

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ И ПРИКУСА (социально-психологический аспект)

В последние десятилетия во всем мире интенсивно растет научный интерес к проблеме качества жизни. В медицине этот показатель становится обязательным компонентом оценки результатов лечения, уровня помощи пациентам, о чем свидетельствует увеличение в литературных источниках соответствующих многоаспектных исследований, изучающих существующие концепции качества жизни (Новик А. А., Попова Т. И), его специфику при разных формах патологии (Вассерман Л. И., Громов С. А., Марута Н. А., Маскутова А. Я., Atkinson M., Zibin S.), особенностей его оценки (Юрьева Л. Н., Семинихина В. Е.), организации мероприятий социальной реабилитации для его улучшения у пациентов (Барановская Л. М., Юдин Ю. Б.), пр. Тем не менее проблема все еще остается недостаточно исследованной, в частности относительно пациентов ортодонтического профиля, в то время как частота и сложность соответствующих аномалий постоянно возрастают под влиянием стойких и практически неизменных патогенетических факторов: экологического неблагополучия, недостаточно качественной воды и продуктов питания, дефицита макро- и микроэлементов, хронических соматических заболеваний, плохой наследственности, редукционных изменений жевательного аппарата. Так, по оценкам отечественных исследователей, только частота патологии окклюзии среди населения составляет сегодня от 40% до 80%, что происходит на фоне высокой стоматологической заболеваемости населения Украины в целом, которая продолжает оставаться одной из актуальных медицинских проблем.

Рассматривая проблему качества жизни пациентов с зубочелюстными деформациями, мы исходим из определения качества жизни, данного ВООЗ — как соотношения культуры, систем ценностей общества с целями самого индивида, его планами, возможностями и уровнем общей устроенности. При этом психическое благополучие (наряду со здоровьем костной ткани — признанным маркером общего

здоровья организма) рассматривается как важнейшая составляющая высокого качества жизни и качества медицинской помощи, что учтено и Всемирной программой сохранения здоровья человечества — «Здоровье для всех в XXI столетии» — и государственными программами — «Здоровье нации на 2002—2011 гг.», «Здоровый ребенок, 2008—2012 гг.».

В связи с этим обозначенные в названии статьи проблемы ортодонтии требуют междисциплинарного рассмотрения, социально-психологического и социологического подходов, поскольку в их призме человек выступает в присутствии ему целостности — как биопсихосоциальное существо, находящееся в постоянном взаимодействии с окружающим. Совершенно оправданно новейший интегральный критерий здоровья с необходимостью включает в себя адаптационные возможности индивида, его способность к достижению динамического равновесия с социальной средой, готовность к адекватным ответам на любые ее запросы и влияния. Социальная же дезадаптация, как показывает практика, оказывается не проблемой отдельного человека, а показателем неблагополучия всего общества.

В лице пациента с рассматриваемыми патологиями, как, впрочем, и во всех других случаях лечебного вмешательства, ортодонт имеет дело с человеком во всей полноте, конкретности и напряженности его жизненных проблем. Сложность в том, что здесь доминантным оказывается постоянное ощущение пациентом своей физической неполноценности, деструктивное чувство невозможности полноты социальной самореализации. Это делает ортодонтию областью высокой психологической и социальной ответственности, отмеченной настоящим гуманизмом и уважением к личности пациента, а ортодонтическое лечение — необходимым условием его полноценного бытия в разнообразных сферах жизнедеятельности.

Как известно, развитие жевательно-речевого аппарата продолжается

от рождения до полного образования постоянного прикуса в возрасте 18—20 лет, а зубочелюстные отклонения являются многопричинными, срабатывая на фоне индивидуальной конституции. Наличие соответствующих изъянов создает почву для постоянной акцентуации личностью сниженного качества ее жизни, что особенно остро выявляется в подростковом возрасте, который некоторые психологи весьма точно называют затянувшимся кризисом. В этот период, когда формируются условия для дальнейшего личностного развития, закладывается база психических, репродуктивных и интеллектуальных возможностей, завершается развитие организма, происходит его качественная перестройка, резко заостряется чувствительность к влиянию факторов окружающей среды, поведенческие реакции становятся неровными, нестабильными. На этом этапе жизни основой социальной адаптации становятся эмоции, гипердинамично реагирующие абсолютно на все.

Благодаря быстрому росту и физиологической перестройке резко повышается интерес к своей внешности. Формируется новый образ желаемого физического «я»; его значимость гипертрофируется, вызывая острые переживания по поводу ее изъянов, как реальных, так и мнимых. Присутствие патологии, внешний дефект, который делает индивида отличным от других, на этапе его личностного становления становится постоянным психотравмирующим фактором, причиной формирования внутренних комплексов, которые приводят к искривленному восприятию реальности и социофобии. Об их нарастании в сегодняшнем мире свидетельствует стремительное увеличение посвященных им исследований, вплоть до разработки методик и тренингов их преодоления, в то время как еще совсем недавно социальная фобия была одним из наименее изученных психических расстройств.

Как отмечают психологи и врачи-психотерапевты, страх общения, манифестирующий эти процессы, возникает

обычно между 15 и 20 годами и, препятствуя нормальному процессу вхождения в общество, может принять затяжную, а в худшем случае — необратимую форму. Подростковый возраст, как период особой концентрации конфликтов, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям, создает для этого благодатную почву.

Присущее личности, находящейся на этапе становления, состояние высокой тревожности не устраняется даже с прекращением актуального стресса, так как затрагивает глубокие личностные комплексы и требует для своей компенсации включения защитных механизмов. При этом общее эмоциональное напряжение может быть выражено так сильно, что само по себе нарушает компенсаторные механизмы, необходимые для его ослабления или позитивного психологического переформатирования, что делает индивида психически уязвимым, остро нуждающимся в корrekтной и благожелательной поддержке извне.

Противоречие между тем, каким хотелось бы быть, и тем, какой ты есть, вызывает страдание. Воля как орудие преодоления трудностей в данном случае преимущественно оказывается бессильной — возникает ситуация перманентного кризиса, что делает невозможной реализацию жизненного замысла.

Воля по своей сути предполагает, как известно, целостного человека; она, как утверждают психологи, служит не отдельной деятельностью индивида, а созданию всего массива его жизни. Понятно, что в случае упомянутой психологической деструкции такой опоры она не имеет — поведение перестает быть волевым, то есть соотносительным со всем смысло-ценностным и темпорально-пространственным миром личности, а сознание прекращает полноценно выполнять главную свою функцию интегрирования жизненных отношений в личностную целостность.

Пребывая в постоянном конфликте с собой, такой индивид чувствует внутреннюю дисгармонию, заблокированность возможностей выражения конструктивных чувств, тревожность и немотивированный страх, чувство незначительности, центрированность на собственных проблемах, пассивность, творческую инертность, блокирование способности к самореализации, трудности адекватной саморефлексии и восприятия объективной реальности и других людей. Нередко, свидетельствуют психологи, это сопровождается эгоцентризмом и агрессивностью. Все упомянутое (в отдельности и совокупности) — достаточное основание для

пополнения индивидом существующих пунктов социального риска.

Выпадение из группы (пространства ролевых игр, которыми моделируется общественное поведение индивида) из-за нарушения обычных стимулов к коммуникации не дает приобрести социальные навыки. Отсюда вынужденное одиночество, избегание любых, даже рутинно-бытовых контактов, а особенно — общения с незнакомыми людьми, публичных проявлений, пребывания в коллективе. Понятно, что это создает трудности в получении образования, профессиональном и карьерном росте, делает проблемными создание семьи. Центр внимания такой личности постоянно смещен к обстоятельствам, вызывающим беспокойство: они воспринимаются с огромной остротой, гиперболизируются, фиксируются мозгом во всех наименьших деталях, вызывают неврозы.

Предполагая негативное мнение о себе со стороны окружающих, такой человек боится любых критических замечаний относительно своего внешнего вида, стремится быть незаметным, избегает самостоятельных решений, заставляя себя жить не в соответствии с собственными потребностями, а подчиняясь вкусам других и, наконец, становится конформным, что, в свою очередь, закрепляет в нем чувство самоуничтожения.

Рассмотренные длительные состояния являются разрушительными для личности, которая до получения первых позитивных результатов лечения чувствует потенциальную или актуальную угрозу удовлетворению своих фундаментальных потребностей. Вот почему подход к пациенту с психологической травмой по поводу его внешности должен быть нестандартным. В стоматологии лечебный процесс обусловлен, как известно, специфическим взаимодействием врача и пациента — результаты лечения в очень большой степени определяются психологическими особенностями каждого из них. Поэтому, кроме профессиональных медико-биологических знаний, умений и навыков, врач должен обладать высокой психологической компетентностью, владеть тактиками общения, определенными личностными качествами. От ортодонта пациент с указанными патологиями требует особой — клиентцентрированной — техники, когда уже в самой позе врача, непринужденных комментариях, доброжелательном опросе выражается реальный, искренний интерес к особенностям личности пациента, к его реакции на имеющуюся патологию, жизненным ситуациям, возникающим в связи с ней, т.е. собственная заинтересован-

ность в эффективном решении проблемы. В этой ситуации врач так или иначе выполняет функцию не только защитника здоровья пациента, но как агента его продуктивной социализации.

Если врач-ортодонт стремится помочь такому сложному пациенту как профессионал, он в своем комплексном лечении, предполагающем влияние на сочетанную патологию (как известно, зубочелюстные аномалии и деформации тесно связаны с патологическими изменениями в других системах), должен предусмотреть обязательную психотерапевтическую коррекцию. Обнаружив у пациента явные нарушения психоэмоциональной сферы или предвидя неизбежность их наличия при имеющейся зубочелюстной патологии, он обязан во что бы то ни стало сохранять способность к сочувствию, подчинять свои спонтанные реакции позитивной программе психологической и профессиональной поддержки.

С первого момента оказания помощи ортодонт призван действовать с позиций понимания того, что пациент, кроме психотравмирующей доминанты, страдает от самой патологии, от болезненных манипуляций, от неизвестных ему процедур и исследований, в конце концов, от незнакомого ему окружения, что эти фобии, если их не преодолеть, обязательно скажутся на психоэмоциональном статусе больного и, как следствие, отрицательно повлияют на динамику и результативность лечения.

Переживания такого пациента часто представляют собой долговременные цепные процессы, на каждом последующем этапе которых врачу приходится иметь дело не только или даже не столько с самими исходными критическими обстоятельствами, сколько с неблагоприятными последствиями предыдущих попыток совладания с ними. И хотя при этом происходит временная и частичная гармонизация сознания, такие длительные состояния являются разрушительными для личности, которая до начала лечения, а, точнее, до получения его первых позитивных результатов ощущает потенциальную или актуальную угрозу удовлетворения фундаментальных потребностей — различных уровней общения, полноценной профессиональной реализации, социализации во всей ее полноте. Постоянно актуализируется внутренняя сложность, которая «оттягивает» на себя значительную часть энергии индивида, внутренне затрудняя его общение и, соответственно, самореализацию. (Этот факт цепного характера процесса переживания должен быть известен врачу, но хотя он не раз отмечался в психологической литературе, по отношению к рассматри-

ваемой нами проблеме теоретически не разработан).

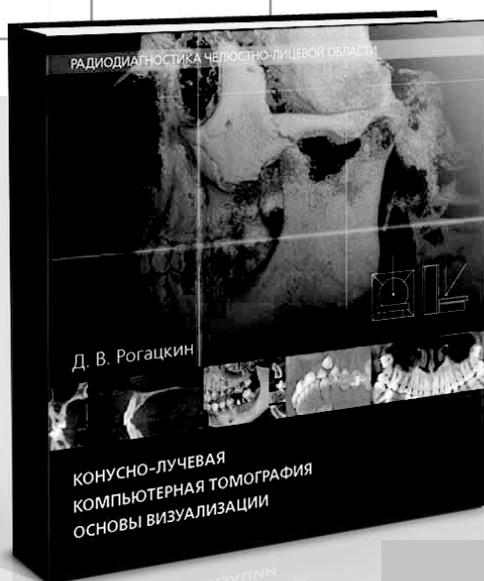
Таким образом, становится понятным, почему в данном случае медицинский патернализм должен быть всеобъемлющим. Благодаря ему создается эмоционально-мотивационная почва, гарантирующая успех практическому врачебному вмешательству, которое, кроме прямо ориентированной

ортодонтической цели, предполагает позитивную трансформацию психоэмоционального статуса пациента, сокращение его проблемно-конфликтных переживаний, формирование у него настоящего оптимистического отношения к собственным планам и будущим событиям. Одновременно с наращиванием такого важного для пациента адаптационного ресурса, появлением у него

ответственного отношения к направленным на него ортодонтическим усилиям, с превращением его в соучастника процесса лечения в нем складываются новые — позитивные — убеждения относительно жизненных перспектив, восстанавливая тем самым его психическое благополучие — важнейшее условие качества человеческой жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусова А. М. Ребенок как пациент: интерпретация социальной роли: Автореферат дис. ...канд. мед. наук. — Волгоград, 2006.
2. Биик Дж. У. Тренинг преодоления социофобии. Пер. с англ. — М., 2003.
3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. — М., 1984.
4. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. — М., 2006.
5. Калініченко Ю. А., Сіротченко Т. А. Взаємозв'язок та взаємовплив стоматологічного та соматичного здоров'я дітей та підлітків як сучасна медико-соціальна проблема // Здоровье ребенка. — 2010. — №3. — С.71-74.
6. Максимова С. М., Кононова Т. И., Фаннуш Т. В., Максимова Н. В. Актуальные вопросы физического и психического развития детей и подростков в современных условиях. Возрастные кризисы // Здоровье ребенка. — 2009. — №3. — С.68-73.
7. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л.Шевченко. — М., 2007.
8. Носачев Г. Н., Дубицкая Е. А. Представление общества о депрессии, психиатрии и психиатрах // Социальная медицина. — 2009. — №2(15). — С.13-16.
9. Решетников А. В., Ефименко С. Е. Социология пациента. — М., 2008.
10. Сіротченко Т. А. Кризові стани у дітей та підлітків та особливості виявлення контингенту кризових категорій // Український медичний альманах. — 2000. — Т.3, №2. — С. 150-151.
11. Фирсова И. В., Михальченко Д. В., Малюк А. В. Комплаентность пациента в стоматологической практике // Социальная медицина. — 2009. — № 1(14). — С.20-23.
12. Ajzen I. // Action Control: From Cognition to Behavior // Eds. J. Kuhl, J. Bechmann. — N.Y., 1985.
13. Rangell L. The scope of intrapsychic conflict: microscopic consideration. — The psychoanalytic study of the child. — N.Y., 1963, vol.18.



Для профессионалов,
которые не останавливаются на достигнутом

Новая книга Д. В. Рogaцкого «Кonusно-лучевая компьютерная томография. Основы визуализации» из цикла «Радиодиагностика челюстно-лицевой области» (148 с., 235 илл.).

Книга известного специалиста станет незаменимым помощником стоматолога в усовершенствовании навыков радиодиагностики челюстно-лицевой области, определяя ряд основных алгоритмов и способов визуализации патологии структур.

Способствуют восприятию материала клинические примеры КТ исследований при различных стоматологических патологиях, а также приведенные распространенные артефакты и способы их устранения, принципы работы томографов и др.

Книга предназначена для врачей-стоматологов, оториноларингологов, рентгенологов и врачей других специальностей, интересующихся радиодиагностикой челюстно-лицевой области.

Тал Дент
ВИДАВНИЦТВО

По вопросам приобретения обращайтесь:

СП «Промед»
тел. 0(44) 278-73-64

«Дентальное депо»
тел./факс 0(44) 361-81-16

ФЛ-П Сидоренко В.С.
тел. 0(67) 449-31-24