

УДК 159.923.2

Грицаюк Владимир Борисович

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЛИЧНОСТИ НА УСПЕШНОСТЬ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

В статье рассматриваются современные представления о влиянии психоэмоционального состояния и индивидуальных особенностях личности, выделяются расстройства личности и поведения, виды неврозов.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, расстройства личности, невротические расстройства, неврозы.

Vladimir Gritsayuk

MODERN CONCEPTS REGARDING THE INFLUENCE OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE AND PERSONAL FEATURES ON SUCCESSFUL INSTALLATION OF DENTAL IMPLANTS

The article dwells on the current understanding of the psycho-emotional state and individual personal features; there is also a view presented on personality and behavior disorders, and the types of neuroses.

Key words: psycho-emotional state, personality disorders, neurotic disorders, neuroses.

Одним из актуальных вопросов современной имплантологии является вопрос о предупреждении осложнений дентальной имплантации. В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях уделяется большое внимание данному вопросу.

В современной имплантологии традиционными стали представления о том, что стоматологические операции вызывают у пациентов так называемый операционный стресс, воздействующий не только на соматический статус больного, но и на его психоэмоциональное состояние и психические расстройства в целом.

Теоретический анализ современной литературы позволяет говорить о том, что на успешность дентальной имплантации оказывают влияние многие факторы, связанные не только с техникой исполнения операций и выбранного для нее стоматологического материала, но и с состоянием костной ткани, нейрогормональным и иммунным гомеостазом, патогенностью микрофлоры зубного налета, а также с реакцией организма в целом, во многом зависящей от психологических и индивидуальных особенностей личности пациентов.

Среди последствий операционного стресса, как правило, отмечают снижение иммунитета пациента как реакции на стресс-гормон кортизол. З. И. Савченко, О. В. Евстифеева после многочисленных экспериментальных исследований приходят к выводу о том, что стресс-гормон кортизол оказывает негативное воздействие на резистентность организма, что повышает риск возникновения у больного воспалительных явлений [3].

В. Д. Сухов для предотвращения осложнений в послеоперационный период дентальной имплантации разрабатывает метод профилактики таких осложнений за счет использования мексидола как в предоперационный период, так и в комплексной послеоперационной терапии [1].

С. Ф. Грицуц изучает характер и интенсивность физиологических и биохимических процессов в организме пациента врача-стоматолога и приходит к выводу о том, что стресс, который пациенты испытывают на приеме у стоматолога, может стать источником возникновения и развития серьезных психовегетативных расстройств. Он отмечает, что изменение гомеостаза у ряда лиц, ожидающих стоматологического вмешательства, бывает столь значительно, что соответствует таковому у больных перед полостными операциями [1].

Психоэмоциональные реакции на эмоцию страха, ожидание боли, неверие в успех имплантации, по данным проводимых в современной имплантологии парциальных исследований, могут привести к искажению сенсорного восприятия, когда любое прикосновение воспринимается как раздражитель боли.

Исследователи отмечают, что эмоциональное напряжение пациентов врача-стоматолога вызывает у них изменение ритма и частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления, частоты дыхания, кожной температуры.

В. Ю. Темников изучает психофизиологический статус пациентов дентальной имплантации и указывает на влияние социально-психологических характеристик личности пациентов на успешность принимаемых врачом-стоматологом мер в адаптационно-реабилитационный период [3].

Он обосновывает и разрабатывает меры по психофизиологической коррекции функционального состояния организма пациентов и процесса их адаптации к условиям имплантологического лечения на физиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях [3].

В Международной классификации болезней (10-й пересмотр) принято разграничение понятий «психопатия» и «невроз».

По МКБ-10 психопатии фактически названы психическими расстройствами личности и поведения, а неврозы совпадают с невротическими расстройствами.

Помимо этого в настоящее время весьма распространенной считается система классификаций психических расстройств DSM-W, опубликованная в 1994 г. Американской психиатрической ассоциацией.

Здесь необходимо отметить, что бланковые методики изучения степени выраженности психических расстройств личности разработаны, как правило, в то время, когда действовала «старая» классификация, и соответственно диагностируются те расстройства личности, которые выделялись согласно такой классификации.

В данной статье мы будем говорить о пограничных расстройствах – пограничных между нормой и патологией, так как дентальная имплантация – это всегда стресс для пациента. Испытываемое им психоэмоциональное состояние может стать источником развития эмоциональных нарушений, приводящих к предпозитивной форме психических расстройств личности пациента.

Как правило, пациентами дентальной имплантации в основном становятся лица со сложившимся характером и со своими жизненными проблемами и планами. Индивидуальные особенности личности, степень развития у нее психических расстройств обусловлена всеми событиями жизни и деятельности.

События личной жизни: внутрисемейные конфликты, негармоничные детско-родительские отношения, тяжелые заболевания близких людей, стрессы на работе, фрустрации в профессиональной карьере, состояние здоровья, утраты и потери, общий ритм и темп жизни – могут стать источником возникновения пограничных расстройств личности, которые при прохождении операции дентальной имплантации могут активизироваться и привести к пограничным заболеваниям, представляющим собой состояние психики человека, граничащее между нормой и патологией, – невротическим расстройствам и расстройствам личности и поведения.

Вопрос о норме и патологии психического состояния личности является одним из трудных вопросов, рассматривающихся в соответствующей литературе.

Так, Д. Б. Лысаков указывает на то, что разнообразие форм проявления расстройств личности и поведения обуславливают и сложность разграничения нормы и патологии. Автор отмечает, что определение отношения различных форм поведения к норме и патологии достаточно сложно, а в некоторых случаях и вовсе невозможно [11].

Трудно не согласиться с таким выводом, так как достаточно часто встречаются случаи, когда при социально одобряемом поведении развивается психическая патология, которая не обнаруживает себя достаточно длительное время. Патология может быть латентна и при определенных условиях, как правило, носящих стрессогенный характер, состояние психики может перейти в психическую патологию, развитию психических расстройств личности и поведения.

Именно такие пограничные состояния пациентов дентальной имплантации и стали объектом нашего исследования.

Здесь необходимо отметить, что, по данным многочисленных исследований, многие невротические расстройства становятся источниками развития вегетативных нарушений, к которым относятся в первую очередь приступы учащенного сердцебиения, повышенное потоотделение, повышение или понижение артериального давления, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта.

При пристальном внимании к соматическим симптомам, их лечение никак не устраняет основную их причину – развитие психических расстройств личности, в связи с чем попытки лечить симптомы, а не само заболевание не могут достичь ожидаемого от них эффекта.

Пограничные расстройства личности пациентов при дентальной имплантации как объект настоящего исследования предполагают такое состояние психики пациентов, которое еще не приняло нозологическую форму, но, по результатам психодиагностического исследования, находится на границе с патологией. Речь идет о границе с патологическими формами невротических расстройств и расстройств личности и поведения.

Расстройство личности и поведения является результатом неправильного воспитания и негармоничного стиля семейного воспитания, а также негативного влияния других социальных факторов, приводящих к дисгармоническому психическому развитию личности как одному из видов дизонтогенеза.

Источником невротических расстройств служат, как правило, психогенные факторы в виде стрессовых ситуаций, в которые попадает нормально развивающаяся личность без каких-либо отклонений в психическом развитии.

Психические расстройства личности и поведения, таким образом, тесно взаимосвязаны с акцентуациями характера и с его патологией.

Невротические расстройства приводят к деформации личности вследствие воздействия стресса и стрессовых ситуаций.

Вместе с тем к возникновению невротических расстройств расположены определенные типы личности, выявление которых и является одной из задач настоящего исследования.

Согласно МКБ-10, пограничные расстройства личности рассматриваются как пограничные состояния пациента дентальной имплантации, а именно пограничные невротические расстройства и пограничные психические расстройства личности и поведения.

Обращает на себя внимание тот факт, что в МКБ-10 четкого разграничения и описания пограничных расстройств не существует. МКБ-10 содержит обширный раздел, посвященный психическим расстройствам личности и поведения (1992 г.).

Вместе с тем необходимо отметить, что как в нашей стране, так и за рубежом популярной классификацией психических расстройств личности считается классификация DSM, которая, по сути, является руководством по психодиагностике, используемым клиническими психологами и психиатрами в своей профессиональной деятельности. Это руководство разработано Американской психиатрической ассоциацией. Версия DSM-IV разрабатывалась с целью скорректировать терминологию с той, которая содержится в МКБ-10.

В МКБ-10 невротические расстройства (F 40–48) трактуются как расстройства психогенного происхождения. То есть источниками их возникновения являются психотравмирующие (как правило, временные) обстоятельства. Дентальная имплантация может стать таким психотравмирующим обстоятельством, о чем свидетельствуют результаты предшествующих исследований, посвященных изучению психоэмоционального состояния пациентов, посещающих стоматологическую клинику. Таких исследований в отечественной науке достаточно много.

Здесь уместно уточнить, что пациенты дентальной имплантации – это люди, имеющие свои индивидуально-психологические особенности, сформированные в процессе жизнедеятельности. При наложении стрессовых факторов, одним из которых и является сама процедура операции, и факторов негативного влияния особенностей социальной ситуации развития пациента может возникнуть кумулятивный эффект, результатом которого и является возникновение и развитие психических расстройств личности (если пользоваться «старой» классификацией).

Кроме этого, дентальная имплантация предполагает три основных этапа: предоперационный, операционный и послеоперационный. Каждый из этих этапов отличается не только применяемой терапией и технологией ее проведения. Каждый из этапов – это отдельная стрессовая ситуация, которая так или иначе влияет на психоэмоциональное состояние пациента.

Предоперационный период так или иначе совпадает с определенным фрагментом жизни пациента: его мотивационно-потребностная сфера, индивидуально-психологические особенности личности, используемые копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и пр. – это фундамент, на который наслаивается эмоциональное переживание по поводу предстоящей операции.

Следует отметить, что на предоперационное переживание могут оказывать существенное воздействие и мотивы дентальной имплантации. Те актуальные для пациента потребности, которые лежат в основе его стремления прибегнуть к операции, столкнувшись с фактом невозможности другими способами изменить стоматологический статус, наслаиваются на предвидение последствий реализации своего стремления. Такое взаимоналожение двух разноплановых потребностей при отсутствии жизнеугрожающих показаний может стать источником серьезной психотравмы, переживание которой обуславливает успешность адаптационного этапа после проведения операции [16].

Результаты теоретического анализа позволяют прийти к заключению о том, что адаптационные механизмы запускаются конфликтным взаимодействием актуальных для личности мотивов и субъективной оценки ею той «платы», которую личность должна заплатить для достижения конечного результата. Такая «борьба» мотивов отражается на индивидуальных стратегиях адаптации, влияющих не только на успешность исхода операции и принимаемых впоследствии мер по послеоперационной реабилитации пациента, но и на его психоэмоциональное состояние, его психическое и соматическое здоровье.

Особую значимость данный вывод приобретает в отношении пациентов, прибегающих к восстановлению зубного ряда средствами дентальной имплантации и имеющих, как правило, право выбора.

В современной психологии отсутствуют системные исследования по проблеме адаптации таких пациентов. Вместе с тем для организации и проведения такого исследования полезными являются работы, посвященные проблеме адаптации пациентов эстетической хирургии. В клинико-психологических концепциях деятельности человека, направленной на реализацию своего желания изменить внешний облик, центральными остаются исследования взаимосвязи мотивов обращения к эстетической хирургии и ее последствий для психического здоровья [17].

У пациентов дентальной имплантации психическое состояние может быть схожим с психическим состоянием пациентов эстетической хирургии и приводить к развитию неврозов.

Неврозы – это группа пограничных психических заболеваний, характеризующихся нерезко выраженными нарушениями психической деятельности в условиях незавершившихся психотравмирующих ситуаций.

Есть и другие определения неврозов. Например, рассматривая факторы детских неврозов, А. И. Захаров отмечает: «...невроз – это психогенное заболевание формирующейся личности, то есть такое заболевание, которое затрагивает значимые аспекты формирования личности, систему его отношений...» [11].

Так или иначе неврозы вызывают резкое эмоциональное перенапряжение с иррадиацией в соматические процессы и непреодолимую личностную потребность в ликвидации создавшегося положения. Постоянное или часто повторяющееся эмоциональное и умственное напряжение, психический стресс и депрессии провоцируют различные отклонения в психической деятельности и физиологических функциях организма [13].

В традиционной классификации обычно выделяют четыре вида неврозов:

- невроз страхов,
- невроз навязчивых состояний,
- истерия,
- неврастения.

В МКБ-10 эти разновидности невроза приобрели новые уточненные названия:

- невроз страхов – тревожно-фобические расстройства (F 40);
- невроз навязчивых состояний – обсессивно-компульсивное расстройство (F 42);
- истерия – диссоциативные (конверсионные) расстройства (F 44);
- неврастения – то же название (F 48.0).

Особый интерес вызывает и природа тревожных расстройств личности, которые в классификации МКБ-10 обозначаются аббревиатурой F 41 (другие тревожные расстройства).

Согласно МКБ-10 к расстройствам личности и поведения относят:

1. Параноидальное расстройство (F 60.0). В отечественной и классической немецкой психиатрии параноидное расстройство личности соответствует паранойяльному виду психопатии. Следующие черты являются характерными для данного заболевания: перманентная подозрительность и недоверие к людям, перекладывание ответственности с себя на других. Больные с параноидным расстройством не страдают галлюцинациями и расстройствами мышления, как это характерно для параноидной шизофрении, у них отсутствуют бредовые построения, свойственные бредовым психозам, отсутствуют антисоциальные поступки, этим они отличаются от асоциальных параноидных психопатов. Эмоциональная ограниченность сближает их с шизоидной психопатией, но различия существуют в доминирующей у них интенсивной подозрительности и недоверчивости.

2. Шизоидное расстройство (F 60.1). Завышенная интровертированность и неспособность к установлению значимых эмоциональных межчеловеческих отношений являются ключевыми характеристиками больных шизоидным расстройством. Пациенты некомфортно себя чувствуют при любых социальных взаимодействиях и выбирают работу, не связанную с интенсивным общением. Шизоидные психопаты эмоционально холодны и не способны выражать привязанность и теплые чувства. Они скрытны и патологически замкнуты, не способны чувствовать наслаждение, интерес к сексуальному общению снижен. Они замкнуты, необщительны, оторваны от реальности и погружены в свой внутренний мир. Внутренняя потребность к общению у них отсутствует.

3. Диссоциальное расстройство личности (F 60.2). Диссоциальное расстройство личности ранее не выделялось в отечественной классификации по психиатрии. В некоторой степени данное расстройство личности соответствует эпилептоидно-неустойчивому типу, по А. Личко, и асоциальной психопатии, по П. Б. Ганнушкину. В американской непатологической версии DSM-IV диссоциальное расстройство соответствует нарциссическому типу личности и характеризуется гиперболизированным ощущением собственной значимости и склонности к переоценке собственных достоинств. Людям, страдающим данным расстройством, свойственна ненасытная потребность в уважении и проявлении восторга со стороны окружающих, высокомерие, эгоизм, эгоцентризм и скудность эмоциональных проявлений.

4. Эмоциональное неустойчивое расстройство личности (F 60.3), в котором выделяют импульсивный (F 60.30) и пограничный подтипы (F 60.31).

5. Истерическое расстройство личности (F 60.4). В классификациях DSM и МКБ-10 истерическое расстройство личности носит название «актерского» (от древнегреческого *histrionic*). В DSM-W само расстройство личности именуется «неестественное актерство (драматический тип)». В русской версии сохранено более привычное для отечественных психиатров обозначение истерического расстройства личности. Оно соответствует истерической психопатии.

6. Ананкастное расстройство личности (F 60.5). В этом расстройстве личности прослеживается связь с психастенической личностью (психастенической психопатией) отечественных авторов. В межчеловеческих отношениях ананкасты ригидны, они совершенно не приемлют компромиссы и не терпят все, что, по их мнению, угрожает организованности, порядку и совершенству. Свою тревогу, которая возникает в подобных ситуациях, они контролируют с особой педантичностью и вниманием. Повышенная склонность к сомнениям, неуверенность, сложности в принятии решений, малоподвиж-

ность – ключевые психастенические черты характера ананкаста. Эти люди, подвергаясь постоянным сомнениям в правильности своих действий, очень часто перепроверяют сделанное. Психастеники очень впечатлительны, застенчивы и робки, их часто одолевают тревоги и страхи.

7. Тревожное расстройство личности (F 60.6). Данное расстройство по факту, совпадает с сенситивной психопатией в отечественной классификации болезней.

8. Зависимое расстройство личности (F 60.7). Заниженная самооценка, пессимистическое видение жизни, страх проявления агрессии и сексуальных побуждений, неуверенность в себе и своих силах – вот ключевые проявления этого расстройства.

9. Другие специфические расстройства личности (F 60.8), к ним относятся пассивно-агрессивное и нарциссическое расстройства.

В статье приведена краткая классификация психических расстройств личности и поведения, однако это позволяет говорить о том, что все их разновидности связаны с особенностями и степенью выраженности определенных черт характера.

Таким образом, можно сделать вывод, что психоэмоциональное состояние и индивидуальные психологические особенности личности определяют типичные реакции на соответствующие жизненные ситуации и влияют на успешность дентальной имплантации.

Литература

1. Алямовская Е. Н. Психопрофилактика в стоматологии // Новое в стоматологии. 2002. № 6. С. 12–13.
2. Анисимова Е. Н., Гасанова З. М. Разработка способов снижения уровня стресса на стоматологическом приеме // Российская стоматология. 2012. Т. 5. № 3. 79 с.
3. Архипов А. В., Архипов В. Д. Сравнительный анализ результатов внутрикостной дентальной имплантации // Российский вестник дентальной имплантологии. 2005. № 3/4. С. 38–42.
4. Бабенко В. М. Лечение генерализованного пародонтита в зависимости от характера гигиенических, пародонтальных и иммунологических тестов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Киев, 1986. 24 с.
5. Батаршев А. В. Тестирование – основной инструментальный практического психолога. М., 1999
6. Бехтерев В. М. Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и ее отношение к вопросу о вменении. Казань, 1886.
7. Варрик Л. Д. Влияние уровня тревоги на прожективную деятельность // Роль эмоционального стресса в генезе нервно-психических и соматических заболеваний: сб. науч. тр. / под ред. проф. А. М. Вейна. М., 1997. С. 31–33.
8. Гатамов М. Г. Клинические особенности врачебной тактики, планирование и проведение стоматологического лечения пациентов с учетом их психической характеристики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1994. 24 с.
9. Глушако В. С. Теоретические, социально-гигиенические и организационные аспекты пограничных нервно-психических расстройств: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1991.
10. Драгобецкий М. К. Роль психосоматических расстройств в генезе психогенной непереносимости съемных зубных протезов // Стоматология. 1988. Т. 67. № 5. С. 89–92.
11. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983. 405 с.
12. Лазарус Р. С. Эмоциональный стресс. Физические и психические реакции / пер. с англ. Л., 1970. С. 178–208.
13. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М., 1999.
14. Луханина Т. В. Оценка психоэмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2009.
15. Морозов Г. В., Кабанов М. М., Лебединский М. С. О применении в клинике психологических тестов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1974. № 8. С. 1275–1276.
16. Семенова Н. Д., Кудрявая Н. В., Журулин Н. Б. Психологические исследования в стоматологии // Стоматология. 1999. № 6. С. 57–64.
17. Синичкин В. В. Анализ психоэмоционального напряжения больных перед стоматологической операцией в зависимости от психологических особенностей личности / В. В. Синичкин, В. В. Семенова, Н. Н. Бажанов, К. В. Судаков // Стоматология. 1989. № 3. С. 28–29.