

Психологические принципы в создании кооперации на этапе ортодонтического лечения детей

Н.Е. МАЛАХОВА*, ассистент, врач стоматолог-ортодонт
С.Л. СОЛОВЬЕВА**, д.м.н. профессор, зав. кафедрой, клинический психолог
Е.А. САТЫГО***, д.м.н., зав. кафедрой, детский стоматолог
*Кафедра стоматологии общей практики
**Кафедра общей, медицинской психологии и педагогики
***Кафедра детской стоматологии
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Psychological principles in the establishment of cooperation during the childrens orthodontic treatment

N.E. MALAKHOVA, S.L. SOLOV'EVA, E.A. SATYGO

Резюме

Одной из главных проблем на этапе ортодонтического лечения в период сменного прикуса является низкий уровень кооперации врача с пациентом, что не позволяет в ряде случаев достигать запланированных результатов. В данном исследовании анализируется возможность применения теста Люшера при планировании ортодонтического вмешательства в качестве экспресс-диагностики психического состояния, которое является фоном при лечении аномалии окклюзии. Анализ результатов тестирования помогает врачу-ортодонт выбрать оптимальный план ортодонтического лечения у детей.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, приверженность к лечению, кооперация врача и пациента, тест Люшера, психологический статус.

Abstract

One of the great problem of orthodontic treatment is poor compliance with children. This is the main reason of the discrepancy of pre-planned results. In this research test Luscher was used as express diagnostic of mental state. The results of test help the orthodontist to choose the best plan of orthodontic treatment.

Key words: orthodontic treatment, compliance, cooperation between doctor and patient, test Lusher, psychological status.

Введение

Согласно определению ВОЗ, приверженность к лечению определяет следующее поведение: обращение за медицинской помощью, выполнение предписаний врача, ответственный прием лекарств, строгое соблюдение назначений, изменение поведения, направленное на соблюдение личной гигиены. Таким образом, приверженность определяется целым рядом факторов, объединяемых в четыре группы: факторы, связанные с заболеванием, лечением, системой оказания медицинской помощи, включая отношение медицинского персонала к пациенту, и с самим пациентом.

Существуют значительные затруднения в адекватной оценке

приверженности пациента к лечению, так как самоотчеты пациентов, а также мнение врача о приверженности, как правило, достаточно субъективны.

Ситуации, касающиеся проблемы приверженности пациента к ортодонтическому лечению и связанному с этим выполнением особых мероприятий по гигиене полости рта, в силу различного психоэмоционального состояния пациентов, являются распространенными. Недостаточная приверженность может выражаться как в нарушении графика ношения ортодонтических аппаратов, так и в не регулярном и не качественном уходе за полостью рта. Недостаточная приверженность к ортодонтическому лече-

нию приводит к прогрессированию зубочелюстной аномалии, а также появлению осложнений в виде поверхностного кариеса вокруг ортодонтических конструкций, что приводит впоследствии к ухудшению качества жизни.

Психоэмоциональное состояние пациента является важным связующим звеном между планированием ортодонтического лечения и результатом лечения. Наиболее значимым компонентом в понимании приверженности к лечению является степень кооперации между пациентом и врачом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение особенностей психоэмоционального состояния паци-

ента с помощью экспресс-метода и их влияние на кооперацию врача с пациентом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование 60 пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении съемными и несъемными аппаратами, из них 71% в возрасте 6–17 лет и 29% в возрасте 18–45 лет ($p = 0.067$). У 7 пациентов лечение проходило с применением одночелюстного аппарата на верхнюю челюсть, у 4 человек использовался аппарат «Твин-блок», в 16 случаях был назначен эластопозиционер, у 33 человек применяли брекет-систему. Ведущей аномалией прикуса была дистальная окклюзия.

Мы исследовали пациентов старшего возраста для того, чтобы изучить действительный уровень психологического напряжения в настоящее время среди пациентов без учета возрастного критерия, а также выявить различия по сравнению с условно принятой нормой. Далее мы разделили пациентов на две группы, чтобы выявить особенности психоэмоционального состояния непосредственно среди детей.

Психологическое предпочтение того или иного цвета, обеспеченное соответствующими физиологическими процессами в организме, преобладанием активности симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, символизирует определенную потребность и связанную с ней форму поведения.

Пациенту предлагалось на планшетном компьютере пройти данный тест, ранжируя по степени предпочтения набор из восьми цветов: серого, темно-синего, сине-зеленого, красно-желтого, желто-красного, красно-синего или фиолетового, коричневого и черного (рис. 1).

Мы использовали интерпретацию теста по методике Шипоша К. (1980) и Юрьева А. Л. (1982). По данным тестирования определяются: состояние вегетативной нервной системы, степень психофизиологического напряжения, а также выраженность таких негативных эмоциональных состояний, как утомление, напряжение, тревога и стресс.

Расчет вегетативного коэффициента (ВК) проводился по формуле $ВК = 18 - (\text{красный} + \text{желтый}) / 18 - (\text{синий} + \text{зеленый})$. Наиболее благоприятными для кооперации с пациентом считали значения в пределах 1–1,5 балла.

В ходе исследования за основу были взяты как показатели теста цветовых выборов Люшера, так

и общие, наиболее характерные для каждого пациента цветовые предпочтения, выражающиеся в выборе особой цветовой гаммы в одежде, аксессуарах, а также при опросе пациента о его любимом цвете.

Исследуемый критерий «кооперация» пациента с врачом определялась как хорошая или неудовлетворительная. Под хорошей кооперацией понималась дисциплинированность при посещении врача-ортодонта, число пропусков назначенных приемов не более одного, а также значение индекса гигиены как хороший. Остальные ситуации расценивались как неудовлетворительная кооперация.

У всех пациентов оценивался уровень гигиены полости рта. Для определения индекса гигиены полости рта использовали упрощенный индекс Грина-Вермильона. Оценивали вестибулярную поверхность центрального резца верхней и нижней челюсти, вестибулярную поверхность моляров справа и слева, а также язычную поверхность нижних моляров. Оценка гигиены полости рта проводилась по следующим критериям: 0–0,6 — хорошая гигиена полости рта, 0,7–1,6 — удовлетворительная, 1,7–2,5 — неудовлетворительная, более 2,6 — плохая гигиена полости рта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нормальным показателем аутогенной нормы являются значения в пределах 10–12 баллов, что свидетельствует о нервной-психической стабильности. Чем больше показатели — тем более преобладание негативного отношения человека к внешним факторам, выше утомляемость и эмоциональная напряженность. В таких ситуациях адаптивность снижается, что может сказываться на сотрудничестве с пациентом на этапах ортодонтического лечения.

И действительно, уровень стресса и утомления преобладают в младшей группе исследуемых ($7,0 \pm 3,7$ и $5,0 \pm 1,8$ соответственно) по сравнению с нормальными значениями и с результатами обследования в старшей возрастной группе ($5,0 \pm 3,2$ и $4,0 \pm 2,5$).

В нашем исследовании не оказалось ни одного пациента, как среди младшей, так и старшей возрастной группы пациентов, у которого показатели психического статуса совпадали бы с условно принятой нормой, то есть в пределах 1–2 баллов. Это характеризует повышенный уровень психологической напряженности в общем среди групп исследуемых.

Также очевидным является увеличение показателей «аутогенной

нормы» для пациентов в младшей возрастной группе ($16,75 \pm 1,22$), что подчеркивает повышенную степень психологического напряжения именно у детей. Это отражается и в преобладании влияния парасимпатического отдела нервной системы в раннем возрасте и уменьшении ресурсности.

У взрослых пациентов вегетативный коэффициент составляет $1,2 \pm 0,1$, что предполагает большую роль воздействия симпатической нервной системы и готовность к энергозатратам. Также распределение показателей психического статуса более равномерно в старшем возрасте.

Причем у всех обследованных отчетливо выражено состояние стресса, но особенно — у детей. Стоит учитывать, что при повышенной степени усталости пациент хуже воспринимает новую информацию, испытывает сложности при освоении новых навыков и выполнять рекомендации будет скорее в случае особенно личной заинтересованности.

При проведении опроса большинство пациентов выбирали в качестве предпочтительного синий цвет (50% пациентов), что указывало на преобладание потребности в эмоциональном комфорте, повышенную чувствительность, внимание к собственным переживаниям. Результаты лечения и непосредственное выполнение пациентами рекомендаций, а также качество гигиены полости рта оценивались у большинства этих больных как неудовлетворительные (65% пациентов), реже — как удовлетворительные в 14% случаев или хорошие в 21% случаев. Уверенная и теплая (материнская) манера поведения доктора внушает этим пациентам доверие, на основе которого с ними легко налаживается психологический контакт. Возможно, что предпочтения отдаются ортодонтической аппаратуре, которую можно использовать только в «домашнее время», либо выбранный аппарат будет наименее заметен в полости рта. При плановых осмотрах такие пациенты требуют подчеркнутой похвалы со стороны врача за соблюдение им необходимого режима применения аппаратуры. В случаях недостаточного выполнения ими гигиенических мероприятий или при нерегулярном использовании аппаратов может быть рекомендована разъяснительная беседа при минимальном использовании врачом строгих наставлений и предупреждений.

Пациенты, выбирающие красный, желтый или зеленый цвет, так называемая «эрготропная функциональная группа», указывающая

на мобилизацию психофизиологических ресурсов для решения конкретной задачи, показали лучшие результаты по сотрудничеству и гигиене полости рта.

Пациенты, предпочитающие при тестировании зеленый цвет, обнаруживали в своем эмоциональном состоянии такие психологические черты, как упрямство, осторожность, недоверчивость, потребность в отстаивании собственной позиции, агрессивность защитного характера. Данную группу пациентов следует, в первую очередь, заинтересовать в необходимых процедурах рациональным объяснением и обоснованием. Логичное последовательное построение последовательности мероприятий, а также планируемый результат должны быть четко понятны пациентам, что создает предпосылки для построения взаимоотношений с врачом, мотивации и достижения комплаенса. Следует ставить небольшие по продолжительности задачи и при плановых осмотрах оценивать степень их достижения. Например, при необходимости использования аппарата в дневное и ночное время вначале предложить ребенку носить аппарат регулярно 1 час в день. Только при регулярном выполнении этого задания можно увеличивать продолжительность использования аппарата. При этом при повторном визите следует показать первоначальные

контрольно-диагностические модели челюстей и отметить положительные изменения в положении зубов, поощрять ребенка к дальнейшему сотрудничеству.

Предпочтение красного цвета ($n = 8$) было обнаружено в 13,3% случаев и характеризовало пациентов как людей с более выраженными лидерскими качествами и высокой поисковой активностью, которые отличаются высоким уровнем самоуважения, потребностью в достижениях, склонностью к риску. Пациенты, предпочитающие красный цвет, ориентируются на «идеальный» результат и могут быть достаточно претенциозны. Планируемый результат лечения должен быть четко очерчен, сформулированы преимущества в достижении соответствующего плана лечения. При создании правильной мотивации пациенты склонны усердно выполнять поставленные задачи.

Предпочтение желтого цвета ($n = 8$) у 13,3% обследованных сочеталось с приподнятым настроением, склонностью к позитивному мировосприятию, ожиданиям и вере в благополучный исход событий. Они мечтательны, склонны к фантазиям.

Беседа с ними, построенная на логике, может быть непонятной и даже пугающей. Наиболее эффективной манерой общения с такими пациентами может быть эмоциональная непринужденность, легкость, мотивация к красоте, творческий подход к выполнению врачебных рекомендаций.

В наибольшей степени были недоступны психологическому контакту пациенты, предпочитающие черный, коричневый или серый цвета. Выбор в качестве наиболее приятного черного цвета указывает на выраженные тенденции к противодействию, враждебность и негативизм; предпочтение коричневого характеризует физическое или эмоциональное переутомление; предпочтение серого — недоверие, замкнутость, недоступность. Для эффективного взаимодействия с такими пациентами желательна предварительная психологическая или психотерапевтическая работа.

Предпочтение того или иного цвета позволяет рекомендовать соответствующую тактику построения взаимоотношений с пациентом и его родственниками для повышения степени сотрудничества.

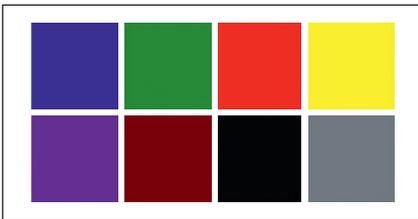


Рис. 1. Пример цветовой гаммы для проведения теста Люшера

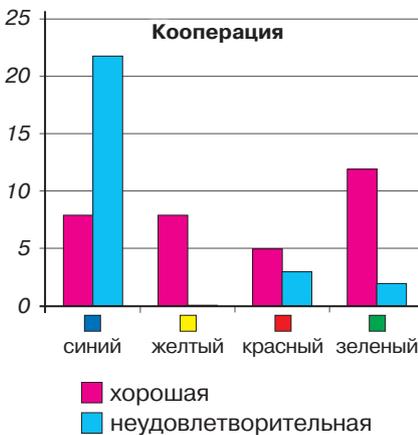


Рис. 2. Зависимость между выбором цвета и кооперацией с пациентом

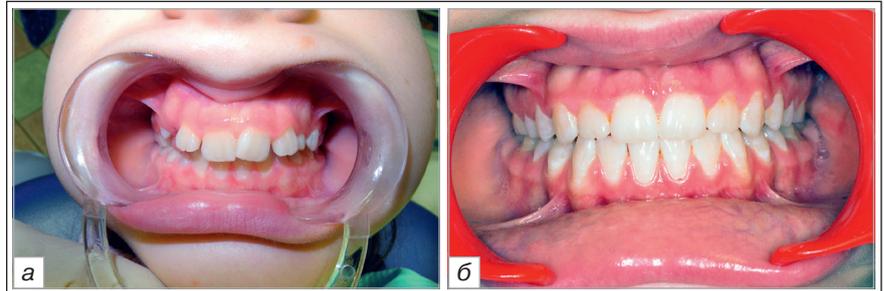


Рис. 3. Пациентка А., 8,2 лет. Окклюзия зубных рядов спереди до лечения (а), окклюзия зубных рядов спереди после лечения (б). Пример хорошей кооперации. Состояние после ортодонтического лечения с применением съемного ортодонтического аппарата. Всего проведено 8 визитов к ортодонту на протяжении 28 месяцев

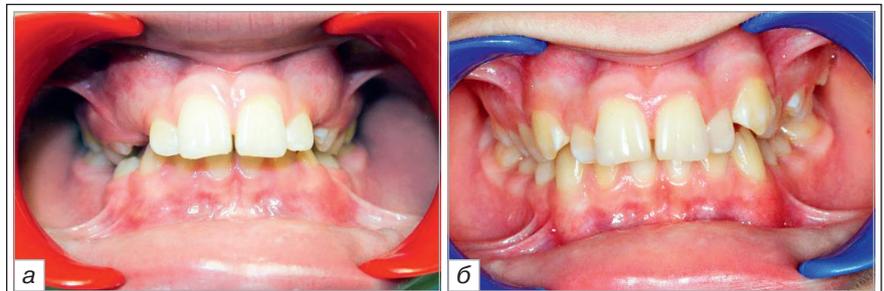


Рис. 4. Пациент К., 9,5 лет. Окклюзия зубных рядов спереди до начала ортодонтического лечения с использованием съемного аппарата (а). Окклюзия зубных рядов спереди после завершения первого этапа ортодонтического лечения с использованием съемного аппарата: бугорковое соотношение боковой группы зубов, скученное положение резцов, вестибулярное положение зуба 2.3. Состояние после ортодонтического лечения с применением съемного ортодонтического аппарата. Всего осуществлено 13 визитов к ортодонту за 19 месяцев

Выбор тактики ортодонтического лечения, которое может продолжаться более двух лет, должно меняться в соответствии с изменениями в психологических установках и настроении пациентов. Периодичность тестирования должна быть индивидуальной. Психологическая диагностика особенно важна в тех ситуациях, когда врач замечает изменения в настроении пациента, ориентируясь, в частности, на неожиданную смену прически или употребление чрезмерного количества аксессуаров, либо, наоборот, неоправданный внешний вид по сравнению с изначальным. В таких случаях тактика общения с пациентом должна быть изменена, могут быть внесены коррективы в план лечения.

Мы проанализировали две клинические ситуации со схожими диагнозами.

При оценке психического состояния с помощью теста Люшера у пациентки А., 8,2 лет (рис. 3, 4) показатель отклонения от аутогенной нормы — 11, вегетативный коэффициент — 1,2, утомление — 1, напряжение — 0, тревога — 4, стресс — 4. Состояние характеризуется как приближающееся к нормативному, с умеренным преобладанием активности симпатической нервной системы, обеспечивающей мобилизацию психофизиологических ресурсов; в актуальном психическом статусе доминирует повышенная тревожность, связанная с переживанием умеренного эмоционального стресса. Результаты тестирования позволяют сделать благоприятный прогноз на достижение кооперации.

У второго пациента К., 9,5 лет (рис. 4), аутогенный показатель — 30, вегетативный коэффициент — 1,5, утомление — 1, напряжение — 3, тревога — 2, стресс — 8. По результатам тестирования значительно превышен нормативный уровень психофизиологической напряженности, который сопровождается активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы, что свидетельствует о крайнем напряжении психофизиологических ресурсов организма. В актуальном психическом статусе доминирует выраженное в значительной степени переживание эмоционального стресса, которое сопровождается дезорганизацией целостной психической деятельности с утратой ее целенаправленности, организованности, со снижением способности контролировать свои эмоциональные реакции и поведение в целом. В соответствии с полученными результатами, прогнозируется низкий уровень кооперации с вероятностью спонтанных эмоциональных

реакций, импульсивного поведения, враждебности и негативизма.

Очевидным является более выраженное психическое напряжение у второго пациента. У данного пациента отмечалась сниженная мотивация к исправлению аномалии прикуса. Применение ортодонтического аппарата является дополнительной психофизиологической нагрузкой, что приводит к еще большей выраженности негативных переживаний. В этом случае лишь настойчивость и контроль со стороны родителей могут обеспечить выполнение рекомендаций врача-ортодонта. Напротив, в первом из представленных наблюдений была легко создана кооперация с врачом, обеспечивающая исполнительность и организованность пациентки на всех этапах ортодонтического лечения.

Выводы

1. Тест Люшера является проективной методикой, которая в игровой форме выявляет наиболее непосредственные, неосознанные проявления индивидуально-личностных свойств, позволяющие прогнозировать поведение в ситуации эмоционального стресса при ортодонтическом лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями.

2. Выявлено повышение степени эмоционально-психической напряженности как у детей, так и у взрослых, что следует учитывать при оптимизации уровня психологической кооперации для построения длительных взаимоотношений между пациентом и врачом-ортодонтом с целью улучшения общей результативности лечения.

3. Преобладание возбуждения парасимпатической нервной системы у детей по сравнению со взрослыми, а также высокие значения уровня стресса подчеркивают повышенный уровень нервно-психической напряженности в младшей возрастной группе, что следует учитывать при составлении плана ортодонтического лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леонтьев В. К., Шестаков В. Т., Воронин В. Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. — М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — С. 225–226.
2. Леонтьев В. К., Шестаков В. Т., Воронин В. Ф. Оценка основных направлений развития в стоматологии. — М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — С. 225–226.
3. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: рук-во для врачей. — М.: Медицина, 2004. — 360 с.
4. Persin L. S. Ortodontia. Diagnostica i lechenie zubocheľyustnih anomalij: ruk-vo dlja vrachej. — М.: Medicina, 2004. — 360 с.

3. Плавинский С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии: обзор литературы. — М.: Акварель, 2010. — 48 с.

Plavinskij S. L. Meroprijatiya po usileniyu privergennosti terapij: obzor literature. — М.: Akvarel, 2010. — 48 s.

4. Сущенко А. В., Каливрадзиян Э. С., Подопригора А. В. и др. Повышение эффективности лечения детей съёмными ортодонтическими аппаратами // Стоматология детского возраста и профилактика. 2013. Т. XII. №2 (45). С. 65–66.

Sushchenko A. V., Kalivradžijan E. S., Podoprihora A. V. i dr. Povyshenie effektivnosti lechenija detej sĵemnymi ortodonticheskimy apparatami // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. 2013. T. XII. №2 (45). S. 65–66.

5. Собчик Л. Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений: практическое руководство. — СПб.: Речь, 2003. — 96 с.

Sobchik L. N. Diagnostika individualno-tipologičeskikh svoystv i meĵlichnostnyh otnoshenij: praktičeskoje rukovodstvo. — SPb: Rech, 2003. — 96 s.

6. Сокольская О. Ю. Изменения психоэмоционального состояния у детей в процессе диспансерного наблюдения у детского стоматолога // Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. Т. XIII. №2 (49). С. 27–31.

Sokolskaja O. Ju. Izmenenija psyhoemocionalnogo sostojanija u detej v processe dispansernogo nabljudenija u detskogo stomatologa // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. 2014. T. XIII. №2 (49). S. 27–31.

7. Шилина С. В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2004. — 23 с.

Shilina S. V. Socialno-psyhologičeskije faktori vzaimootnošenij vracha i pacienta v sovremennoj stomatologičeskoj praktike: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — Volgograd, 2004. — 23 s.

8. Chapman J. A., Roberts W. E., Eckert G. J. et al. Risk factors for incidence and severity of white spot lesions during treatment with fixed orthodontic appliances // Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010. №138. P. 188–194.

9. Graber T. M., Neumann B. Orthodontic removable appliances. — Jaypee Brothers Publishers, 2008. — 610 p.

10. Pauls A., Nienkemper M., Panayotidis A. et al. Effects of wear time recording on the patient's compliance // Angle Orthod. 2013. Vol. 83. №6. P. 1002–1008.

11. Justus R. Iatrogenic effects of ortodontic treatment. — New York; London; Switzerland: Springer, 2015. — 130 p.

12. Gottlieb E. L., Malerman A. J. Early orthodontic treatment // Journal of clinical orthodontics. 2004. Vol. 38. №2. P. 79–90.

13. Papadopoulos M. Orthodontic treatment of the Class 2 Noncompliant patient. — Edinburgh; London; New York: Mosby, 2006. — 416 p.

14. Richter A. E., Arruda A. O., Peters M. C., Sohn W. Incidence of caries lesions among patients treated with comprehensive orthodontics // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2011. №139. P. 657–664.

Поступила 19.03.2017

Координаты для связи с авторами:
191015, г. Санкт-Петербург,
ул. Кирочная, д. 41