

# Методы диагностики психологических реакций у больных хирургического профиля

А.А. Джерелей, И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков, С.М. Горобец

## Methods of diagnosing psychological reactions in patients with surgical profile

A.A. Dzhereley, I.G. Romanenko, D.Y. Kryuchkov, S.M. Gorobets

*Кафедра стоматологии, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»*

**Ключевые слова:** стоматология хирургическая, лечение, психологические реакции

### Резюме

#### Методы диагностики психологических реакций у больных хирургического профиля

*А.А. Джерелей, И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков, С.М. Горобец*

В статье авторы подчеркивают, что корреляция между состоянием психики и работоспособностью органов и систем организма человека очевидна. Психика человека всегда реагирует на появление соматического заболевания и существенно влияет на его течение.

**Цель обзора** – изучить психосоматические реакции у больных челюстно-лицевого профиля, требующих хирургического лечения, и методы их диагностики.

Психологические реакции у пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении, обладают выраженным полиморфизмом. Тип и интенсивность психоэмоциональной реакции обуславливают повышение энергозатрат организма, вызывают дезорганизацию обменных процессов, гипоксию тканей паравульнарной зоны, являются источником негативных эмоций и способствуют развитию нарушений кровообращения и гемостаза.

Страх пациентов перед стоматологическим лечением, проблема стоматофобии выходят на позицию основного направления психологических исследований в стоматологии и приобретает особо значимую актуальность, что обусловлено выраженной психологической травмой при хирургических вмешательствах в челюстно-лицевой области. Анализ научной литературы свидетельствует об интересе стоматологов к некоторым аспектам психологического статуса больного как составляющей соматического заболевания.

---

*Джерелей Андрей Александрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: andri2605@mail.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского*

*Романенко Инесса Геннадиевна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: romanenko-inessa@mail.ru 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского*

*Крючков Дмитрий Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: dmitri.kryuchkov@mail.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского*

*Горобец Светлана Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: gorobets0869@mail.ru 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского*

Для диагностики психологических реакций оправданно широко используются опросники. Определенно отсутствует рабочая систематика психоэмоциональных состояний в соматической клинике. Изучение доступных литературных изданий позволяют прийти к выводу, что, наряду со значительным количеством источников, посвященных психосоматическим состояниям в медицине, практически отсутствуют комплексные работы, в которых бы кардинально решались проблемы повышения эффективности психосоматического лечения хирургических стоматологических больных.

**Ключевые слова:** стоматология хирургическая, лечение, психологические реакции.

## Abstract

### Methods of diagnosing psychological reactions in patients with surgical profile

*A.A. Dzhereley, I.G. Romanenko, D.Y. Kryuchkov, S.M. Gorobets*

In the article the authors indicate that the psychic affects the working capacity of organs and systems of the human body. The human psychic always reacts to the appearance of a physical illness and significantly affects its course.

The **aim of the review** is to study psychosomatic reactions in patients with maxillofacial profile requiring surgical treatment and methods for their diagnostic.

Psychological reactions in patients, which have a need for surgical treatment, have a pronounced polymorphism. The type and intensity of psychoemotional reaction cause an increase in the energy costs of the organism, cause disorganization of metabolic processes, hypoxia of tissues in the area of the operating wound, are a source of negative emotions and contribute to the development of circulatory and hemostasis disorders.

Anxiety of patients before dental treatment, the problem of dental phobia, go to the position of the main direction of psychological research in dentistry and acquires a particularly significant urgency, which is caused by a pronounced psychological trauma during surgical interventions in the maxillofacial area. Analysis of the scientific literature testifies to the interest of dentists in certain aspects of the patient's psychological status, as a component of a physical illness.

To diagnose psychological reactions justified, questionnaires are widely used. Certainly there is no working systematics of psychoemotional states in the somatic clinic.

A study of available literature allows us to conclude that, along with a significant number of sources devoted to psychosomatic states in medicine, there are practically no complex works in which cardinal problems of increasing the effectiveness of psychosomatic treatment of surgical dental patients are solved.

**Key words:** dental surgery, treatment, psychological reactions.

**П**роблеме влияния психики на течение соматического заболевания в медицинской практике и в челюстно-лицевой хирургии, в частности, посвящены многочисленные научные работы [2, 5, 9]. Наиболее актуальной эта проблема представляется в стоматологии, поскольку, проблема стоматофобии является очень часто встречающейся и значительно выраженной, и может приводить к развитию психоэмоционального стресса, который оказывает выраженное влияние на биохимические процессы, протекающие в организме во время операции и в течение всего раневого процесса.

Психологические реакции у пациентов челюстно-лицевого профиля разнообразны и характеризуются высокой степенью выраженности, так как поражение тканей лица приводит к изменению внешнего вида больного и усилению психоэмоциональной реакции. Палитра психологических реакций представлена повышенным вниманием, тревогой к своему заболеванию, адекватной гармоничной реакцией или пренебрежением к нему.

Также в настоящее время отсутствует четкая систематика психологических реакций у больных челюстно-лицевого профиля. Нет простых, доступных схем обследования психологического статуса. До конца не изучены вопросы корреляции между психологическим типом пациентов и развивающимися биохимическими изменениями в организме, вызывающими появление симптомов различных соматических расстройств, меняющих картину основного заболевания, что, в конечном итоге, приводит к развитию осложнений, как во время операции, так и после нее. Эти факторы способствуют замедлению или отягощению процесса выздоровления при абсолютно идентичных условиях проведения хирургического вмешательства и, соответственно, разным результатам вмешательства.

Вопрос влияния состояния психики больного на течение соматических заболеваний изучается со времен Платона, который указывал на ошибочность разделения «души и тела». Появление термина «психосоматический» принадлежит Heinroth, а

наиболее широкого распространения это направление достигло после публикации в 1938 году работы Dunbar "Эмоции и соматические изменения". В последующие годы количество исследований психосоматической медицины стало быстро возрастать, что привело к признанию проблемы самостоятельности пограничных состояний [11]. Соответственно, стало ясным, что умозрительное разделение в медицине психики и сомы не только нереально, но, при некоторых условиях, и вредно и что человек, как в здоровом состоянии, так и во время болезни, представляет собой психосоматическое единство [2, 11].

Представленные в литературе ведущие психосоматические концепции касаются, в основном, тех специфических фаз общего психобиологического функционирования, во время которых явления во внешней или во внутренней среде вызывают в мозге ответные реакции. Эти реакции активизируют нейроэндокринную систему и вызывают изменения в функциональном состоянии организма.

Изучение влияния психологической реакции на течение соматического заболевания актуально в силу того, что вопрос участия психики в регуляции всех систем организма является неоспоримым фактом. В большинстве исследований отмечаются изменения кровяного давления, частоты пульса, появление выраженных отклонений на ЭКГ в ходе проведения стоматологического вмешательства [16, 19]. Наблюдается блокада адренорецепторов и замедление приживления костного трансплантата при выраженном психоэмоциональном напряжении [23]. Операция удаления зуба может сопровождаться развитием гипогликемии на фоне психогенного обморока. Ряд исследований продемонстрировали взаимосвязь эмоционального возбуждения и состояния процессов гемокоагуляции. Доказано, что изменение функции нервной и эндокринной систем влекут за собой нарушения функционального состояния всех звеньев системы гемостаза. Установлена определенная взаимосвязь между личностными особенностями и состоянием липидного обмена [9]. При эмоциональных реакциях всегда выявляется сокращение или напряжение скелетной мускулатуры с различной и специфической, при некоторых эмоциях локализацией, а также наблюдается сопутствующая вегето-сосудистая реакция [7].

Имеются данные о связи психологического состояния больных с парестезиями, ксеростомиями, синдромом жжения тканей полости рта. Изучалась взаимосвязь исхода перелома нижней челюсти с психическим состоянием пациента, при этом использовался личностный опросник Айзенка [8, 14].

У пациентов стоматологического хирургического профиля есть стойкая психоэмоциональная установка на боль, которую они предчувствуют задолго до операции [14]. Для многих людей даже операция удаления зуба, подготовка к ней являются чрезмерной психической травмой. У некоторых пациентов при этом возникают аномальные реакции стра-

ха, в том числе приступы истерического смеха, изменяются кровяное давление, частота пульса [18]. Нередко возникновение страха наблюдалось ещё только на этапе выполнения местной анестезии [21]. В период ожидания операции наблюдается существенное повышение уровня энергопотребления в организме пациента и несоответствие его уровню энергопродукции. При психоэмоциональном стрессе повышается коэффициент использования кислорода в среднем на 17%, что приводит к включению процесса анаэробного гликолиза, вызывая метаболический ацидоз со всеми его негативными последствиями, в таком состоянии у больных развивается гипоксия тканей, которая снижает скорость репарации. При действии на организм стрессорных факторов усиливаются процессы свободно-радикального окисления в клетках, что приводит к дезорганизации механизмов защиты и влечет за собой усиление мембраноповреждающих процессов, наиболее сильным из которых является перекисное окисление липидов [15]. Тревожность как негативное эмоциональное состояние имеет психологическое (чувство опасности, беспокойства) и физиологическое обеспечение (активация вегетативной нервной системы) [14] и приводит к дезадаптации и возникновению нервно-психических расстройств, задержке послеоперационного восстановления [7].

Анализ данных литературы показывает, что у человека, попавшего на лечение к специалистам хирургического профиля, возникают определенные психологические отношения к своей болезни, предстоящей операции и лечению в целом [7, 8, 12]. Страх пациентов перед стоматологическим лечением, проблема стоматофобии выходят на позицию основного направления психологических исследований в стоматологии. Это обусловлено тем, что хирургические вмешательства в челюстно-лицевой области являются наиболее психогенно травмирующими [18]. Этот фактор, а также контакт с лечащим врачом, медицинским персоналом и другими больными определяют состояние психики пациента [17]. Учитывая особенности оказания помощи больным с хирургической патологией в челюстно-лицевой области, психоэмоциональный стресс, обусловленный мыслью о визите к врачу и памятью о боли, которую пациент ранее испытал, проблема психологического обследования, индивидуализации врачебных мероприятий (с учетом профиля личности) приобретает особо значимую актуальность [13, 22].

Самосознание пациента, находясь в неразрывной связи с интенсивностью раздражения интеро-, и экстерорецепторов, формирует его представление о физическом состоянии, которому соответствует своеобразный эмоциональный фон. Представления и переживания о своем соматическом состоянии находят свое выражение в различных формах отношения человека к своему здоровью. В одних случаях – это пренебрежение, в других – повышенное внимание, в-третьих – адекватное к нему отношение [14].

Некоторые авторы связывают уровень депрессии с выраженностью болевых ощущений [8], жизненными ограничениями, накладываемыми болезнью, с уровнем интеллекта больного. При этом степень депрессивных расстройств в значительной мере определяет исход заболевания [11]. Немаловажным является и тот факт, что в поисках оптимальных способов взаимодействия врача с пациентом, большое значение имеет учет типа высшей нервной деятельности [2, 4].

Проявлением депрессии может служить конфликтность, требовательность, раздражительность с концентрацией на своих физических ощущениях. Психическая реакция на болезнь и лечение может выражаться и в виде функционального синдрома [12]. Даже согласие пациента на предстоящую операцию усиливает страх и боль. При этом подчеркивается, что страх может иметь самые различные оттенки: беспокойство, тревога, ужас, и даже – эйфория [13, 24]. Авторы, описывающие множество различных реакций психики на болезнь и лечение, подтверждают высокую вариабельность возможных ответов на состояние собственной соматики со стороны психической и эмоциональной сфер [14]. Эти данные подтверждают необходимость четкой градации типов психологического отношения к болезни и всему что с ней связано.

Для определения типа соматонозогнозий необходим анализ психологического состояния пациента. Следует выяснить, как больной оценивает характер и тяжесть своего заболевания, а также ситуацию, в которой оказался. При обследовании больного перед операцией необходимо особое внимание уделить изучению его социальных и психологических особенностей [10, 20].

Для дифференциации личностных особенностей используется два метода: клинический и лабораторный. Основу первого составляют беседа с больным и наблюдение за его поведением. Лабораторный метод предполагает использование диагностических опросников. Универсальность анкетных тестов обеспечила им наибольшую популярность в исследованиях [6].

В настоящее время существует большое количество личностных опросников: опросник личностной и ситуативной тревожности Спилберга, ММРІ, опросник Айзенка, Хайновского, методику ЛСШ (методика субъективного личностного шкалирования), опросник психологической диагностики, опросник Кеттела, личностный опросник Бехтеревского института, опросник невротических расстройств, тематический апперцептивный тест, шкала самооценки Дембо-Рубинштейна, предназначенных для исследования одновременно многих сторон личности, а также отдельных ее свойств и проявлений [1, 6].

Изучить характер эмоциональных реакций перед стоматологическим вмешательством была принята Corah и соавт., которые создали шкалу тревоги для стоматологических больных, Т.Ф. Стре-

мохина и соавт. использовали психологический опросник Дж. Тейлора. Н.В. Трезубов предложил стандартизованную оценку психоэмоционального напряжения у стоматологических больных. Известна также шкала клиническая стоматологическая (ШКС) [11].

Данные литературы указывают, что среди анкетных методов исследования личности наибольшую распространенность приобрел ММРІ и ММРІ-2, а факторный опросник Г. Айзенка определяет взаимосвязь между классическими четырьмя темпераментами, а также экстраверсией-интроверсией и стабильностью-нестабильностью. Методика ЛСШ (методика субъективного личностного шкалирования) была сконструирована для самооценки свойств личности и отношений у больных неврозами [3].

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что большинство известных опросников имеют существенные недостатки. Одни из них слишком громоздки, другие – дают возможность диагностировать только малое количество психологических типов, третьи – не обладают психометрическими свойствами.

## Заключение.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что человеческий организм следует рассматривать как целостную функционально-единую систему, в которой ведущее значение играет психика. Корреляция между состоянием психики и работоспособностью всех органов и систем организма человека весьма очевидна. Психика человека всегда реагирует на появление соматического заболевания, что, в свою очередь, существенно влияет на его течение. Психологические реакции у пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении, обладают выраженным полиморфизмом. Различные по направленности и выраженности психоэмоциональные реакции приводят к повышенной трате энергии, дезорганизации обменных процессов, гипоксии тканей, в первую очередь, паравульварной зоны.

Анализ доступной литературы свидетельствует об интересе стоматологов к некоторым аспектам психологического статуса больного как составляющей соматического заболевания. Для диагностики психологических реакций широко используются опросники, в тоже время литературные данные указывают на отсутствие четкой рабочей систематики психоэмоциональных состояний. Наряду со значительным количеством источников, посвященных психосоматическим состояниям в медицине, практически отсутствуют комплексные работы, в которых бы кардинально решались проблемы повышения эффективности психосоматического лечения хирургических стоматологических больных.

## Литература

1. Аванесов В.С. Тесты в социологическом исследовании. М.: Медицина, 1982.
2. Айлер У. Психология в стоматологической практике. СПб: Питер, 2008.
3. Алмаев Н.А., Градовская Н.И. Субъективное шкалирование и контент-анализ в оценке эмоционально-аффективной компоненты дискурса. М.: ПЕРСЭ, 2002.
4. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Речь, 2000.
5. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000.
6. Березин Ф.В., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика много-стороннего исследования личности. М.: Медицина, 1989.
7. Бойко В.В. Физический дискомфорт на стоматологическом приеме: формы, выявление, преодоление. СПб: Сударья, 2003.
8. Гришина Н.В. Психологические и нейрофизиологические особенности пациентов с синдромом жжения полости рта // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. – 1999. – № 1. – С. 39-41.
9. Елфимова Е.В. Личность и болезнь: внутренняя картина болезни, качество жизни и приверженность лечению // Зам. гл. врача. – 2009. – № 11. – С. 2-14.
10. Зинченко В.П., Мамардашвили М.К. Проблемы объективного метода в психологии // Постнеклассическая психология. – 2004. – С.45-70.
11. Карвасарский Б.А. Клиническая психология. СПб: Питер, 2002.
12. Русинова О.В., Тарасова Н.В., Алямовский В.В. Психологические аспекты стоматологического приема у лиц пожилого и старческого возраста // В мире научных открытий. – 2013. – № 4 (47). – С. 307-316.
13. Севбитова А.В., Макеева И.М. Методы оценки и коррекции стоматофобии. М.: МЕДпресс-информ, 2009.
14. Семёнова Н.А., Кудрявая Н.В., Журули Н.Б. Психологические исследования в стоматологии // Стоматология. – 1999. – № 6. – С. 57-63.
15. Симбирцев А.С. Цитокиновая система регуляции защитных реакций организма // Цитокины и воспаление. – 2002. – № 1. – С. 9-16.
16. Фёдоров Б.М. Стресс и система кровообращения. М.: Медицина, 1991.
17. Шарова Т.Н., Антонова А.А. Возможности коррекции поведенческих реакций пациентов на стоматологическом приеме // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 86-88.
18. Шлыков М.В., Ананьев В.А., Вагнер В.Д. Исследование эффективности распознавания врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение // Институт стоматологии. – 2007. – № 3(36). – С. 32-33.
19. Brand H.S., Gortzak R.A., Palmer-Bowva C.C. Cardiovascular and neuroendocrine responses during acute stress induced by different types of dental treatment. *Int. Dent. J.* 1995; 45(1):45-48.
20. Carilo-Díaz M., Crego A., Armfield J.M. Assessing the relative efficacy of cognitive and non-cognitive factors as predictors of dental anxiety. *Eur J. Oral Sci.* 2012; 120 (1):82-88.
21. Jerjes W., Hopper C., Kumar M. Psychological intervention in acute dental pain. *Br Dent J.* 2007; 202(6):337-343.
22. Ogle O.E., Hertz M.B. Anxiety control in the dental patient. *Dent Clin North Am.* 2012; 56(1):1-16.
23. Montebugnoli L, Pellicioni GA, Borghi C. Evaluation of cardiovascular response to stress in dental patients. *Pren. Assist. Dent.* 1990; 16 (5):19-26.
24. Moore R., Brodsgaard J., Rosenberg N. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiat.* 2004; 4 (10):22-28.