MODELE TEORETICE EXPLICATIVE ÎN ETIOLOGIA FOBIEI DENTARE

CZU: [159.942 + 616.896.6]:616.31

Romica VALACHI

Şcoala doctorală Ştiinţe Sociale şi ale Educaţiei,
Universitatea de Stat din Moldova

THE EXPLANATORY THEORETICAL MODELS IN THE DENTAL PHOBIA ETIOLOGY

This article presents the explanatory theories in the etiology of dental phobia. We analyzed this subject from the perspective of the psychoanalytic theory, from the perspective of the cognitive-behavioural theory, the biological approach and existentialist theory. Every single one of these theories currently is the most relevant for understanding the occurrence of dental phobia.

Keywords: *specific phobia, dental phobia, anxiety, etiology, explanatory theories.*

Introducere

Anxietatea, frica şi fobia prezintă o ubicuitate pentru condiţia umană. Din toate timpurile istorice, consemnate în scris, filosofii, liderii religioşi, oamenii de ştiinţă, mai recent cercetătorii din domeniile medicale şi sociale au încercat să desluşească misterele anxietăţii şi fobiei şi să abordeze eficient aceste afecţiuni răspândite şi îngrijorătoare ale omenirii [1, p.94].

Frica este un răspuns emoţional normal la un stimul ameninţător şi este un lucru obişnuit caracteristic dezvoltării timpurii. Fricile specifice copilăriei (frica de întuneric, de străini şi zgomote puternice) sunt, de obicei, tranzitorii şi sunt depăşite odată cu creşterea copilului. În unele cazuri însă, frica intensă de anumite situaţii sau obiecte continuă până în adolescenţă şi se menţine şi la maturitate. Când frica devine exagerată şi nejustificată, aceasta este numită fobie specifică şi face parte din tulburările de anxietate.

Se estimează că aproximativ 75% din populaţia globului pământesc suferă de frică de dentist. Dintre aceştia doar 10% au o frică obsedantă, numită fobie dentară.

Fobia dentară face parte din clusterul de fobii specifice, cum ar fi frica de sânge, injecţii, frica de vătămare şi de orice procedură medicală invazivă.

Pentru a înţelege mai bine cum apare fobia dentară trebuie să cunoaştem etiologia ei. Există multiple teorii explicative care ar putea să ne ajute să clarificăm etiogeneza fobiei dentare, dar vom selecta doar câteva care par să fie cele mai relevante.

Perspectiva teoriei psihanalitice

Modelul freudian

Sigmund Freud susținea că, în legătură cu problema angoasei, teama nevrotică se transformă în teamă reală. În fobii se observă clar că pericolul interior s-a transformat într-un pericol exterior. Freud era de părere că fobiile reprezintă un mecanism de apărare a Eului, menit să protejeze ființa umană împotriva unei anxietăți inconştiente, mult mai profunde, anxietate în urma nerezolvării complexului Oedip, teama nevrotică fiind rezultatul refulării libidoului. Persoanele nevrozate, după Freud, păstrează incontestabil o atitudine infantilă în fața pericolului şi nu reuşesc să-şi depăşească temerile perimate. Aceasta este foarte relevant pentru fobia dentară, unde pacientul matur regresează până la un comportament infantil [2, p.73].

Teoria psihanalitică presupune că un conflict inconştient nerezolvat este deplasat pe un obiect fobogen. Pe măsură ce aceste conflicte şi complexe sunt aduse la lumină, dispar fobiile, pentru că subiectul nu mai are nevoie de ele ca mecanisme de apărare.

Modelul jungian, inconştientul colectiv

Inconştientul colectiv este o moştenire universală a ființelor umane, o memorie a speciei transmise fiecăruia dintre noi. Este un depozit al tendințelor înnăscute provenite din timpuri străvechi, care sunt nişte răspunsuri la modelele semnificative din mediul uman ancestral. Jung spunea că în spatele minții moderne se ascunde mentalitatea primitivă inițială a strămoşilor noştri, sub formă de poveşti şi simboluri, pentru care noi manifestăm o atracție naturală.

Fobia dentară a apărut pe un fundal cultural comun, foarte apropiat de noțiunea de inconştient colectiv. De-a lungul cursului istoric omenirea a avut foarte multe experiențe neplăcute legate de dinți şi țesuturile adiacente, încât această frică a devenit ca un arhetip atât de adânc înrădăcinat în inconştient, încât deseori pacientul, care nu a avut nicio experiență neplăcută în fotoliul stomatologic, spune: „Nu ştiu de ce, mi-e frică”.

Viziunea neofreudistă asupra fobiei

Karen Horney, psihiatru şi psihanalist, foloseşte termenii de anxietate şi frică ca fiind foarte similari. Horney a urmărit anxietatea din primii ani ai copilului. Ea susține că părinții provoacă anxietate de bază prin dominare, atitudine de înjosire, indiferență, promisiuni neonorate, o atmosferă ostilă, izolarea copilului de alți copii sau nerespectarea nevoilor individuale ale copilului. Cea mai importantă problemă fiind „lipsa căldurii şi afecțiunii autentice” ceea ce va duce ulterior la apariția fobiilor, ca mecanism de apărare. Spre deosebire de Sigmund Freud, Karen Horney susține că principala sursă a anxietății şi fobiilor nu sunt impulsurile sexuale, ci impulsurile ostile [3, p.54].

Perspectiva teoriei cognitiv-comportamentale

Toate teoriile explicative recunosc faptul că stările de anxietate şi frică constau dintr-un pattern complicat de modificări cognitive, afective, fiziologice şi comportamentale.

Modelul pavlovian de condiționare clasică, 1917 (behaviorist)

Acest model pavlovian al fobiei specifice a fost propus în 1917, dar a fost recunoscut în psihologie abia după cel de-al Doilea Război Mondial, susținut de Watson

şi Rayner, care au scris despre cazul unui băieţel de 11 luni pe nume Albert [4, p.68]. Copilului i-a fost indusă teama de şoareci albi prin asocierea repetată a unui stimul puternic sonor, stimul necondiţionat, cu un şoricel alb de laborator, stimul condiţionat.

Modelul pavlovian de condiţionare a fobiei explică de ce reacţia la teamă apare atât la nivel subiectiv, cât şi la nivel fiziologic atunci când suntem confruntaţi cu un stimul fobic condiţionat. Însă, acest model nu poate explica tendinţa fobicilor de evitare a situaţiei sau a obiectului temut. Mai târziu Mowrer încearcă să încorporeze şi acest aspect.

Modelul bifactorial al lui Mowrer, 1960

El consideră că fobiile se dezvoltă parcurgând două stadii:

✓ primul stadiu: asocierea unui stimul neutru cu un stimul necondiţionat, care în mod natural provoacă reacţia de frică, duce la apariţia unui răspuns condiţionat la un stimul condiţionat;

✓ al doilea stadiu: individul învaţă că reacţia de frică se poate reduce, dacă el evită confruntarea cu stimulul condiţionat. Reducerea nivelului de frică ce urmează evitării situaţiei fobice joacă rolul unei întăriri negative. Deci, conform teoriei lui Mowrer, reacţia fobică iniţială este dobândită prin condiţionare clasică şi menţinută prin condiţionare operantă [4, p.68].

Modelul predispoziţiei de a învăţa, Seligman, 1971

M.Seligman a fost cel care a propus reformularea Teoriei clasice a condiţionării, făcând diferenţa dintre reacţia fobică şi teama indusă în laborator. În teoria sa, Seligman vorbeşte despre predispoziţia de a învăţa a individului încă din era pretehnică, achiziţiile obţinute prin învăţare a unei asocieri îi mareau şansele de supravieţuire. Studii experimentale demonstrează că 50% dintre cei care au dezvoltat fobii specifice nu-şi amintesc să fi avut contact cu obiectul fobiei lor. Situaţii similare prezintă şi pacienţii cu fobie dentară, care, deşi nu au avut experienţe traumatice în cadrul stomatologic, manifestă fobie, care este învăţată din anturaj, fie din familie, prieteni sau mass media.

Modelul cognitiv Beck & Clark, 1997

Stimulul activează schemele cognitive disfuncţionale, apoi urmează distorsiuni în selectarea şi procesarea informaţiilor. Ca consecinţă are loc alocarea de resurse atenţionale suplimentare pentru identificarea stimulilor negativi cu procesarea informaţiei selectate automat şi prin procese controlate, ceea ce duce la gânduri automate cu teme de ameninţare şi pericol.

Erorile de gândire specifice anxietăţii şi fricii: abstragerea selectivă a informaţiei care validează schemele de pericol în maniera repetitivă de întărire patologică; atribuirea de semnificaţii catastrofice unor situaţii banale şi evaluarea eronată a capacităţii de a face faţă situaţiei [4, p.66].

În cazul fobiei dentare, la nivel fiziologic se constată o stare de hiperexcitaţie, însoţită cu senzaţii ca: accelerarea bătăilor inimii, transpiraţii, tremurături, respiraţie accelerată, senzaţie de sufocare, încordare sau slăbiciune musculară, ameţeală, vomă sau pierderea cunoştinţei.

La nivel comportamental observăm: mobilizare pentru a scăpa sau a se apăra de pericolul perceput; inhibarea comportamentelor riscante cu scopul de a maximiza siguranța personală; dezactivarea reacțiilor motorii, ceea ce duce la evitare şi la sentimentul de neajutorare.

În plan subiectiv individul este temător, înspăimântat, trăind emoții de ruşine, stânjeneală, mânie, frică. La nivel cognitiv, fobia dentară implică simptome senzorio-perceptive, cum ar fi derealizarea, hipervigilența, dificultăți de gândire – capacitatea slabă de concentrare a atenției, incapacitatea de control al gândurilor, blocaje, dificultăți de raționament şi distorsiune cognitive, cum ar fi credințe nerealiste legate de contextul stomatologic, imagini înfricoşătoare şi gânduri automate.

Acest pattern complex de simptome cognitiv-afectiv-fiziologic-comportamentale apare în urma parcurgerii a trei stadii de procesare a informației: scanarea inițială, procesări primare şi elaborări secundare.

Evitarea cognitivă este o trăsătură esențială a fobiei dentare. Conform Teoriei evitării a lui O. Hobart Mowrer şi Neal Miller [4, p.68], evitarea este o modalitate de a împiedica expunerea la amenințare, iar în fobiile specifice ea devine atât de obişnuită, încât creierul nu are niciodată ocazia să determine dacă s-au schimbat cumva condițiile şi, astfel, ceea ce a fost periculos acum nu mai este. Evitarea îl conduce pe pacient spre aşteptarea constantă a unei amenințări, precum şi la imposibilitatea de a învăța să identifice siguranța. Fiindcă evenimentele temute nu se petrec cu adevărat niciodată, evitarea este întărită şi consolidată, conducând la formarea convingerii false, potrivit căreia alegerea pacientului de a se angaja în evitare l-a ferit de un pericol.

Pentru pacientul cu fobie dentară sunt specifice: atenția sporită față de amenințări, discriminarea deficitară a amenințării şi siguranței, evitarea sporită, reactivitatea sporită la incertitudinea legată de amenințare, supraestimarea probabilității şi a consecinței amenințării, controlul comportamental şi cognitiv dezadaptativ în prezența amenințărilor.

Perspectiva teoriei biologice

Conform datelor cumulate prin aportul mai multor discipline sau ramuri disciplinare, precum psihologia experimentală cognitivă, psihologia dezvoltării, psihologia clinică, psihiatria, neurofiziologia, biologia moleculară şi genetica, psihofarmacologia şi etologia, s-a ajuns la concluza că anxietatea şi fobia sunt, în mare parte, rezultatul unor predispoziții genetice. Aceste predispoziții afectează în primă instanță funcționarea unor structuri limbice responsabile de reactivitatea fiziologică față de stimuli nefamiliali, percepția stimulilor emoționali, controlul excitației şi condiționarea aversivă, iar această funcționare este evidențiată încă de la naştere.

Perspectiva teoriei existențialiste

După Langle [5], prin periclitare fizică sau psihică, omul ca ființă existentă personal se află amenințat de a-şi pierde stabilitatea, ordinea structurii sale şi baza pentru „a-putea- fi”.

Din punct de vedere formal genetic, frica rezultă din discordanța dintre capacitatea proprie (curaj, competență, posibilități, mijloace), pe de-o parte, şi instabilitățile lumii (insuficiență, nesiguranță, fragilitate), pe de altă parte. Omul se simte neocrotit, expus, fără putere, depăşit de situație. Ca o reacție spontană, generală (coping) se produce un reflex atitudinal (creşterea tonusului muscular, reacții de alarmă fizice şi psihice) şi căutare de adăpost, de siguranță şi stabilitate în fața amenințării abisale a existenței.

Conform modelului teoretic explicativ existențial, fobia provine din trei domenii, fiind descrisă ca rezultatul unei stări: dimensiunea biologoco-psihică a fobiei (naturală, reacție de angoasă animalică), dimensiunea socioculturală a fobiei (provocată, aspecte specifice culturale), dimensiunea existențială a fobiei (starea de a fi amenințat, lipsa curajului, pierderea stabilității).

Existențialiştii confirmă că fobia se produce în două feluri:

– prin zdruncinarea structurilor stabilizante;
– prin atitudinea omului față de aceste zdruncinări.

Fobia este numită frica de frică, fiind o atitudine de apărare față de frica fundamentală. Pacientului cu fobie dentară îi este frică de frica ce o va îndura în fotoliul stomatologic, ceea ce duce la apariția unei atitudini de evitare, care reduce acea frică, dar reduce şi calitatea vieții.

Din punct de vedere existențial, pacientul îşi dă seama de potențialul de distrugere a existenței sale prin pericolul avizat, producând un reflex atitudinal de încordare psihică şi fizică.

Concluzii

În concluzie putem spune că fobia dentară este un fenomen bio-psiho-social destul de complex şi are la bază mai multe teorii explicative, care, deşi sunt diferite, nu se pot exclude una pe alta. La momentul actual nu există un răspuns definitiv referitor la etiologia fobiei dentare. Diferite persoane pot dezvolta fobii din diferite motive, în unele cazuri se pot combina factori genetici şi fiziologici, în alte cazuri cauza poate fi psihologică sau de mediu. În acest sens, multitudinea de teorii explicative ne ajută să elaborăm modele comprehensive de cercetare pentru fiecare caz individual şi să elaborăm scheme pertinente de tratament.

Referințe:

1. CHRISTOPHE, A. *Psihologia fricii.* Bucureşti: Meteor Press, 2019.
2. HOLDEVICI, I., CRĂCIUN, B. *Psihoterapia tulburărilor emoționale*. Bucureşti: Trei, 2015.
3. HORNEY, K. *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*. Bucureşti: IRI, 1998.
4. TULBURE, B.T. *Modele teoretice în etiologia fobiilor*. Braşov: Universitatea Transilvania, 2005.
5. LANGLE, A. *Omul în căutarea stabilității*. Disponibil: https://laengle.info › userfile › doc › Omul-in-cau...