who looks have many of the symptoms such as anxiety and fear that develops even phobia of the dentist.

It have been proved that many of the studies and research that the loss of teeth leads to many cases of anxiety disorders , fears and this lead to the consolidation of a new psychology called psychology – dentistry and a branch of psychology stand – alone trying to create the field to correct concepts and false beliefs about dentistry in general and attempting to diagnose mental disorders and physical self– psycho– Somatic arising from them and try to draw a frame in which disorders arising from it are treated

المصادر : References

المصادر العربية :

١. أبو حجلة ، نظام (٢٠٠٠): الطب النفسي الحديث ، الجامعة الطبية الأردنية ، عمان الأردن.
٢. الشراوي، مصطفى خليل، (١٩٨٣): علم الصحة النفسية ، ط١، دار النهضة، بيروت، لبنان .
٣. التيناوي، محمد ، وعبد الحق، محمود، وآخرون، (٢٠٠١): طب الفم الوقائي ، كلية الطب جامعة دمشق، منشورات جامعة دمشق، مطبعة قمحة أخوان ، دمشق سورية .
٤. العيسوي، عبد الرحمن محمد(٢٠٠٨):الوقاية من الاضطرابات النفسية وسبل علاجها، ط١، هلا للنشر والتوزيع، مصر الجيزة .
٥. *العيسوي، عبد الرحمن محمد(١٩٩٢)في الصحة النفسية والعقلية م.دار النهضة العربية بيروت ص١٧
٦. النابلسي احمد محمد(٢٠٠٦): معجم مصطلحات السيكوسوماتيك. ط١ ، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية ، طرابلس ، لبنان.
٧. رضوان ، سامر جميل ، ريشكة ، كونراد (١٩٩١) : السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة ، دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان .
٨. صالح ، قاسم حسين (٢٠٠٧) : الامراض النفسية والانحرافات السلوكية اسبابها واعراضها وطرائق علاجها ، دار دجلة للنشر ، الاردن.
٩. مسلم ، سعدي جواد ، جزاع ناطق فحل (٢٠١٣) : اثر موسيقى الاسترخاء في تخفيف بعض اعراض القلق لدى مراجعي طبيب الاسنان ، مجلة البحوث التربوية والنفسية ، جامعة بغداد ، العدد ٣٧ .
١٠. محمد ، جاسم محمد (٢٠٠٤) : مشكلات الصحة النفسية امراضها ، عمان ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ط١ .
١١. مصطفى ، اسامة فاروق (٢٠١١) : مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع للطباعة ، عمان .
١٢. عبدالله ، عادل (٢٠٠٠) : العلاج المعرفي السلوكي الحديث اساليبه ، وميادينه التطبيقية ، القاهرة ، الدار العربية للنشر والتوزيع .

المصادر الاجنبية :

1. AYER,WilliamA, 2011, Psychologyand Dentistry Mental Health Aspects of patient Care, New York London .
2. *Al- Kubaisy et al (2002):*Dentists Phobia in Iraq. Paper presented to the 24th Scientific Conference, 22-24.10.2002, Baghdad. Iraq.*
3. * Arathi Rao, (2008), Principles and practice of pedodontics ,Second Edition,(India)
4. * Bates,M.S,Edwards,W.T.(1992).Ethnicity and disease. International Journal of population Differences Disease Pattern.2:63-83.
5. *BrachaHs., Vega EM, Vega CB (2006): Posttraumatic dental- care anxiety (PTDA): Is "dental phobia" a misnomer?"
6. (<http://cogprints.org/5248/1/2006HDJ-brach-vega-osttraumatic-dental-anxiety.PDF>).Hawaii Dent j37 (5):17- 9.PMID17152624.
7. *Brazelton ,T.E(1956).Sucking in infanancy. Pediatrics, 17:401-404.
8. *Corah,NL., ,Gale,EN andSeyrek SK. (1981): Relaxation and musical programming as means of reducing psychological stressduringprocedures. JADA. 103(2):232-234.
9. *Corah,N.L.,(1969) Development of adental anxiety scale. Journal of Dental Research., 48:596 .
- 10.*Chestnutt, Ivorg. & Gibson, John, (2007): Clinical Dentistry. 3rd ed. Churchill Livingstone. Philadelphia, p. 2-6.
- 11.*Dental Fear Central (2004). "Tips for Abuse Survivors and Their Dentists ([http:// www.Dental fear central. Org/abuse- survivors. Html](http://www.Dental fear central. Org/abuse- survivors. Html)).
- 12.Gonda,T.A.(1962).The relation between complaints of persistent pain and family size. Journal of Neurosurgery and Psychiatry, 25:277-281.
- 13.*Fordyce, W.E. (1976)Behavioral concepts in chronic pain and illness.In Davidson, Park O.(ed),The Behavioral Management of Anxiety, Depression, and Pain(pp.147-188). New Yourk: Brunner/Mazel.
- 14.*Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA (2007):."Cultural factors and childrens oral health care; aqualitative study of carers of young children" (December 2007) Community Dem Oral Epidemiol 35 (6) ;429- 38. doi; 10.1111 /j. 1600-0528. 2006.

15. Jerrom, Lloyd(2004): The Art and Science of Distraction(http://WWW.dentalfearcentral.org/distraction_dentistry.html)"
16. Locker D (2003): psychosocial consequences of dental fears and anxiety. Community Dent Oral Epidemiology 2003, 31(2):144-151. Pub med Abstract.
17. *LobbezooF, van Der Zaag J, Naeije M(2008)" principle, for the management of bruxism " journal of Rehabilitation 35(7): 569-23
18. *Schiller AA, Willumsen T, Holst D (2003): Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? Community Dent-Oral Epidemiology 2003, 31(2): 116-121, Pub med Abstract.
19. *Schwarzer, R.1995, Current trends in the field of anxiety research Volume:2 ,p.225-244 United kingdom.
20. McDonald, R. F., Avery, D. R., and Hennon, D. K., (1994): Management of Trauma to The Teeth and Supporting Tissues. In: McDonald, R. E., David, R.A. Dentistry For The Child and Adolescent. 6th ed., St. Louis, Philadelphia, Sydney, Toronto Co., pp. 503-563.
21. Okeson, J.P.(1995). Bells Orofacial pains, Fifth Edition. Chicago: Quintessence publishing Co. linc.
22. *World Health Organization – WHO, (1987): Epidemiology, Etiology and Prevention of Periodontal Disease, Technical Report Series, No. 621. WHO, Geneva, Switzerland.