

На правах рукописи
УДК 614.253: 616.31

Истомина Елена Владимировна

**Деонтологическое поведение стоматолога-ортопеда в зависимости от
характерологических особенностей пациентов**

14.00.21 – «Стоматология»

19.00.04 – «Медицинская психология»

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2007

Общая характеристика работы

Актуальность вопроса

По мнению многих специалистов, важной составляющей успеха в стоматологической практике является высокий профессионализм, который включает в себя поливариативность подходов к распознаванию субъективного мира пациента, умения оперативного нахождения пути к созданию доброжелательного контакта с ним, «подбора ключа» к личности пациента (Бизяев А.Ф., Лепилин А.В., Иванов С.Ю., 1992, Бойко В.В., 1999, 2000, 2001, 2002, Абакаров С.И., Сорокин Д.В., Басов А.В., 2001, Cook R.J., 2003; Шилина С.В., 2004, Корсак Л.В., 2006). Это становится еще актуальнее в настоящее время, учитывая что «с углублением финансовых и правовых отношений между врачами и пациентами существенно расширяется сфера деонтологии» (Бойко В.В., 1999).

Деонтология в стоматологии тесно связана с профилактикой конфликтных ситуаций в системе межличностного взаимодействия «врач – пациент» (Нападов М.А., Паламарчук В.М., Хохлов Э.М., 1984; Рыбаков А.И., 1988, Семенюк В.М., Вагнер В.Д., Онгоев П.А., 2000, Малый А.Ю., 2001, Бондаренко Н.Н., 2001, Симон А.И., 2004, Ларенцова Л.И., Полуев В.И., Тучик Е.С., 2005). Анализ стоматологической практики свидетельствует, что конфликты, связанные с неумением общаться с пациентом и завоевывать его доверие, возникают чаще всех остальных претензий (Симон А.И., 2004, Ларенцова Л.И., 2005).

Установление доверительного межличностного контакта в системе врач-пациент, эффективное общение врача с пациентом в процессе лечения являются одними из ведущих факторов к успешному лечению (Angeli A.M., Fuzzato A., 1985, Cunningham S.J., Gilthorpe M.S., 2001, Тарицина Т.А., 2006, Егоров И.И., 2006). Успешность стоматологического ортопедического лечения во многом зависит от психологических аспектов адаптации пациентов к ортопедическим конструкциям (Драгобецкий М.К., 1985, Незнанова Н.Ю., 1989, Гатамов М.Г.,

1993, Quran F., Clifford T., 2001, Климашин Ю.И., Прахт Н.Ю., Кулаков А.А., 2005, Panek H., Krawczykowska H., 2006, Zitzmann N.U., Marinello C.P., 2006)

При неспособности стоматолога диагностировать тип личности пациента, при незнании им алгоритма поведения с людьми того или иного характерологического типа и неумении психологически правильно выстроить свою доминантную роль в лечебном процессе, повышается вероятность усиления влияния субъективных оценок, составляемых пациентом (Андреева С.Н., 2004).

С целью эффективного взаимодействия в системе «врач–пациент» стоматологи в своих работах предлагают учитывать характер (Рыбаков А.И., 1988, Трезубов В.Н., 1989, Незнанова Н.Ю., 1989, Андреева С.Н., 2004, Penouard F., Rangert B., 2004, Wise M., 2005), темперамент (Танрыкулиев П., 1988, Кульбеков К.К., 1995, Калинина Н.В., Загорский В.А., 1990, Шаныгина Д.В., 2004), тип нервной системы (Копейкин В.Н., 1998) пациента. Следует отметить, что знание различных характерологических особенностей пациентов необходимы любому врачу, прежде всего для того, чтобы применять психотерапевтическое воздействие в рамках деонтологического поведения врача (Трезубов В.Н., 1989, Marin G., Burlui V., 1990, Jongh A. De, Muris P., 1994, Бурно М.Е., 2000). Поэтому «каждый врач, независимо от его специальности, должен быть также психотерапевтом для своего пациента. (Лакосина Н.Д. Сергеев И.И, Панкова О.Ф., 2005).

Вместе с тем вопросы, связанные с изучением типов реагирования пациентов с различными характерологическими особенностями на стоматологическом приеме, их влиянием на процесс адаптации к съемным ортопедическим конструкциям, изучены не достаточно.

Цель исследования

Повышение эффективности ортопедического лечения пациентов и профилактики конфликтных ситуаций в системе «врач – пациент» путем изучения влияния характерологических особенностей пациентов на межличностный контакт и адаптационные процессы к съемным протезам, тактики стоматолога-ортопеда в отношении пациентов с различными характерологическими особенностями.

Задачи исследования

1. Изучить типы эмоционального и поведенческого реагирования пациентов с различными характерологическими радикалами в процессе ортопедического лечения.
2. Проанализировать адаптацию пациентов к съемным ортопедическим конструкциям в зависимости от их характерологических особенностей и выявить характерологические группы с наиболее затрудненной адаптацией.
3. Сопоставить полученные данные об уровне адаптации и дезадаптации пациентов, выраженные в стандартных Т-баллах по шкалам АОК со сроками адаптации пациентов с различными характерологическими особенностями к съемным протезам и определить корреляционные зависимости между исследуемыми параметрами.
4. Выявить зависимость форм межличностного контакта стоматологов-ортопедов с пациентами в зависимости от характерологических особенностей врача и пациента.
5. На основании полученных данных разработать дифференцированную деонтологическую тактику стоматолога-ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов.
6. Изучить влияние дифференцированной деонтологической тактики стоматолога-ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов на сроки адаптации к съемным протезам.

Научная новизна

1. Определены психологические основы взаимодействия между стоматологом-ортопедом и пациентом на основе изучения характерологических особенностей не только пациента, но и врача.
2. Изучена зависимость процесса психологической адаптации к съемным ортопедическим конструкциям от характерологических особенностей пациентов.
3. Определено субъективное клиническое отношение врачей-стоматологов к пациентам в зависимости от характерологических особенностей врачей и пациентов.
4. Разработаны и сформулированы варианты дифференцированной деонтологической тактики стоматолога-ортопеда в зависимости от шести групп пациентов с различными характерологическими радикалами.

Практическая значимость

Обосновано клиническое применение дифференцированной деонтологической тактики стоматолога-ортопеда с применением методов «малой» психотерапии в зависимости от характерологических особенностей пациентов в комплексном ортопедическом лечении.

Доказана эффективность разработанной тактики на процесс и сроки психологической адаптации пациентов к съемным протезам.

Разработаны и внедрены методические рекомендации по деонтологическому поведению стоматолога-ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов.

Полученные в ходе исследования материалы могут способствовать профилактике конфликтных ситуаций в системе врач-пациент.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Определение характерологических особенностей (ведущего характерологического радикала) пациента позволяет прогнозировать его поведенческие реакции на стоматологическом приеме и применять стоматологу-ортопеду дифференцированную деонтологическую тактику с целью эффективного межличностного взаимодействия и профилактики конфликтных ситуаций в системе «врач-пациент».

2. Психологическая адаптация к съемным ортопедическим конструкциям зависит от характерологических особенностей пациентов (ведущего характерологического радикала пациента), что служит основой для дифференцированного деонтологического подхода в комплексном ортопедическом лечении.

3. Знание характерологических особенностей (ведущего характерологического радикала) пациента позволяет ориентировочно прогнозировать процесс адаптации к ортопедическим конструкциям.

Внедрение результатов исследования

Практические рекомендации по материалам работы внедрены в практическую работу ФГУ «Стоматологическая поликлиника», поликлинического стоматологического отделения ст. Савеловская НУЗ «Дорожная клиническая больница им. Н.А.Семашко», стоматологической поликлиники № 49 САО г. Москвы. Материалы диссертации внедрены в учебный процесс кафедр стоматологии и зубопротезных технологий, ортопедической и общей стоматологии ГОУ ДПО «РМАПО Росздрава».

Апробация работы

Диссертационная работа апробирована на межкафедральной конференции кафедр ортопедической и общей стоматологии, стоматологии и зубопротезных технологий, стоматологии, ортодонтии ГОУ ДПО «РМАПО Росздрава и кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ГОУ ДПО «РМАПО Росздрава» 4 июня 2007 года.

Материалы и результаты исследования обсуждены на заседаниях кафедры стоматологии и зубопротезных технологий, кафедры общей и ортопедической стоматологии, кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ГОУ ДПО «РМАПО Росздрава», научно-практических конференциях «Ковалевские чтения» (2004, 2005), «Стоматология сегодня и завтра» (2005), Международном конгрессе «Профессиональная психотерапия и профессиональное консультирование: прошлое, настоящее и будущее» (2005).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ, в том числе 1 методическое пособие, из них 2 работы в журналах рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Личный вклад автора

Автор лично осуществлял клинико-психологическое исследование пациентов и анализ врачебной тактики на ортопедическом приеме, проводил анкетирование по «Краткому характерологическому опроснику», полученные данные которого были обработаны и интерпретированы и «Миннесотскому многопрофильному личностному опроснику» (производил их обработку без интерпретации). На ортопедическом лечении находилось 197 пациентов, из которых 84 пациентам автором проведено лечение с применением бюгельных протезов с кламмерной фиксацией и анализ адаптации в зависимости от их характерологических особенностей с применением методики АОК, статистическая обработка полученных результатов.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 163 страницах и состоит из введения, четырех глав, обсуждения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы и приложения. Работа иллюстрирована 22 таблицами, 36 рисунками. Указатель литературы содержит ссылки на 133 отечественных и 43 зарубежных источника.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

За период выполнения работы с октября 2003 г. по май 2007 г. под наблюдением на ортопедическом приеме находилось 197 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет, из них 74 мужчины и 123 женщины.

Для анализа адаптации пациентов к бюгельным протезам с кламмерной фиксацией в зависимости от их характерологических особенностей был проведен анализ обследования 84 пациентов, из них: женщин-пациентов – 50 человек, мужчин-пациентов – 34 человека, которых поровну распределили в основную и контрольную группы, и затем по 7 человек в каждую характерологическую подгруппу. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту (соответственно $53,8 \pm 7,6$ и $51,2 \pm 7,7$) и полу.

У всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Пациентам основной группы применялся дифференцированный деонтологический подход с применением психотерапевтической подготовки в зависимости от характерологических особенностей пациентов в ортопедическом лечении с применением бюгельных протезов, пациентам контрольной группы проводился стандартный деонтологический подход.

Применяли в работе термины: характерологические особенности = ведущий характерологический радикал (ВХР) как понятия более широкие, чем конкретный характер.

В исследовании участвовали относительно здоровые пациенты с точки зрения общесоматического состояния. Все съемные протезы были изготовлены традиционным способом со строгим соблюдением технологии. Клинико-лабораторные этапы проводили с применением одних и тех же инструментов, материалов и оборудования. Изготовленные бюгельные протезы соответствовали общепринятым стандартам и принципам их конструирования и применения.

До наложения съемных протезов пациентам по необходимости были изготовлены различные виды несъемных ортопедических конструкций. Коронки и мостовидные протезы изготавливались со строгим соблюдением клинических и технологических этапов.

Критерии включения пациентов в группу исследуемых:

- односторонние или двухсторонние концевые дефекты, I – II класс по Кеннеди или I класс по Гаврилову
- частичное отсутствие зубов на обеих челюстях
- отсутствие хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта
- отсутствие выраженной атрофии альвеолярного отростка
- отсутствие патологии височно-нижнечелюстного сустава
- отсутствие вторичных зубочелюстных деформаций
- интактный пародонт сохранившихся зубов или легкая стадия пародонтита в стадии ремиссии.

Было также обследовано 23 стоматолога-ортопеда с целью выявления их характерологических особенностей. Из 23 обследованных стоматологов-ортопедов были включены в дальнейшее исследование 6 человек с различными ведущими характерологическими радикалами (ВХР), а также по 6 пациентов с различными ВХР, которые получали ортопедическое лечение у каждого из этих врачей. Возраст стоматологов-ортопедов, принявших участие в дальнейшем исследовании составлял от 30 до 49 лет.

Для выявления ВХР пациентов и врачей применялись: клинико-психологическое исследование, «Краткий характерологический опросник» М.Е. Бурно, Методика многостороннего исследования личности (66 пациентов) Ф.Б.Березина с соавт. (1999).

Для оценки адаптации пациентов с различными ВХР к ортопедическим конструкциям по характеристикам субъективной сферы пациента использовали методику «АОК» (Михальченко Д.В., 1999).

Полученные баллы по шкалам адаптации методики переводили в стандартные Т-баллы. Полученные индивидуальные графические профили

самооценки позволили определить уровень адаптации структуру дезадаптации пациентов по шкалам.

Наступление адаптации к протезу определялось по субъективным ощущениям пациентов и симптомам, выявленным при клинических осмотрах. Главными показателями считались отсутствие жалоб пациентов, в том числе и по шкалам адаптации методики «АОК».

Далее в работе сопоставлялись результаты опросников «АОК» с данными клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования.

Анализ полученных данных производился с помощью стандартных методов математико-статистической обработки с использованием программы Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica 6.0. Значимость различий для количественных переменных между группами оценивалась по двухвыборочному t-тесту Стьюдента с различными дисперсиями. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Для определения наличия взаимосвязи между признаками применялся корреляционный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выявление ВХР пациентов на основании первичного клинико-психологического и экспериментально-психологического исследований в целом по всем характерологическим группам составило соответственно 74,8 и 85,1 % от общего количества пациентов. При этом достоверных различий в клинической оценке, тестировании по характерологическим группам пациентов не получено.

Окончательное заключение о том или ином ведущем характерологическом радикале пациента принимали на основании анализа всех результатов, полученных при помощи использованных методов.

Поскольку исследовались психологически-деонтологически душевно-здоровые пациенты, применяли в работе названия характеров (ВХР) рядом с классическими терминами, обозначающими характеры здоровых людей, но

несущих в себе психиатрические корни (термины Э. Кречмера, К. Леонгарда, А.Е. Личко – например «эпилептоидная акцентуация», «шизоидная акцентуация»). При том на первом месте использовали соответствующие им общечеловеческие термины, уже достаточно утвердившиеся в литературе (М.Е. Бурно, 1990, 2005; Т.А. Унанов, 2003; А.Р. Терлецкий, 2003; Л.А. Селиванова, Т.Ю. Шихова, Л.М. Лучшева, 2006; М.Е.Бурно, Е.В.Истомина, 2006 и др.).

В группе с синтонным ВХР наблюдалось 47 пациентов или $23,9 \pm 3,0$ % от всех испытуемых. В группе с авторитарным ВХР – 41 пациент или $20,8 \pm 2,9$ %, с тревожно-сомневающимся ВХР – 27 пациентов или $13,7 \pm 2,4$ %, с застенчиво-раздражительным ВХР – 30 пациентов или $15,2 \pm 2,6$ %, с замкнуто-углубленным ВХР – 24 пациента или $12,2 \pm 2,3$ %, с демонстративным ВХР 28 пациентов или $14,8 \pm 2,5$ %.

Анализ результатов выявил гендерные различия между группами пациентов. Из общего количества пациентов у пациентов-мужчин преобладали лица с авторитарным (33,8 %) и синтонным (20,3%) ВХР, среди пациентов-женщин – с синтонным (сангвиническим) (26,0 %), демонстративным (17,9%), застенчиво-раздражительным (17,1%) ВХР.

Так, пациенты с **синтонным** ВХР (циклоидная акцентуация) были на приеме естественны, общительны, энергичны, отзывчивы, приветливы, как правило, не испытывали сложностей с построением межличностного контакта «врач – пациент». Пациенты были отзывчивы на общую благоприятную атмосферу лечебного процесса, с доверием относились к врачу. Пациентам с синтонным ВХР не были свойственны ипохондрические переживания, но спад настроения мог превратить их (хотя и на время) в «ипохондриков», «психастеников».

Пациенты с **авторитарным** ВХР (эпилептоидная акцентуация) на приеме были, как правило, напряжены, прямолинейны, некоторые из них угрюмы. Эти пациенты не отличались ипохондрическими переживаниями, степень видимой тревожности низкая.

В целом пациенты с авторитарным ВХР, как правило, были нацелены на окончательный результат протезирования, деловиты, настойчивы в его достижении, обычно высокоорганизованны. После краткой, но в то же время содержательной информации об альтернативных вариантах ортопедического лечения (применительно к ситуации конкретного пациента), достаточно твердо принимали окончательное решение.

Пациенты с **тревожно-сомневающимся** ВХР (психастеническая акцентуация) на приеме были часто рассеяны, несобранны, их выдавала некоторая двигательная неловкость, суетливость, нерешительность. При расспросе такие пациенты обстоятельно приводили детали и подробности болезни из-за боязни допустить неточность. Пациенты были склонны к пессимистическим размышлениям, ипохондрическим тревожным сомнениям, преувеличивали возможность осложнений ортопедического лечения, иногда испытывали сложности с построением межличностного контакта «врач – пациент». Но в то же время, как правило, они были исполнительными, добросовестными, серьезными в отношении проводимого лечения.

Пациенты с **застенчиво-раздражительным** ВХР (астеническая акцентуация) на приеме были застенчивы, чувствительны, легко ранимы, некоторые проявляли робость. Во многих случаях пациенты обнаруживали так же повышенную тревожность, раздражительность и были склонны к реакциям тревожно-мнительной структуры. Пациенты в этой группе не всегда были настойчивы в достижении результатов протезирования с применением съемных протезов, нередко пассивны.

Пациенты с **замкнуто-углубленным** ВХР (шизоидная акцентуация) отличались собственными суждениями и даже смелыми концепциями по поводу состояния их полости рта, нередко сообщали об этом и не соглашались с нашим планом лечения. Они обычно отражали не реальное положение вещей, а свое концептуально-теоретическое мнение о процессе протезирования. Нередко эти пациенты на приеме испытывали серьезные коммуникативные трудности, либо «надевали» маску сверхобщительности.

Пациенты с **демонстративным ВХР** (истероидная акцентуация) на приеме часто старались привлечь к себе повышенное внимание, нередко преувеличивая при этом жалобы и симптомы. Особых трудностей в контакте не испытывали.

Так называемым «местом наименьшего сопротивления» характера называли особую чувствительность пациентов с различными ВХР к определенному поведению врача на ортопедическом приеме.

«Местом наименьшего сопротивления» ВХР пациентов на ортопедическом приеме оказались: у синтонных (сангвинических) – «молчаливый стиль» работы врача, слабый эмоциональный контакт с пациентом, у авторитарных – ожидание и незначительная задержка приема (на 10 – 15) минут, финансовый аспект (важна не сама сумма, а ее точная обговоренность), вообще всякое нарушение порядка, у тревожно-сомневающихся – принятие собственного решения по поводу предлагаемой конструкции протезов, недостаток информации для устранения тревожных сомнений, у застенчиво-раздражительных – сложность принятия решения по поводу предлагаемого ортопедического лечения, продолжительность и сложность отдельных манипуляций, у замкнуто-углубленных – попытка формирования (со стороны врача) эмоционального контакта, который нередко представлялся пациенту излишним в лечебном процессе, у демонстративных пациентов – недостаточное внимание (с точки зрения пациента), уделенное врачом, недостаточная выраженность искреннего сочувствия, похвалы.

В процессе ортопедического лечения пациентов основной группы строили свое **деонтологическое поведение** и психотерапевтическую тактику в зависимости от ВХР пациентов.

Всегда внимательно слушали пациентов с **синтонным ВХР**, обращая внимание на их настроение. Предлагали пациентам альтернативные методы ортопедического лечения без излишней детализации отдельных клинических и технологических этапов. Особенно благоприятно воздействует на пациентов компьютерное изображение предлагаемых конструкций протезов на экране

дисплея. Собственно этапы протезирования с применением съемных протезов начинали только при полной психологической готовности пациента к «трудностям» адаптационного периода, выработке мотивации к пользованию съемными протезами. Даже небольшие наши сомнения (в рамках, например, выбора конструкции протезов) не заставляли их испытывать разочарование или утрачивать доверие. Ни в коем случае не допускали фамильярности в отношениях с такими пациентами. Однако именно с ними существовала такая угроза, так как они располагали к себе внутренним обаянием, естественностью поведения. В случае тревоги, страхов, боязни боли по возможности душевно согревали, успокаивали пациента, что обычно легко снимало указанную капризность (переменчивость) их настроения в кресле. В случае естественного, уютного спокойствия не требовалось каких либо особенностей в поведении врача.

С пациентами с **авторитарным** ВХР не всегда было легко установить гармоничные взаимоотношения. Уже при первом посещении старались показать уважение к пациенту, и в то же время вызвать серьезное уважение к себе. Прием строили с максимальным использованием времени. Пациенты этой характерологической группы, как правило, болезненно переносят задержку их приема врачом даже на пять – десять минут. При обсуждении с пациентами плана стоматологического ортопедического лечения старались быть краткими и уверенными, логически четкими в своих объяснениях по поводу состояния их зубочелюстной системы, предлагаемых методов ортопедического лечения и этапов протезирования, опираясь на данные науки. В то же время с этими пациентами необходимо тщательно обсуждать финансовый аспект ортопедического лечения в деталях. При несогласии в каких либо вопросах, касающихся протезирования, прямо не отрицали очевидную «неправоту» пациента, а доказывали это, ссылаясь на фамилии авторитетных ученых, работающих в области стоматологии. По возможности искренне одобряли заботу пациента о своем здоровье, его внимательное отношение к процессу зубного протезирования.

Очень важно для врача планомерно завоевать доверие пациентов с **тревожно-сомневающимся** ВХР. Достигали этого путем рассеивания их тревог, страхов и сомнений. Детализировано обсуждали стоматологическую проблему пациента.

С пациентами с тревожно-сомневающимся ВХР, по причине их рассудочности, неспособности легко поверить в успех проводимого ортопедического лечения, приходилось общаться с помощью четкого медицинского разъяснения, логического убеждения. Не отпускали пациентов с приема с оставшимися в душе ипохондрическими сомнениями. Для таких пациентов особенно важно почувствовать в своем враче надежность, уверенность в правильности выбранного лечения и профессионализм

С пациентами с **застенчиво-раздражительным** ВХР старались объясняться доброжелательно, но твердо, по существу вопроса, мягко заполнять паузы в разговоре, так как из-за них возрастала астеническая стеснительность. Избегали командного тона: пациент мог «уйти в себя». Свою беседу строили так, чтобы пациент коротко и емко усваивал необходимую информацию о сущности планируемого лечения. Если требовалось, чтобы пациент сделал какой-либо выбор из предложенных альтернативных вариантов ортопедического лечения, обсуждали вместе с пациентом, как именно следует поступить.

Ипохондрические реакции, основанные на тревожной мнительности, обычно легко уходили благодаря элементарному врачебному внушению, ободрению, нашему душевному участию. Таким же образом, снимали и не ипохондрическую раздражительность.

Тщательно строили отношения с пациентами с **замкнуто-углубленным** ВХР, так как они нередко испытывали трудности межличностного контакта. Подчеркнуто соглашались с пациентами в том, с чем, возможно, было согласиться, и открыто не спорили по поводу их собственных взглядов, абстрактных схем состояния зубочелюстной системы и предстоящего протезирования. Уверенно стояли на своем и приводили как можно больше

доводов, основанных на фактах и логике. Именно логике такие пациенты доверяют больше всего.

В некоторых случаях, когда эти пациенты сообщали о своих душевных трудностях, мы, как и в случае с пациентами с застенчиво-раздражительным и тревожно-сомневающимся ВХР рекомендовали им библиотерапевтические элементы ТТС (самостоятельные занятия по психотерапевтической книге М.Е. Бурно, 2005 «О характерах людей»)

Пациенты с **демонстративным ВХР**, практически не зависимо от социального статуса, требовали подтверждения своей значимости. По возможности искренне сочувствовали трудностям пациентов, поддерживали, как правило, высокое мнение пациентов о себе, об их терпеливом поведении в стоматологическом кресле. Но в то же время, на последующих этапах ортопедического лечения подчеркивали по отношению к пациентам (при сохранении заинтересованности) дистанцию, которая позволяла предотвращать манипулирование. Для этого строго придерживались времени, отведенного на прием, подчеркивали отношения «врач – пациент», порой даже с некоторой жесткостью, что позволяло контролировать ситуацию. Эти пациенты, как правило, полны оптимизма, не теряют самообладания и спокойствия даже в тяжелых ситуациях, расположены к сотрудничеству, если только стоматолог-ортопед строит деонтологическую тактику поведения, учитывая характерологические особенности пациента.

Таким образом, знание характерологических особенностей пациента помогало в общих чертах понимать внутреннюю логику внешнего поведения пациентов и, сообразуясь с этим применять дифференцированную деонтологическую тактику. Все это позволило нам также творчески подойти к процессу профилактики конфликтных ситуаций в системе межличностного общения и взаимодействия на уровне врач-пациент при проведении стоматологического ортопедического лечения.

При сопоставлении результатов опросников методики АОК с данными клинико-психологического исследования и тестирования получили усредненные данные по временной продолжительности адаптации пациентов в основной и контрольной группах, которые составляли у пациентов с синтонным ВХР соответственно 9,3 и 13,5 суток, с авторитарным – 11,0 и 15,1, с тревожно-сомневающимся – 12,7 и 23,3, с застенчиво-раздражительным 13,1 и 21,0, с замкнуто-углубленным – 15,6 и 22, с демонстративным 13,0 и 18,0.

При сравнении данных сроков адаптации в одноименных характерологических подгруппах основной и контрольной групп выявили статистически достоверные различия: у пациентов с синтонным радикалом – $p=0,0005$, с тревожно-сомневающимся – $p=0,0019$, с застенчиво-раздражительным – $p=0,0012$, с замкнуто-углубленным – $p=0,018$, с демонстративным – $p=0,012$. У пациентов с авторитарным ВХР сроки адаптации также различались, однако достоверных различий выявлено не было – $p=0,067$.

Данные сравнения доказывают, что дифференцированная психотерапевтическая подготовка (в рамках деонтологического поведения врача) пациентов в зависимости от их характерологических особенностей оказывает положительное влияние на динамику процесса адаптации пациентов к съемным протезам.

При анализе сравнения сроков адаптации в основной группе достоверные различия были выявлены между группами пациентов с тревожно-сомневающимся и синтонным радикалами ($p=0,002$), с застенчиво-раздражительным и синтонным радикалами ($p=0,0005$), с замкнуто-углубленным и синтонным радикалами ($p=0,004$), с демонстративным и синтонным радикалами ($p=0,003$), с замкнуто-углубленным и авторитарным радикалами ($p=0,03$). Между остальными подгруппами пациентов с различными характерологическими радикалами в основной группе также имели место различия в сроках адаптации, однако достоверных отличий между показателями выявлено не было.

При анализе сравнения сроков адаптации в контрольной группе достоверные различия были выявлены между группами пациентов с тревожно-сомневающимся и синтонным радикалами ($p = 0,009$), с застенчиво-раздражительным и синтонным радикалами ($p = 0,002$), с замкнуто-углубленным и синтонным радикалами ($p = 0,003$), с демонстративным и синтонным радикалами ($p = 0,02$), с тревожно-сомневающимся и авторитарным радикалами ($p = 0,01$), с застенчиво-раздражительным и авторитарным радикалами ($p = 0,02$), с замкнуто-углубленным и авторитарным радикалами ($p = 0,015$). Между остальными подгруппами пациентов с различными характерологическими радикалами в контрольной группе также имели место различия в сроках адаптации, однако достоверных отличий между показателями выявлено не было.

Анализ сравнения приведенных выше данных выявил, что в контрольной группе преобладала достоверность различий по срокам адаптации между характерологическими подгруппами.

В процессе исследования было также выявлено, что пациенты с различными характерологическими радикалами основной группы по некоторым шкалам адаптации имели в фазу раздражения достоверно более низкие значения Т-баллов, а, следовательно, и меньшую *субъективную* выраженность и количество предъявляемых жалоб по сравнению с такими же подгруппами пациентов контрольной группы. Достоверные различия были выявлены между подгруппами пациентов с демонстративным ВХР – по 4-м шкалам: «эстетика» ($p = 0,05$), «комфорт» ($p = 0,05$), «жевательная функция» ($p = 0,045$), «речь» ($p = 0,046$); с застенчиво-раздражительным ВХР – по 3-м шкалам: «жевательная функция» ($p = 0,037$), «речь» ($p = 0,041$), «болевые ощущения» ($p = 0,049$); с тревожно-сомневающимся ВХР – по 2-м шкалам: «жевательная функция» ($p = 0,047$), «речь» ($p = 0,002$); с синтонным ВХР – по 2-м шкалам: «эстетика» ($p = 0,048$), «жевательная функция» ($p = 0,041$).

В то же время, выявили, что в случаях, когда значения стандартных Т-баллов по шкалам АОК у пациентов с одноименными ВХР основной и

контрольной групп достоверно не отличались, снижение Т-баллов в сторону «0» отметки происходило быстрее в основной группе и адаптация пациентов наступала в достоверно более короткие сроки, за исключением пациентов с авторитарным ВХР ($p=0,067$).

При сопоставлении полученных данные об уровне адаптации и дезадаптации пациентов, выраженные в стандартных Т-баллах по шкалам АОК со сроками адаптации пациентов с различными характерологическими особенностями к протезам было выявлены положительные высокодостоверные корреляционные связи в группах пациентов с авторитарным, тревожно-сомневающимся и застенчиво-раздражительным характерологическими радикалами. Особенно эти взаимосвязи выражены в контрольной группе пациентов. Данные представлены в табл. 1 – 3.

Таблица 1

Корреляционные связи между значениями Т-баллов и сроками адаптации у пациентов с авторитарным радикалом

Шкалы адаптации	Пациенты с авторитарным характерологическим радикалом	
	Основная группа	Контрольная группа
«Эстетика»	$r = +0,38$	$r = +0,52$
«Комфорт»	$r = +0,61$	$r = +0,76^*$
«Жеват. функция»	$r = +0,69$	$r = +0,77^*$
«Речь»	$r = +0,76^*$	$r = +0,75^*$
«Болев. ощущения»	$r = +0,84^*$	$r = +0,81^*$

Примечание: * - высокий уровень корреляции

Таблица 2

Корреляционные связи между значениями Т-баллов и сроками адаптации у пациентов с тревожно-сомневающимся радикалом

Шкалы адаптации	Пациенты с тревожно-сомневающимся характерологическим радикалом	
	Основная группа	Контрольная группа
«Эстетика»	$r = +0,12$	$r = +0,26$
«Комфорт»	$r = +0,75^*$	$r = +0,85^*$
«Жеват. функция»	$r = +0,72^*$	$r = +0,89^*$
«Речь»	$r = +0,65$	$r = +0,86^*$
«Болев. ощущения»	$r = +0,58$	$r = +0,52$

Примечание: * - высокий уровень корреляции

Таблица 3

Корреляционные связи между значениями Т-баллов и сроками адаптации у пациентов с застенчиво-раздражительным радикалом

Шкалы адаптации	Пациенты с застенчиво-раздражительным характерологическим радикалом	
	Основная группа	Контрольная группа
«Эстетика»	$r = +0,53$	$r = +0,73^*$
«Комфорт»	$r = +0,50$	$r = +0,58$
«Жеват. функция»	$r = +0,32$	$r = +0,76^*$
«Речь»	$r = +0,62$	$r = +0,73^*$
«Болев. ощущения»	$r = +0,39$	$r = +0,76^*$

Примечание: * - высокий уровень корреляции

Основываясь на полученных данных можно сделать вывод о том, что характер предъявления жалоб, их выраженность, количество, эмоциональная и субъективная окраска находятся в тесной взаимосвязи с характерологическими особенностями пациентов.

Психотерапевтическое воздействие применялось на всех этапах ортопедического лечения. Использовались следующие методики: внушение (суггестия) в бодрствующем состоянии – особенно в случаях демонстративного, застенчиво-раздражительного ВХР, рациональная (когнитивная, убеждающая, разъяснительная) психотерапия – особенно в

случаях тревожно-сомневающегося, замкнуто-углубленного ВХР, активирующая психотерапия – особенно в случаях тревожно-сомневающегося, застенчиво-раздражительного ВХР, элементы поведенческой терапии – особенно в случаях авторитарного, синтонного ВХР.

Форма и содержание определялись в первую очередь характерологическими особенностями пациентов, личностной реакцией на стоматологическое вмешательство. С учетом характерологических особенностей применяли разработанную деонтологическую психотерапевтическую тактику работы с пациентом.

Таким образом, проанализировав адаптацию пациентов к съемным ортопедическим конструкциям в зависимости от ВХР выявили, что при приблизительно сходных клинических условиях, качестве изготовления съемных протезов, субъективное отношение к ним пациентов, протекание процесса психологической адаптации не одинаково в различных характерологических группах.

В ходе исследования также косвенно подтверждаются данные о влиянии качества съемных протезов, благоприятных клинических условий на процесс адаптации. Все пациенты, принявшие участие в исследовании (кроме 3-х пациентов-женщин, которые были исключены из статистической обработки полученных данных исследования), хотя и в различные сроки адаптировались к съемным протезам.

Исследовалось субъективное клиническое отношение врача к пациенту с различными характерологическими радикалами в процессе ортопедического лечения.

По результатам исследования установили зависимость форм межличностного контакта стоматологов-ортопедов с пациентами в зависимости от характерологических особенностей врача и пациента, что подтверждалось методом клинической беседы, наблюдения, опроса.

С помощью этих методов выяснялось, какие характерологические свойства пациентов способствуют комфортным взаимоотношениям при работе с ними врача с определенным ВХР и какие вызывают психологическую напряженность (некомфортные отношения). Было выявлено, что одни и те же характерологические свойства пациентов, принадлежащих к одной характерологической группе, вызывали разное психологическое отношение к ним у врачей. Один врач с определенным ВХР воспринимал данное характерологическое свойство пациента как качество характера, способствующее комфортным взаимоотношениям на ортопедическом приеме, другой наоборот видел в этом свойстве характера препятствие к установлению гармоничных взаимоотношений. Все это свидетельствует о том, что врачи также как и их пациенты различаются между собой по характерологическим особенностям.

Зависимость форм межличностного контакта стоматологов-ортопедов с пациентами с различными ВХР представлена в табл. 4.

Таблица 4

Зависимость форм межличностного контакта стоматологов-ортопедов с пациентами с различными ВХР

ВХР врача	Ведущий характерологический радикал пациента					
	С	А	Тс	Зр	Зу	Д
С	+ 1	- 1	+ 2	+ 5	+ 3	+ 4
А	+ 1	+ 2	+ 3	- 1	- 3	- 2
Тс	+ 2	- 1	+ 1	+ 4	+ 3	- 2
Зр	+ 1	- 1	- 4	+ 2	- 2	- 3
Зу	+ 1	- 2	+ 2	- 1	+ 4	+ 3
Д	+ 1	+ 3	- 1	- 3	+ 2	- 2

С – синтонный, А – авторитарный, Тс – тревожно-сомневающийся, Зр – застенчиво-раздражительный, Зу – замкнуто-углубленный, Д – демонстративный.

«+» – пациенты не вызывали психологическую напряженность у врача (комфортный контакт), «-» – пациенты вызывали психологическую

напряженность у врача (некомфортный контакт). Нумерация от 1 до 5 обозначает порядковый номер, присвоенный врачами пациентам по психологической напряженности при взаимодействии. В обоих случаях номер 1 имеет более сильную значимость, чем номер 2 и т. д.

Анализируя полученные данные, пришли к выводу, что стоматолог-ортопед с синтонным ВХР в меньшей степени испытывает психологическую напряженность в межличностном контакте с пациентами, в то же время врач с застенчиво-раздражительным ВХР – в большей степени, чем другие врачи. Стоматологи с авторитарным и демонстративным ВХР занимают среднюю позицию.

Анализ врачебной тактики в отношении пациентов с различными характерологическими особенностями показал значимость этой составляющей в лечебном процессе, который включает в себя и период адаптации к изготовленным ортопедическим конструкциям.

Таким образом, знание характерологических особенностей пациентов позволило целенаправленно проводить их психотерапевтическую подготовку (в рамках деонтологического поведения врача) в отношении лечения с применением съемных протезов, добиваясь при этом выработки мотивации к активному преодолению трудностей адаптационного процесса и как следствие повышения эффективности ортопедического лечения и профилактики конфликтных ситуаций в системе «врач – пациент».

Выводы

1. Результаты клинико-психологического исследования и тестирования стоматологов-ортопедов и пациентов на ортопедическом приеме выявили, что как пациенты, так и врачи различаются между собой по типам эмоционального и поведенческого реагирования и могут быть отнесены к различным характерологическим группам.

2. Психологическая адаптация пациентов к съемным протезам зависит от характерологических особенностей пациентов. Исследуемые пациенты контрольной группы с тревожно-сомневающимся, застенчиво-

раздражительным, замкнуто-углубленным характерологическими радикалами имели достоверно более длительный временной интервал адаптации ($p < 0,05$), чем пациенты других характерологических групп.

3. Дифференцированный деонтологический подход в зависимости от характерологических особенностей пациентов достоверно способствует сокращению временного интервала адаптации к съемным протезам во всех характерологических группах, за исключением пациентов с авторитарным ВХР ($p = 0,067$), предотвращает формирование негативных реакций на протезирование.

4. На зависимость форм межличностного контакта на стоматологическом приеме влияют характерологические особенности врача и пациента. Стоматолог-ортопед с синтонным ВХР в меньшей степени испытывает *субъективную* психологическую напряженность в личностном контакте с пациентами, стоматолог-ортопед с застенчиво-раздражительным ВХР – в большей степени, чем другие врачи.

5. Разработанные варианты деонтологического поведения стоматолога-ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов уменьшают вероятность развития ситуации психологического напряжения при проведении ортопедического лечения, способствуют профилактике конфликтных ситуаций в системе «врач – пациент», существенно улучшают динамику психологической адаптации пациентов к съемным ортопедическим конструкциям.

Практические рекомендации

На основании проведенных исследований с целью эффективного взаимодействия и профилактики конфликтных ситуаций в системе «врач – пациент» на ортопедическом приеме предлагаются следующие практические рекомендации:

1. Выявлять характерологические особенности пациента в процессе клинической беседы (интервью) и непосредственного наблюдения для выбора стиля взаимодействия с ним.

2. Для уточнения характерологических особенностей пациента целесообразно применять «Краткий характерологический опросник».

3. В практической работе следует использовать дифференцированный деонтологический подход в зависимости от характерологических особенностей пациентов.

4. При прогнозировании адаптации к съемным ортопедическим конструкциям целесообразно учитывать характерологические особенности пациентов и применять психопрофилактические мероприятия начиная с первых этапов ортопедического лечения, тем самым, способствуя успешной адаптации.

5. В работе с пациентами, в беседе с ними о характерологических особенностях рекомендуется применять указанные выше, менее травмирующие названия характеров вместо соответствующих им принятых в психиатрии и медицинской психологии терминов, несущих в себе психиатрические корни («шизоидная акцентуация», «эпилептоидная акцентуация» и др.).

5. Полученные данные по эмоциональному и поведенческому реагированию пациентов на ортопедическом приеме могут быть использованы в программе подготовки стоматологов-ортопедов по клинической психологии.

Список работ опубликованных по теме диссертации:

1. Истомина Е.В., М.Е.Бурно, В.В.Свирин Деонтологическое поведение врача-стоматолога в клинике ортопедической стоматологии в зависимости от характерологических особенностей пациентов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология сегодня и завтра» – М. – 2005. – С. 171 – 173.

2. Бурно М.Е., Истомина Е.В., Свирин В.В. Деонтологическое поведение стоматолога – ортопеда в зависимости от характерологических особенностей пациентов. / Учебное пособие для стоматологов. – М., 2006. – 35 с.

3. Истомина Е.В., Бурно М.Е., Свирин В.В. Оценка характерологических особенностей пациентов на стоматологическом ортопедическом приеме // Стоматолог. – 2006. – № 12. – С.17 – 23.

4. Истомина Е.В. Профилактика конфликтных ситуаций при проведении стоматологического ортопедического лечения // Стоматолог. – 2007.– № 1. – С. 38-47.

5. Истомина Е.В., Бурно М.Е., Абакаров С.И. Оценка характерологических особенностей пациента и врача при взаимоотношениях на стоматологическом ортопедическом приеме. // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 3. – С. 43 – 46.

6. Истомина Е.В., Абакаров С.И. Значение характерологических особенностей пациентов в адаптации к съемным ортопедическим конструкциям. // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 4. – С. 44 – 46.