Влияние психологического типа пациента на удовлетворённость пластической операцией.

Бочаров Владимир Николаевич, Добрякова Ольга Борисовна

ООО «НУК», ООО «МБК СМЭ»

Ключевые слова
Пластическая хирургия, эстетическая хирургия, пациент пластического хирурга, психотип пациента, удовлетворенность результатом пластической операции

Аннотация

Успех пластической операции зависит не только от позитивных анатомических изменений, но и от оценки пациентом результата хирургического вмешательства.

С момента зарождения реконструктивной и эстетической хирургии, специалисты пытались классифицировать пациентов по их психологическому типу. Так, даже при значительных улучшениях внешности далеко не всегда пациент был доволен новым образом. И, наоборот, порой небольшое положительное изменение меняло настроение и улучшало жизнь человека. Кроме того, косметическая операция бывает эффективной в тех случаях, когда хирург и пациент идут вместе к одной цели. При этом, пациент доверяет хирургу, соглашается с планом лечения и выполняет все необходимые рекомендации, а врач пытается проникнуться мотивами и желаниями пациента, адекватно оценивает свои возможности, доходчиво объясняет все этапы лечения и желаемый результат.

Актуальность проблемы

Перед хирургом стоит множество задач: во-первых, нужно проанализировать эстетический недостаток, разработать план оперативного вмешательства, изучить состояние здоровья человека, выполнить операцию, осуществить послеоперационную реабилитацию. Но этих задач оказывается недостаточно, важно ещё определить, что движет пациентом, как он представляет себе идеальный результат, насколько он готов к операции и тем изменениям, которые возникнут после неё. Бывает непросто посмотреть глазами пациента на существующую проблему, которая может быть объективной и субъективной. Хирург должен оценить свои возможности и соразмерить их с требованиями пациента. Только учитывая все факторы, достигается удовлетворённость обеими сторонами. Пластическая хирургия состоит из двух больших разделов: реконструктивно - восстановительной и эстетическщй. Пациенты в этих группах имеют различия в психическом и

психологическом статусе. Так, людей с врожденными уродствами и приобретенными грубыми дефектами можно назвать больными, так как их состояние определено как болезнь в международной классификации болезни. К ним применимы классификации не только пациентов пластической хирургии, но и больных. Лица, желающие улучшить внешность, как правило, не страдают какими-либо заболеваниями, это пациенты, а не больные. Сложность классификаций в том, что не всегда удается найти грань между здоровьем и болезнью. В нашей работе мы будем касаться, прежде всего, пациентов эстетического пластического хирурга.

Цель исследования

Повысить удовлетворенность пациентов результатами пластических операций

Задачи

1. Разработать методику анализа психотипа пациента, на основе классификации J. Joseph, для адекватного отбора кандидатов на пластическую операцию
2. Оценить удовлетворенность результатами пластической операции у пациентов различных психотипов

Материалы и методы

Анкета пациентов ООО «Новосибирский Университет Красоты», Фотографические изображения, жалобы пациентов.

Литературный обзор

В соответствии с установками J. Joseph (1921) пациенты делятся на четыре большие группы.

1. Больные с пониженным эстетическим чувством. К этой группе отнесены люди с выраженными дефектами внешности, но спокойно относящиеся к ним и не всегда стремящиеся их устранить. Подобные пациенты ведут нормальный образ жизни. По их мнению, имеющийся недостаток не является препятствием для полнокровной жизни. Их посещение хирурга часто носит случайный характер, они приходят к (нему после прочтения популярной статьи в журнале или разговора с человеком, которому с помощью хирургической операции устранили подобный дефект. Такие пациенты никогда не настаивают на проведении лечения, их больше интересует вопрос, можно ли вообще устранить данный недостаток или нельзя. Отказ по тем или иным причинам в оперативном лечении они встречают спокойно. Проведение операций таким пациентам всегда доставляет хирургу удовольствие, а сами пациенты не перестают доверять врачу даже в том случае, если вмешательство приводит к частичному эффекту.

2. Пациенты с нормальным эстетическим чувством. Как и представители первой группы, они составляют основную массу людей, подвергающихся косметическим операциям. Их мотивировка необходимости проведения операций всегда убедительна, эти пациенты сознательно относятся к своим косметическим недостаткам. Для хирурга часто отпадает необходимость в особых разъяснениях, изучении мотивировки обращения пациента к врачу и решении ряда других проблем. Вера пациентов в хирурга остается непоколебимой даже в тех случаях, когда развиваются осложнения при проведении лечения. Для подобных пациентов все, что делает их лечащий врач, правильно. Признательность их врачу — лучшая для него награда.

3. Пациенты с неправильно развитым эстетическим чувством. Лечение подобных пациентов представляет для хирурга-косметолога значительную трудность из-за явного нарушения их психического статуса. Душевные переживания этих людей и их поведение в быту не обычны и часто не соответствуют выраженности косметического недостатка. Их состояние подчас вызывает тревогу у родственников и друзей, так как близкий им человек отгораживается от общества людей, замыкается в себе, угрожает самоубийством и т. п. Сосредоточенность этих пациентов на имеющемся у них недостатке (или, нередко, на воображаемом дефекте внешности) не позволяет получить хорошие результаты лечения, даже если операция выполнена без малейших ошибок. Агрессивность некоторых таких пациентов является прямым указанием для хирурга о нецелесообразности лечения. Отказ в проведении операции вызывает у них нежелательную реакцию, потоки жалоб в вышестоящие организации с требованиями наказать некомпетентного хирурга и т. п.
4. Пациенты с извращенным эстетическим чувством. Они отличаются от представителей предыдущей группы тем, что у них почти никогда не бывает тех недостатков, которые они сами себе приписывают или на них указывают им другие люди. Психическое состояние таких пациентов очень часто оказывается нарушенным, они находятся под наблюдением психиатра. Основная трудность отбора пациентов по психическому состоянию заключается в том, что так называемая норма еще не означает, что у данного человека нет изменений личности или что эти изменения не возникнут как следствие произведенного хирургического вмешательства [1].
Помимо классификаций пациентов пластического хирурга, в разные годы предложено упорядочить больных по их психотипу. Это актуально в связи с тем, что в послеоперационном периоде пациент на какое-то время становится больным.

Типы пациентов: Известный советский терапевт профессор Роман Лурия еще в 1935 году ввел в клиническую медицину понятие «внутренней картины болезни» (ВКБ), под которой он понимал все то, что переживает, испытывает пациент, его общее самочувствие, самонаблюдение, представления о

заболевании и его причинах. Данная концепция и по сей день широко используется в медицинской психологии. На Западе одну из наиболее известных классификаций «субъективных типов отношения к болезни»— определения, во многом тождественного ВКБ— предложили психологи Роберт Конечный и Милан Боухал в 1982 году. Эта классификация включает следующие типы реакции: 1. нормальный (реальная оценка объективного состояния); 2. пренебрежительный (недооценка тяжести заболевания); 3. отрицающий (игнорирование самого факта болезни); 4. нозофобный (понимает, что утрирует ситуацию, но преодолеть панику не может); 5. ипохондрический (погружение в болезнь); 6. нозофильный (своеобразная форма удовлетворения от того, что болезнь освобождает от ряда неприятных обязанностей); 7. утилитарный (стремление нажиться на заболевании— материально или морально).

С 1980 года в отечественной медицинской психологии используется классификация по А.Е.Личко и Н.Я.Иванову. Она включает 12 психотипов потенциальных больных и охватывает практически весь спектр возможных реакций на возникшее заболевание. 1. Гармоничный психотип (реалистичный, взвешенный). 2. Эргопатический (стенический). «Уход от болезни в работу». 3. Анозогнозический (эйфорический). «Отрицание болезни». Нужно отметить, что первые три типа реакции считаются «рациональными», поскольку социальная адаптация у таких пациентов не нарушена и они могут самостоятельно справиться со своими психологическими проблемами. 4. Тревожный (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Мнительный больной, «фантазер». 5. Ипохондрический. «Ой! Как болит!». 6. Неврастенический. «Оставьте меня! Мне плохо!». 7. Меланхолический (витально-тоскливый). «Жизнь кончена». 8. Апатический. «Мне все равно!». 9. Сенситивный. Мелочно-озабоченный. 10.Эгоцентрический (истероидный). «Мне все должны! Я —страдалец!». 11. Паранойяльный. «Кругом—враги!». 12.Дисфорический (агрессивный). Гневливо-мрачный молчун.

Эти психологические типы можно разделить на 3 блока:

Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Для больных с эргопатическим и анозогнозическим типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию,

преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся
поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием подчас
факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что
позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.
Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической
дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или
интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.
Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы
отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь,
обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-
аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу
раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы
– «капитуляции» перед заболеванием и т.п.
В **третий блок** вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для
которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также
обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни
характеризуются таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени
зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсибилизированное отношение к болезни проявляется
дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его
для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего
заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в
своем недуге [2].

Исследовательская часть

В группу исследования были включены пациенты женского пола, возраст 58-60 лет. С возрастными дефектами век, по гипертрофическому типу, а именно: избытками мягких тканей, морщинами век. Количество пациентов

65. Авторами разработана анкета. Анкетирование проводилось до операции на первичной консультации и через полгода после операции

Анкета
до операции:

I. Как вы считаете, ваш косметический недостаток влияет на вашу коммуникативность?
1. не влияет
2. не особо влияет
3. очень сильно
4. это невыносимо

II. Готовы ли вы к операции, чтобы улучшить внешность?
1. да, если это безопасно и несложно
2. да, было бы желательно
3. я остро нуждаюсь в операции
4. мне жизненно необходимо это сделать

III. Если вам будет предложен альтернативный нехирургический метод, который не даст такого эффекта, но тем не менее в какой-то степени улучшит ситуацию, вы согласитесь?
1. возможно, даже небольшие изменения меня устроят
2. лучше сделать максимально эффективную операцию, чтобы потом долгое время не возвращаться к этому вопросу
3. только радикальная операция, хочу все изменить
4. хочу конкретную операцию, о которой читала в СМИ. Я лучше знаю, что мне нужно

IV. Какого эффекта вы ожидаете от операции?
1. хочу, чтобы в целом улучшился внешний вид
2. хочу уменьшить нависание верхних век и " мешки" на нижних веках
3. хочу, чтобы веки стали без единой морщинки, как в молодости
4. хочу изменить разрез глаз, сделать так, как сейчас модно

V. Есть ли у вас идеал красоты? Хотели бы вы быть похожи на этого человека?
1. я считаю красивыми некоторых людей, но не хочу никому подражать
2. хотелось бы быть похожей на себя в молодости
3. у меня есть идеалы красоты и я хочу такие же черты лица
4. у меня есть примеры людей, которые провели операции, и я хотела бы сделать именно такие операции

VI. Готовы ли вы к тому, что результат будет виден не сразу?
1. да, я осознаю, что существует реабилитационный период

2. да, но хотелось бы побыстрее
3. да, но мне нужно конкретно и точно сказать, сколько дней будут отеки, синяки, когда я смогу выйти на работу
4. готова на все, буду терпеть

Вопросы после операции:

VII. Вас устроил результат?
1. да, отлично получилось
2. стало намного лучше
3. не очень, морщины полностью не устранялись. Я ожидала большего.
4. ужас

VIII. Что говорят окружающие о вашей операции
1. многие даже не заметили, некоторые отмечают, что я стала свежее и моложе выглядеть. Меня мнение окружающих не особо волнует
2. близкие видят улучшение
3. подруга (родственница) сказала, что я много денег потратила, а результата нет.
4. говорят, что я утратила свою индивидуальность

Результаты
Каждый из 65 пациентов ответили на 8 вопросов
Всего ответов было 520 (100%)
Ответов 1 было 25(4,81%)
Ответов 2-480 (92,31%)
Ответов 3-8 (1,54%)
Ответов 4-7 (1,35%)

Данный результат говорит о превалировании в числе обратившихся пациентов с нормальным эстетическим чувством.
Лица, давшие ответы преимущественно 3-4 (15 человек) соответствуют в классификации пациентам с неправильно развитым эстетическим чувством и с извращенным эстетическим чувством. Ответы до и после операции у них совпали.

Выводы
Анкетирование позволяет выявить пациентов, которые вероятно предъявят претензии после операции, даже в случае благоприятного эстетического результата. Анализ психотипа пациента позволяет оптимизировать показания и противопоказания к косметическим хирургическим вмешательствам.

Литература:

1. Фришберг И.А Косметические операции на лице. (1984)Москва "Медицина" - 208с.
2. Чернов А.Ю. 12 пациентов и их психотипы. Онлайн-журнал для фармацевтов и медицинских работников / Медицина / Врачебная этика file:///C:/Users/Zver/Desktop/12%20психотипов%20пациентов%20и%20их%20классификация.pdf