

В.Г. Бургонський¹, С.В. Бургонська²

Зміни стресостійкості як передумова психосоматичних порушень у стоматологічних хворих

¹Інститут стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

Мета дослідження: визначити зміни стресостійкості, як передумови психосоматичних порушень у стоматологічних хворих на прикладі хворих із захворюваннями парадонту та каріозною хворобою.

Методи дослідження. Опитування та анкетування лікарів та хворих на клінічній базі кафедри стоматології Національної Медичної Академії Післядипломної Освіти імені П.Л. Шупика.

Результати дослідження. Виявлена наявність статистично значимих відмінностей в суб'єктивній оцінці досліджуваними ставлення до стресової ситуації та об'єктивній оцінці лікарів ставлення до стресової ситуації досліджуваними.

Висновки. Емпіричне дослідження показало, що переживання стресу у психосоматичних хворих є диференційованим навіть в специфіці одного захворювання.

Ключові слова: стрес, стресостійкість, стоматологічні хворі, захворювання парадонту, каріозна хвороба, психологічна корекція.

Тема стресу є дуже актуальною в наші дні. У повсякденному житті людини вона пов'язана з відповідальною та складною роботою, фізичною напругою, сімейними проблемами чи смертю близької людини, забрудненням навколишнього середовища тощо.

За останні тисячоліття спосіб життя людини суттєво змінився, проте основні фізіологічні реакції організму залишилися на тому ж рівні. У наш час людина хворіє і вмирає в основному від хвороб, в основі яких лежать неправильний спосіб життя, важкі переживання, глибоке й невідступне почуття незадоволеності, страхи, психічна травматизація. Усі ці чинники призводять до виникнення стресів.

Стрес багатолікий у своїх проявах і може спровокувати початок практично будь-якого захворювання. Саме через це представники різних наукових дисциплін інтенсивно досліджують стрес і його значення для хворої і здорової людини [9]. Важливе значення має виявлення розладів психічної адаптації на донозологічному етапі, що можна використовувати для своєчасного проведення заходів із профілактики клінічно виражених психічних і психосоматичних порушень.

Більшістю дослідників стресостійкість розглядалась як генетично успадкована властивість людини, що закономірно визначило розробку відповідних методів її дослідження та способів оцінки. Однак результати досліджень останніх років показують, що стресостійкість також формується у процесі діяльності, залежить від здатності людини адаптуватись і змінювати себе та від уже наявного соматичного захворювання.

Стресостійкість і її зв'язок із психосоматичними захворюваннями

У даний час стало модним замість терміна «емоційне напруження» вживати термін «стрес». Як зазначає Ю.Г. Чирков, стрес суперечливий, невловимий, туманний. Він важко вкладається у вузькі рамки визначень. Його слабкість – у невизначеності, розпливчастості меж. А це завжди загрожує втратою суті явища, появою плутанини у використанні самого терміна, виникненням невиправданих дискусій із приводу його природи [23].

Очевидно, уперше термін «стрес», що означає не що інше, як напругу, згадується в 1303 році у вірші Роберта Маннінга «Handling Synne»: «І ці муки були манною небесною, яку Господь послав людям, які перебувають у пустині сорок зим і знаходяться у великому стресі».

У перекладі з англійської слово «стрес» означає тиск, натяг, зусилля, а також зовнішній вплив, що створює цей стан. Стрес, що викликає негативні емоції, називається «дистресом», позитивні емоції – «еустресом». У 1936 році в журналі «Nature» канадський фізіолог Ганс Сельє опублікував коротке повідомлення під назвою «Синдром, що викликається різними шкідливими агентами». Будучи ще студентом, Г. Сельє звернув увагу на те, що різні інфекційні хвороби починаються однаково: це підйом температури, слабкість, болі в суглобах, ломота, озноб. Експерименти підтвердили, що не тільки інфекції, а й такі шкідливі фактори, як охолодження, опіки, поранення, отруєння, поряд із суто характерними тільки для них наслідками викликають ряд однотипних біохімічних, фізіологічних і поведінкових реакцій [17].

У 1956 році, через двадцять років після своєї першої публікації, Г. Сельє дав таке визначення стресу: «Неспецифічна відповідь організму на будь-яку вимогу, яка до нього пред'являється». Це означає, що в різних екстремальних ситуаціях зовні поведінкова відповідь особистості кожної людини буде різною, у той час як внутрішня фізіологічна відповідь буде однаковою й виразиться у трьох стадіях розвитку стресу.

Провідну роль у розвитку загального адаптаційного синдрому, на думку Сельє, відіграє ендокринна система, зокрема гіпофіз.

Як указує А.А. Віру, в окремих працях вітчизняних учених розкрито механізми неспецифічної адаптації. Стрес виражається загальним адаптаційним синдромом, що проявляється незалежно від якості патогенного фактора (хімічний, термічний, фізичний) і має певні стадії:

1. Реакція тривоги, під час якої опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а згодом включаються захисні механізми («фаза протишоку»).

2. Стадія стійкості (резистентності), коли за рахунок напруги функціонуючих систем досягається пристосування організму до нових умов.
3. Стадія виснаження, в якій проявляється неспроможність захисних механізмів і наростає порушення узгодженості життєвих функцій.

Першим спробував розмежувати фізіологічне і психологічне розуміння стресу Р. Лазарус [24]. Він висунув концепцію, згідно з якою розмежовуються фізіологічний стрес, пов'язаний із впливом реального фізичного подразника, і психічний (емоційний) стрес, пов'язаний з оцінкою людиною майбутньої ситуації як загрозової, важкої. Однак такий поділ теж досить умовний, тому що у фізіологічному стресі завжди є елементи психічного (емоційного), а при психічному стресі не може не бути фізіологічних змін. Мова, отже, повинна йти скоріше про причини, що викликають стрес (фізичні і психологічні), ніж про відмінності у видимих змінах в організмі.

У цьому відношенні більш правомірна позиція В.Л. Марищука, який вважає, що будь-який стрес є й фізіологічним, і психічним (емоційним) [13].

Природним є прагнення дослідників знайти якісь межі стресу як психічного (емоційного) напруження. На думку Л. Леві, емоційний стрес можна розглядати як ділянку своєрідного континууму емоційних станів, нижньою точкою якої є невеликі зрушення фізіологічного гомеостазу в умовах повної байдужості. Приємні й неприємні емоції супроводжуються змінами рівнів фізіологічного гомеостазу [12].

У стресовому стані, як зазначають С. Майер і М. Ланденслер, в організмі виробляється гормон кортизол, який сприяє появі додаткової енергії (за рахунок розщеплення білків) і підтримує рівень артеріального тиску, однак він послаблює імунітет. Звідси у стані стресу або після нього люди часто хворіють на застуду, грип і т. п. [28].

У зв'язку з цим казати про те, що стрес корисний для організму, навряд чи правомірно, якщо мати на увазі дійсно загрозовий рівень емоційної напруги, а не рівень, що знаходиться в межах норми й не представляє жодної небезпеки. Однак стрес не слід обмежувати й рамками патології, на що звертають увагу В.Я. Апчел і В.М. Циган [3].

У загальному вигляді причиною стресу, за А. Уелфордом [29], є невідповідність можливостей організму висунутим до нього вимогам, наприклад, при високій емоційній насиченості діяльності, тобто великій кількості емоціогенних ситуацій [4]. За П. Фресс, стрес також можуть викликати особисті й соціальні конфлікти, що не знаходять вирішення [22].

Соколова Є.Д., Березін Ф.Б., Барлас Т.В. ділять клінічні явища, зумовлені психічним стресом, на:

- гострі стресові реакції, які виникають після сильного травматичного переживання виключно загрозового характеру й завершуються протягом днів, а іноді й годин;
- посттравматичні стресові розлади, які представляють собою затяжну, безпосередню або відстрочену реакцію на подібного роду переживання;
- реакції адаптації, при яких простежується чіткий зв'язок (у тому числі й тимчасовий) зі стресовою подією, що тягне за собою більш-менш виражену життєву зміну;
- невротичні стани та особистісні декомпенсації, при яких зазвичай проявляється залежність від повторного або хронічного впливу стресорів («життєвих подій»), важко вирішуваних емоційних проблем, інтрапсихічних конфліктів, тривалого наростання фрустрації та психічної напруги.

При невротичних станах та особистісних декомпенсаціях роль попереднього досвіду й особливостей особистості, які визначають індивідуальну уразливість, найбільш виражена. Значення емоційного стресу при цих станах очевидне, оскільки стрес не пов'язаний з однією конкретною та явною ситуацією, а реалізується в більш широкому життєвому контексті [18].

Причиною виникнення емоційного стресу можуть бути як позитивні, так і негативні події. С.А. Разумов розділив стресори, які безпосередньо чи опосередковано беруть участь в організації емоційно-стресової реакції в людини, на чотири групи:

1. Стресори активної діяльності (екстремальні стресори, виробничі стресори, стресори психосоціальної мотивації).
2. Стресори оцінки діяльності («старт»-стресори і стресори пам'яті, перемог і поразок, видовищ).
3. Стресори неузгодженості діяльності (роз'єднання, психосоціальних і фізіологічних обмежень).
4. Фізичні та природні стресори [3].

Тут слід зазначити, що сам факт впливу ще не означає виникнення стресу. Найбільш важливу роль у механізмі розвитку емоційного стресу відіграють первинні розлади в передньому відділі гіпоталамусу, базально-латеральній ділянці мигдалин, перетинці й ретикулярній формації. Саме неузгодженість діяльності в цих структурах призводить до зміни нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту.

Виходячи з уявлень П.К. Анохіна, стресові ситуації з найбільш потужними психосоматичними наслідками виникають на основі захисного збудження та довільного пригнічення його моторних проявів, що принципово схоже з невідреагованими емоціями людини, і що поняття «стрес» включає всю суму реакцій організму на нанесення надзвичайного роздратування [1].

Виникає запитання: які зрушення можна вважати стресовими, а які ні? І які існують можливості адаптації організму людини?

В.Л. Марищук вважає, що стресом можна назвати лише такий стан, що характеризується значущим викидом стероїдних гормонів (не менш ніж на величину ймовірного відхилення від вихідних показників) [14]. Слід усе-таки визнати, що будь-яка встановлена дослідниками межа буде умовною, оскільки не можна забувати, що стрес – це напруга, а остання має тільки ступінь вираженості.

Спираючись на накопичені суспільством знання, пізнавши об'єктивні закономірності й суть явищ зовнішнього світу, людина може пристосовувати до них себе чи їх до себе. Опанування людиною ідеології або громадської психології, яка панує в суспільстві, у тому чи іншому класі, дозволяє їй адаптуватись до їх вимог.

Таким чином, можна сказати, що адаптація – це здатність до пристосування й виживання для забезпечення життя в усіх рівнях складності. Це основа підтримання сталості внутрішнього середовища та опору стресу. Як вважає Г. Сельє, є два способи виживання – боротьба й адаптація. Але найчастіше більш упевнено веде до успіху саме адаптація. Отже, можна сформулювати, що стресостійкість – психофізичний стан людини, який забезпечує оптимальну адаптацію до екстремальних умов і дозволяє вирішувати покладені на неї службові та побутові завдання без утрат (фізичних і психічних), тобто перебуваючи у стані психофізичної рівноваги.

Стресостійкість – це загальна якість особистості, яка характеризується здатністю протистояти стресовим факторам за період часу, необхідного для створення нових умов, в яких даний стресор не буде загрозовим [2].

Стресостійкість забезпечує високу ефективність діяльності і зберігає здоров'я людини. У ситуаціях можливого виникнення стресу треба визначити додаткові шляхи виходу зі стресових ситуацій. Стресостійкість буде забезпечувати високу ефективність діяльності та сприятиме збереженню здоров'я людини, якщо вона буде креативно мислити при вирішенні своїх проблем.

О. Кочарян, В. Мозговой запропонували структурний підхід до аналізу феномена стресостійкості. Вони розглядали стресостійкість як особистісний симптомокомплекс, що має певну структурну організацію, яка розвивається в онтогенезі та проявляє девіації при різноманітних патологічних станах. Специфічними ознаками відсутності стійкості до стресів є: низька диференційованість, зниження адаптаційного потенціалу, збереження біполярної структури організації факторів тощо [11].

Отже, поняття стресостійкості, як ми бачимо, пов'язане із психосоматичними хворобами.

Тривалий час проблема психосоматичних розладів розроблялась в основному послідовниками З. Фрейда, які пропонували психогенетичне трактування цих станів, ґрунтуючись на психоаналітичній концепції. Останнім часом ці завдання все частіше вирішуються з позицій психосоматики. Поняття «психосоматичні розлади» слід використовувати для тих розладів функцій органів і систем, у походженні й перебігу яких провідна роль належить впливу психотравмуючих чинників (накопиченню негативних емоцій). Ці розлади, як зазначає Д.М. Ісаєв, є хворобами адаптації (цивілізації). Їх нерідко називають також стрес-залежними, що підкреслює важливу роль у походженні психосоціальних впливів [8].

Патогенез психосоматичних розладів складається із значної кількості факторів:

- Неспецифічної спадкової та вродженої завантаженості соматичними порушеннями й дефектами.
- Спадкової схильності до психосоматичних розладів.
- Змін у ЦНС, що призводять до нейродинамічних зрушень.
- Особистісних особливостей.
- Психологічного та фізичного стану під час психотравмуючих подій.
- Тла несприятливих сімейних та інших соціальних факторів.
- Особливостей психотравмуючих подій.

Перераховані фактори не тільки беруть участь у генезі психосоматичних розладів, але кожний окремо або в різних комбінаціях роблять людину уразливою до емоційних стресів, ускладнюють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення й обтяжують упродовж тривання соматичних розладів.

Основа розвитку захворювання при тривалому стресі – тривалий вплив гормонів, які беруть участь у формуванні стрес-реакції й викликають порушення в обміні ліпідів, вуглеводів, електролітів. Короткочасна й гостра дія стресу призводить до підвищення адаптивних здібностей, однак передбачувана реакція «битва-втеча» не відбувається, що чинить негативний вплив.

Таким чином, надлишок негативних емоцій, переживання невизначеності, зайве психоемоційне напруження є патогенними факторами, що супроводжують виникнення й розвиток психосоматичної патології.

Внутрішня картина хвороби психосоматичного хворого

Внутрішня картина хвороби – структуроване утворення суб'єктивної сторони захворювання, що включає різні рівні відображення хвороби у психіці суб'єкта. А.Р. Лурія ввів термін в розвиток ідей А. Гольдштейна

про «аутопластичну картину захворювання» – суб'єктивний компонент загальної картини соматичного захворювання. Поряд з об'єктивно виявленими змінами та пов'язаними з ними відчуттями велика зона психічної активності хворої людини починає фокусуватись на стражданні.

Внутрішня картина хвороби – це сукупність не тільки емоційних порушень, а й певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби.

Ставши фактом свідомості, алопластична об'єктивна картина хвороби (відображає функціональні та органічні зміни, пов'язані із захворюванням) з неминучістю починає підкорятись і законам суб'єктивності. Внутрішня картина хвороби не є калькою алопластичної й не завжди збігається з нею. Хвороба набуває для пацієнта свій психологічний сенс. Д. Ліповскі вивчає такі типи реакцій на інформацію про захворювання («значення хвороби»):

- хвороба-загроза (реакції – протидія, тривога, догляд, боротьба);
- хвороба-втрата (реакції – депресія, іпохондрія, розгубленість, горе, спроба привернути до себе увагу);
- хвороба-виграш (реакції – байдужість, життєрадісність, ворожість по відношенню до лікаря);
- хвороба-покарання (реакції – сором, пригніченість, гнів).

Внутрішня картина хвороби – «продукт» власної активності суб'єкта, формується у своїх більш-менш розгорнутих формах при будь-якому захворюванні. Це основний комплекс вторинних, психічних за своєю природою симптомів захворювання, який у ряді випадків може ускладнювати перебіг хвороби, перешкоджати успішності лікувальних заходів і гальмувати хід реабілітаційного процесу. Він може сам по собі стати джерелом стійкої інвалідизації пацієнта.

Традиційно в медичній психології аналізуються чотири рівні внутрішньої картини хвороби:

- 1) чуттєвий, рівень відчуттів;
- 2) емоційний, пов'язаний з різними видами реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому та його наслідки;
- 3) інтелектуальний, пов'язаний з поданням, знанням пацієнта про своє захворювання, роздумами про її причини та можливі наслідки;
- 4) мотиваційний, пов'язаний з певним ставленням пацієнта до свого захворювання, зі зміною поведінки та способу життя в умовах хвороби та актуалізацією діяльності з повернення та збереження здоров'я. Між цими компонентами можливі різні співвідношення.

Виділяють такі типи соматозогнозій (ставлення до хвороби):

- нормосоматозогнозія (адекватна оцінка хворим свого стану й перспектив одужання);
- гіперсоматозогнозія (переоцінка значущості як окремих симптомів, так і хвороби в цілому);
- гіпсоматозогнозія (недооцінка важкості й серйозності свого захворювання та його окремих ознак);
- діссоматозогнозія (заперечення хворим наявності в себе хвороби та її симптомів);
- патологічні реакції на свою хворобу, що не піддається корекції (депресивна, тривожно-депресивна, фобічна, істерична, іпохондрична, анозогнозія); триває від кількох годин до кількох тижнів.

При хронічному перебігу хвороби можливе переростання патологічної реакції в патохарактерологічний розвиток особистості.

Психосоматичні причини й пояснення каріозної хвороби та захворювання пародонту

Психосоматичні порушення виникають під явним чи прихованим впливом психічного фактора, від ступеня впливу якого залежить вираженість симптоматики. Ця симптоматика добре реагує на психотерапію й погано – на ліки [19].

Слово «психосоматичний» уперше вжив англійський поет і літературний критик Семюел Колрідж у своєму есе про емоції. У 1811 р. він уточнив це поняття: «Те, що я висловлюю своїм настроєм або, швидше, витісняю в несвідоме, це безперечно дія, уся сила котрої спрямована на моє тіло». Ідею психосоматики Колрідж привіз із подорожі по Німеччині, де він відвідував наукові семінари [19].

За даними різних авторів, психотерапевтичної допомоги потребують до 90 % соматичних хворих. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я в 1999 році виявили, що від 30 до 40 % пацієнтів, які звертаються до лікарів-інтерністів, потребують не терапевтичної допомоги, а психотерапевтичної, і, за їхніми прогнозами, кількість таких пацієнтів до 2020 р. зростає вдвічі. Причому якщо в західних європейських країнах у даний час виявляється 35–40 % дітей з нервово-психічними та психосоматичними розладами, то, наприклад, у Росії – 68 %. На жаль, суспільство й медики оцінюють соматичні захворювання як більш важливі [19].

Так складається, що людина з дитинства привчається ігнорувати свої душевні переживання й починає очікувати уваги та пільги за наявності соматичних розладів. У Росії, незважаючи на існування відповідної законодавчої бази, зовсім недостатньо фахівців та установ психосоматичного профілю, практично не ведеться профілактична робота з населенням. В Україні ця ситуація не краще. Професіонали та організації медичної допомоги продовжують ігнорувати специфіку психосоматичних хворих.

Разом з тим, на думку Ю.М. Губачова, найбільше патогенне значення для розвитку психосоматичних розладів має накопичення переживань неуспіху, невдачі, почуття власної неспроможності, втрати, очікування неминучої відплати або неприємного наслідку будь-якого вчинку [7].

Роль певних невідреагованих емоцій у розвитку психосоматичних розладів доведена і в інших роботах [19].

Про виразність психічного фактора, за Е.А. Некрасовою, свідчить сукупність таких ознак:

- Захворювання починається після психічної травми.
- Симптоми реагують на життєву ситуацію: посилюються у важких обставинах і слабшають у благополучних, раптово з'являються й раптово зникають.
- Симптоми швидко змінюють один одного, змінюється місце прояву страждання (наприклад, болі, що блукають по тілу – колючі, ниючі, сильні, слабкі, які можуть змінюватись тяжкістю за грудиною).
- При тілесно-орієнтованому обстеженні (аналізи, ЕКГ, ЕЕГ, комп'ютерна томографія та інше) не виявляється достовірних відхилень від норми.
- Тілесно-орієнтоване лікування (у тому числі в різних фахівців) не дає ефекту [15].

В.Д. Тополянський і М.В. Струківська підкреслюють емоційний інфантизм психосоматичних хворих, для яких характерні бурхливі афективні реакції, що відповідають лише одній, непропорційно вираженій потребі даного моменту. Це створює гостре протиріччя з основними інтересами особистості. І якщо жодна з низки негативних емоцій не отримує домінуючого значення, виникають амбівалентні почуття, й емоційний

конфлікт наростає. Особистісні розлади виявлені у 61 % психосоматичних хворих (значно частіше, ніж у соматично хворих) [21].

Більшість авторів зазначають, що психосоматичні хворі соромляться проявляти свої емоції, особливо агресивні. Їм властиві надмірний емоційний контроль, який допомагає приховувати власні потреби, залежність, розчарування, гнів, а також усвідомлення своєї безпорадності й переживання ворожих почуттів до себе. Вони відрізняються відповідальністю, розвиненим почуттям обов'язку, гіпертрофованою прихильністю до морально-етичних норм. Для них характерні виражене честолюбство, прямотинність, безкомпромісність, педантизм. Ці люди насилу пристосовуються до нових життєвих ситуацій, у край вразливі й образливі, проявляють тривожну недовірливість у ситуаціях реальної чи уявної загрози або невдачі, а в ситуаціях виклику та загрози демонструють пасивно-оборонну поведінку. Через постійний контроль їх руху набувають відтінок скрутності, «дерев'яності», мова стає монотонною й одноамантною.

Хафен і співавтори, узагальнивши наявні в літературі клінічні та наукові дані, перераховують соматичні захворювання, на походження, загострення та протікання яких впливають психологічні чинники. Це алергія, артрити, астма, безсоння, болі у спині, гіпертонія, головні болі, діабет, алкоголізм і наркоманія, порушення менструального циклу, ускладнена вагітність, карієс і запалення ясен, застуда та інші інфекційні захворювання, рак, розлади харчування, сексуальні дисфункції, синдром подразненого кишківника, випадкові травми, повільне загоєння хірургічних швів, виразка шлунка [10].

За Demmel H.J., стоматологія також підпорядковується принципу компліментарності: кожне захворювання має соматичну та психічну складові [25].

На думку Demmel і Lamprecht, Sergl (1968), Fuchs (1983), стоматологічна патологія може також обумовлюватись або посилюватись психікою [27]. Raetzke описує морфологічні зміни тканин ротової порожнини при стресі [26]. Біопсихосоціальна концепція Adler R. і Nembler W. відкриває психотерапевтичні можливості у практиці стоматолога [24].

Н. Віторська у своїй книзі «Причини хвороб і витоки здоров'я» дає таке пояснення каріозної хвороби: карієс – це захворювання, що характеризується прогресуючим руйнуванням твердих тканин зуба [5]. Мікрофлора зубного нальоту пошкоджує органічну основу емалі, яка при цьому втрачає здатність засвоювати мінеральний субстрат. Утворюється каріозний дефект. Стійкість до карієсу зумовлюється структурою емалі, що залежить як від умов формування зубів, так і від стану місцевого імунітету порожнини рота. Мінеральний обмін в організмі залежить від ставлення людини до навколишньої матерії, що обумовлено її світоглядом. Якщо людські думки руйнівні діють на навколишній простір, підточують підвалини побудови життя, вносять хаос у нього, порушують гармонію навколишнього світу, то ймовірність порушень у побудові власного тіла (опорно-рухової системи) різко зростає. Порушується фосфорно-кальцієвий обмін, відповідальний за нормальну м'язову діяльність і структуру кісток. Такі психічні явища, як незадоволення навколишнім світом, критицизм, негативізм і крайні ступені їх прояву – скептицизм і нігілізм (повне заперечення всього), підривають основи творчого начала в людині, творчого підходу до дійсності, що на клітинному рівні виражається в порушенні побудови скелета. Крім того, до руйнування структури зуба ведуть нестача визначеності та твердості, відсутність системного світогляду, що керує

практикою життя кожного дня, прийняття на себе труднощів і жалю до себе замість того, щоб їх долати. Ранній прогресуючий карієс у дітей пов'язаний з поведінкою батьків і спотвореннями в їх світогляді.

Автор дає такі рекомендації цим хворим: не допускати негативних думок, шукати в усьому позитивні моменти; цінувати свої переваги й намагатись не приділяти надмірну увагу своїм недолікам; проявляти творчий підхід до будь-якої справи; брати участь у громадському житті колективу, покладаючи на себе відповідальність за певний фронт роботи; навчитись доводити будь-яку справу до реального результату (видимого для інших).

Що стосується пародонтиту, то Н. Віторська пояснює його так: це прогресуюча атрофія кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп. Ясна символізує опору людської життєздатності – впевненість у собі, яка заснована на розумінні своєї місії, сенсу свого життя. Упевненість у своїх діях допомагає зайняти активну позицію при вирішенні життєвих проблем. Віра в успіх своєї справи служить опорою в житті людини точно так само, як ясна служить опорою для зубів. Кровоточивість ясен символізує втрату життєвої енергії через невпевненість у своїх силах.

Основними ланками патогенезу пародонтиту є розлад місцевого кровообігу, ендокринні порушення та інше. Функції зубощелепної системи за канонами східної медицини пов'язані в основному з активністю енергетичних центрів аджна й вішудха, які корелюють зі світоглядними аспектами психіки, з дотриманням загальних законів моральності та моралі у щоденному житті, із громадською активністю й умінням створити навколо себе творчі стосунки. Становлення світогляду повинно супроводжуватись застосуванням у житті пізнавальних закономірностей. Якщо ломка старих стереотипів, догм та установок відбувається швидше, ніж людина встигає навчитися жити за новими законами та втілювати пізнане в житті кожного дня, виникає вкрай нестійкий стан, який можна порівняти з польотом у повітрі, коли з-під ніг летить вибитий ґрунт. Відбувається розрив між високими прагненнями та реальними можливостями і справами людини. Невипадково кажуть, що благими намірами вистелена дорога в пекло. Не завжди людина готова до радикальних змін у своєму звичному житті, хоча розуміє їх необхідність. Більше за всіх постраждає той, хто знає й нічого не робить, хоча також не треба забувати, що незнання закону не звільняє від відповідальності.

Розхитування й випадіння зубів аналогічні розхитуванню та краху засад та ідеалів особистості. Часта зміна ідеалів, нестійкість поглядів служать психічним еквівалентом вивиху зубів з альвеолярних лунок. Якими ж є причини цього захворювання? Автор пропонує таку відповідь: поверховість натури, нестача критичності, легка сугестивність, схильність до чужого впливу, прийняття всього на віру і, як наслідок, категоричність у судженнях і нестійкість світогляду (усе це пов'язано з недостатнім застосуванням на практиці пізнаних закономірностей); насильницькі спроби коригувати погляди інших людей у відповідності зі своїми; нерозуміння істинної єдності існуючого в різноманітності; недостатнє використання творчих здібностей у колективній творчості.

Ось рекомендації, які Н. Віторська дає таким хворим: виховання в собі внутрішньої стійкості, здорової критичності; поступова відмова від застарілих поглядів без категоричного заперечення попередніх помилок вони необхідні кожній людині для росту й розвитку. Перш ніж затвердитись у будь-якій думці, переконайтеся, чи відповідає воно універсальним закономірностям

розвитку. Не засуджуйте інших людей в їхньому невданні. Вони всього лише знаходяться на певній стадії розвитку, відмінній від вашої. Краще допоможіть їм у піднятті планки їх ідеалів. Намагайтесь уникати нав'язування своєї думки іншим. У відносинах з людьми більше покладайтесь на взаємодопомогу, взаємовиручку та взаєморозуміння. Спробуйте усвідомити глибинну суть суспільних відносин, необхідність колективної інтеграції для розвитку кожного. Активно проявляйтесь у громадській діяльності, усвідомлено стимулюючи себе й оточуючих до творчої співпраці [5].

Н. Пезешкіан під карієсом розуміє процес гниття, при якому руйнується спочатку тверда речовина зуба, а потім і його внутрішня частина. Пародонтитом він називає хворобливий стан зубного ложа, що веде до розхитування зубів [16].

Автор звертає увагу на те, що при стресі не тільки зменшується утворення слини, а і змінюється її склад. Захисні фактори слини людини проявляються при стресі у значно менших концентраціях, ніж при спокійному стані, у результаті чого протидія карієсу знижується. Депресії, тривога, різні захворювання та лікарські препарати також змінюють слиноутворення. Пацієнт намагається перебороти конфлікти, підключаючи всі сили у сфері розум/діяльність, причому не використовує можливості у сферах тіло/відчуття, контакти й фантазії. Увага, яку приділяли своєму власному організму, своєму благополуччю та догляду за ним батьків, коли пацієнт був дитиною, часто була мінімальною. Замість відкритого висловлювання агресії по відношенню до інших передбачалися «скрегіт зубами» та закритий рот. Поряд з функціональним значенням бездоганний прикус відіграє велику роль у самооцінці. Зуби мають також значення зброї (кусатись; показувати кому-небудь зуби; розтрощити, стерти в порошок; скалити зуби).

Актуальна здатність, яку необхідно набутися й акцент на якій робить автор, – це «єдність»: здатність інтегрувати прояв актуальних і базових здібностей, систему цінностей і переживань. Ця психічна цілісність є цілісністю особистості, яка має на увазі здатність певний час інтегрувати функції, якості та потреби організму. У найвищому розвитку вона стає «універсальною єдністю», котра передбачає вміння взаємодіяти з різними людьми, соціальними групами, способами існування й силами. Цілісність особистості, яка включає також самосприйняття, залежить від актуальних і базових здібностей і переживань, пов'язаних з ними.

Автор дає пораду про те, як ми можемо спитати хворого, щоби зрозуміти наявність цієї здатності: чи задоволені ви своїм зовнішнім виглядом, станом здоров'я, своїми фізичними можливостями? Чи задоволені ви собою, своїми якостями та здібностями? У чому ви бачите сенс свого життя: в особистому добробуті, сім'ї, у благополуччі, наприклад, національної групи, усього людства, у кращому майбутньому? Чи є у вас відчуття згоди із самим собою? Є у вас відчуття єднання, спільності з навколишнім світом чи ви протистоїте йому? Чи відчуваєте ви, що ваші батьки приймають вас у всіх особистісних проявах? Якщо ні, то яким особистісним сферам приділяється більша увага, а яким – менша?

Синоніми єдності: спільна діяльність, інтеграція, ідентичність, єдність, єднання, взаємозв'язок, єдність, синтез. Утрата єдності – дезінтеграція, деперсоналізація, односторонність, іпохондричне самостереження, професія як мета життя, «втеча» у фантазії, у майбутнє, заботи, криза ідентичності, тоталітаризм, ідопоклонство.

Поведінка і взаємозв'язок із захворюванням, які виділяє Н. Пезешкіан: усе, що ми робимо, взаємопов'язано з усім тим, що нас оточує, навіть якщо ми не

хочемо з цим рахуватись. Виникає безліч сполучних ниток, які в певній ситуації можуть призводити до єдності. Терапія – це не тільки знищення порушення, а й відновлення єдності, цілісності. Хвороба, горе, криза – це не універсальні порушення, а розлади в окремих сферах.

Автор згадує такі прислів'я й народну мудрість, пов'язану зі стоматологічними захворюваннями: не розкривати рот; зціпити зуби; скреготати зубами; показувати кому-небудь зуби; в зубах нав'язло; прогризати собі шлях [16].

М. Воронов у своїй книзі «Психосоматика» пропонує таке пояснення захворювань пародонту: в основі клінічної картини захворювання – погіршення кровопостачання ясен, тобто спазм судин – симпатична реакція.

Коли тварини-хижаки захоплюють об'єкт зубами, цей об'єкт часто буває надзвичайно інфікованим, а проникнення великої кількості інфекції у кров може бути небезпечним. Тому реакції експансії (битва або їжа) викликають спазм судин ясен, пише автор [6].

Існує такий вислів «людина з чорними яснами», це метафора, яка характеризує дуже злу людину. Тут не тільки спазм, при якому ясна повинні побіліти, а й більш глибокий процес – потемніння тканин унаслідок їх деградації й розпаду. Автору зустрічалась людина, дуже зла за своєю природою, забійник худоби за фахом, який після нападу люті клаптиками випльовував шматки слизової ясен.

У сучасної людини багаторазово протягом дня реакції боротьби або бігу (експансії) не наступають, закінчуються стадією демонстрації (пригнічена агресія) або не закінчуються нічим. Не витрачений адреналін постійно судозвужуюче діє на судини обличчя та ясен. Ми бачимо навкруги все менше рум'яних облич, яскраво-рожевих ясен. Погіршення кровопостачання ясен призводить до того, що тканинний імунітет падає. В ясенних кишнях розвивається інфекція, і оскільки цей процес нереалізованої боротьби йде безперервно все життя, то й пародонтит переслідує людину все життя, до останнього зуба в роті.

Автор доходить висновку, що у психологічному портреті людей, яких ця хвороба особливо бентежить, відзначається страх реалізувати прийняте рішення через можливі негативні наслідки. Людина боїться також висловити свої бажання й потреби, відчуваючи відчай і безпорадність. Пародонтит – хвороба прихованої агресії, пише автор.

Якщо ви пригадаєте своїх друзів і знайомих, які не страждали на це захворювання, то переконаєтеся, що це, як правило, люди, які не стримують свою агресію.

Пародонтит – це хвороба застою у фазі концентрації. Тут підвищується концентрація адреналіну, а сигналу на його витрату нема. І судини, в даному випадку судини ясен, тривало залишаються під дією спазма.

Звідси лікування, яке пропонує М. Воронов: навчити людину соціально-прийнятним способом витратити агресію:

- а) спрямувати її на досягнення;
- б) навчитись переживати, реагувати на неї тілесно [6].

К. Теппервайн у своїй книзі «Психосоматика, відносини і здоров'я» дає такі пояснення взаємозв'язкам між захворюваннями та їх причинами: організм – носій інформації й висловлює ідею, що стоїть за ним. Тіло саме по собі ніколи не захворює або не видужає, оскільки на ньому, як на екрані, відображається відповідне повідомлення. На нього проєктується свідомість. Саме по собі тіло не здатне до жодних дій. Якщо ми дійсно зрозуміємо різницю між хворобою та симптомом (ознакою хвороби), уважає автор, то докорінно зміниться й наше ставлення до хвороби. Симптом перестане бути метою,

яку треба знищити, але перетвориться на помічника, навіть друга на шляху до здоров'я, до істинного, цілісного здоров'я. Симптом може нам розповісти про те, що треба робити, що змінити, якщо ми, звісно, розуміємо мову свого тіла [20].

Хвороба має сенс, пише автор. Задум визначає картину хвороби й відповідні засоби для досягнення наміченої мети. Тому немає користі в тому, що пригнічують посередників, таких як віруси, мікроби, грибки, або уникають їх. Початковий задум знайде інших посередників для досягнення наміченої мети.

Карієс віднімає в зубів твердість, пояснює автор. Зуби потрібні для подрібнення їжі та її підготовки до травлення. Недостатня твердість зубів свідчить про нестійкість бажань. Немає готовності до протистояння, до прояву твердості, до активного опору. Якщо ми не використовуємо своїх можливостей і уникаємо труднощів, це відбивається на стані організму, який утрачає здатність переробляти речовини, проникати в них, «вгризатись» – виникає карієс. Тепер можна харчуватись тільки м'якою їжею. Проблеми і труднощі стали нездоланими. То що ж робити в такій ситуації? Ось порада автора: якщо ви усвідомлюєте, що проблеми з вашими зубами пов'язані з вашим ставленням до конфліктів, ви зрозумієте, що робити. Вгризайтесь. Немає нерозв'язних завдань і проблем. Знайдіть у своїй свідомості упередження та страхи, що заважають вам занурюватись у проблему. Почніть з невеликих завдань, які ви попередньо відмітали, і на них зміцніть віру у свої сили. Організм віддячить вам здоров'ям та обдарує вас проникливістю.

Щодо пародонтиту, то в автора такі міркування: тканини ясен повинні утримувати зуби й забезпечувати їм можливість подрібнювати їжу. Це перша стадія переробки їжі, отже, названі органи контактують із зовнішнім середовищем. Пародонтит – захворювання ясен, при якому порушуються зазначені їх функції, що вказує на порушення у внутрішньому настрої. Хворому бракує міцної хватки, щоб успішно справлятися з життєвими задачами. Шийки зубів оголюються і при контакті із зовнішнім світом реагують болісною чутливістю [20].

Дослідження стресостійкості у стоматологічних хворих

Питання дослідження стресостійкості як передумови психосоматичних порушень у стоматологічних хворих досить широке й цікаве. Відштовхуючись від опрацьованих літературних джерел, ми розробили анкети хворого та лікаря.

Різними видами дослідно-експериментальної роботи було охоплено 60 хворих стоматологічного профілю, які проходили лікування в лікарів-стоматологів клінічної бази кафедри стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика (Київської міської стоматологічної поліклініки) за адресою вул. Пимоменка, 10-а.

Хворі відбиралися за такими критеріями: 30 з них із каріозною хворобою та 30 із захворюваннями пародонту, віком від 25 до 60-ти років, жінки та чоловіки порівну в кожній групі.

Отримані дані результатів дослідження ми ввели в масив програми SPSS-17, в якій проводили подальші розрахунки.

Порівняльна характеристика двох груп стоматологічних хворих:

1. Діаграми побудовані за середніми значеннями за результатом аналізу відповідей на запитання «Анкети для хворого» (з показниками того, як досліджувані на даний момент оцінюють у себе перераховані якості) між двома групами досліджуваних стоматологічних хворих (рис. 1).

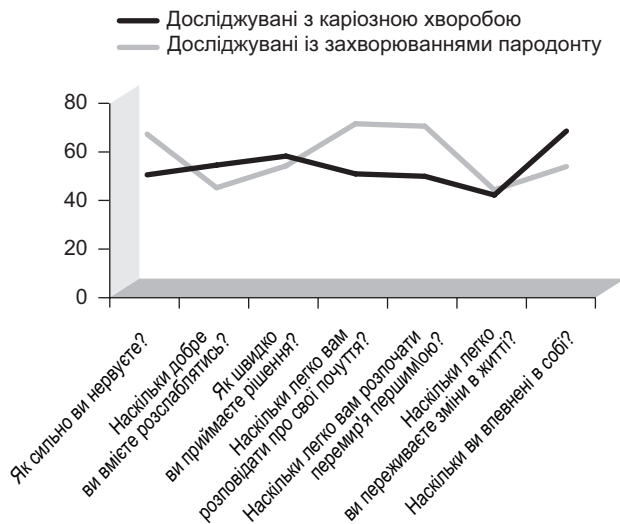


Рис. 1. Розподіл за середніми значеннями для запитань «Анкети для хворого» з показниками того, як досліджувані на даний момент оцінюють у себе перераховані якості.

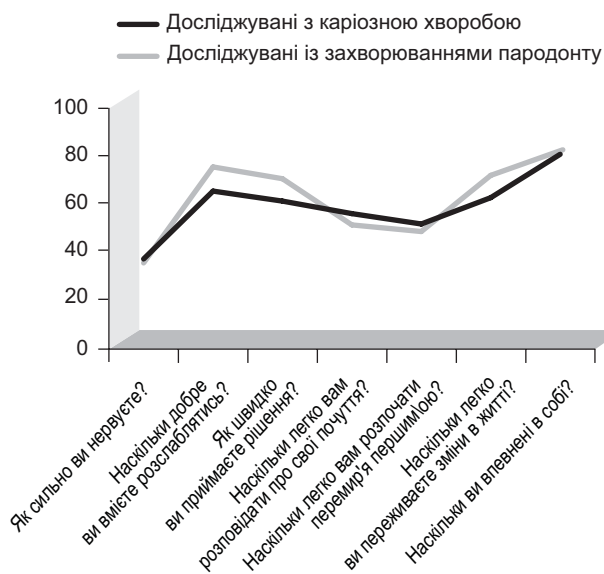


Рис. 2. Розподіл за середніми значеннями для запитань «Анкети для хворого» з показниками того, на якому рівні досліджувані хотіли б мати в себе розвинені перераховані якості.

Із цієї діаграми ми бачимо, що найбільшими є показники середніх у групі із захворюваннями пародонту по запитаннях 4, 1 і 5, які ми умовно можемо віднести до тих, що розкривають емоційний компонент внутрішньої картини хвороби, підкреслюють емоційність досліджуваних. У групі з каріозною хворобою найбільшими є показники запитань 3 та 7, які ми умовно можемо віднести до когнітивної сфери та самооцінки особистості.

2. Діаграми побудовані за середніми значеннями за результатом аналізу відповідей на запитання «Анкети для хворого» (з показниками того, на якому рівні досліджувані хотіли б мати в себе розвинені перераховані якості між двома групами досліджуваних стоматологічних хворих, (рис. 2).

Із цієї діаграми ми бачимо, що найбільшими показниками середнього для обох груп є запитання 7, 2, 3 й 6. Причому пацієнти з каріозною хворобою одночасно з пацієнтами із захворюваннями пародонту хотіли би покращити свої вміння розслабитись (2) і приймати рішення (3), легше пережити зміни в житті (6) та стати впевненішими в собі (7). Але у групі досліджуваних із каріозною хворобою прагнення навчитись розслабитись (2), приймати рішення (3) й пережити зміни в житті (6) вище, ніж у групі досліджуваних із захворюваннями пародонту. Натомість прагнення бути впевненішими в собі (7), вміння розмовляти про свої почуття (4) і розпочинати перемір'я першими (5) у групі досліджуваних із захворюваннями пародонту вище, ніж у групі досліджуваних із каріозною хворобою.

Діаграми побудовані за середніми значеннями за результатом аналізу відповідей на запитання «Анкети для лікаря» між двома групами досліджуваних стоматологічних хворих (рис. 3).

Ми бачимо, що яскраво висвітлено різницю між тим, наскільки відмінно поведились групи хворих: досліджувані із захворюваннями пародонту більш емоційні за оцінкою лікарів, менш упевнені в собі та володіють меншими навичками розслабитись. Стрес вони переживали складніше, про що свідчать наявність фізіологічних показників (м'язовий зажим, звуженість зіниць), мовних проявів переживання стресу та загальна оцінка лікарем того, як сильно ці хворі нервували на стресову ситуацію під час лікувального прийому. Хворі з каріозною хворобою проявили себе більш упевнено, менш емоційно й менше нервували у стресовій ситуації під час лікувального прийому.

Висновки

Стресостійкість – це загальна якість особистості, яка характеризується здатністю протистояти стресовим факторам за період часу, необхідного для організації нових умов, в яких даний стресор не буде загрозливим. Стресостійкість забезпечує високу ефективність діяльності і зберігає здоров'я людини. У ситуаціях можливого виникнення стресу треба визначати додаткові шляхи виходу зі стресових ситуацій.

Надлишок негативних емоцій, переживання невизначеності, зайве психоемоційне напруження є патогенними

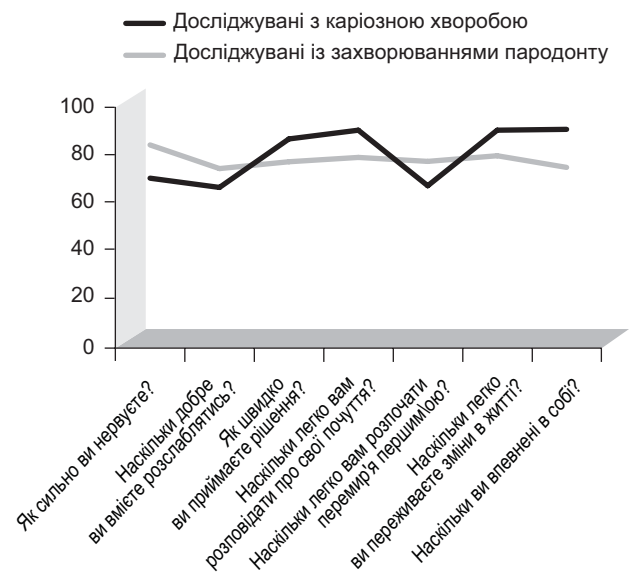


Рис. 3. Середні значення за результатами відповідей на запитання «Анкети для лікаря».

факторами та супроводжують виникнення й розвиток психосоматичної патології. Поняття стресостійкості пов'язане із психосоматичними хворобами. Дієвими методами корекції та профілактики стресових розладів є методи психічної саморегуляції.

Емпіричне дослідження показало, що переживання стресу психосоматичними хворими є диференційованим навіть у специфіці одного захворювання.

Виявлена наявність статистично значущих відмінностей у суб'єктивній оцінці досліджуваними ставлення до стресової ситуації та об'єктивній оцінці лікарів ставлення до стресу досліджуваними.

Проведене дослідження не охоплює всіх цікавих моментів, які з'явилися у ході дослідження. Воно вимагає розширення та поглиблення, що буде освітлюватись у подальших публікаціях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М., 1975. – 447 с.
2. Анохина С. Стресостійкість як загальна якість особистості. – К., 2007. – 58 с.
3. Алчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. – СПб.: ВМА, 1999. – 230 с.
4. Витт Н.В. Эмоциональная регуляция в речемыслительных процессах // Психологический журнал. – 1986, № 3. – С. 52–61.
5. Н. Виторская. Причины болезней и истоки здоровья. – М.: Амрита-Русь, 2009. – 264 с.
6. М. Воронов. Психосоматика. – Изд-во «Ника-Центр», 2002. – 187 с.
7. Губачев Ю.М. и др. Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата, 1990. – 156 с.
8. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004, 97 с.
9. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. – М.: Гелиос АРВ, 2001. – 384 с.
10. Карсон Р. и др. Аномальная психология. – Изд-во Питер, 2004. – 497 с.
11. Кочарян О., Мозковий В. К. – 2004, с. 98–100.
12. Л. Леви. Эмоциональный стресс. – 1970. – 120 с.
13. Маришук В.Л. Эмоции в спортивном стрессе. – СПб.: КВИФК, 1995. – 110 с.
14. Маришук В.Л. Функциональные состояния и работоспособность // Методология исследований по инженерной психологии и психологии труда. Ч. 1. – Л., 1974. – С. 45–47.
15. Некрасова Е.А. Краткий справочник по психотерапии. – Ростов, 2003. – 205 с.
16. Пезешкиан Н. Психосоматика і позитивна психотерапія. – М.: Інститут позитивної психотерапії, 2006. – 464 с.
17. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1979. – 123 с.
18. Соколова Е.Д., Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия // *MateriaMedica*. – 1996, N 1 (9), с. 5
19. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. – Издательство Института психотерапии. – М., 2005, 235 с.
20. Теппервайн Курт. Психосоматика, отношения и здоровье, 2003, 198 с.
21. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М, 1986, 320с
22. Фресс П. Эмоции // *Экспериментальная психология*. – Вып. V. – М.: Прогресс, 1975. – С. 111–195.
23. Чирков Ю. Г. Стресс без дистресса. – М.: ФиС, 1988, 149 с.
24. Adler R., Hembler W. Praxis un Theorie der Anamnese. – Fischer, Stuttgart, 1986.
25. Demmel Hans Joachim. Psychotherapeutische Mglichchen in der zahnarztlichen Praxis // *Prax. Psychoter. Psychosom.* – 34: 214–219, 1989.
26. Einfluß von Streß auf die oralen Strukturen. In Schneller T., Fleischer-Peters A. (Hrsg) Anwendung psychologischer Methoden in der Zahnmedizin // *Fachbuchhandlung Psychologie, Vert.-Abtlg., Frankfurt am Main*, 1985.
27. Psychosomatische Zahnheilkunde. In: Uexküll T. Von, 1986: 1072–1078.
28. Maier S.F., Landenslager M. Stress and health: Exploring the links // *Psychology Today*. – 1985. – August. – P. 44–45, источник: *New England Journal of Medicine*.
29. Welford A.T. Stress and performance // *Ergonomics*. – 1973. – V. 16. – P. 567.

Изменения стрессоустойчивости как предпосылка психосоматических нарушений у стоматологических больных

В.Г. Бургонский, С.В. Бургонская

Цель исследования: определить изменения стрессоустойчивости, как предпосылки психосоматических нарушений у стоматологических больных на примере больных с заболеваниями пародонта и кариозной болезнью.

Методы исследования. Опросы и анкетирование врачей и больных на клинической базе кафедры стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика.

Результаты исследования. Выявлено наличие статистически значимых различий в субъективной оценке исследуемыми отношение к стрессовой ситуации и объективной оценке врачей отношение к стрессовой ситуации исследуемыми.

Выводы. Эмпирическое исследование показало, что переживание стресса у психосоматических больных является дифференцированным даже в специфике одного заболевания.

Ключевые слова: стресс, стрессоустойчивость, стоматологические больные, заболевания пародонта, кариозная болезнь, психологическая коррекция.

Changes in stress as a prerequisite for psychosomatic disorders dental patients

V. Burgonskyi, S. Burgonskaya

The aim: study stress changes as a precondition for psychosomatic disorders in dental patients for example patients with diseases parodontium and carious disease. **Research methods.** Interview and questionnaires for physicians and patients at clinical dentistry department of the National Medical Academy of Postgraduate Education named P. Shupyk.

The results of the study. Revealed the presence of statistically significant differences in the subjective evaluation of the studied attitude to stressful situations and objective assessment of medical treatment to stressful situations.

Findings. Empirical research suggests that the experience of stress in psychosomatic patients are differentiated even in the specifics of one disease.

Keywords: stress, dental patients, periodontal disease, carious disease, psychological correction.

В.Г. Бургонський – канд. мед. наук, доцент кафедри стоматології Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

С.В. Бургонська – психолог, психотерапевт, аспірантка кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Тел.: (063) 737-40-45. E-mail: stasiuha@mail.ru.