

УДК 159.9

Клёмин В.А., Бойченко А.А., Баркова Д.А., Фесенко А.Ю.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Успех лечения зубов напрямую зависит от того, насколько внимательно пациент следует рекомендациям своего стоматолога [1-3]. В свою очередь, выполнение рекомендаций зависит от того, насколько сильно пациент мотивирован на лечение и не устал ли он от процесса лечения. У людей с психическими расстройствами усталость и потеря мотивации могут наступать быстрее или проявляться изначально [4, 5].

По данным ФГБУ НЦПЗ РАМН в 1996 году более трех миллионов людей обратились в государственные учреждения за психиатрической и наркологической помощью [6, 7]. А в 2009 году, по данным ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», количество людей, обратившихся в государственные учреждения, увеличилось до 7,3 миллионов [8-12]. Кроме того, по оценкам НЦПЗ РАМН, около 30 миллионов людей в России имеют психические расстройства, которые не относятся к категории тяжелых, и поэтому не обращаются за помощью в психиатрические учреждения, а также около 10 миллионов людей страдают стресс-ассоциированными расстройствами (посттравматическим стрессовым расстройством и т.д.) [6, 8, 11].

Рост числа людей с психическими расстройствами отразился и на клинике стоматологических больных. Такие пациенты часто сталкиваются с трудностями в общении и неожиданным поведением, а также могут иметь проблемы с настроением [4]. Мы считаем актуальной задачу разработки модели формирования индивидуального плана лечения стоматологического пациента в зависимости, как минимум, от его эмоционального состояния, с разработкой рекомендаций по выбору оптимальных коммуникационных стратегий в общении с такими пациентами врачам-стоматологам.

Цель работы заключается в сравнительном анализе эффективности различных методов определения психоэмоционального состояния пациентов, которые проходят стоматологическое лечение, путем выведения положительных и отрицательных их сторон.

Для выявления расстройств настроения, включая тревожность и депрессивные состояния, в стоматологии и общей клинической практике используются различные методы, такие как шкала Спилбергера-Ханина для измерения ситуативной и личностной тревожности, опросник Prime MD для выявления симптомов депрессии, госпитальная шкала HADS для измерения депрессии и тревоги, шкала Занга для самооценки тревоги и депрессии, шкала Бека для измерения депрессии, шкала Гамильтона для оценки депрессии, симптоматический опросник SCL-90-R, шкала клиническая стоматологическая (ШКС) и диагностика «Синдрома ПСАФ дезадаптации» или «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации».

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) - шкала для выявления тревоги и депрессии у пациентов. Она быстрая и удобна для первичной диагностики эмоциональных расстройств. Шкала состоит из 14 вопросов, разделенных на тревогу и депрессию. Ответы оцениваются по 4-балльной шкале. Результаты HADS интерпретируются как норма, субклиническая или клиническая тревога/депрессия. Плюсы: скрининговый характер, небольшой объем (7 вопросов на каждую подшкалу), определение тяжести расстройства и электронная версия для устройств Android. Однако есть недостатки: использование бланков, затраты времени (5-10 минут), неудобство для пациента.

Шкала Спилбергера-Ханина - важный инструмент для диагностики тревожности перед

стоматологическим приемом. Она измеряет ситуативную и личностную тревожность. Ситуативная тревожность связана с беспокойством и напряжением в конкретной ситуации, а личностная тревожность проявляется в повышенной склонности к беспокойству в различных ситуациях. Шкала включает 40 высказываний, разделенных на две части. Результаты интерпретируются на трех уровнях: низком, среднем и высоком уровне тревожности. Плюсы включают дифференцированное измерение тревожности. Однако, недостатки включают большой объем (40 вопросов), время выполнения (20-30 минут), использование специальных бланков и расчет результатов по формулам [1].

Prime MD - короткий и удобный опросник для выявления симптомов депрессии. Он состоит из 9 вопросов, причем первые два определяют продолжение опроса. Преимущества включают оценочные вопросы и небольшой объем. Этот метод не имеет недостатков. [18].

Шкала депрессии/опросник Бека - широко используемая методика для выявления симптомов депрессии. Она состоит из 21 категории симптомов, каждая содержит 4-5 утверждений. Ранжирование утверждений отражает степень тяжести депрессии. Ранее методика требовала участия эксперта, который зачитывал пункты, и пациент выбирал соответствующее утверждение. В настоящее время пациенты могут заполнять опросник самостоятельно. Преимущества включают возможность самооценки, выявление тяжести расстройства, высокую чувствительность и специфичность. Однако недостатки включают большой объем (21 вопрос), время заполнения (15-20 минут), необходимость инструктажа и использование специального бланка.

Шкала Занга - инновационный инструмент для измерения выраженности тревожных расстройств. Содержит 20 утверждений, описывающих симптомы тревожности. Исследуемый оценивает каждое утверждение по 4 градациям. Шкала заполняется пациентом самостоятельно после краткого инструктирования. Суммарный балл используется для оценки степени выраженности тревожного расстройства. Эффективно для диагностики, скрининга, клинических испытаний и эпидемиологических исследований.

Шкала Занга также используется для оценки уровня депрессии. Тест состоит из 20

вопросов, оцениваемых по шкале от 1 до 4. Результаты делятся на четыре диапазона, отражающих степень депрессии. Тест обладает высокой чувствительностью и специфичностью, позволяет самооценку пациентом и занимает 20-30 минут. Преимущества - определение тяжести расстройства, высокая точность. Недостатки - большой объем исследования, необходимость инструктажа и использование специальных бланков.

HDRS (Шкала Гамильтона для оценки депрессии) - важное клиническое пособие для количественной оценки состояния пациентов с депрессивными расстройствами. Она широко используется в клинической практике и исследованиях, чтобы наблюдать за клинической динамикой и определять эффективность лечения. Шкала состоит из 21 пункта, заполняемых опытными клиницистами. Заполнение требует структурированного клинического интервью длительностью 20-25 минут. HDRS позволяет определить степень тяжести депрессии с высокой чувствительностью и специфичностью. Недостатки включают большой объем исследования, время его проведения, необходимость инструктажа пациента, использование специальных бланков и требование опытного клинициста для заполнения шкалы.

SCL-90-R - тест для оценки психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых людей. Он состоит из 90 вопросов, оцениваемых по шкале от 0 до 4. Тест включает шкалы соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, депрессии, тревожности и других. SCL-90-R не используется для диагностики личности, а оценивает текущий психологический статус. Тест не содержит шкалы лжи и не корректирует установочные ответы. Результаты имеют приблизительную клиническую значимость, но тест не подходит для людей, не способных воспринять инструкции, а также для пациентов с деменцией или явными психотическими состояниями.

Метод диагностики, сокращенно известный как «Синдром ПСАФ дезадаптации», предоставляет методику анализа структуры и выраженности всех проявлений внутренней картины заболевания. Четыре группы – психологический, сенсорный, анатомический и функциональный кластеры – позволяют распределить все проявления внутренней картины заболевания. Психологический кластер включает в себя переживания, связанные с

негативной эстетической самооценкой своего лица в целом или отдельных анатомических структур челюстно-лицевой области (ЧЛО), а также желание изменить архитектуру своего лица. Сенсорный кластер включает в себя нарушения чувствительности, боли, звуковые нарушения и другие подобные проявления. Анатомический кластер включает в себя деформации зубочелюстной системы и ЧЛО.

Функциональный кластер при данном заболевании может серьезно нарушить жизнь пациента. Он включает ограничение открывания рта, затруднение глотания, откусывания и разжевывания пищи, нарушение носового дыхания, речи, слезотечение, мимику и зрение. Если несколько из этих симптомов сильно выражены, пациент может столкнуться с дезадаптацией, препятствующей приспособлению к условиям существования. Пациент сам оценивает выраженность симптомов с помощью аналогово-балльной шкалы самооценки. Результаты указываются в анкете, где пациент отмечает степень беспокойства по разным понятиям, таким как чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо и не беспокоит. Врач анализирует жалобы и распределяет их по кластерам, определяя степень выраженности. Эти данные помогают лучше понять состояние пациента и разработать эффективное лечение. Индивидуальный план лечения синдрома ПСАФ дезадаптации составляется на основе оценки выраженности симптомов и преобладающего кластера. Это позволяет оптимизировать лечебные мероприятия. Для использования этого подхода необходимы специальные бланки анкеты самооценки и обучение медицинского персонала. Также требуется правильное распределение жалоб пациента по кластерам, что требует навыков медицинского персонала.

Рассмотренные в тексте методы диагностики психических расстройств у стоматологических пациентов имеют свои преимущества и недостатки. Важно отметить, что задача врача стоматолога не включает в себя диагностику таких состояний, но он должен заподозрить их наличие. Для этого можно использовать первые два оценочных вопроса из теста Prime MD. Для челюстно-лицевого отделения целесообразно использовать диагностику «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» для больных с минно-взрывными травмами и у больных с гнойными воспалительными процессами. В случае оценки кратковременной реакции используется специальная шкала клиническая стоматологическая при амбулаторной стоматологической практики в ортопедической стоматологии и имплантации.

Таким образом, для профилактики неотложных состояний у стоматологических пациентов необходимо проводить сбор анамнеза, определять функциональное состояние и психологический статус, проводить осмотр, ставить диагноз и оказывать специализированную помощь. Однако диагностика психоэмоциональных отклонений занимает много времени, которым стоматолог не всегда обладает.

В связи с этим возникает необходимость разработки новых индивидуализированных технических комплексов ведения клинической беседы с пациентами стоматологического профиля - например, в виде интервьюирования. Это поможет врачу-стоматологу получить необходимую информацию о психоэмоциональном состоянии пациентов и оптимизировать с ними коммуникационное взаимодействие.

Клёмин В.А., Бойченко А.А., Баркова Д.А., Фесенко А.Ю.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

Для обеспечения качественной стоматологической помощи и предотвращения конфликтов необходимо учитывать психоэмоциональное состояние пациента и разрабатывать индивидуальный план лечения. Для этого используются различные методы, включая опросники и шкалы, такие как шкала тревожности Спилбергера-Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала Занга для оценки тревоги и депрессии, опросник SCL-90-R и клиническая стоматологическая шкала. Однако, эти методы требуют много времени и специальных бланков, а также инструктажа пациента. Для определения преобладающей психоэмоциональной реакции пациента и тактики взаимодействия с ним необходимо использовать новые способы

интервьюирования. Эффективность лечения зависит от пациента, поэтому важно обеспечить положительное взаимодействие и высокое качество стоматологической помощи. Цель работы - сравнить методы определения психоэмоционального состояния пациентов стоматологического лечения, выявив их положительные и отрицательные стороны.

Методы диагностики психических расстройств у стоматологических пациентов, включая оценочные вопросы из теста Prime MD и диагностику «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации», имеют преимущества и недостатки, а также рекомендуются использовать специальную шкалу клиническую стоматологическую для кратковременной реакции при амбулаторной стоматологической практике в ортопедической стоматологии и имплантации, хотя задача врача стоматолога не включает в себя диагностику психических расстройств, но подозрение на их наличие важно.

Для профилактики неотложных состояний у стоматологических пациентов важно проводить сбор анамнеза, оценивать функциональное состояние и психологический статус, ставить диагноз и оказывать специализированную помощь, но диагностика психоэмоциональных отклонений требует много времени, которым стоматологи не всегда располагают, поэтому необходимо разработать новые методы интервьюирования пациентов с использованием устных вопросов, чтобы получить необходимую информацию о психоэмоциональном состоянии и определить тактику взаимодействия.

Ключевые слова: стоматология, психодиагностика, психоэмоциональное состояние

Klyomin V.A., Boychenko A.A., Barkova D.A., Fesenko A.Y.

ASSESSMENT OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS IN DENTAL PRACTICE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«M. Gorky Donetsk State Medical University»

of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation

To ensure high-quality dental care and prevent conflicts, it is necessary to consider the psychosocial state of each patient and develop an individual treatment plan that determines the interaction between the dentist and the patient. Various methods are used for this purpose, including questionnaires and scales such as the Spielberger-Hanin Situational and Personality Anxiety Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zung Self-Rating Anxiety and Depression Scale, Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), and Clinical Dental Scale. However, using these methods for diagnosis requires a significant amount of time, special forms, and patient instructions. New interviewing techniques need to be employed to determine the predominant psychosocial reaction of the patient and establish an effective interaction strategy. The success of the treatment largely depends on the patient's adherence to the dentist's recommendations, thus it is essential to foster positive patient-dentist interactions and deliver high-quality dental care. The aim of this study is to compare methods for assessing the psychosocial state of dental patients and identify their strengths and weaknesses.

Materials and methods include diagnostic approaches for assessing mental disorders in dental patients, incorporating evaluative questions from the Prime MD test and the diagnosis of "Psychosensory Anatomofunctional Maladaptation Syndrome." These approaches have their advantages and disadvantages, and it is recommended to use a specialized clinical dental scale for short-term reactions in outpatient orthodontic and implant dentistry practices. While the dentist's role does not include diagnosing mental disorders, it is crucial to remain vigilant for their presence.

To prevent urgent conditions in dental patients, it is important to collect medical history, evaluate functional status and psychological well-being, establish a diagnosis, and provide specialized assistance. However, diagnosing psychosocial deviations often requires a significant amount of time that dentists may not always have. Therefore, it is necessary to develop new interviewing methods using oral questions to obtain the necessary information about the patient's psychosocial state and determine the appropriate interaction strategy.

Keywords: dentistry, psychodiagnostics, psycho-emotional state

Литература

1. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. СПб.: Речь; 2005: 44-49.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.; 2002. 439.
3. Бобров А.П., Незнанов Н.Г., Исаева Е.Р., Корсак Л.В. Изучение взаимоотношений врача-ортодонта и пациента. Психиатрия консультирования и взаимодействия. Материалы конференции. 2004; 58–59.
4. Ванчакова Н.П. Трудные больные в стоматологии: психиатрические и психологические проблемы. Сборник тезисов I всероссийской научно-практической конференции «Сложный стоматологический пациент». Петрозаводск; 2013: 5–17.
5. Луханина Т.В. Оценка психоэмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009: 35–38.
6. Морозов В.Н., Хадарцев А.А. К современной трактовке механизмов стрема. Вестник новых медицинских технологий. 2010; 1(17): 15–17.
7. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. Руководство по психиатрии. Том 1. Москва: Медицина; 1999. 712.
8. Тишук Е.А. Заболеваемость населения Российской Федерации. Учебное пособие. Москва: Медицина; 2010. 120.
9. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей // Психиатрия (электронное издание). URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/22/chapter/37> (дата обращения: 20.12.2022)
10. Соловьёв М.М. «Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» в лечебном и образовательном процессе на стоматологическом факультете Первого СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова. Пособие для студентов II-V курсов стоматологического факультета. СПб; 2014: 3–11.
11. Хадарцев А.А., Морозов В.Н., Карасева Ю.В., Хадарцева К.А., Фудин Н.А. Патопсихология стресса как баланс стрессогенных и антистрессовых механизмов. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2012; 7: 16–21.
12. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2011; 1: 5–12.
13. Клёмин В.А., Жданов В.Е., Озерова Т.А. Состояние реактивной тревожности у пациентов при снятии анатомических оттисков. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2000; 1: 101-103.
14. Карнута С.В., Ищенко П.В., Орда А.И., Клёмин В.А. Состояние реактивной тревожности у пациентов при протезировании зубными коронками. Стоматология. 2002; 2: 37.
15. Клёмин В.А., Жданов В.Е., Ортопедическая стоматология К.: ВСК Медицина; 2010. 224.
16. Ищенко П.В., Клёмин В.А., Камалов Р.Х. Краткое руководство по военной ортопедической стоматологии М.: «Медицинское информационное агенство»; 2011. 230.
17. Клёмин В.А., Кабанова Н.В., Кубаренко В.В. Неотложная помощь в стоматологии. Пособие по производственной практике в стоматологии. Донецк: Издатель Заславский А.Н.; 2014. 352.
18. Arnau R.C., Meagher M.W., Norris M.P., Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. Health Psychol. 2001; 20: 112–119.
19. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4: 110.
20. Thunder S., Snow M., Honts C.R., The Zung Self-Rating Depression Scale: convergent validity and diagnostic discrimination. Assessment. 2002; 9(4): 401–405.
21. Williams J.B.W. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Archives of General Psychiatry. 1989; 45: 742–747.
22. Woods Craig D. Self-reported mental illness in a dental school clinic population Journal of Dental Education. 2003; 5: 500–504.

References

1. Batarshhev A.V. Bazovye psihologicheskie svojstva i samoopredelenie lichnosti: Prakticheskoe rukovodstvo po psihologicheskoj diagnostike. SPb.: Rech'; 2005: 44-49 (in Russian).
2. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj rehabilitacii. M.; 2002. 439 (in Russian).
3. Bobrov A.P., Neznakov N.G., Isaeva E.R., Korsak L.V. Izuchenie vzaimootnoshenij vracha-ortodonta i pacienta. Psihijatrija konsul'tirovanija i vzaimodejstvija. Materialy konferencii. 2004; 58–59 (in Russian).
4. Vanchakova N.P. Trudnye bol'nye v stomatologii: psihiatricheskie i psihologicheskie problemy. Sbornik tezisov I vsersijskoj nauchno-prakticheskoi konferencii «Slozhnyj stomatologicheskij pacient». Petrozavodsk; 2013: 5–17 (in Russian).
5. Luhanina T.V. Ocenka psihojemocial'nogo i stomatologicheskogo statusa u psihicheski bol'nyh v svjazi s zadachami terapii: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M.; 2009: 35–38 (in Russian).
6. Morozov V.N., Hadarcev A.A. K sovremennoj traktovke mehanizmov strema. Vestnik novyh medicinskih tehnologij. 2010; 1(17): 15–17 (in Russian).
7. Tiganov A.S., Snezhnevskij A.V., Orlovskaja D.D. Rukovodstvo po psihiatrii. Tom 1. Moskva: Medicina; 1999. 712 (in Russian).
8. Tishuk E.A. Zabolevaemost' naselenija Rossijskoj Federacii. Uchebnoe posobie. Moskva: Medicina; 2010. 120 (in Russian).
9. Smulevich A.B. Depressii v obshhej medicine: Rukovodstvo dlja vrachej // Psihijatrija (jelektronnoe izdanie). Available at: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/22/chapter/37> (accessed: 20.12.2022) (in Russian).
10. Solov'jov M.M. «Sindrom psiho-sensorno-anatomo-funkcional'noj dezadaptacii» v lechebno i obrazovatel'nom processe na stomatologicheskom fakul'tete Pervogo SPb GMU im. akad. I.P. Pavlova. Posobie dlja studentov II-V kursov stomatologicheskogo fakul'teta. SPb; 2014: 3–11 (in Russian).
11. Hadarcev A.A., Morozov V.N., Karaseva Ju.V., Hadarceva K.A., Fudin N.A. Patofiziologija stressa kak balans stressogennyh i antistressovyh mehanizmov. Vestnik nevrologii, psihiatrii i neirohirurgii. 2012; 7: 16–21 (in Russian).
12. Churkin A.A., Tvorogova N.A. Rasprostranennost' psihicheskikh rasstrojstv v Rossii v 2009 godu. Vestnik nevrologii, psihiatrii i neirohirurgii. 2011; 1: 5–12 (in Russian).
13. Kljomin V.A., Zhdanov V.E., Ozerova T.A. Sostojanie reaktivnoj trevozhnosti u pacientov pri snjatii anatomicheskikh ottiskov. Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2000; 1: 101-103 (in Russian).
14. Karnuta S.V., Ishhenko P.V., Orda A.I., Kljomin V.A. Sostojanie reaktivnoj trevozhnosti u pacientov pri protezirovanii zubnymi koronkami. Stomatologija. 2002; 2: 37 (in Russian).
15. Kljomin V.A., Zhdanov V.E., Ortopedicheskaja stomatologija K.: VSK Medicina; 2010. 224 (in Russian).
16. Ishhenko P.V., Kljomin V.A., Kamalov R.H. Kratkoe rukovodstvo po voennoj ortopedicheskoj stomatologii M.: «Medicinskoe informacionnoe agenstvo»; 2011. 230 (in Russian).
17. Kljomin V.A., Kabanova N.V., Kubarenko V.V. Neotlozhnaja pomoshh' v stomatologii. Posobie po proizvodstvennoj praktike v stomatologii. Doneck: Izdatel' Zaslavskij A.N.; 2014. 352 (in Russian).
18. Arnau R.C., Meagher M.W., Norris M.P., Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. Health Psychol. 2001; 20: 112–119.
19. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4: 110.
20. Thunder S., Snow M., Honts C.R., The Zung Self-Rating Depression Scale: convergent validity and diagnostic discrimination. Assessment. 2002; 9(4): 401–405.
21. Williams J.B.W. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Archives of General Psychiatry. 1989; 45: 742–747.
22. Woods Craig D. Self-reported mental illness in a dental school clinic population Journal of Dental Education. 2003; 5: 500–504.

Поступила в редакцию 13.01.2023