

Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни пациентов челюстно-лицевой хирургии

Литовка Т.А.,

психолог-консультант, Москва, Россия, litovka.tatyana@mail.ru

Луковцева З.В.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, sverchokk@list.ru

Настоящее исследование выполнено в русле традиционных для отечественной психосоматики представлений о внутренней картине болезни. Выборку составили 62 пациента отделения челюстно-лицевой хирургии. С помощью батареи методик, содержательно дополняющих друг друга, выявлены качественно-количественные особенности внутренней картины болезни пациентов мужского и женского пола. Обнаружено, что преградный личностный смысл болезни выступает на первый план во всей выборке, однако мужчин отличает недоверчивое, настороженное отношение к рекомендациям врачей и к лечению в целом. Найдены значимые половые различия ценностных ориентаций и стратегий совладающего поведения, которые целесообразно учитывать при разработке программ психологического сопровождения данной категории пациентов в условиях стационара.

Ключевые слова: психосоматика, внутренняя картина болезни, мотивационный уровень внутренней картины болезни, пациенты челюстно-лицевой хирургии, половые различия.

Для цитаты:

Литовка Т.А., Луковцева З.В. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни пациентов челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 29-49 doi: 10.17759/psyclin.2015040403

For citation:

Litovka T.A., Lukovtseva Z.V. Features of the Motivational Level of the Internal Picture of the Disease in Patients Maxillofacial Surgery [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and

Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 29-49
doi: 10.17759/psycljn.2015040403. (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Ухудшение социально-экономических условий, межрегиональные и межконфессиональные конфликты, распространение оружия среди населения, рост преступности и другие обстоятельства привели к тому, что к настоящему времени одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения заняли травмы. Ежегодно в России регистрируется до 12,5 млн. различных по характеру и локализации травм [10]. Медико-статистические данные последних лет свидетельствуют о повышении распространенности повреждений челюстно-лицевой области, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий, бытовых, производственных и криминальных травм [2].

Современные исследования внутренней картины болезни (ВКБ) обсуждаемой категории пациентов образуют три крупных направления. В рамках первого и наиболее важного для нас показано, что пациенты с челюстно-лицевой патологией чаще всего формируют сенситивный и анозогностический типы ВКБ [1]. Исследования второго направления освещают возрастно-психологический аспект проблемы и характеризуют молодой возраст как период наибольшей эмоциональной уязвимости к дефектам внешности [4]; [8]. Наконец, последнее направление представлено сравнительно-аналитическими исследованиями изменений психики пациентов в пред- и послеоперационном периоде [3].

Высокая специфичность психосоматических характеристик пациентов с дефектами внешности в первую очередь определяется возникающими при соответствующих заболеваниях коммуникативными, социальными проблемами и изменениями Я-концепции. Немалую роль играют и объективные ограничения функциональных возможностей.

Рассматривая имеющиеся сведения о пациентах с челюстно-лицевой патологией в свете типологии личностных смыслов болезни, предложенной А. Ш. Тхостовым [7], можно сформулировать следующие соображения. **Преградный** тип личностного смысла, несомненно, лидирует по частоте упоминаний авторами, изучавшими обсуждаемую категорию пациентов. В максимальном своем выражении преградность наблюдается у обладателей анозогностического типа ВКБ, не имеющих достаточного количества психологических ресурсов для совладания с заболеванием и потому защитно отрицающих свой дефект. **Конфликтный** смысл менее распространен, однако и он не является редкостью. Существуют косвенные свидетельства о возможном преобладании преградного типа у пациентов-мужчин, а конфликтного – у женщин. Что же касается **позитивного** смысла, то нам не удалось обнаружить убедительных указаний на его присутствие в мотивационно-смысловой структуре личности пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии. Именно личностный смысл болезни определяет содержание высшего (мотивационного) уровня ВКБ; некоторыми же авторами он рассматривается как системообразующий

фактор, выходящий за пределы традиционной четырехуровневой структуры ВКБ и задающий вектор формирования всей этой структуры [9].

Приведенные выше психосоматические феномены и закономерности освещаются в исследованиях, выполненных на выборках пациентов с кожными заболеваниями, ожогами, травмами и иными патологиями, затронувшими область лица [1]; [3]; [4]; [5]; [6]; [8]; [9]. Обычно соответствующие психодиагностические данные получают на начальных этапах лечения и реабилитации, тогда как отдаленный, реконструктивно-хирургический, период часто остается вне поля зрения исследователей. Остается практически неизученным вопрос о половых различиях особенностей ВКБ при челюстно-лицевой патологии в целом и конкретно мотивационного уровня ВКБ. Таким образом, изучение психосоматических характеристик пациентов с различными челюстно-лицевыми дефектами сохраняет свою актуальность и нуждается в продолжении.

В данной статье будут представлены результаты эмпирического исследования, восполняющего некоторые пробелы в обозначенной области знания и практики. Целью исследования стало описание качественно-количественных особенностей мотивационного уровня ВКБ пациентов челюстно-лицевой хирургии в аспекте половых различий. Проверялась гипотеза о том, что мотивационный уровень ВКБ пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии определяется их половой принадлежностью: у мужчин преобладает преградный личностный смысл болезни, у женщин – конфликтный.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 62 человека (31 мужчина и 31 женщина) в возрасте от 20 до 68 лет, проходившие лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ФГУ НМХЦ им. Н. И. Пирогова. Большинство обследованных имели высшее образование и работали в сферах экономики и финансов, недвижимости, управления, туризма, строительства и транспорта; не работающими оказались лишь 10% мужчин и 10% женщин.

Среди мужчин планово были госпитализированы 39%, экстренно – 61%, у женщин соответствующие показатели составили 77% и 23%. Обстоятельства госпитализации и тяжесть соматического состояния пациентов учитывались при планировании диагностической работы (в частности, при определении последовательности применения методик). Более половины пациентов общались с психологом только в предоперационном периоде, с остальными диагностика проводилась на 3-5 день после операции или дважды – до операции и после нее.

Нозологическая характеристика пациентов была следующей: переломы лицевых костей, сочетанные с черепно-мозговой травмой; ожоги лицевой области; киста шеи; парез и паралич лицевого нерва; аденома слюнной железы; острый одонтогенный гайморит; флегмоны и абсцессы лица и шеи; артроз височного нижнечелюстного сустава; травма носа; врожденное отсутствие ушной раковины;

нейрофиброматоз (причины госпитализации перечислены по убыванию частоты встречаемости). В выборку не вошли лица, имеющие в анамнезе алкогольную, наркотическую зависимость и хронические заболевания психосоматического круга (например, атопический дерматит). Поскольку в исследовании применялись вербальные методики, требующие чувствования тонких смысловых нюансов грамматических конструкций, из числа потенциальных испытуемых были исключены также пациенты, испытывавшие трудности во владении русским языком.

Применение психодиагностических методик предварялось анализом медицинской документации и беседой. Все пациенты были осведомлены о том, что настоящее исследование не будет иметь реабилитационного, консультативного или психотерапевтического продолжения. Тем не менее каждый обследуемый располагал достаточным временем для общения с психологом-диагностом, что открывало возможность рефлексии, обсуждения своего состояния и принятия решения о необходимости обращения за психологической помощью в дальнейшем.

В процессе беседы мы получали психологически-значимые анамнестические сведения и составляли первичный психосоматический портрет каждого пациента. Особое внимание уделялось вопросам о том, как обследуемые относятся к своей болезни, как изменился их образ жизни в связи с заболеванием, каким им видится будущее, получают ли они психологическую поддержку и от кого она исходит. Важно было понять также, насколько пациенты комплаентны, имеется ли у них ориентация на сотрудничество с персоналом отделения и готовность следовать медицинским предписаниям. Наконец, в целях оценки осведомленности пациентов, с одной стороны, и адекватности их представлений о заболевании – с другой, проводилось сопоставление высказываний пациентов с содержанием медицинской документации.

В основной части исследования нашли применение следующие диагностические инструменты: опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) Р.Лазаруса; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ); методика «Ценностные ориентации» Рокича-Ядова; методика незаконченных предложений Сакса-Леви.

Анализ и интерпретация результатов исследования

Характеризуя наиболее интересные результаты беседы, следует отметить, что практически все пациенты в тех или иных формулировках сообщали о достаточной психологической поддержке, полученной ими от близких в связи с заболеванием, и даже об улучшении значимых межличностных отношений. Создавалось впечатление субъективной, а возможно, и объективной нехватки эмоционально теплых контактов в предболезненный период (или в период, предшествовавший госпитализации).

Что касается отношения испытуемых к исследованию, то здесь весьма ярко проявились половые различия. Мужчины оказались менее открытыми и заинтересованными, они чаще задавали вопросы об общей цели диагностики, назначении конкретных методик и о той пользе, которую можно было бы извлечь из результатов. При этом именно мужчины более активно интересовались возможностью получения обратной связи от психолога. Описывая проблемные сферы своей жизни, они реже по сравнению с женщинами акцентировали внимание на коммуникативных затруднениях, связанных с изменением внешности (впрочем, исключение составили пациенты с ярко выраженными дефектами).

Женщины, с одной стороны, были больше расположены к общению с психологом, охотнее соглашались на участие в исследовании, легче вступали в контакт и более развернуто отвечали на вопросы. С другой же стороны, именно в женской группе было зафиксировано наиболее выраженное отрицание серьезности психосоциальных проблем, обусловленных изменением внешнего вида. Беспокойство по поводу своей внешности выражали преимущественно пациентки с неявными дефектами; на первый план здесь выступали страхи и опасения в отношении послеоперационных осложнений: *«А вдруг у меня изменится лицо, и как я буду тогда жить?»*. Напротив, женщины с видимыми изменениями челюстно-лицевой области занимали защитно-игнорирующую позицию, утверждая, что их заболевание никак не влияет на качество жизни и в психологической поддержке они не нуждаются.

Существенное влияние на то, как пациенты отделения челюстно-лицевой хирургии воспринимают свое состояние, оказывает нарушение жизненно важных функций и утрата способности удовлетворять базовые потребности обычным способом. Так, при артрозе височного нижнечелюстного сустава становится трудно, а подчас и невозможно принимать пищу, получать стоматологическую помощь и т.д., что вызывает у пациентов общий дискомфорт, раздражительность, нарушения сна.

Перейдем к результатам, полученным с помощью **опросника Р. Лазаруса**. Анализ данных показал, что мужчины и женщины предпочитают весьма сходные стратегии совладающего поведения, причем во всей выборке наиболее высоки показатели по шкалам «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения» (рис. 1, 2). Таким образом, совладающее поведение представителей изучаемой нозологической категории **вне зависимости от пола** основывается главным образом на целенаправленном, осознанном анализе текущей жизненной ситуации и предполагает готовность к опоре на социальное окружение. Пациенты активно вырабатывают стратегию разрешения имеющихся проблем и планируют свои действия с учетом прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

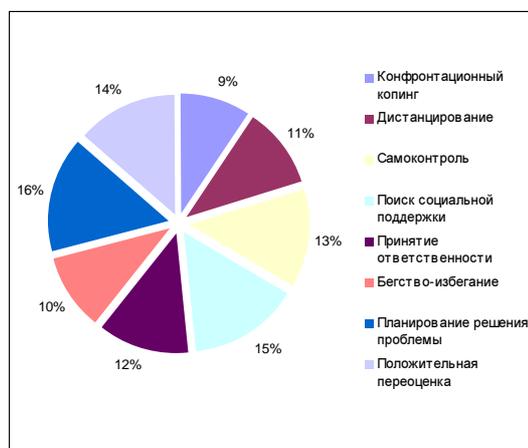


Рис. 1. Распределение копинг-стратегий у женщин



Рис. 2. Распределение копинг-стратегий у мужчин

Сравнительный анализ данных по этому опроснику, полученных в группах пациентов разного пола (критерии Колмогорова-Смирнова и Стьюдента), выявил значимые различия по трем шкалам: «Дистанцирование», «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» (таблица 1).

Выраженное предпочтение первой из упомянутых стратегий обнаружено в группе женщин. Это означает, что женщинам в большей степени присуща тенденция к преодолению негативных переживаний за счет обесценивания, снижения значимости проблемной ситуации. Возможны и другие варианты дистанцирования, связанные с использованием переключения внимания, эмоционального отстранения, абстрагирования или юмористического реагирования на проблему. Шкала «Дистанцирование» представляет интерес и в другом отношении: именно по ней обнаружена наибольшая дисперсия индивидуальных данных по выборке. В обеих половых группах преобладают средние значения, однако у женщин на втором месте по частоте встречаемости располагаются высокие, а у мужчин – низкие показатели.

Остановимся на результатах, полученных с помощью Т-критерия Стьюдента для средних значений. Согласно подсчетам, данные по обеим группам характеризуются практически полным отсутствием низких показателей по стратегиям «Положительная переоценка»; в меньшей степени это относится к показателю «Поиска социальной поддержки». Основные половые различия проявляются в удельном весе средних и высоких показателей (при невысокой внутригрупповой дисперсии индивидуальных данных). Итак, женщины чаще, чем мужчины, справляются с трудностями благодаря эмоциональной поддержке со стороны окружающих, а также за счет положительного переосмысления проблемы (в том числе рассматривая ее как стимул для личностного роста). Мужчины же, напротив, стараются контролировать свое поведение, целенаправленно подавляют и сдерживают проявление эмоций.

Характеризуя распределение типов отношения к болезни в обследованной выборке (данные по **методике ЛОБИ**), следует отметить существенное сходство между мужчинами и женщинами.

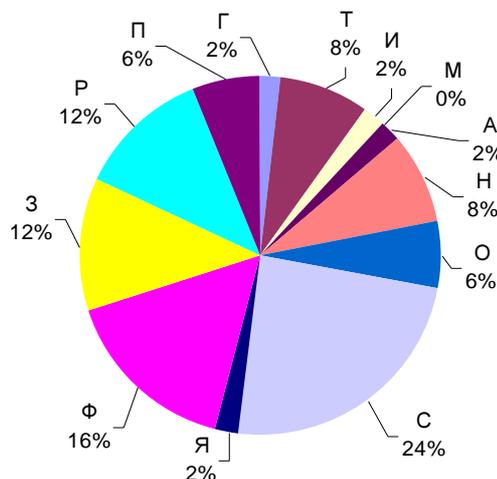


Рис. 3. Распределение типов отношения к болезни у женщин

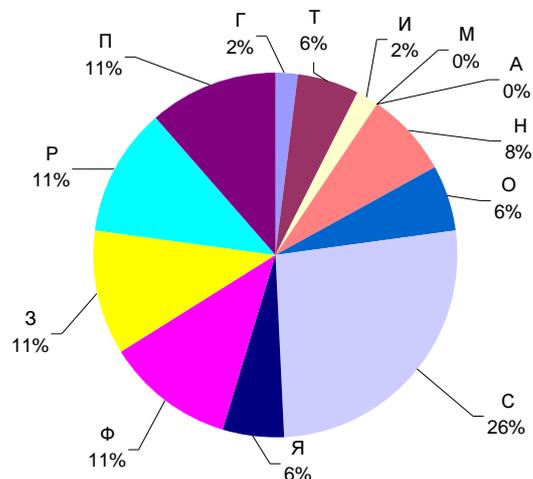


Рис. 4. Распределение типов отношения к болезни у мужчин

Обозначения типов отношения к болезни: Г (гармоничный), Т (тревожный), И (ипохондрический), М (меланхолический), А (апатический), Н (неврастенический), О (обсессивно-фобический), С (сенситивный), Я (эгоцентрический), Ф (эйфорический), А (анозогнозический), Р (эргопатический), П (паранойяльный).

Как показано на рисунках 3 и 4, в обеих половых группах по частоте встречаемости лидирует сенситивный тип (у мужчин на его долю приходится 24%, у женщин – 26%). Далее располагаются анозогнозический и эргопатический типы, представленные приблизительно в равном соотношении в обеих половых группах, а также эйфорический тип, обнаруженный в 11% случаев у мужчин и в 16% – у женщин. Прочие типы значительно уступают вышеназванным по частоте встречаемости.

Таким образом, следует отметить деятельное, эмоционально живое, включенное отношение к болезни практически у всех обследованных вне зависимости от пола (меланхолический тип в выборке не обнаружен, а апатический выявлен лишь у одной пациентки). На первый план у наших пациентов выступают коммуникативные проблемы, обусловленные выраженным беспокойством по поводу отношения окружающих к изменившейся внешности, а также страхом возникновения избегающего, пренебрежительного или иного негативного отношения к себе. Порой такие переживания становятся настолько интенсивными,

что пациенты вырабатывают защитно-игнорирующую позицию, отрицая серьезность своего состояния и пренебрегая врачебными рекомендациями, несмотря на очевидность дефекта (одной из возможных стратегий здесь может стать «уход в работу»). Несомненно, в совокупности описанные особенности позволяют характеризовать доминирующий тип личностного смысла болезни как преградный.

Сопоставляя результаты диагностики мужчин и женщин, отметим, что по обоим критериям (Манна-Уитни и Стьюдента, таблица 1) достоверные половые различия обнаружены только по показателям, соответствующим паранойяльному типу отношения к болезни (он обнаружен у 11% мужчин и у 6% женщин). Мужчины с меньшим доверием относятся к приему лекарств, режиму, процедурам, а некоторые из них даже связывают возникновение заболевания с непрофессионализмом врачей. В частности, в пункте «Отношение к врачам и медперсоналу» пациенты мужского пола выбирали утверждение «Считаю, что заболел я больше всего по вине врачей», а в пункте «Отношение к болезни» – утверждение «Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей». Обладатели паранойяльного типа представлены в нашем исследовании двумя подгруппами: поступившие в отделение **впервые** (после лечения в ожоговых или травматологических отделениях), и **вторично**, для реализации реконструктивно-хирургического этапа лечения; во второй подгруппе недоверие к врачам выражено существенно больше. Возможно, паранойяльное отношение к болезни и процессу ее преодоления связано и с преморбидными особенностями личности, но это предположение может быть проверено только с привлечением большего количества испытуемых.

По распространенности эгоцентрического типа отношения к болезни статистически значимых половых различий обнаружено не было, однако описательная статистика говорит о том, что этот тип втрое чаще встречается у мужчин. Для пациентов, имеющих такое отношение к болезни, проблемы со здоровьем обладают ярко выраженным преградным личностным смыслом; они требуют к себе повышенного внимания персонала, стремясь сделать лечение максимально эффективным и как можно скорее справиться с болезнью.

Фактором, существенно влияющим на ВКБ, оказалась длительность заболевания. У женщин, попавших в отделение челюстно-лицевой хирургии впервые, преобладают сенситивный, эргопатический и эйфорический типы ВКБ. Эти же пациентки чаще совладают с болезнью и соответствующими переживаниями, опираясь на ресурсы социальной поддержки. Иная картина наблюдается у женщин, имеющих ярко выраженный внешний дефект и находящихся на 3-4-м этапах хирургического лечения: здесь преобладают анозогнозический тип отношения к болезни и отрицание иных жизненных трудностей, трудно складывается контакт с психологом. Исключение составила лишь одна испытуемая (диагноз – паралич лицевого нерва), открыто говорившая о том, что ее заболевание мешает продвигаться по карьерной лестнице. Совладающее поведение по типу положительной переоценки ситуации в большей степени оказалось характерным

для женщин, причем чаще – госпитализированных в экстренном порядке. Встречались высказывания о том, что болезнь несет в себе особый смысл, является временной остановкой активного течения жизни, паузой, важной для обдумывания своих перспектив. Таким образом, заболевание рассматривалось обозначенной категорией пациенток с экзистенциальной точки зрения.

Полученные данные согласуются с результатами исследования **ценностных ориентаций** (рис. 5-8).

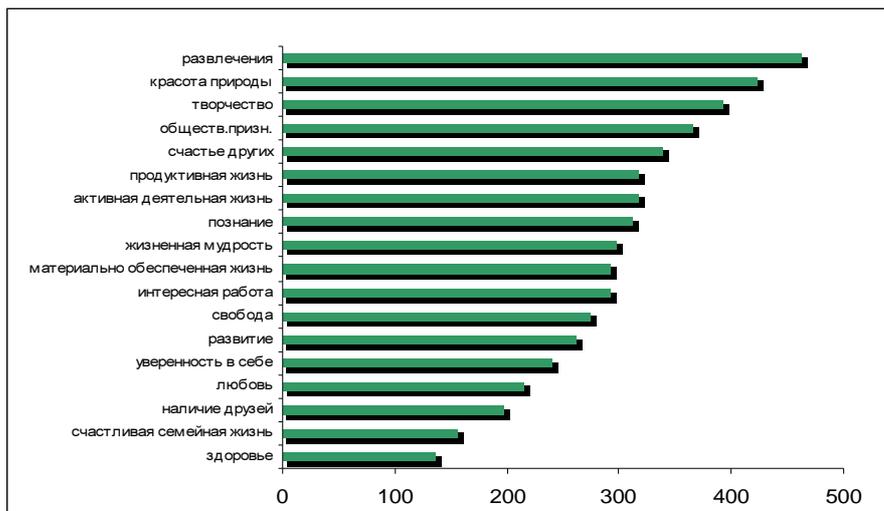


Рис. 5. «Терминальные ценности» мужчин

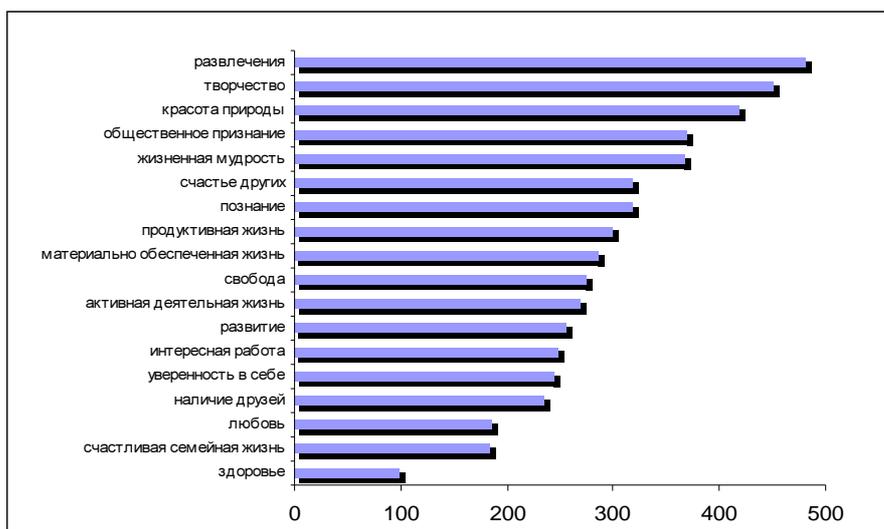


Рис. 6.

«Терминальные ценности» женщин

И мужчины, и женщины выдвигают на первый план такие ценности-цели, как здоровье, семейная жизнь, любовь, друзья и уверенность в себе. Последние места

занимают развлечения, красота природы, творчество. При сравнении рейтингов терминальных ценностей мужчин и женщин с помощью критерия Манна-Уитни выявились достоверные различия лишь по одному показателю: **жизненная мудрость** оказалась более значимой для мужчин, чем для женщин (таблица 1). Различия на уровне тенденции обнаружены по показателю **активная деятельная жизнь** – эта ценность оказалась более значимой для женщин.

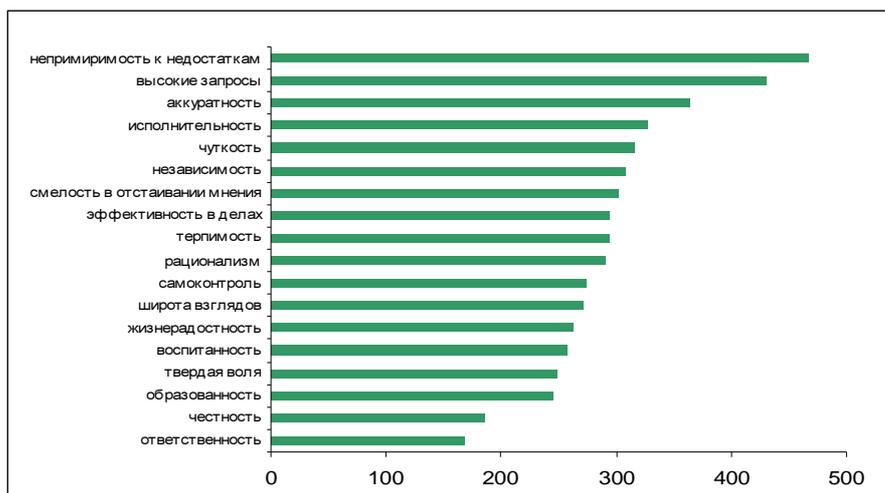


Рис. 7. «Инструментальные ценности» мужчин

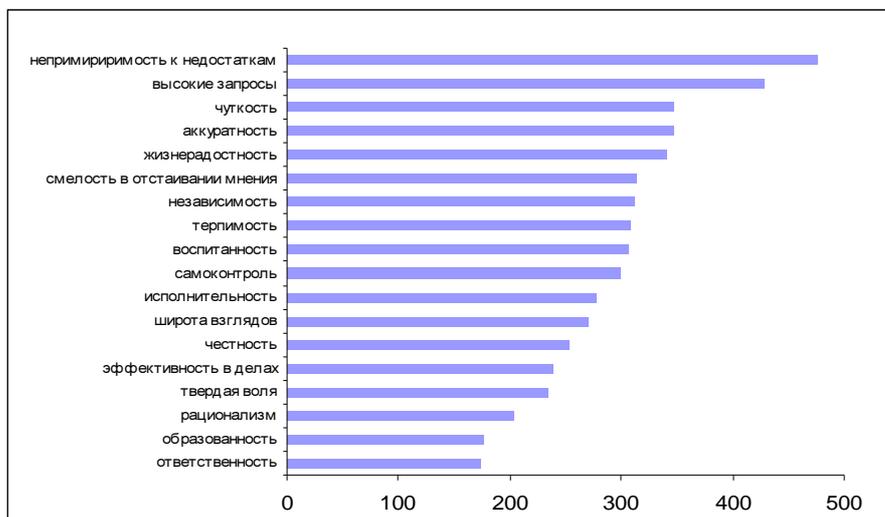


Рис. 8.

«Инструментальные ценности» женщин

Ранжируя инструментальные ценности, мужчины указали на высокую значимость честности и жизнерадостности, тогда как для женщин наиболее важными оказались рационализм и активная деятельная жизнь. В данной сфере значимые различия выявлены по рационализму (более значимому для женщин) и честности (более значимой для мужчин). Таким образом, в процессе достижения

желаемого женщины предпочитают действовать более активно, рационально и прагматично в сравнении с мужчинами.

Таблица 1

Статистически значимые различия между мужчинами и женщинами, выявленные с помощью методик «Способы совладающего поведения», ЛОБИ и «Ценностные ориентации»

Название параметра	Средние значения		Наименование критерия			P
	Мужчины	Женщины	T-критерий Стьюдента	Критерий Колмогорова-Смирнова	U-критерий Манна-Уитни	
Дистанцирование	3	9	-	1,370	-	≤0,05
Поиск социальной поддержки	14	18	,012	-	-	≤0,05
Положительная переоценка	8	12	,009	-	-	≤0,01
Паранойяльный тип отношения к болезни	6	3	,007	-	269,5	≤0,01
Жизненная мудрость (приведен номер позиции в рейтинге ценностей)	10	14	-	-	332,0	≤0,05
Рационализм (приведен номер позиции в рейтинге ценностей)	9	3	-	-	325,5	≤0,05
Честность (приведен номер позиции в рейтинге ценностей)	2	6	-	-	336,0	≤0,05

Сложной для многих пациентов стала заключительная методика **«Незаконченные предложения»**. 38 испытуемых продемонстрировали шоковую реакцию на стимульный материал. Звучали высказывания, сопровождаемые смехом: *«Я не знаю, что отвечать!»*. Четверо мужчин категорически отказались выполнять методику со следующей мотивировкой: *«Моя личная жизнь никого не касается»; «Это не имеет отношения к здоровью»; «Что за бредовые вопросы!»*. При этом 12 испытуемых назвали «Незаконченные предложения» одной из самых полезных методик, которые они когда-либо заполняли, и сообщили, что узнали о себе и своих отношениях с окружающими много нового. Некоторые пациенты указывали также, что именно данная методика помогла переключиться с проблем со здоровьем на другие темы.

Благополучные и проблемные установки («+» и «-») пациентов относительно каждой сферы в процентном соотношении представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью методики «Незаконченные предложения» в группах мужчин и женщин

Наименования сфер	Мужчины		Женщины	
	+	-	-	+
1. Отношения с отцом	68%	32%	28%	72%
2. Отношение к себе	72%	28%	38%	62%
3. Нереализованные возможности	17%	83%	89%	11%
4. Отношения с подчиненными	90%	10%	27%	83%
5. Отношение к будущему	13%	87%	92%	8%
6. Отношение к вышестоящим лицам	74%	26%	13%	87%
7. Страхи и опасения	62%	38%	72%	28%
8. Отношения с друзьями	93%	7%	27%	83%
9. Отношение к прошлому	76%	24%	23%	77%
10. Отношения с противоположным полом	42%	58%	72%	28%
11. Сексуальные отношения	58%	42%	40%	60%

12. Отношения с членами семьи	91%	19%	27%	83%
13. Отношения с сотрудниками	85%	15%	11%	89%
14. Отношения с матерью	94%	6%	58%	42%
15. Чувство вины	29%	71%	38%	62%

Наиболее конфликтными, проблемными для обеих половых групп оказались сферы «Нереализованные возможности», «Отношение к будущему» и «Отношения с противоположным полом». Приведем примеры высказываний, которые относятся к этим сферам (таблица 3).

Таблица 3

Характерные высказывания пациентов, относящиеся к наиболее конфликтным сферам (данные по методике «Незаконченные предложения»)

Мужчины	Женщины
Сфера «Нереализованные возможности»	
<ul style="list-style-type: none"> • Я всегда хотел: <i>быть успешным; быть независимым и самодостаточным; быть счастливым.</i> • Я мог бы быть очень счастливым, если бы: <i>не моя болезнь; если бы нашел вторую половину.</i> • Моим скрытым желанием является: <i>вернуться в прошлое и изменить его; материальная обеспеченность.</i> • Больше всего в жизни я хотел бы: <i>перестать бояться перемен; здоровья себе и своим родным.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Я всегда хотела: <i>быть здоровой; быть счастливой; состояться как личность и самореализоваться.</i> • Я могла бы быть очень счастливой, если бы: <i>не мой дефект; не моя болезнь.</i> • Моим скрытым желанием является: <i>быть богатой; быть лучше других.</i> • Больше всего в жизни я хотела бы: <i>быть счастливой; здоровья родным и близким.</i>
Сфера «Отношение к будущему»	
<ul style="list-style-type: none"> • Будущее кажется мне: <i>намного лучшим, чем настоящее.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Будущее кажется мне: <i>неопределенным; не знаю, что будет.</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Надеюсь на: <i>улучшение здоровья; улучшение качества жизни.</i> • Наступит тот день, когда: <i>я снова стану здоровым; у меня все получится.</i> • Больше всего я хотел бы в жизни: <i>здоровья себе и родным.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Надеюсь на: <i>улучшение жизни после операции; выздоровление.</i> • Наступит тот день, когда: <i>я перестану бояться перемен; выздоровлю.</i> • Больше всего я хотела бы в жизни: <i>здоровья родным и близким.</i>
Сфера «Отношения с противоположным полом»	
<ul style="list-style-type: none"> • Считаю, что большинство девушек: <i>легкомысленные; корыстны.</i> • Считаю, что большинство женщин: <i>слишком высокого мнения о себе; думают только о себе.</i> • Мне очень не нравится, когда женщины: <i>пьют; курят; ругаются; изменяют.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Считаю, что большинство юношей: <i>легкомысленные; эгоисты.</i> • Считаю что, большинство мужчин: <i>эгоистичны; безответственные.</i> • Мне очень не нравится, когда мужчины: <i>врут; хамят; пьют; лицемерят.</i>

Женщины, помимо этого, обнаружили противоречивое отношение к сферам «Страхи и опасения» и «Отношения с матерью». Больше всего пациентки опасались, что их страхи станут достоянием окружающих, окажутся известными друзьям и знакомым. Высказывались и мысли о том, что имеющиеся опасения мешают быть продуктивными в жизни. У мужчин сложные переживания вызвали предложения, относящиеся к сфере «Чувство вины». Ответы по соответствующим пунктам отражали такие темы, как желание забыть причиненную окружающим боль и сожаление о поступках, связанных с нарушением этических, моральных, нравственных норм.

В ходе дальнейшего качественного анализа результатов по данной методике мы подвергли специальному рассмотрению те высказывания пациентов, где фигурировали слова «здоровье» и/или «болезнь». В женской группе было дано 28 ответов такого плана; 13 из них относятся к сфере «Нереализованные возможности», 5 – к сфере «Отношение к будущему» и 3 – к сфере «Страхи и опасения». Мужчины дали лишь 12 ответов, содержащих упоминания о здоровье/болезни, причем 7 ответов также относятся к сфере «Нереализованные возможности», прочие же равномерно распределены по другим сферам. Итак, пациенты обоего пола не просто остро переживают нереализованность собственных возможностей, но и связывают соответствующие трудности с состоянием здоровья. Важно отметить при этом, что в обеих половых группах тематика здоровья/болезни

ни разу не прозвучала в ответах, относящихся к таким важным сферам, как семья, работа и отношения с друзьями.

Итак, общая картина мотивационного уровня ВКБ у **женщин** отличается противоречивостью и неоднозначностью. С одной стороны, отношение пациенток к болезни высоко сензитивно и окрашено страхами и опасениями, связанными с будущим. Результаты применения методик Рокича-Ядова и Сакса-Леви указывают на весьма высокую субъективную значимость для женщин темы здоровья вообще и здоровья как ценности-цели – в частности. По-видимому, острота и даже непереносимость соответствующих переживаний приводят к построению совладания по типу снижения значимости, игнорирования серьезности проблемы (дистанцированию). Несмотря на это, пациентки способны быть более активными, рациональными и целеустремленными в достижении намеченных целей по сравнению с мужчинами. Немалую роль в реализации активной стратегии совладания играет и то, что женщинам в трудной ситуации свойственно выходить во внешний мир, чтобы получить там поддержку, почувствовать эмоциональную сопричастность окружающих.

У **мужчин**, как уже было указано, достоверно чаще встречается паранойяльный тип ВКБ, и только в данной половой группе были зафиксированы отказы от выполнения методики Сакса-Леви «Незаконченные предложения». Можно сделать вывод об особой настороженности, сдержанности и даже замкнутости мужчин при обсуждении глубоко личных тем. При этом, двигаясь к намеченной цели, они предпочитают действовать более прямо и открыто, чем женщины (недаром одной из важнейших инструментальных ценностей для мужчин оказалась честность). Кроме того, мужчины реже закрывают глаза на возникающие проблемы, что и определяет основную стратегию совладающего поведения в данной половой группе. Вероятно, такая прямота и, если можно так сказать, объективность пациентов-мужчин в некоторой степени уравнивают их недоверие к медицинской помощи, позволяя поддерживать достаточный уровень комплаентности.

Суммируя опыт диагностической работы с пациентами отделения челюстно-лицевой хирургии, мы можем назвать беседу одним из самых информативных и экологичных методов получения сведений о мотивационном уровне ВКБ. Кроме того, именно в процессе беседы было выявлено своеобразное отношение пациентов к психологической поддержке в условиях стационара соответствующего профиля. 82% испытуемых сообщили, что не нуждаются в психологическом сопровождении лично, но считают необходимым наличие штатного психолога, поскольку «другим пациентам психологическая помощь может быть полезна». Чаще ответы такого рода давали женщины, что неудивительно в свете преобладания у них копинг-стратегий «Планирование решения проблемы» и «Поиск социальной поддержки». Таким образом, женщины активно опираются на собственные индивидуально-психологические и социальные ресурсы, которых, как им представляется, у других пациентов мало. Мужчины же отдают предпочтение самостоятельному совладанию,

стремясь удержать ситуацию под контролем своими силами и избегая как демонстрации своих чувств, так и обращения за помощью к кому-либо.

Отдельно хотелось бы упомянуть о пациентах, получающих помощь в рамках эстетической хирургии. В ходе беседы такие испытуемые говорили о высокой значимости конкретных изменений своей внешности. Определенные свои черты они воспринимали как препятствие на пути к достижению важных жизненных целей – в основном, связанных с общением с противоположным полом, построением личных отношений. Качественный анализ результатов методики «Незаконченные предложения» показал наличие конфликтных сфер у представителей обеих половых групп. Тема здоровья/болезни звучала в ответах, касающихся общения с противоположным полом, а также связанных с отношением к будущему и нереализованным возможностям.

Рассматривая полученные данные в свете выдвинутой нами гипотезы, можно сказать, что **мотивационный уровень ВКБ окрашен преградным личностным смыслом у пациентов обоего пола**. Таким образом, можно говорить лишь о частичном подтверждении первоначального предположения.

Результаты исследования позволяют предложить дифференцированные рекомендации по психологическому сопровождению пациентов разного пола, получающих лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии.

Мужчины, склонные к формированию паранойяльного типа отношения к болезни, могут пренебрегать врачебными назначениями, настороженно и даже враждебно воспринимать медицинский персонал. Основной задачей психолога при работе с такими пациентами должно стать формирование комплаентных установок, настроя на конструктивное сотрудничество с медицинским персоналом. Следует учитывать и другую особенность пациентов-мужчин. Планируя решение проблем, касающихся здоровья, они стремятся к сохранению ощущения контроля над ситуацией. Возможно, это в какой-то степени связано с недоверием к врачам и лечению (и, шире, с нежеланием опереться на кого-либо, довериться кому-либо из внешнего мира). Внедрение когнитивно-бихевиорального подхода могло бы стать эффективным способом снижения функции контроля. Не менее важна и работа с эмоциональной сферой (в частности, с чувствами, порожденными заболеванием) – помощь в идентификации, осознании, отреагировании чувств. К числу дополнительных диагностических задач, реализация которых могла бы способствовать уточнению стратегии работы психолога, следует отнести оценку локуса контроля, коммуникативного стиля и личностно-типологических особенностей пациентов-мужчин.

Перейдем к рекомендациям по работе с женщинами, активность которых и ориентация на поиск поддержки во внешнем мире могут стать хорошей опорой. Мишенями психологического воздействия здесь могут быть особенности, выявленные в ходе нашего исследования, то есть склонность к дистанцированию от проблем (в том числе, связанных с заболеванием), а также страхи и опасения,

касающиеся отношений с противоположным полом и перспектив обретения семьи. Работа с пациентками может состоять также в поиске внутрилличностных ресурсов преодоления переживаний и проблем, связанных с болезнью.

Выводы

1. Внутренняя картина болезни пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии окрашена высокой социальной сензитивностью, эмоциональной уязвимостью в межличностных отношениях и, во многих случаях, защитным игнорированием проблем, связанных с состоянием здоровья. Соответственно, доминирующий личностный смысл болезни представителей данной нозологической группы можно охарактеризовать как преградный. Косметический дефект, сочетаясь с невозможностью полноценного физического функционирования, порождает разнообразные препятствия к достижению значимых целей (в частности, к построению близких, интимных отношений).
2. Выявленные половые различия в сфере внутренней картины болезни касаются в основном удельного веса паранойяльного типа отношения к болезни: пациенты мужского пола с меньшим доверием относятся к рекомендациям врачей и к лечению в целом, а также к получению психологической помощи и социальной поддержки в целом.
3. Важным мотивом для пациентов-мужчин является сохранение субъективного ощущения контроля над ситуацией. В трудных ситуациях они действуют более прямолинейно и реалистично по сравнению с женщинами.
4. Пациентки более остро ощущают страхи и опасения, связанные с жизненными перспективами, причем особую значимость в данной половой группе имеет здоровье вообще (и здоровье как терминальная ценность – в частности). Совладающее поведение женщин характеризуется предприимчивостью, рационализмом с оттенком расчетливости, а также склонностью к поиску социальной поддержки.

Заключение

В настоящее время изучение мотивационного уровня внутренней картины болезни является одной из актуальных проблем психосоматики, что обусловлено дефицитом как теоретико-методологических, так и эмпирических исследований соответствующей направленности. Обнаружено, что реконструктивно-хирургический этап лечения челюстно-лицевой патологии изучен в психосоматическом отношении недостаточно.

Наше исследование было посвящено описанию особенностей мотивационного уровня внутренней картины болезни у пациентов челюстно-лицевой хирургии, а также выявлению различий в характеристиках этого уровня по половому признаку с опорой на концепцию ВКБ А. Ш. Тхостова.

Учитывая разнородность и небольшой объем выборки, мы подвергали анализу и каждый клинический случай в отдельности, соотнося внутреннюю картину болезни пациентов с их медико-демографическими характеристиками. Весьма вероятно, что особенности мотивационного уровня ВКБ зависят не столько от половой, сколько от нозологической принадлежности и особенностей лечения. Так, было замечено, что и мужчины, и женщины с ярко выраженным дефектом ЧЛО в большей степени акцентировали в беседе внимание на трудностях во взаимоотношениях с противоположным полом в сравнении с пациентами без выраженного дефекта. Эти наблюдения могут послужить основой для выдвижения дальнейших гипотез и задать перспективные направления исследований психосоматических особенностей пациентов с челюстно-лицевой патологией. Например, целесообразно было бы провести аналогичное исследование, дифференцируя испытуемых по таким критериям, как степень выраженности эстетического дефекта, первичность/повторность поступления в отделение, обстоятельства госпитализации (экстренная/плановая) и т.д.

Литература

1. *Баринова М.Г.* Изучение психологических особенностей пациентов с сочетанными зубо-челюстно-лицевыми аномалиями: Дисс... канд. псих. наук. СПб., 2001. 169 с.
2. *Дубровин М.С., Копецкий И.С., Полунин В.С.* Медико-социальные особенности больных с повреждениями челюстно-лицевой области. // *Лечебное дело: науч. журн.* 2012. №4. С. 92-94
3. *Дударева А.П.* Психические расстройства непсихотического уровня у пациентов с приобретенными челюстно-лицевыми деформациями: Дисс... канд. мед. наук. Москва, 2009. 132 с.
4. *Лафи С.Г.* Психологические аспекты ожоговой травмы: монография. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2014. 178 с.
5. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987. 168 с.
6. *Сулимовская Е.И.* Когнитивные и смысловые особенности отношения к своей внешности женщин с челюстно-лицевым дефектом. [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2011. N 6. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.03.2015).
7. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
8. *Фаустова А.Г., Яковлева Н.В.* Особенности индивидуальной концепции внешности у пациентов с ожогами различной локализации. [Электронный ресурс] //

Литовка Т.А., Луковцева З.В. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни пациентов челюстно-лицевой хирургии
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 29–49.

Litovka T.A., Lukovtseva Z.V. Features of the Motivational Level of the Internal Picture of the Disease in Patients Maxillofacial Surgery
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 29–49.

Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.02.2014).

9. *Штрахова А.В.* Психосемантика боли в структуре внутренней картины болезни у неврологических больных. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2009. №30. С. 76-82

10. *Щетинин С.А.* Медико-социальные последствия травматизма в России на рубеже веков. // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. науч. журн. 2014. №4.

Features of the Motivational Level of the Internal Picture of the Disease in Patients Maxillofacial Surgery

Litovka T.A.,

Counseling Psychologist, Moscow, Russia, litovka.tatyana@mail.ru

Lukovtseva Z.V.,

Ph.D. (psychology), assistant professor of clinical and forensic psychology faculty of legal psychology, MSUPE, Moscow, Russia, sverchokk@list.ru

The present study was carried out in line with the traditional domestic psychosomatic representations about the internal picture of the disease. The sample included 62 patients in the department of oral and maxillofacial surgery. With the help of a battery of techniques, substantially complementary, identified qualitative and quantitative features of the internal picture of the disease (WKB) in patients, male and female. It was found that barrier personal meaning of illness comes to the fore in the whole sample, but men are distinguished distrustful, cautious attitude to the recommendations of doctors and the whole treatment. Found significant sex differences of value orientations and strategies of coping behavior, which it is advisable to take into account when designing programs of psychological support of this group of patients in a hospital.

Keywords: psychosomatic medicine, internal picture of the disease, the motivational level of internal picture of the disease, patients maxillofacial surgery, sex differences.

References

1. *Barinova M.G.* Izuchenie psihologicheskikh osobennostei pacientov s sochetannymi zubo-chelyustno-licevymi anomalijami: Diss... kand. psih. nauk. SPb., 2001. 169 s.
2. *Dubrovin M.S., Kopeckii I.S., Polunin V.S.* Mediko-social'nye osobennosti bol'nyh s povrejdenijami chelyustno-licevoi oblasti. // *Lechebnoe delo: nauch. jurn.* 2012. №4. S. 92-94
3. *Dudareva A.P.* Psihicheskie rasstroistva nepsihoticheskogo urovnya u pacientov s priobretennymi chelyustno-licevymi deformacijami: Diss... kand. med. nauk. Moskva, 2009. 132 s.

4. *Lafi S.G.* Psihologicheskie aspekty ojogovoi travmy: monografiya. – Omsk: Izd-vo OmGMA, 2014. 178 s.
5. *Nikolaeva V.V.* Vliyanie hronicheskoi bolezni na psihiku. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1987. 168 s.
6. *Sulimovskaya E.I.* Kognitivnye i smyslovye osobennosti otnosheniya k svoei vneshnosti jenshin s chelyustno-licevym defektom. [Elektronnyi resurs] // Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. jurn. 2011. N 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (data obrascheniya: 10.03.2015).
7. *Thostov A.Sh.* Psihologiya telesnosti. M.: Smysl, 2002. 287 s.
8. *Faustova A.G., Yakovleva N.V.* Osobennosti individual'noi koncepcii vneshnosti u pacientov s ojogami razlichnoi lokalizacii. [Elektronnyi resurs] // Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. jurn. 2012. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (data obrascheniya: 15.02.2014).
9. *Shtrahova A.V.* Psihosemantika boli v strukture vnutrennei kartiny bolezni u nevrologicheskikh bol'nyh. // Vestnik Yujno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. 2009. №30. S. 76-82
10. *Schetinin S.A.* Mediko-social'nye posledstviya travmatizma v Rossii na rubeje vekov. // Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya: elektron. nauch. jurn. 2014. №4.