

СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ОБЛИЧЧЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

lara-gerasimenko@mail.ru

Робота є фрагментом НДР «Психосоціальна дезадаптація при невротичних розладах у жінок (клініко-психопатологічна характеристика, принципи реабілітації та профілактики)», державний реєстраційний номер 0115U004877.

Вступ. В сучасному мінливому світі реєструється значне збільшення кількості осіб, які звертаються за допомогою до пластичних хірургів [12]. Мотиви звернень є досить різноманітними від бажання відновлення естетичного вигляду до мрії відповідати сучасним «ідеалам краси» [4,8,13]. Така тенденція пов'язана як з потужним розвитком можливостей пластичної та реконструктивної хірургії, так і з її більшою доступністю на сучасному етапі [14].

За узагальненими даними у світі щорічно відбувається більше 40 стихійних лих і катастроф, під час яких люди отримують чисельні травми, що призводять до дефектів зовнішності різної локалізації і ступеня вираженості [1].

В Україні протягом останніх років факторами стрімкого зростання кількості оперативних реконструктивних втручань є підвищення травматизму (автокатастрофи, опіки, поранення вогнепального походження в зоні АТО), зростання поширеності онкологічної патології, висока частота вродженої патології, а також вплив на процеси старіння несприятливої екологічної ситуації. Потреба у хірургічній корекції зовнішності в деяких випадках, обумовлена не стільки бажанням наслідувати моду, але і бажанням забезпечити «якість життя», особливо при спотворюючих дефектах видимих частин тіла. Клінічна практика свідчить, що в усьому світі неухильно зростає травматизм [10,15]. Питома вага пошкоджень голови складає від 6 до 16% в загальній структурі травм мирного часу, травми щелепно-лицевої ділянки збільшились з 0,3 випадків на 1000 жителів в 1965 році до 0,8 в 1995 році. Одним із найбільш тяжких наслідків травматизму є інвалідність. За даними ВООЗ на земній кулі зараз налічується близько 500 мільйонів інвалідів внаслідок травматизації обличчя. При цьому причинами інвалідності осіб молодого віку при травмах тільки у 25-30% випадків є тяжкість травм, а в 30-70% випадків – недоліки діагностики, лікування та організації медичної допомоги [5,9,11].

Метою операцій, що вважаються косметичними або естетичними, є усунення дефектів та спотворюючих змін, що звертають на себе увагу оточуючих, внаслідок чого вдається досягнути відтворення

середньої узагальненої для даного суспільства естетичної і фізіологічної норми. Загалом зростання поширеності різноманітних дефектів і деформацій обличчя, а також доступність пластичної хірургії на сучасному етапі обумовили необхідність дослідження психологічних і психіатричних аспектів, пов'язаних із цією проблемою [2,3,6,7].

Отже, **мета дослідження** – вивчення клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя та розробка на цій основі психотерапевтичних стратегій лікування в до та післяопераційний період.

Об'єкт і методи дослідження. За період з 2005 по 2015 рік нами було обстежено 197 пацієнтів, що мали вроджені чи набуті дефекти і деформації обличчя, що помітно відхилялись від фізіологічної та естетичної норми, спотворювали зовнішність та були добре помітними при першому погляді на хворого. Всі пацієнти надали та підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. До науково-дослідження було залучено пацієнтів як жіночої, так і чоловічої статі. Вік пацієнтів був у межах від 22 до 42 років. Пацієнтів розподілено на дві групи, основну групу склали пацієнти (107 осіб), які надали згоду на проведення психотерапевтичних заходів, до другої групи належали пацієнти (90 осіб), які отримували лікування за традиційними схемами та протоколами реконструктивної пластичної хірургії. Основна група та група порівняння були гомогенними за основними характеристиками.

Для дослідження психічного стану пацієнтів використовували клініко-діагностичну оцінку стану їх психічного здоров'я. Клінічна структура психічних розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя. Згідно з отриманими даними із 169 обстежених мали нозологічно окреслену психічну патологію (з урахуванням поєднання різних варіантів діагнозів).

Результати досліджень та їх обговорення. У загальній клінічній структурі виявлених психічних і поведінкових розладів найбільш широко представлена дистимія F34.1 (26,85%), змішаний тривожно-депресивний розлад F41.2 (22,07%), дещо рідше спостерігались неврастенія F48.0 (16,67%) та соматоформні розлади F45.0 (15,74%).

Синдромальна структура діагностованих психічних розладів представлена наступним чином: тривожний синдром був виявлений у 36,96% від загальної кількості обстежених, астено-невротичний – 30,43%,

тривожно-депресивний – 17,39%, тривожно-іпохондричний – 13,04%, дисморфобічний – 8,70%, obsесивно-фобічний – 6,52%. Тривожний синдром визначався як провідний у пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя. Тривога проявлялась занепокоєнням з приводу очікуваних результатів оперативного втручання одночасно з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації, та бажанням уникнути її. Тривожний афект виявляв зв'язок з психогенними та астенізуючими моментами. При обстеженні пацієнти найчастіше висловлювали скарги на тривогу (78,26%), загальну слабкість (73,91%), швидку стомлюваність (73,91%), головні болі 58,69%), різноманітні порушення сну (34,78%), парестезії (26,09%), розлади шлунково-кишкового тракту (21,74%), тремор (19,56%), м'язові болі (15,21%), розлади статевої сфери (10,87%) та больові відчуття в суглобах – 10,87% обстежених. Під час клінічного обстеження у пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя реєструвались наступні психопатологічні прояви: емоційна нестійкість (89,13%), вегетативна лабільність (60,86%), дратівливість (54,35%), важкість зосередження, концентрації уваги (43,48%), невмотивований неспокій (30,43%), нав'язливі думки та ритуальні дії (19,56%), страхи (19,56%), надмірне напруження з неможливістю релаксації – 17,39% обстежених.

Когнітивний компонент тривоги проявлявся станом внутрішньої напруженості (94,78%), песимістичним поглядом на майбутнє (76,22%), нав'язливими думками щодо необхідності провести корекцію дефекту обличчя (65,98%), що супроводжувалось неприємними емоційними переживаннями. Також у даній категорії пацієнтів відзначалися різноманітні сумніви та страхи, як варіанти прогнозу негативного результату ситуації, що склалася. Моторний компонент тривоги включав непосидючість, тремтіння, метушливість, головний біль напруження.

Слід відзначити, що на етапі діагностики у хворих переважала ажитована форма депресії. Вони відчували тривогу, страх, їх не полишали думки трагічного змісту. В післяопераційному періоді на фоні виразної астенії депресія набувала меншої інтенсивності у порівнянні з попереднім етапом. Зовні спокійна поведінка хворих поєднувалась з прихованою ворожістю, недовірою, деякою відчуженістю по відношенню до медичних працівників, родичів. У деяких хворих спостерігались іпохондричні реакції з істеричними включеннями. Під різними приводами пацієнти відмовлялись зустрічатися з рідними та близькими, уникали міжособистісних контактів, просили надати можливість більш тривалого перебування в стаціонарі, інколи, навіть, вимагали повторного оперативного втручання.

На підставі отриманих результатів було розроблено індивідуальні програми психотерапевтичної допомоги з урахуванням особливостей пацієнтів та етапу проведення оперативного втручання (до та післяопераційного). Фармакотерапія проводилася диференційовано у відповідності до загальноприйнятих протоколів надання допомоги хворим на невротичні розлади з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнток.

В основу цієї програми було покладено результати проведеного дослідження із використанням комплексного системного диференційованого підходу до лікувальних заходів. Загальним спрямуванням психотерапевтичних стратегій було вирішення невротичного конфлікту, формування гармонійного ставлення до своєї зовнішності, позитивних настанов, корекція психоемоційного стану, формування конструктивних модулів поведінки, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивації щодо психотерапевтичного процесу.

Основою лікувальних впливів на передопераційному етапі було поєднання психо- та фармакотерапії. Психотерапія у межах даного етапу використовувалася за допомогою методу індивідуальної раціональної психотерапії (Дюбуа П., 1995). Фармакотерапія проводилася у відповідності зі стандартами стаціонарної психіатричної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів та синдромальної структури невротичного розладу. Тривалість даного етапу складала орієнтовно 7-14 днів.

В період після проведеного оперативного втручання базовим методом для пацієнтів була когнітивно-біхевіоральна психотерапія із поєднанням індивідуальної і групової форми роботи. Індивідуально і патогенетично обґрунтовано застосовувались наступні психотерапевтичні стратегії:

- підтримка адаптивних навичок «Я», зокрема через техніки систематичної десенсибілізації і тренінги релаксації;
- формування «позитивного ставлення» до симптому через доведення до жінок розуміння нормальності власних реакцій і екстремальності пережитого, що дозволяє уникнути подальшої психотравматизації та актуалізувати власні особистісні ресурси;
- зменшення уникання на рівні спогадів, емоцій, поведінковому і когнітивному задля активнішого перероблення травматичного досвіду у рамках психотерапевтичного процесу;
- зміна атрибуції змісту стосовно травматичної ситуації і її наслідків, формування «контролю за травмою».

У якості доповнюючих методів застосовувались групова сімейна психотерапія, подружня психокорекція (часто у тандемі із сексологом), екзистенціальна психотерапія за Дж. Бьюдженталем (2001). Із методів сугестивної психотерапії застосовували самонавіювання за Кує, аутогенне тренування. Психотерапевтичні заняття проводились як індивідуально так і в групах по 5-7 чоловік.

В психотерапевтичних групах використовували поведінкову психотерапію як моделювання, тренінг впевненої поведінки та соціальних навичок. В період завершення лікування основна увага спрямовувалась на профілактику рецидивів. Тривалість даного комплексу заходів складала 1-2 місяці.

Комплекс здійснюваних заходів дозволяв подолати астенію, підвищити адаптивність особистісних механізмів реагування на стрес і коригувати негативне ставлення до себе.

Надзвичайно важливе значення мала психотерапевтична робота не тільки із хворими жінками, але і їхніми чоловіками, дітьми та родичами, широко застосовувались психоосвітні програми.

Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, рівня вираженості тривожно-депресивної симптоматики, особистісної та реактивної тривожності, нервово-психічної стійкості, спрямованості ціннісних орієнтацій.

Висновки

Співставлення результатів в основній та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої системи психотерапевтичної допомоги пацієнтам з дефектами та деформаціями обличчя, на до- та післяопераційному етапі, про що свідчить достовірне переважання показника одужання

(77,3%) та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в основній групі. У групі порівняння достовірно частіше реєструвалися пацієнти з відсутністю динаміки психічного стану (78,9%) під впливом лише оперативного лікування.

Система лікувально-оздоровчих заходів має носити комплексний характер та враховувати не лише перебіг оперативного втручання, ефект від нього, а й патопсихологічні особливості пацієнтів, що позитивно впливає на швидкість одужання, емоційний стан пацієнта, адаптацію в суспільстві, налагодження міжособистісних відносин.

Перспективи подальших досліджень

Дослідити гендерні відмінності психопатологічної симптоматики у даної групи пацієнтів та адаптувати психотерапевтичні реабілітаційні заходи в залежності від статі.

Література

1. Ахабадзе А.Ф. О распространённости среди городского населения заболеваний и косметических недостатков кожи, требующих косметологической помощи / А.Ф. Ахабадзе // Здравоохранение Российской Федерации. – 1966. – Т. 9. – С. 5-10.
2. Герасименко Л.А. Особенности тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с дефектами и деформациями лица / Л.А. Герасименко // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 21-25.
3. Герасименко Л.А. Применение групповой психотерапии в реабилитации пациентов после проведения пластических операций / Л.А. Герасименко // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1, № 4. – С. 60-63.
4. Герасименко Л.О. Доцільність та мотивація проведення естетичних операцій ділянки обличчя / Л.О. Герасименко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2006. – № 16. – С. 131.
5. Зимина Е.Н. Психологический статус пациентов с косметическими дефектами лица / Е.Н. Зимина, В.А. Юдин. – М.: Наука, 1997. – 133 с.
6. Скрипніков А.М. Психотерапевтична допомога чоловікам з дефектами та деформаціями ділянки обличчя, які проходять курс реконструктивних операцій / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасна сім'я. Освіта. Медицина. Психологія. Психотерапія. Можливості співпраці». – 2006. – С. 22.
7. Скрипніков А.Н. Психотерапевтическая помощь пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи / А.Н. Скрипников, Л.А. Герасименко // Медицинская психология. – 2006. – Т. 1, № 2. – С. 62-64.
8. Психологическая оценка больных с врождёнными и приобретёнными челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационный периоды / В.В. Михайлова, М.Г. Панин, Б.А. Климов // Стоматология. – 2002. – № 5. – С. 35-39.
9. Трифонова С.Ф. Избранные лекции по медицине катастроф / С.Ф. Трифонова. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2001. – 304 с.
10. Федченко В.Ю. Провідні фактори психічної травматизації в генезі невротичних розладів / В.Ю. Федченко // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 3 (70). – С. 50-55.
11. Фришберг И.А. Эстетическая хирургия лица / И.А. Фришберг. – М.: ИКЦ «Академкнига», 2005. – 276 с.
12. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М.К. Хобзей, П.В. Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – № 64. – С. 10-14.
13. Шапов С.А. Особенности психических нарушений у больных зрелого возраста с косметическими недостатками лицевой области / С.А. Шапов. – М.: Авзо, 1982. – 170 с.
14. Mohl C. Psychiatric consultation in plastic surgery: the psychiatrists perspective / C. Mohl // Psychosomatics. – 2004. – P. 25-47.
15. Staff perceptions of emotional distress in patients with burntrauma / R.J. Adcock [et al.] // Rehabilitation and psychology. – 2003. – V. 45, №2. – P. 179-192.

УДК 615.851:[616.831-009.7+617.53

СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ОБЛИЧЧЯ

Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І., Рудь В. О., Кидонь П. В.

Резюме. У статті наведено результати досліджень клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя. Запропоновані ефективні психотерапевтичні методики для лікування цієї групи хворих. Отримані результати можуть бути використані при побудові системи лікувально-реабілітаційних заходів у пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя.

Ключові слова: дефекти та деформації обличчя, психотерапія.

УДК 615.851:[616.831-009.7+617.53

СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЛИЦА

Скрипников А. Н., Герасименко Л. А., Исаков Р. И., Рудь В. А., Кидонь П. В.

Резюме. В статье приведены результаты исследований клинико-психопатологических особенностей пациентов с дефектами и деформациями лица. Предложены эффективные психотерапевтические методи-

ки для лечения этой группы больных. Полученные результаты могут быть использованы при построении системы лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с дефектами и деформациями лица.

Ключевые слова: дефекты и деформации лица, психотерапия.

UDC 615.851:[616.831-009.7+617.53

MODERN PSYCHOTHERAPEUTIC STRATEGIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DEFECTS AND DEFORMATIONS OF THE FACE

Skrypnikov A., Herasymenko L., Isakov R., Rud' V., Kydon' P.

Abstract. The aim of the study was to research clinical and psychopathological features of patients with defects and deformations of the face and development on this basis the psychotherapeutic treatment strategies in pre and postoperative period.

For the period from 2005 to 2015, we examined 197 patients with congenital or acquired defects and deformities of the face, which is considerably deviated from the physiological and aesthetic norms, distorted appearance and be clearly visible at first glance at the patient. Patients were divided into two groups, the main group consisted of patients (107) who gave consent to perform therapeutic activities, the second group of treated patients (90 men) received treatment at traditional schemes and protocols for reconstructive plastic surgery.

In the overall clinical structure identified mental and behavioral disorders are the most common dysthymia F34.1 (26,85%), mixed anxiety and depressive disorder F41.2 (22,07%), somewhat less was observed neurasthenia F48.0 (16,67%) and somatoform disorders F45.0 (15,74%). Syndromal structure of diagnosed mental disorders were follows: anxiety syndrome was diagnosed in 36,96% of the total number surveyed, asthenic-neurotic – 30,43%, anxiety-depressive – 17,39%, anxious-hypochondriacal – 13,04%, dismorphophobia – 8,70%, obsessive-phobic – 6,52%.

On the basis of the obtained results were developed individual programs of psychotherapeutic assistance, taking into account the characteristics of the patients and stage of surgery (pre – and postoperative). Pharmacotherapy was carried out differentially in accordance with generally accepted protocols of care for patients with neurotic disorders based on individual characteristics of patients. The basis of this program was based on the results of the study comprehensive systems of differentiated approach in treatment. The general direction of psychotherapeutic strategies was the resolution of neurotic conflict, the formation of a harmonious relationship to their appearance, positive attitudes, correction of psychoemotional state, the formation of constructive modules of conduct, of interpersonal interaction among all family members and increase the level of motivation relative to the psychotherapeutic process. The therapeutic effects on the preoperative stage was a combination of psycho – and pharmacotherapy. Psychotherapy in this phase was used using the method of individual rational psychotherapy (P. Dubois, 1995). Pharmacotherapy was conducted in accordance with the standards of inpatient psychiatric care tailored to the individual patient's characteristics and syndromal patterns of neurotic disorders. The duration of this phase amounted to approximately 7-14 days. In the post-surgery baseline method for the patients was cognitive-behavioral psychotherapy with a combination of individual and group forms of work. As complementary methods were used group family psychotherapy, marital correction (often in tandem with a sex therapist), existential psychotherapy by G. Bugental (2001). Suggestive of the methods of psychotherapy used in forges-hypnosis, autogenic training. Psychotherapeutic sessions were conducted individually or in groups of 5-7 people.

Comparison of results in main and control group in favor of the efficiency of the developed system of psychotherapeutic care for patients with defects and deformations of the face, pre – and postoperative phase, as evidenced by a significant predominance of recovery figure (77,3%) and the lack of patients with deteriorating mental status in the main group. In the comparison group were significantly more frequently recorded in patients with no change in mental status (78,9%) under the influence only of surgical treatment.

Keywords: defects and deformations of the face, psychotherapy.

*Рецензент – проф. Сонник Г. Т.
Стаття надійшла 07.03.2016 року*