

УДК 616.89-02:616.31-052

Ш.Д. Таравнех, В.С. Табачнікова*, Г.М. Кожина, М.В. Маркова***Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України***Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ****Харківський національний медичний університет*

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ФЕНОМЕН ДЕЗАДАПТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Обстежено 300 пацієнтів з різною стоматологічною патологією. На підставі системного, міждисциплінарного, інтегративного підходу вивчено причини, механізм розвитку і прояви дезадаптації у стоматологічних хворих. Розроблено систему діагностики, що ґрунтується на системно-структурному аналізі стоматологічного здоров'я з урахуванням дезадаптації хворих до свого захворювання і його лікування. Виявлено характерологічні й особистісні риси, які впливають на розвиток дезадаптації, та визначено її клінічні форми.

Ключові слова: стоматологічне здоров'я, дезадаптація, стоматологічні хворі.

В сучасних умовах простежується зворотна залежність обсягу стоматологічної допомоги від віку: з його збільшенням показник потреби населення в ній після 30-річного віку нівелюється й практично утримується на одному рівні у віковій групі 45–54 років. При цьому доволі невтішні цифри прогнозу втрати зубів унаслідок відмови від лікування хворих із дефектами зубів та зубних рядів: вони становлять загалом по Україні від 11,5 до 18,0 %. Однак відомо, що відсутність зубів не тільки призводить до порушення фізіологічних процесів травлення, а й позначається на психіці, особливо в людей, які втратили зуби в молодому віці, зокрема, тому, що за повної втрати зубів виражені функціональні порушення в щелепно-лицьовій системі супроводжуються атрофією кісток лицьового скелета та м'яких тканин, а також порушенням комунікації хворих [1–3].

Накопичено багато емпіричних даних про стресорний вплив на людину ушкоджень зубощелепної системи і взагалі органів та тканин щелепно-лицьової ділянки, показано зв'язок цієї патології з цілісним організмом. Проте відсутній системний підхід до вирі-

шення цих проблем. Запальні стоматологічні захворювання зубощелепної системи розглядаються, як правило, у відриві від особистості пацієнта, і якщо їхній зв'язок зі станом соматичного здоров'я ще враховується, хоч і не завжди, то психологічні, соціально-психологічні та соціальні аспекти стоматологічної патології здебільшого залишаються без належної уваги дослідників і лікарів [4–6].

Сьогодні вже не потребує доказів роль психологічних (особистісних) чинників у розвитку будь-якого патологічного процесу та їхнє значення для результатів лікувальної дії. Це зумовлює необхідність системного, комплексного, міждисциплінарного підходу до діагностики й лікування порушення здоров'я людини, в тому числі й стоматологічного [7].

Таким чином, порушення психологічної адаптації стоматологічних хворих, а часто й комунікації їх у соціумі залишається недостатньо вивченим, особливо соціо- та психогенні чинники, що призводять до розвитку дезадаптації.

Викладене обумовило актуальність нашого дослідження, мета якого – на підставі системного, міждисциплінарного та інте-

© Ш.Д. Таравнех, В.С. Табачнікова, Г.М. Кожина, М.В. Маркова, 2013

гративного підходу вивчити механізми формування дезадаптації стоматологічних хворих.

Матеріал і методи. Було проведено комплексне обстеження 300 хворих (основна група) – 130 чоловіків та 170 жінок віком від 16 до 65 років, які звернулися по стоматологічну допомогу. З них 155 пацієнтів (перша підгрупа – 65 чоловіків та 90 жінок) отримали лише терапевтичне лікування, а 145 (друга підгрупа – 65 чоловіків та 80 жінок) – хірургічне. У всіх цих хворих спостерігалася дезадаптація до свого стану і наступного лікування. У контрольну групу увійшли 60 пацієнтів (30 чоловіків і 30 жінок) з аналогічною стоматологічною патологією, але без ознак дезадаптації.

Нами було проведено системно-структурний аналіз стоматологічного здоров'я, що ґрунтується на результатах комплексного обстеження хворих – клінічного (стоматологічного й психічного статусу), клініко-психологічного, психодіагностичного та соціологічного.

Системно-структурний аналіз передбачав вивчення всіх компонентів стоматологічного здоров'я: анатомо-фізіологічного, психологічного, психічного, соціально-психологічного, соціального із соціокультурною та інформаційно-оцінною його складовими. Аналіз проходив у три етапи. На першому етапі оцінювали стан кожного з компонентів за його критеріями і визначали ступінь його порушення, для чого ми розробили структурну решітку стоматологічного здоров'я. При цьому виокремлювали три ступені порушення: 1-й – послаблення компонента, яке не призводить до розладу стоматологічного здоров'я, але є патопластичним чинником можливого його виникнення внаслідок інших причин; 2-й – посилення вже існуючого порушення стоматологічного здоров'я; 3-й – стрижневе ураження компонента або його складової, яке є безпосередньою причиною розладу стоматологічного здоров'я. На другому етапі визначали форму та ступінь існуючої у пацієнта патології, складаючи структурну решітку порушень функцій зубощелепного апарату (жувальної та комунікативних – фонетичної, дикційної, естетичної). На третьому етапі системно-структурного аналізу формулювали діагноз, що відокремлював

нозологічну форму захворювання, існуючі функціональні порушення зубощелепної системи, невротичну реакцію пацієнта, рівень і тип його стоматологічної культури та поінформованість у питаннях стоматологічної психогігієни.

До психологічних досліджень входили вивчення акцентуацій характеру хворих за методикою К. Леонгарда – Г. Шмішека (1981), дисгармонійних рис характеру й особистості (А.Є. Личко, Н.Я. Іванов, 1980), визначення емоційного стану хворих за допомогою шкали реактивної і особистісної тривоги Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна (Г.В. Большаков зі співавт., 1996) та визначення функціонального їх стану за розробленою А.Ф. Бізяєвим зі співавт. (1992) методикою САН (самопочуття, активність, настрій). Статевою поведінку пацієнтів досліджували за допомогою статевою шкали ACL А.В. Heilbrun (1981), що дає змогу визначити маскулітність і фемінітність обстежуваних на рівні Я-концепції (соціогенному рівні). Характер реагування хворих на своє захворювання та його лікування вивчали за допомогою опитувальника «Тип ставлення до хвороби» (В.Д. Менделевич, 2005).

Результати. У хворих діагностовано такі стоматологічні захворювання: карієс – у $(47 \pm 3) \%$, періодонтит – у $(15 \pm 3) \%$, пульпіт – у $(10 \pm 3) \%$, запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки – у $(31 \pm 3) \%$.

При вивченні психічного статусу встановлено, що в усіх хворих основної групи були первинні, дезадаптаційні розлади, зумовлені больовими почуттями та дискомфортом, пов'язаним із порушенням функцій зубощелепного апарату. При цьому у $(40 \pm 3) \%$ із них спостерігались змішаний тривожно-депресивний розлад (F43.22), короткочасна депресивна реакція (F43.20), порушення емоцій та поведінки (F42.25), що призводили до вторинної дезадаптації, а у $(60 \pm 5) \%$ мали місце специфічні ізолювані фобії (F40.2) та іпохондричний розлад (F45.2), які зумовлювали третинну дезадаптацію хворих.

На основі отриманих у ході роботи даних були виділені такі варіанти емоційних розладів в обстежених хворих: тривожно-депресивний, тривожно-іпохондричний, астенодепресивний, депресивно-іпохонд-

ричний, депресивно-апатичний та дисфоричний.

У хворих з тривожно-депресивним варіантом – $(40,9 \pm 2,8)$ % домінували подавлений настрій з почуттям тривоги й страху, внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, песимістична оцінка перспектив хірургічного лікування з очікуванням несприятливих його наслідків, больового синдрому.

При цьому у хворих з флегмонами середнього ступеня тяжкості виявлялася крайня лабільність афекту у зв'язку із супутніми соматичними факторами – виражене посилення тривожної й депресивної симптоматики аж до нестерпного напруження, відчуття паніки, розгубленості в поєднанні з почуттям розпачу й безвихідності. Найчастіше епізоди загострення тривоги супроводжувалися приєднанням дисфоричного афекту з невдоволенням і дратівливістю, відмічались вибухи гніву при незначних розбіжностях із сусідами по палаті, медичним персоналом, лікарем, які закінчувалися слізливістю з почуттям слабкості й скаргами на погіршення соматичного стану.

Тривожно-іпохондричний варіант – $(30,4 \pm 2,6)$ % пацієнтів – проявлявся вираженою емоційною напруженістю з надмірною зосередженістю й фіксацією на стані свого здоров'я, іпохондрично забарвленими фобіями, постійним занепокоєнням і страхами перед операцією, її наслідками й можливими ускладненнями.

У клінічній картині астенодепресивного синдрому – $(11,5 \pm 1,8)$ % хворих – пригнічений настрій поєднувався з вираженим виснаженням – пацієнти акцентували увагу на нездатності ні до фізичної, ні до психічної активності. Також спостерігалися явища гіперстезії, що виражалися підвищеною збудливістю, дратівливістю по найменшому приводу, що змінюється слізливістю. Поряд із цим у більшості пацієнтів спостерігалися ангедонія, психомоторна загальмованість, слабкість концентрації уваги з неухильною, забудькуватістю та нездатністю зосередитися.

Депресивно-іпохондричний варіант – $(7,0 \pm 1,4)$ % – проявлявся головним чином у підвищеній увазі до своїх тілесних відчуттів, перебільшеними побоюваннями за результат післяопераційного періоду, страхом розвитку

ускладнень, що поєднувалися з депресивним симптомокомплексом.

У клінічній картині депресивно-апатичного синдрому – $(5,4 \pm 1,3)$ % хворих – переважали загальна слабкість, млявість, психомоторна загальмованість, безініціативність, ангедонія, байдужність до всього та депресивний фон настрою.

Дисфоричний синдром – $(4,8 \pm 1,2)$ % пацієнтів – характеризувався тужно-злобно-похмурим настроєм. У хворих відмічались дратівливість із періодично виникаючими спалахами люті, гніву й злості, іноді супроводжуваними агресією, спрямованою на найближче оточення (членів родин, що здійснюють догляд за пацієнтами, і медичний персонал).

При дослідженні преморбідних рис обстежених пацієнтів визначили, що в усіх хворих основної групи були явно виражені акцентуації характеру. У чоловіків найчастіше відмічались педантичний $[(32 \pm 3) \text{ \%}]$ та збудливий $[(24 \pm 3) \text{ \%}]$, у жінок – тривожний $[(25 \pm 3) \text{ \%}]$, демонстративний $[(22 \pm 3) \text{ \%}]$ та емотивний $[(19 \pm 3) \text{ \%}]$ типи акцентуацій. Набагато рідше $[(9 \pm 3) \text{ \%}]$ у чоловіків можна було відмітити застрягаючий і в поодиноких випадках дистимічний та афективно-екзальтований типи, тоді як у жінок останні траплялися в (9 ± 3) і (7 ± 3) % відповідно. Ні в кого з обстежених основної групи не виявлено гіпертимної акцентуації характеру, яка спостерігалася у (30 ± 9) % чоловіків і (27 ± 8) % жінок контрольної групи. У решти пацієнтів цієї групи явні акцентуації характеру не визначалися.

Суттєво впливають на розвиток дезадаптації і дисгармонійні риси характеру й особистості. У переважної більшості обстежених нами пацієнтів [у (97 ± 3) % чоловіків та (94 ± 3) % жінок] спостерігалися такі риси характеру, як нереалізм сприйняття дійсності й небажання адаптуватися до неї та оточення, а також риси порушеної самоактуалізації, найчастіше нереалізм самооцінки [у (92 ± 3) % чоловіків та (86 ± 3) % жінок], нерозсудливість, ригідність, неадекватний рівень домагань тощо. Таку негативну роль відігравали й наявні у хворих дисгармонійні риси особистості – найчастіше боязкість [у (63 ± 3) % чоловіків і (76 ± 3) % жінок], у чоловіків також песимізм,

недостатньо усвідомлена життєва позиція та відсутність її затвердження [близько $(58 \pm 3) \%$], у жінок – егоїзм [$(69 \pm 3) \%$]. У жодного з обстежених основної групи не було таких необхідних для адаптації рис особистості, як довірливість, упевненість у собі, терплячість та вольова регуляція поведінки.

У дослідженні емоційного стану хворих з'ясувалося, що практично в усіх обстежених основної групи мав місце високий рівень реактивної тривоги, за винятком хворих зі збудливим типом акцентуації, серед яких у $(32 \pm 8) \%$ він був помірним. Відмічалася чітка залежність рівня особистісної тривожності від існуючої у хворого акцентуації характеру: рівень тривожності був високим у всіх обстежених із тривожною, емотивною, дистимічною акцентуацією, у $(93 \pm 7) \%$ – з афективно-екзальтованою та у $(57 \pm 12) \%$ – із застрягаючою акцентуацією, низьким – у більшості [$(78 \pm 7) \%$] обстежених зі збудливою акцентуацією та помірним – у більшості осіб [$(60 \pm 7) \%$] із педантичною та демонстративною акцентуацією характеру.

Як показали отримані дані, всі показники функціонального стану в жодного з обстежених не досягали норми. Особливо низькими були показники самопочуття в осіб із педантичною, демонстративною, застрягаючою та дистимічною акцентуацією, показники активності в обстежених із дистимічною, тривожною та емотивною акцентуацією, показники настрою у хворих із демонстративною, дистимічною та афективно-екзальтованою акцентуацією характеру. Отже, всі вони були порушені найбільшою мірою за дистимічною акцентуацією характеру.

Вельми показовими є результати вивчення ставлення хворих до свого захворювання та лікування. За результатами дослідження, у чоловіків переважали обсесивно-фобічний та іпохондричний [відповідно (17 ± 3) і $(16 \pm 3) \%$], у жінок – сенситивний, неврастенічний, тривожний та егоцентричний [від (14 ± 3) до $(21 \pm 3) \%$] типи реагування. Дещо рідше і лише в чоловіків зі збудливою акцентуацією характеру відмічалися тривожний, ергопатичний, у решти – анозогнозичний, сенситивний та егоцентричний типи ставлення до хвороби. Чоловіки частіше, ніж жінки, реагували на хворобу за ергопатичним та анозогнозичним

типом. Рідко [від (3 ± 2) до $(5 \pm 3) \%$] і в чоловіків, і в жінок спостерігалися меланхолічний, апатичний та паранояльний типи ставлення до хвороби.

Саногенного мислення, що сприяє зменшенню внутрішньоособистісного конфлікту або не допускає його виникнення, знижує напруженість, дає змогу людині контролювати емоції, потреби та бажання і, відповідно, запобігати психогенним захворюванням, зокрема, невротичним розладам, ми не могли виявити в жодного з обстежених пацієнтів основної групи. Природно, не відмічалася в них гармонійного, спокійно-очікувального ставлення до хвороби і здійснюваної терапії, яке було характерним для пацієнтів контрольної групи.

У всіх обстежених хворих відмічався дисгармонійний – примітивний або невротичний – тип стоматологічної культури, який не сприяв адаптації; у більшості – низький рівень обізнаності в питаннях стоматологічної гігієни і особливо психогігієни, а також неправильна оцінка існуючих у них стоматологічної патології і свого ставлення до неї та необхідного лікування.

Загалом, результати дослідження функціонального, емоційного стану стоматологічних хворих та їхнього ставлення до хвороби свідчать про залежність цих психологічних параметрів від акцентуацій характеру і підтверджують роль виявлених відхилень у генезі порушення адаптації хворих до свого захворювання та його лікування.

Провівши системно-структурний аналіз стоматологічного здоров'я за його компонентами, ми визначили сукупне їх порушення у хворих, що перебували під нашим спостереженням.

Анатомо-фізіологічний компонент був порушений унаслідок існуючого в обстежених стоматологічного захворювання та пов'язаного з ним порушення жувальної функції зубощелепної системи. Порушення психологічного компонента було результатом внутрішньоособистісного конфлікту, пов'язаного з акцентуаціями та дисгармонійними рисами характеру й особистості, що зумовили неправильне ставлення до хвороби та її лікування. Психічний компонент був уражений через наявні у хворих невротичні розлади. Соціально-психологічний компонент був порушений

унаслідок утруднень у спілкуванні через зміни комунікативних: фонетичної, дикційної та естетичної – функцій зубощелепного апарату. Соціальний компонент був послаблений через низьку стоматологічну культуру хворих, її примітивний або невротичний тип і недостатню, а часто й неправильну поінформованість у питаннях стоматологічної психогігієни.

Стрижневим (3-го ступеня) було ураження в усіх обстежених основної групи анатомо-фізіологічного, психологічного та психічного компонентів, соціокультурної складової соціального компонента стоматологічного здоров'я, що стало причиною його порушення й дезадаптації хворих. Порушення соціально-психологічного компонента, а також інформаційно-оцінної складової соціального, що досягало 1–2-го ступенів, призводило до виникнення дезадаптації й посилювало її. У контрольній групі також мало місце стрижнєве ураження анатомо-фізіологічного компонента стоматологічного здоров'я, але воно було ізольованим і не призводило до порушення адаптації.

За визначеними в результаті системно-структурного аналізу закономірностями виникнення та прояву порушення стоматологічного здоров'я виявлено і класифіковано варіанти та клінічні форми дезадаптації хворих зі стоматологічною патологією:

1. Первинна дезадаптація, зумовлена больовим синдромом і порушенням функцій зубощелепного апарату, – $(100 \pm 1) \%$.

2. Вторинна дезадаптація – $(40 \pm 3) \%$:

- змішаний тривожно-депресивний розлад – $(62 \pm 3) \%$;

- порушення емоцій та поведінки – $(21 \pm 3) \%$;

- короткочасна депресивна реакція – $(17 \pm 3) \%$.

3. Третинна дезадаптація – $(60 \pm 5) \%$:

- специфічні (ізольовані) фобії – $(56 \pm 3) \%$;

- іпохондричний розлад – $(44 \pm 3) \%$.

Таким чином, системний підхід до обстеження стоматологічних хворих дає змогу визначити причини, механізми формування та клінічні форми їхньої дезадаптації до свого захворювання та його лікування, а також пов'язаної з нею мікросоціальної й соціальної дезадаптації.

Стоматологічним здоров'ям слід уважати не лише відсутність болю та якихось хворобливих змін у зубощелепній системі. Це інтегральний комплекс анатомо-фізіологічного, психологічного, психічного, соціально-психологічного і соціального компонентів, взаємодія яких забезпечує виконання жувальної та комунікативної (фонетичної, дикційної та естетичної) функцій, даючи психологічне (особистісне) задоволення й функціональний комфорт.

Список літератури

1. Павленко А. В. Профилактика и коррекция адаптационных расстройств в комплексном лечении больных с дефектами зубов и зубных рядов / А. В. Павленко, В. С. Табачникова // Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10, № 2 (37). – С. 235–236.
2. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – К., 2004. – 1062 с.
3. Шевченко Н. Ф. Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим / Н. Ф. Шевченко // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 4. – С. 17–30.
4. Гуменюк Л. Н. Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / Л. Н. Гуменюк, В. А. Рослякова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1–2 (24–25). – С. 103–106.
5. Рекова Л. П. Патогенетические аспекты развития стрессовых реакций у пациентов в клинике хирургической стоматологии и их коррекция / Л. П. Рекова // Матеріали І з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів України. – К., 2009. – С. 253–256.
6. Таравнех Ш. Д. Емоційні розлади у хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки / Ш. Д. Таравнех // Архив психиатрии. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 39–40.

7. Рослякова В. А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области / В. А. Рослякова // Медична психологія. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 85–88.

Ш.Д. Таравнех, В.С. Табачникова, А.М. Кожина, М.В. Маркова

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ФЕНОМЕН ДЕЗАДАПТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Обследовано 300 больных с разной стоматологической патологией. На основе системного, междисциплинарного и интегративного подхода изучены причины, механизмы развития и проявления дезадаптации у стоматологических больных. Разработана система диагностики, основанная на системно-структурном анализе стоматологического здоровья с учетом дезадаптации больных к своему заболеванию и его лечению. Выявлены характерологические и личностные черты, влияющие на развитие дезадаптации, и определены ее клинические формы.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье, дезадаптация, стоматологические больные.

Sh.D. Taravnech, V.S. Tabachnikova, A.M. Kozhyna, M.B. Markova

MODERN VIEW OF THE PHENOMENON OF MALADJUSTMENT DENTAL PATIENTS

The 300 patients with different forms of stomatological pathologies are inspected. Causes, developments' mechanisms and dentist patients' non-adaptation were studied on the basis of system, multidisciplinary and integration approach. There is author's stomatological health description presented in the study. Stomatological health structure is explored, methodology of its systematic analysis. It is shown, that genesis of non-adaptation is mainly influenced by character and personality.

Key words: stomatological health, non-adaptation, dental patients.