

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ГОЛОВИ І ШІЇ

Проф. А. М. СКРИПНИКОВ, Л. О. ГЕРАСИМЕНКО

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Представлена разработанная автором система психотерапевтической коррекции патопсихологических проявлений у пациентов с дефектами и деформациями головы и шеи, обратившихся за помощью к реконструктивной хирургии. Проведен анализ эффективности предложенной системы.

Ключевые слова: психотерапевтическая коррекция, дефекты и деформации головы и шеи.

Викладено розроблену автором систему психотерапевтичної корекції патопсихологічних проявів у пацієнтів з дефектами і деформаціями голови і шиї, які звернулись по допомогу до реконструктивної хірургії. Проведено аналіз ефективності запропонованої системи.

Ключові слова: психотерапевтична корекція, дефекти і деформації голови і шиї.

Восстановление деформированных тканей всегда было актуальной медико-социальной проблемой. Известно, что даже незначительные повреждения головы и, в частности, лица являются тяжелой психической травмой [1]. Часто косметические дефекты приносят людям не меньше страданий, чем боли, вызываемые патологическим процессом. Врожденные или приобретенные физические изъяны, нарушения органов чувств, увечья, действительные или воображаемые косметические недостатки могут стать для человека источником ощущения неполноценности, моральных страданий, а следовательно, и вести к развитию разнообразной психопатологии, преимущественно невротического уровня [2–4]. Была выявлена высокая корреляционная зависимость между степенью неудовлетворенности личности своим телом и уровнем депрессии, между оценкой собственного тела и успешностью самореализации [5].

Сегодня к пластической хирургии обращается все большее количество пациентов. По данным ВОЗ, число реконструктивных оперативных вмешательств за последнее десятилетие возросло в несколько раз [6]. Это связано как с достаточной доступностью пластической хирургии для пациентов, так и со значительным расширением ее возможностей. При этом в значительной части случаев обращение к специалистам в области эстетической хирургии связано с так называемой «погоней за идеалом», желанием соответствовать определенным стандартам красоты, навязываемым телевизионной рекламой и общественным мнени-

ем [7]. Ощущение неполноценности выбивает человека из трудового ритма, снижает жизненный тонус и нередко приводит к решению провести эстетическое оперативное вмешательство, что не всегда необходимо [8]. Эта ситуация определяет необходимость создания системы психотерапевтической помощи пациентам, проходящим курс реконструктивных операций.

Нами была разработана программа психотерапевтической помощи пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи до и после курса реконструктивных пластических операций и проведено исследование с целью изучения ее эффективности.

Под наблюдением находились 76 пациентов с указанной патологией (54 женщины и 22 мужчины) в возрасте от 19 до 48 лет. Они были распределены на две группы соответственно мотивам обращения за медицинской помощью. К первой были отнесены те, у кого дефекты или деформации серьезно обезображивали внешность — 32 человека (42,1%). Во вторую вошли 44 пациента (57,9%) с незначительными косметическими дефектами или деформациями, которые могли рассматриваться как отклонение от эстетической и физиологической нормы, но на которых фиксировалось неоправданно повышенное внимание.

Обследование пациентов проводилось на базе 3-го городского поликлинического отделения в отделении реконструктивной пластической хирургии г. Полтавы. При этом использовались клиничко-психопатологический, психодиагностический (тест Р. Кеттела, опросник самооценки

уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера, шкала депрессии Гамильтона) и социологический метод исследования.

Результаты проведенного обследования позволили выявить как общие личностные особенности и стереотипные механизмы реагирования, так и определенные различия между пациентами выделенных групп.

У обследованных с медицинскими показаниями к оперативному вмешательству имели место реактивные состояния, в дебюте которых преобладала неврастеническая симптоматика, проявлявшаяся раздражительностью, склонностью к дисфориям, иногда алкоголизацией. Для них были характерны мрачное настроение, глубокое внутреннее напряжение, ипохондрические сомнения, обострение восприятия неприятных сторон жизни, нарушения сна. Со временем у части пациентов возникла уверенность в неизлечимости имеющейся у них патологии, сопровождавшаяся навязчивыми мыслями трагического содержания. Частыми были депрессивные проявления, тревожно-фобическая симптоматика с ажитацией, obsессивные представления, содержанием которых была судьба одинокого инвалида, неудачная, «оконченная» жизнь. Тревога особенно усиливалась в вечернее время, что приводило к стойкой бессоннице.

Пациенты, обратившиеся за медицинской помощью по косметическим показаниям, в подавляющем большинстве имели высокий социальный статус, жили в хороших материально-бытовых условиях, но отмечали неудовлетворенность в сексуальной сфере. Сексуальные проблемы, как правило, доминировали в клинической картине тревожно-депрессивной симптоматики, наблюдавшейся у большинства пациентов данной группы. Наиболее распространенными их личностными особенностями были замкнутость, трудности коммуникации, неуравновешенность, напряженность, подозрительность, внушаемость, импульсивность, чувство вины. Распространенность этих проявлений среди обследованных была связана с большой значимостью для них внешнего вида, физической привлекательности, даже сам контакт с окружающими из-за имеющегося косметического недостатка служил психотравмирующим фактором.

На основании полученных данных комплексного обследования нами была разработана программа психотерапевтической помощи с учетом индивидуальных и групповых особенностей пациентов. Психотерапевтическая коррекция в обеих группах пациентов начиналась до реконструктивного оперативного вмешательства и заканчивалась после него. Корректирующие мероприятия были направлены на личностные и поведенческие аспекты, играющие роль в формировании неадек-

ватной реакции пациентов на наличие косметических дефектов. Система психотерапевтической коррекции основывалась на принципах этапности, последовательности воздействий с учетом доступности для пациента предоставляемой ему информации и соответствии даваемых заданий его возможностям. При этом психотерапевтический процесс проводился в три основных этапа: седативно-адаптирующий, лечебно-корректирующий и профилактически-закрепляющий.

На первом этапе, который состоял из 1–2 индивидуальных занятий, устанавливали эмоциональный контакт с пациентом, формировали у него адекватное отношение к психотерапии, доверие к врачу, достигали дезактуализации и нивелирования невротической симптоматики, остроты переживаний из-за имеющихся физических дефектов.

Второй, лечебно-корректирующий этап состоял из 2–3 индивидуальных занятий, задачами которых было достижение положительной динамики эмоционального состояния пациента, осознание им связи причин и проявлений имеющегося у него невротического расстройства с особенностями личности, внутриличностным конфликтом, неразрешенными эмоциональными проблемами. Конечным результатом этого этапа коррекции являлась перестройка личности и системы отношений пациента, формирование у него уверенности в себе, достижение психологической и социальной адаптации и адекватного восприятия своей внешности.

На втором этапе мы применяли психотерапию в индивидуальной и групповой формах, с целью коррекции психоэмоционального состояния — когнитивную и поведенческую психотерапию. Использовали также методы суггестивной психотерапии — непрямоту внушение, самовнушение по Куте, аутогенную тренировку, как до, так и после оперативного вмешательства.

Третий, послеоперационный этап психотерапии проводился преимущественно в групповой форме (по 4–6 человек в группе) и включал в себя в основном доработку навыков психической саморегуляции с применением рациональной психотерапии, коррекцию жизненных ценностей, отношения к своему «Я» и окружающей среде, реадaptацию в макро- и микросоциальной среде. При этом применяли тренинг уверенного поведения и социальных умений. Пациенты получали домашнее задание, заключавшееся в том, что они ежедневно записывали все, что делали, чувствовали, с какими проблемами сталкивались. Эти самоотчеты просматривались перед сеансами и давали возможность получить необходимую информацию об эффективности и целесообразности

проводимого лечения. Занятия длительностью 60–80 мин проводились 2–3 раза в неделю.

На протяжении трех месяцев после пластической операции у подавляющего большинства (27, или 84,4%) пациентов первой группы отмечалось ослабление внутреннего напряжения, тревоги, уменьшилась выраженность дисфорических проявлений. Ипохондрические переживания теряли свою остроту, но иногда поддерживались за счет послеоперационной астении и болевого синдрома. В целом у этих пациентов вследствие проведенной психотерапевтической коррекции удалось ликвидировать внутриличностный конфликт и достигнуть состояния психологической адаптации.

Во второй группе у 28 (63,6%) пациентов заметно дезактуализировалась тревожно-фобическая симптоматика. В результате использования психотерапии перед пластической операцией 12 человек (27,3%) отказались от оперативного вмешательства.

Полученные данные, таким образом, позволяют сделать вывод о том, что изменение внешности переоценивается как средство решения жизненных проблем. В то же время проведение адекватной психотерапевтической коррекции во многих случаях может решить эти проблемы и без хирургического вмешательства. Наши наблюдения подтверждают тот факт, что желание устранить какой-либо косметический дефект в большинстве случаев продиктовано желанием изменить что-то в личной жизни или наладить межличностные отношения. Это, естественно, не относится к пациентам, имеющим обоснованные медицинские показания к реконструктивным операциям. Однако нам представляется, что и в таких случаях

целесообразно проводить психотерапевтическую коррекцию, которая может значительно улучшить психоэмоциональное состояние пациентов, выработать у них уверенность в себе, способствовать их социальной реадaptации, помочь им решить межличностные и сексуальные проблемы.

Л и т е р а т у р а

1. Пушкарева Т. Н. К вопросу о роли психосоциальных факторов в развитии тревожных расстройств невротического уровня // *Арх. психиатр.*— 2002.— № 2 (29).— С. 29–32.
2. Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики // *Международ. мед. журн.*— 2004.— № 1.— С. 33–37.
3. Новиков В. П., Никифорова А. М. Психологические последствия аварии // *Воен.-мед. журн.*— 1996.— № 6.— С. 57–61.
4. Попов Ю. В., Вид В. Д. Реакция на стресс: Комментарии к МКБ-10.— М.: Альта, 1998.— 256 с.
5. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах.— Харьков: Арсис ЛТД, 2000.— 159 с.
6. Табачников С. І., Гриневич Є. Г., Домбровська В. Г. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф // *Арх. психіатр.*— 2002.— № 1 (28).— С. 5–8.
7. Майерс Д. Социальная психология.— СПб.: Питер, 1996.— С. 512–520.
8. Трифонова С. Ф. Избранные лекции по медицине катастроф.— М.: ГОЭТАР-МЕД, 2001.— 304 с.

Поступила 10.02.2006