

УДК: 616.89-008.42:615.851

Скрипніков А.М., Животовська Л.В., Боднар Л.А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ НОСА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті охарактеризована система комплексного лікування психічних порушень в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики, розроблена на підставі гештальт-терапії в поєднанні з використанням медикаментозних засобів та оцінена її ефективність.

Ключові слова: дефекти та деформації носа, ринопластика, психотерапія, гештальт-терапія.

Вступ

Ринопластика на сьогодні є однією з найбільш популярних операцій в естетичній хірургії [1]. Останніми роками розпочалося активне вивчення психічних характеристик пацієнтів, які звертаються до пластичних хірургів для її проведення. Доведено, що значна частина кандидатів на естетичну ринопластику неадекватно ставляться до свого косметичного недоліку, мають надмірні естетичні відчуття, а нерідко – й психічні порушення різного ступеню вираженості, які негативно впливають на перебіг як перед-, так післяопераційного періодів [2-5]. Часто такі пацієнти не сприймають результатів вдало проведеної ринопластики, вимагають чергових оперативних втручань, можуть «переключатися» на удавані дефекти інших частин тіла [2, 3].

Тому розробка системи психокорекційних заходів, які в поєднанні з медикаментозним впливом зменшили б психопатологічну симптоматику та створили передумови для прийняття рішення про відмову від операції, видається вкрай необхідною та актуальною.

Мета роботи

Розробити систему психотерапії (ПТ) психічних порушень у пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики та оцінити її ефективність.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилося 99 осіб, які зверталися до пластичних хірургів з проханням виконати їм ринопластику. В залежності від наявності дефекту чи деформації обстежені розподілені на дві групи:

– Перша група – 69 осіб (чоловіків – 30, жінок – 39, віком від 19 до 50 років) з деформаціями та дефектами зовнішнього носа, які були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи.

– Друга група – 30 осіб (чоловіків – 14, жінок – 16) віком від 19 до 30 років, які дефекту чи деформації носа не мали, однак фіксували на ньому невинновану велику увагу, були категорично незадоволені своїм носом і наполегливо вимагали змінити його форму. В анамнезі таких пацієнтів, як правило, реєструвалися неодноразові звернення до пластичних хірургів, повторні ринопластики, результатами яких вони не були

задоволені.

Порушень фізіологічних функцій органу в жодного з обстежених в обох групах виявлено не було. Основними мотивами звернення до пластичних хірургів стало бажання слідувати ідеальному образу та завдяки зміні зовнішності налагодити порушені міжособистісні стосунки або ж досягти успіху в професійній сфері використовуючи переваги власної зовнішності.

Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ 10 перегляду. В I групі діагностували: генералізований тривожний розлад (F41.1) – 18 (26,09%), неврастенію (F48) – 12 (17,39%), демонстративний розлад особистості (F60.4) – 10 (14,49%), іпохондричний розлад (F45.2) – 7 (10,14%), розлади адаптації (F43.2) – 7 (10,14%), дистимію (F34.1) – 6 (8,70%), змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) – 5 (7,25%), інший уточнений тривожний розлад (F41.8) – 4 (5,80%) обстежених. В усіх осіб II групи (n=30, 100,00%) виявили дисморфобічний синдром в межах іпохондричного розладу (F45.2).

Психічний стан пацієнтів до та після лікування оцінювали комплексно з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів дослідження: характерологічного опитувальника К.Леонгарда - Г.Шмішека (1981), опитувальника «Тип ставлення до хвороби» (А.Е.Личко, Н.Я.Іванов, 1980), тесту диференційної самооцінки функціонального стану (САН), шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкали реактивної та особистісної тривоги Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна (Г.В.Большаков та співав., 1996) [6].

Результати та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що розроблена система психокорекційних заходів на основі гештальт-підходу в поєднанні з медикаментозним лікуванням в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою та мають психічні порушення, виявилася ефективною.

Психокорекційна робота проводилася комплексно, була індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалася на засадах послідовності. Вона включала три етапи: перший – початковий (підготовчий, мотиваційний), другий – основний (активної терапії) та третій – заключний (закріплюючий, підтримуючий) з пріоритетним використанням гештальт-терапії та раціональної ПТ в індивідуаль-

них та групових формах.

Основними завданнями першого етапу були: вибір адекватної терапевтичної тактики, формування терапевтичних установок, індивідуальний підбір методів корекції. Психотерапевтичне лікування здійснювалося на цьому етапі за допомогою короткої інтервенції гештальт-терапії (2-3 сеанси індивідуальної психотерапії) та раціональної психотерапії.

На другому (основному) етапі активно використовувалися психотерапевтичні методики у поєднанні з медикаментозним лікуванням для досягнення позитивної динаміки емоційного стану пацієнтів, вивчення та перебудови їх особистісних реакцій, аналізу та зміни способу життя, а також відновлення повноцінності соціального функціонування. Під час другого етапу терапії враховували особливості психічного стану пацієнтів. При цьому для пацієнтів I групи ПТ, насамперед, ставила за мету нормалізацію психічного стану перед проведенням ринопластики та виконувала роль психологічного супроводу хірургічного лікування. Для пацієнтів II групи психотерапевтичне лікування було основним, оскільки проводилося не тільки для покращення стану емоційно-особистісної сфери та зменшення психопатологічної симптоматики, а й для створення передумов для відмови від операції.

Гештальт-терапія розглядає людину в єдності його тілесних, емоційних, соціальних і духовних проявів. Особлива увага приділяється усвідомленню актуального життєвого досвіду «тут і тепер», реальних потреб і відчуттів на даний момент. Робота в гештальт-підході сприяє усвідомленню тих механізмів, які приводять до формування різноманітних стереотипів, що заважає реалізовуватися у відповідності з можливостями та потребами [7, 8]. Нами застосовувалися наступні методики: комунікативні, асоціативно-проективні, тілесно-орієнтовані та екзистенційні, поле групової взаємодії, підтримувався зворотній зв'язок між учасниками групи.

Важливим терапевтичним фактором було навчання усвідомленню та прийняттю так званих негативних емоцій як регуляторних сигналів. Фокусування на сенсомоторних компонентах переживань дозволяло вербалізувати емоційний досвід, відновити зв'язок емоцій і ситуації і таким чином асимілювати та інтегрувати негативні емоції, знизивши їх інтенсивність. Використовувалася вправа, присвячена усвідомленню внутрішнього діалогу. З точки зору теорії гештальт-терапії, внутрішній діалог пов'язаний з ретрофлексією експресивних висловлювань, спрямованих до іншого. Досліджуючи внутрішній діалог, пацієнти усвідомлювали, що саме і як саме виявилось ретрофлексованим в актуальних значимих відносинах, які емоції лишилися невисловленими або були пригнічені.

Третій етап – заключний (закріплюючий, підтримуючий) включав 2-3 сеанси індивідуальної терапії, що спрямовувалися на підтримання до-

сягнутих результатів. Методи і форми впливу залишалися тими ж, що і на попередньому етапі. Для пацієнтів I групи – закріплення досягнутого терапевтичного результату з нівелюванням невротичної симптоматики при підготовці до оперативного втручання; для II групи – звільнення від думки про «неповноцінність», підвищення самооцінки, закріплення впевненості, у повному здоров'ї та відмова від оперативного втручання.

До комплексу лікувальних впливів також диференційовано включалися психофармакологічні засоби. Завданням психофармакологічної корекції було подолання або згладжування депресивних симптомів, тривожності, збудливості, емоційної неврівноваженості, фрустраційної нестійкості та проявів вегетативної дисфункції. Вибір фармакотерапії проводився з обов'язковим урахуванням як результатів клініко-психопатологічного, так і патопсихологічного обстежень. Враховуючи переважання в пацієнтів тривожно-депресивної симптоматики, в рамках медикаментозного лікування широко застосовувалася анкісіолітична терапія (короткі курси транквілізаторів, зокрема афобазол, адаптол та антидепресантів з анкісіолітичним ефектом – переважно пароксетину, міртазапіну та збалансованої дії – есціталопрам, венлафаксин). Застосування цих препаратів поряд з редукцією тривоги та неспокою, посилювало прагнення до дружніх групових контактів, сприяло адаптивним формам поведінки, що окрім безпосереднього ефекту було важливим з точки зору створення сприятливого підґрунтя для психотерапевтичної роботи.

Аналіз ефективності розробленої системи комплексного лікування показав, що в цілому психокорекцією в поєднанні з медикаментозним лікуванням ми досягли бажаних результатів для обстежених обох груп, хоча ефективність проведеної терапії в осіб II групи виявилася дещо нижчою. Так, після лікування в обстежених обох груп знизилися прояви ситуативної тривожності: у жодного не було виявлено високого її рівня (до терапії він спостерігався у 24 (34,78%) та у 3 (10,00%) хворих відповідно). Достовірно знизився й середній показник: для I групи з $40,78 \pm 0,83$ до $30,05 \pm 1,03$, $p < 0,05$, для II групи – дещо менше: з $37,96 \pm 1,26$ до $32,13 \pm 1,23$ ($p < 0,05$).

Прояви особистісної тривожності (ОТ) після проведеного лікування достовірно зменшилися лише в осіб I групи: з $38,36 \pm 0,91$ до $33,69 \pm 0,54$, $p < 0,05$, а високий її рівень не виявили в жодного з обстежених (до лікування – у 13 (18,84%). В II групі вираженість ОТ також зменшилася: з $46,23 \pm 1,07$ до $43,36 \pm 1,03$, однак без достовірної різниці, і в третини обстежених ($n=10$, 33,33%) залишилася на високому рівні.

Вираженість депресивної симптоматики також значно знизилася в обох групах. Якщо до лікування наявність депресивних симптомів діагностували у половини обстежених ($n=35$; 50,72%) I групи переважно помірного рівня

($n=20$, 28,98%), то після його закінчення – у 25 (36,23%) осіб, частіше з легкими симптомами депресії ($n=18$, 26,08%). Відповідно, й середній бальний показник також знизився з $9,75 \pm 0,87$ до $6,55 \pm 0,72$, $p < 0,05$.

Серед обстежених II групи після проведеного лікування у 3 осіб депресивна симптоматика взагалі нівелювалася, а кількість осіб, в яких вдалося знизити рівень депресії до легкого, зростає – з 8 (26,67%) до 10 (33,33%). При цьому середній показник також достовірно знизився, хоча й залишився на помірному рівні ($12,26 \pm 1,25$ проти $16,06 \pm 1,4$; $p < 0,05$).

Проведений курс комплексного лікування виявив свій позитивний вплив й на функціональний стан пацієнтів обох груп, який суттєво поліпшився. Так, в обстежених I групи відмічено достовірне зростання середніх значень всіх досліджуваних показників: «самопочуття» (з $3,73 \pm 0,07$ до $4,05 \pm 0,08$, $p < 0,05$), «активність» (з $3,75 \pm 0,05$ до $4,24 \pm 0,06$, $p < 0,05$) та «настрій» (з $3,02 \pm 0,06$ до $3,48 \pm 0,06$, $p < 0,05$), що підтверджено також індивідуальним аналізом, за яким встановлено, що у 13 осіб настроїв виявився непорушеним (до лікування таких не було) та збільшилася кількість обстежених, в яких поліпшилося самопочуття – з 27 (39,13%) до 41 (59,42%) та відновилися активність – з 29 (42,02 %) до 51 (73,91 %).

Серед обстежених II групи також значно зростає кількість осіб, в яких покращилося самопочуття (з 4 (13,33 %) до 12 (40%)), відновилися активність (з 3 (10%) до 10 (33,33%)). У 6 (20%) обстежених II групи після лікування нормалізувався настрій. Достовірно зросли й середні значення: для показника «самопочуття» з $3,20 \pm 0,1$ до $3,84 \pm 0,1$; $p < 0,05$, «активність» – з $2,94 \pm 0,11$ до $3,57 \pm 0,1$; $p < 0,05$ та «настрій» – з $2,63 \pm 0,09$ до $3,34 \pm 0,09$; $p < 0,05$.

Загалом в результаті проведеного лікування у 20,28% обстежених I та 16,67% II групи повністю нівелювалися психічні порушення, і вони відмовилися від операції. В усіх інших покращився стан емоційно-особистісної сфери та зменшила-

ся психопатологічна симптоматика. Враховуючи дещо нижчу ефективність одного курсу лікування в обстежених II групи, для переважної більшості з них ($n=19$, 63,33%) виявилось доцільним продовжити психотерапевтичну та медикаментозну корекцію, за результатами якої в подальшому вони також відмовилися від оперативного втручання.

Висновки

Таким чином, запропонована система психотерапії з індивідуальними та груповими формами терапевтичного впливу в системі гештальт-підходу в поєднанні з медикаментозним лікуванням довела свою ефективність: сприяла покращенню стану емоційно-особистісної сфери пацієнтів, нівелюванню чи редукції психопатологічної симптоматики, що проявлялося в нормалізації поведінки та відмові від деструктивних моделей реагування, в тому числі й ринопластики.

Література

1. Andretto Amedeo C. The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche / C. Andretto Amedeo // *Aesthetic. Plast. Surg.* – 2007. – № 31(4). – P. 406-410.
2. Alavi M. Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates / M. Alavi, Y. Kalafi, G. R. Dehbozorgi, A. Javadpour // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* – 2011. – V. 64 (6). – P. 738-741.
3. Picavet V. A. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty / V. A. Picavet, E. P. Prokopakis, L. Gabriëls, M. Jorissen // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2011. – V. 128 (2). – P. 509-517.
4. Каневская Я.А. Нервно-психические расстройства у лиц с косметическими дефектами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Я.А. Каневская. – Оренбург, 2004. – 20 с.
5. Михайлова В.М. Психологическая оценка больных с врожденными и приобретенными челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационном периодах / В.М. Михайлова, Л.М. Браденштейн, М.Г. Панин // *Стоматология.* – 1997. – №5. – С. 35-39.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара: «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
7. Лебедева Н.М. Путешествие в гештальт: теория и практика / Н.М. Лебедева, Е.А. Иванова. – СПб.: Речь, 2005. – 560 с.
8. Энрайт Дж. Гештальт-терапия в интерактивных группах / Дж. Энрайт // *Гештальт-терапия. Теория и практика.* – М.: «ЭКМО-Пресс», 2000. – С. 53-76.

Реферат

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НОСА

Скрипников А.Н., Животовская Л.В., Боднар Л.А.

Ключевые слова: дефекты и деформации носа, ринопластика, психотерапия, гештальт-терапия.

В статье охарактеризована система комплексного лечения психических нарушений у пациентов, которые обращались к пластическим хирургам для проведения эстетической ринопластики, разработанная на основании гештальт-терапии в сочетании с использованием медикаментозных средств и оценена её эффективность.

Summary

EFFECTIVENESS OF GESTALT THERAPY IN THERAPY OF MENTAL DISORDERS IN PERSONS WITH COSMETIC NASAL DEFECTS AND DEFORMITIES

Skrypnikov A.M., Zhyvotovska L.V., Bodnar L.A.

Keywords: defects and deformities, nose, rhinoplasty, psychotherapy, Gestalt therapy.

The article described a system of integrated treatment for mental disorders in individuals who consulted plastic surgeons to perform aesthetic rhinoplasty. We developed the system including Gestalt therapy and medication and evaluated its effectiveness.