

ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

УДК 159.9: 616.31

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ,
У ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**М.В.Загорко¹, В.Д. Пантелеев ¹, Е.А. Евстифеева²,
С.И. Филиппченкова²**

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь

² ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет», Тверь

DOI: 10.26456/vtpsyed/2020.3.006

Представленное междисциплинарное исследование знакомит с дискриптивным анализом качества жизни, личностным и психологическим своеобразием пациентов с патологией дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Проведена психодиагностика их психологического статуса, включая психоэмоциональные особенности, личностные и психологические особенности в фокусе связанного со здоровьем качества жизни, а также показатели значимости болезни. Результаты исследования указывают на ухудшение связанного со здоровьем качества жизни у пациентов с ВНЧС, что объясняется повышенной тревожностью, низким уровнем психологической устойчивости, интернальности и рациональности, а также наличием средне-выраженного уровня невротизации и повышенным уровнем рефлексивности.

***Ключевые слова:** пациент стоматологического профиля, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, связанное со здоровьем качество жизни, психологический статус.*

К настоящему времени описание и объяснение лечения заболеваний стоматологического профиля восходит к междисциплинарным исследованиям, включая медико-психологические. Это обусловлено не только переходом медицинской науки на этап постнеклассической научной рациональности, но и внедряемой в отечественное и мировое здравоохранение концепции персонализированной медицины (ПМ). Согласно персонификации и принципу партисипативности ПМ, между врачом и пациентом должна выстроиться диалоговая коммуникация. Партисипативное видение оказания персонально ориентированных медицинских услуг предполагает признание пациента активным участником процесса излечения. Для диалога и доверительного общения между врачом и пациентом, для технологической реализации совместного решения проблемы излечения современный врач должен учитывать психологические и личностные особенности пациента. Если традиционная физикалистская модель врачевания описывала болезнь

как объективную сущность с характерным набором свойств, телесность (телесный орган) как технологический объект, требующий починки согласно образу здоровья, а боль как физиологический механизм, то современные модели врачевания (психологическая, экзистенциально-психологическая и т.д.) строятся на признании субъектности пациента, его личностных и психологических особенностях. Они встраиваются в картину лечения через расширенную медико-психологическую диагностику.

По названию нашей междисциплинарной исследовательской темы по проблеме патологии – дисфункция височно-нижнечелюстного сустава – у пациентов стоматологического профиля важно актуализировать семантическое содержание термина «функция» как действия для чего-то другого, как замещения, исполнения обязанности, а также как перемещения энергии от одной формы к другой. В такой интерпретации функциональная проявленность касается таких составляющих организма, как физиологическая, неврологическая, отоларингологическая, психологическая.

Дисфункция ВНЧС является междисциплинарной патологией стоматологического заболевания, поэтому решение по этому заболеванию довольно часто влечет комплексные усилия специалистов в области теоретической и практической стоматологии, неврологии, психологии.

Как функциональная патология дисфункция височно-нижнечелюстного сустава сопровождается болевыми ощущениями (головная, височная, шейная боль). Психологическую травму пациенту наносят щелчки в суставе, полуоткрывающийся рот, шум в ушах, а также храп, бруксизм и т. д. Психологическая травма влияет на способ размышления человека о боли и болезни. В своем опыте недомогания человек способен объяснить далеко не все, что происходит с его «Я». Заметим, что всякая болезнь представляет многомерную и сложную систему. Симптомы предстают как физиологические, психологические, социокультурные смыслы. Они аффлектируют в жизненном мире пациента и могут отличаться от смыслов болезни в институциональной медицине. На основе проводимой расширенной психологической диагностики пациента по выявлению персональных психологических и личностных особенностей нужно учесть это обстоятельство.

До 75 % пациентов стоматологического профиля имеют признаки дисфункции ВНЧС. Они актуализируются тем, что в инварианте челюстной патологии дисфункция ВНЧС составляет 80 %. По статистике, в диапазоне от 70–89 % случаев синдром «дисфункция височно-нижнечелюстного сустава» является обычным функциональным суставным нарушением и не коррелирует с воспалительными процессами [9]. Значительное количество публикаций в отечественной и зарубежной литературе посвящены исследованию каузальных и причинных факторов патогенеза, диагностике и лечению данной патологии [2, 3, 7, 10]. В проекции нашего междисциплинарного

исследования психосоматическая теория возникновения дисфункций ВНЧС обладает своим объяснительным потенциалом [1]. Речь идет о спектре депрессивных расстройств, а также о стрессогенности [1, 2, 9, 12]. М.Н. Пузин дает объяснение, почему именно психоэмоциональное состояние человека имеет прямое отношение к появлению болезни [9].

С учетом результатов, полученных в вышеназванных исследованиях, мы расширили психодиагностику индивидуального формата пациентов стоматологического профиля и актуализировали как самую востребованную цель врачевания сохранение качества жизни, связанного со здоровьем в условиях излечения.

Целью настоящего исследования является оценка показателей качества жизни и психологических особенностей пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. В медико-психологическом исследовании (2019 год) участвовали 60 человек. Испытуемыми стали студенты стоматологического факультета Тверского государственного медицинского университета. Диагностика проводилась при добровольном согласии. Возраст – от 19 до 22 лет (мужчины – 20 человек, женщины – 40 человек). Согласно стандартной схеме исследования, обследованные были разделены на 2 группы.

Первая группа – группа риска (1) – составила 30 человек в возрасте от 19 до 22 года (мужчины – 10 человек, женщины – 20 человек). Испытуемые студенты жалоб со стороны височно-нижнечелюстного сустава не предъявляли. При обследовании выявлены признаки, характерные для доклинической или ранней стадии заболевания: шумы в суставе (ах), болезненность при пальпации мышц, обеспечивающих артикуляцию, нарушение траектории открывания рта.

Вторая группа – контрольная (2) – составила 30 человек (из них мужчины – 10 человек, женщины – 20 человек). Это здоровые студенты без жалоб со стороны височно-нижнечелюстного сустава и окклюзионных нарушений.

Методы исследования: опрос испытуемых (опросник качества жизни SF-36 [11] (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ), психодиагностическое тестирование (методика оценки тревожности Спилбергера–Ханина) [8], методика определения уровня рефлексивности А.В. Карпова [4], методика диагностики, психологической устойчивости, интернальности и рациональности С.И. Филиппенковой [11], методика оценки уровня невротизации Л.И. Вассермана [8], опросник социальной значимости болезни А.И. Сердюка [6]), математико-статистическая обработка результатов исследования с помощью пакета SPSS.

Результаты и обсуждение. В исследовании оценивалось качество жизни студентов стоматологического факультета ТвГМУ, проводилась психодиагностика их личностных и психологических

особенностей, а также эксплицировалась социальная значимость болезни для респондентов. Мы опускаем дескрипцию результатов диагностики, которая представлена нашими предыдущими исследованиями [3, 11], и впервые демонстрируем их в формате графических рисунков.

Методика Спилбергера–Ханина, уровни личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности представлены на рис. 1. Как показано на гистограмме, показатели как ситуативной, так и личностной тревожности значимо выше у испытуемых 1-й группы (группы риска, при обследовании которой выявлены признаки, характерные для доклинической или ранней стадии заболевания), респонденты испытывают нервозность, беспокойство, озабоченность.

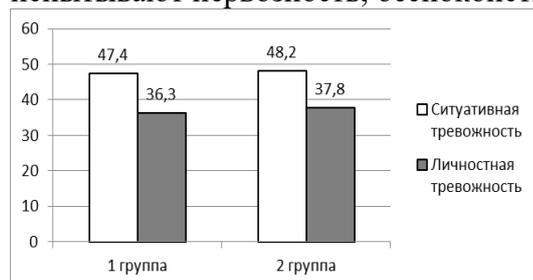


Рис. 1. Уровень ситуативной и личностной тревожности в группах 1 и 2 (значимость различий на уровне $p < 0,05$)

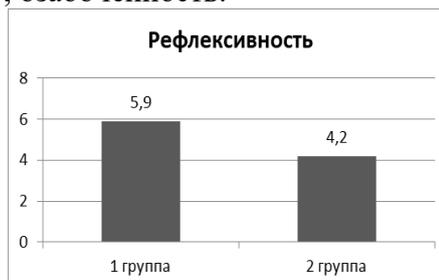


Рис. 2. Уровень рефлексивности в группах 1 и 2 (значимость различий на уровне $p < 0,05$)

Методика диагностики степени невротизации (СН) Л.И. Вассермана выявила средний ее уровень в обеих группах без достоверных различий (СН1 = $14,4 \pm 1,4$; СН3 = $14,3 \pm 0,9$ балла). Такие люди, как правило, жалуются на прерывистый сон, головную боль, проблемы с сердечно-сосудистой деятельностью и желудочно-кишечным трактом.

Методика диагностики рефлексивности как личностного и индивидуального параметра А.В. Карпова (рис. 2) позволила выявить значимые различия в данных показателях. У испытуемых, входящих в группу риска, более выражена склонность к рефлексии, то есть анализу своего поведения и психологического состояния, перманентной оценке своего текущего самочувствия.

Результаты диагностики, полученные с помощью методики С.И. Филиппченковой, представленные в стенах, продемонстрировали следующее: по оценке психологической устойчивости выявлено незначительное (без достоверных различий) повышение уровня невротизации у испытуемых, вошедших в контрольную группу (здоровые молодые люди): они могут испытывать беспокойство, утомляемость и неуравновешенность. Интернальность как личностное свойство свидетельствует о способности человека всецело нести ответственность за свою жизнедеятельность, включая собственное здоровье. Этот показатель находится на среднем уровне выраженности, значимых различий между группами испытуемых при этом обнаружено не было. Результаты диагностики по оценке уровня рациональности

позволили определить склонность осознанно и рационально, а не спонтанно подходить к оценке своего самочувствия и поведения. Она выражена на среднем уровне с тенденцией к высокому, значимых различий между группами испытуемых при этом также обнаружено не было (рис. 3).

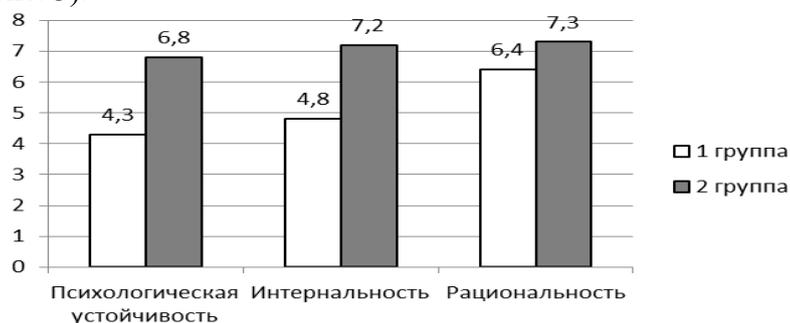


Рис. 3. Уровень психологической устойчивости, интернальности и рациональности в группах 1 и 2

Опросник качества жизни SF 36, который оценивает общее здоровье, физическое здоровье и психосоциальное благополучие (рис. 4), результаты варьируются в диапазоне от 0 до 100 баллов. Результаты исследования оценки качества жизни респондентов, вошедших в группу риска, продемонстрировали в целом высокий уровень качества жизни испытуемых, они практически не испытывают проблем в области физического и психического здоровья. При этом наиболее низкие показатели выявлены в области оценки собственных болевых ощущений и социального благополучия.

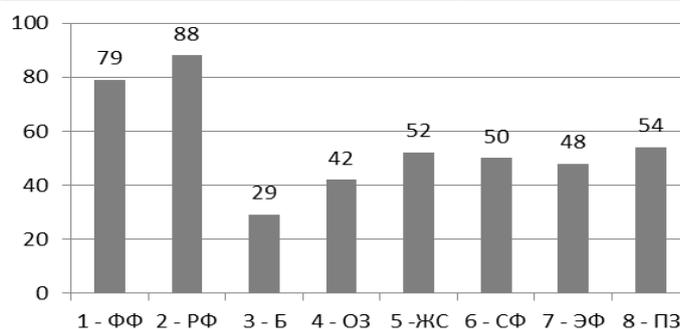


Рис. 4. Показатели качества жизни группы риска, где 1 – физическое функционирование (ФФ); 2 – ролевое функционирование (РФ); 3 – боль (Б); 4 – общее здоровье (ОЗ); 5 – жизнеспособность (ЖС); 6 – социальное функционирование (СФ); 7 – эмоциональное функционирование (ЭФ); 8 – психологическое здоровье (ПЗ)

Опросник социальной значимости болезни А.И. Сердюка, показатели которого варьируются в диапазоне от 0 до 3 баллов (рис. 5), позволил выявить, что в наибольшей степени респондентов группы риска беспокоит невозможность сделать карьеру, ощущение потери сил и энергии и отказ от удовольствий.

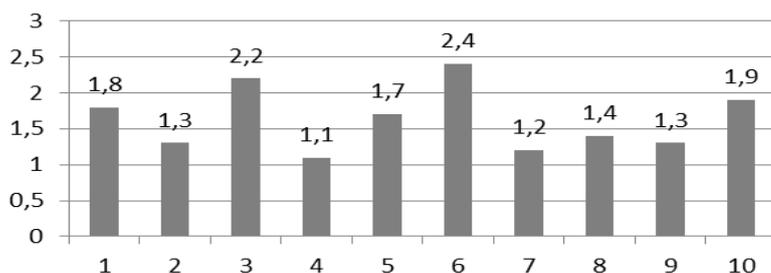


Рис. 5. Показатели сфер социальной значимости болезни группы риска:

- 1 – ощущение потери силы и энергии; 2 – ухудшение отношений в семье;
3 – отказ от удовольствий; 4 – ухудшение отношений на работе;
5 – ограничение свободного времени; 6 – невозможность сделать карьеру; 7 –
снижение физической привлекательности; 8 – формирование чувства ущербности;
9 – ограничение общения; 10 – материальный ущерб (от последствий заболевания)

Таким образом, результаты психодиагностического исследования качества жизни, связанного со здоровьем, личностных характеристик (рефлексивности и интернальности), психологического статуса (тревожности, невротизации и устойчивости) пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава демонстрируют проблемное поле, связанное с их психологическим самочувствием. Мы выявили ухудшение связанного со здоровьем качества жизни у пациентов с ВНЧС по причине их психологического и социального неблагополучия, которое проявляется в повышении их уровня рефлексивности, тревожности – как личностной, так и ситуативной, низком уровне психологической устойчивости, интернальности и рациональности, в средне-выраженном уровне невротизации. Эти данные позволяют нам рекомендовать при лечении патологии «дисфункция височно-нижнечелюстного сустава» предварительную диагностическую оценку психологического статуса пациентов, а также проектировать комплексное лечение пациентов совместно с психотерапевтами и клиническими психологами.

Список литературы

1. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение // *Стоматология*. 2007. Т. 86. № 6. С. 58–61.
2. Гросс М.Д., Мэтьюс Дж.Д. Нормализация окклюзии. М.: Медицина, 1986. С. 251–256.
3. Загорко М.В. Качество жизни и психологические особенности пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава // *Актуальные вопросы современной науки и образования: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф.: в 2 ч.* М.: Наука и просвещение, 2020. С. 172–175.
4. Карпов А.В. Психология рефлексивных механизмов деятельности. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 394–396.
5. Лебедеико И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М. Инструментальная функциональная диагностика зубочелюстной системы: учеб. пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2010. С. 5.
6. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: клинич. рук-во. Харьков: Прапор, 2002. С. 37–39.

7. Пантелеев В.Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Ч. 2. Диагностика артикуляционных дисфункций височно-нижнечелюстного сустава // Ин-т стоматологии. № 14, апрель 2002. С. 26–29.
8. Практическая психодиагностика: методики и тесты / под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: «Бахрах-М», 2004. С. 59–63, 171–173.
9. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М.: Медицина, 2002. С. 38
10. Славичек Р. Жевательный орган. М.: Азбука стоматолога, 2008. С. 304–305.
11. Филиппченкова С.И. Построение модели врачевания: психологическое исследование поведенческих факторов. Тверь: СФК-офис, 2011. С. 302–335.
12. Соорег В., Klenberg I. Создание физиологического положения височно-нижнечелюстного сустава с использованием нейромышечного лечения с помощью ортоптика // Dental Market 2010. № 4. С. 8–67.

Об авторах:

ЗАГОРКО Максим Васильевич – ассистент кафедры пропедевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (170100, Тверь, ул. Советская, 4), e-mail: duomax@rambler.ru

ПАНТЕЛЕЕВ Валентин Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (170100, Тверь, ул. Советская, 4), e-mail: pif1997@mail.ru

ЕВСТИФЕЕВА Елена Александровна – доктор философских наук, профессор, проректор по развитию персонала, заведующая кафедрой психологии и философии ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет» Минобрнауки РФ (170100, Тверь, ул. Аф. Никитина, 22), заведующая кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики и истории отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (170100, Тверь, ул. Советская, 4), e-mail: pif1997@mail.ru

ФИЛИППЧЕНКОВА Светлана Игоревна – доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии и философии ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет» Минобрнауки РФ (170100, Тверь, ул. Аф. Никитина, 22), профессор кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (170100, Тверь, ул. Советская, 4), e-mail: sfilippchenkova@mail.ru

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL STUDY OF QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN PATIENTS OF DENTAL PROFILE

M.V. Zagorko², V.D. Panteleev², E.A. Evstifeeva¹, S.I. Filippchenkova¹

¹Tver State Medical University, Tver

²Tver State Technical University, Tver

The presented interdisciplinary study introduces a descriptive analysis of the quality of life, personal and psychological uniqueness of patients with the pathology of temporomandibular joint dysfunction (TMJ). Psychodiagnostics of their psychological status was carried out, including psycho-emotional characteristics, personal and psychological characteristics in the focus of health-related quality of life, as well as indicators of the significance of the disease. The results of the study indicate a deterioration in the health-related quality of life in patients with TMJ, which is explained by increased anxiety, a low level of psychological stability, internality and rationality, as well as the presence of a moderate level of neurotization and an increased level of reflexivity. **Keywords:** dental patient, temporomandibular joint dysfunction, health-related quality of life, psychological status.