

*В. В. Свиридова***МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ**

Донецкое областное территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: семейная дезадаптация, психокоррекционные мероприятия, медико-психологическая реабилитация, гистеректомия, миомектомия

Проблема реабилитации является одной из 43 научных программ, разрабатываемых в рамках ВОЗ [1]. По данной программе ВОЗ осуществляет сотрудничество с 30 международными неправительственными организациями. В большинстве государств реабилитация признана интегральной частью лечебного дела.

Существует большое количество определений этого понятия. Согласно Т.С. Алферовой и О.А. Потехиной, реабилитация – процесс осуществления взаимосвязанного комплекса медицинских, профессиональных, трудовых и социальных мероприятий различными способами, средствами и методами, направленными на сохранение и восстановление здоровья человека и среды его жизнеобеспечения по принципу минимакса [2, 3]. Энциклопедический словарь медицинских терминов называет реабилитацию в медицине комплексом медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов [4]. В Популярной медицинской энциклопедии реабилитация в медицине (восстановительное лечение) определяется как система мероприятий, имеющих целью быстрое и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду. Далее отмечено, что реабилитация в медицине является начальным звеном в системе общей реабилитации. Здесь же перечислены и другие формы реабилитации – психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая, проводимые наряду с реабилитацией медицинской и в прямой связи с ней [5].

М.М. Кабанов [6] рассматривает термин «реабилитация» как конечный результат принятых

в отношении больного или инвалида мер (больной реабилитирован) и как процесс, направленный не только на восстановление или компенсацию нарушенных функций, но и на поддержание их на определенном уровне (осуществление реабилитации больного). По его определению, реабилитация – это наиболее полное возвращение больному или инвалиду здоровья и трудоспособности в результате применения комплекса медицинских, психологических, педагогических и социальных мер [7].

Согласно определению экспертов ВОЗ, реабилитация – это процесс, целенаправленный и ограниченный во времени, который дает возможность инвалиду достичь оптимального физического, умственного и социального уровня функционирования и изменить качество жизни [1]. Реабилитация как метод подхода к больному человеку, представляет собой «арену системной деятельности», где участниками взаимодействия являются человек (как организм и как личность), сам по себе являющийся «открытой системой», и окружающая его социальная и биологическая среда. Объединение медицинской, психологической и социальной модели в системной концепции реабилитации является особой методологической установкой, дающей возможность избежать альтернативности (биологическое и социальное) в подходе к человеку, страдающему тем или иным недугом, и открывающей большие возможности для правильного понимания целей и задач профилактики и лечения.

Научное исследование реабилитации (как процесса и как системы) должно включать макроэкономическое и микроэкономическое рассмотрение: наблюдение «системы реабилитации» как целого и рассмотрение в деталях одной из ее подсистем, к числу которых следует отнести клинико-биологический, социально-психологический, этический, социально-экономический,

юридический и ряд других аспектов. Основной «элемент» клинико-биологической подсистемы может быть выражен такими понятиями, как «гомеостаз», «адаптация», «компенсация». Основным «элементом» социально-психологической подсистемы, вероятно, можно считать понятия «общение», «отношение» и «взаимоотношение». Этический аспект системы реабилитации должен основываться на так называемом принципе партнерства (в первую очередь врача и больного). Социально-экономический аспект реабилитации тесно связан со стоимостью затрат, экономической рентабельностью проводимых мероприятий, юридический – с разработкой правовых норм и т.д. [8].

По мнению основоположника отечественной психиатрической реабилитологии проф. В.А. Абрамова и его школы, принципиальные различия в содержании различных уровней несостоятельности пациента находят отражение при разработке целей, методов воздействия на пациента и этапов реабилитации [9]. Это дает основание для выделения трех этапов медико-социальной реабилитации:

1. этап медицинской реабилитации;
2. этап психологической (социально-психологической) реабилитации;
3. этап социальной реабилитации.

Этап медицинской реабилитации представляет собой комплекс медико-психиатрических мероприятий, осуществляемых при манифестных или повторных психотических эпизодах и различных кризисных состояниях. Этот этап проводится в обычном психиатрическом стационаре (диспансере, дневном стационаре). Он включает в себя медикаментозное лечение, а также при необходимости биологические методы воздействия (ЭСТ, инсулинотерапия и пр.), направленные на купирование симптомов заболевания, в том числе поведенческих расстройств, и стабилизацию клинического состояния больного.

Этап социально-психологической реабилитации. На этом этапе реализуется психолого-педагогическое сопровождение пациента как системная деятельность психолога и психотерапевта, направленная на создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих усвоению знаний, умений и навыков, восстановлению личности, нормализации семейных отношений и интеграции пациентов в социум.

Этап социально-психологической реабилитации, в свою очередь, состоит из двух: 1) психо-

логической реабилитации (госпитальный этап реабилитации) и 2) социальной реабилитации (экстрагоспитальный этап реабилитации).

Этап психологической реабилитации является обязательным для всех пациентов. Основанием для назначения реабилитационных процедур являются различные формы функциональной несостоятельности (дисфункции) личности, необходимость формирования позитивных мотиваций и т.д. Помимо медикаментозной терапии (чаще всего поддерживающей), на этом этапе широко используются индивидуальные и групповые формы личностно ориентированной психотерапии, психообразовательные программы, семейная терапия, тренинг социальных навыков и другие формы психосоциальных воздействий, осуществляемых в условиях адекватно организованной реабилитационной среды.

Важными задачами этапа психологической реабилитации являются предотвращение распада семьи больного, разрыва социальных связей, сохранение привычного уровня социального функционирования.

Этап социальной реабилитации предусматривает по возможности бездефектную реинтеграцию пациента в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения, достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий и улучшение качества жизни.

По нашему мнению, профилактика, лечение и реабилитация больных – три основополагающих составляющих современной медицины, в том числе и в гинекологии. Говоря о реабилитации больного человека, ряд исследователей придают ей не меньшее значение, нежели лечению, полагая, что это единый процесс, в целом направленный на достижение оптимального состояния здоровья [10 – 13].

Реабилитация в гинекологии, в частности оперативной гинекологии, имеет свою специфику, которая определяется необходимостью выработки у женщины, перенесшей хирургическое вмешательство на гениталиях, таких качеств личности, которые помогли бы ей максимально адаптироваться к микросоциальной и социальной среде в новых условиях. Для достижения этой цели в процессе реабилитации должны принимать участие не только гинекологи, но и клиницисты иного профиля – специалисты по внутренним болезням, лечебной физкультуре, физиотерапии и др., очень велика также роль в этом процессе психолога и медицинского психолога.

И в ранний, и в отдаленный период после

гинекологической операции возможно влияние целого ряда патогенных факторов (социальных, психологических, социально-психологических, соматических), существенно затрудняющих адаптацию женщины к сложным семейным, бытовым условиям, к сексуальной жизни, а также к напряженной производственной деятельности. Учитывая это, операцию нельзя считать завершающим этапом лечения гинекологического заболевания. Полное выздоровление больной может быть достигнуто при проведении специальной восстановительной терапии, которая в современных условиях является обязательным заключительным компонентом любого хирургического вмешательства на органах малого таза. У перенесших оперативное лечение гинекологических больных эта терапия должна быть направлена на предупреждение послеоперационных осложнений, рецидивов патологического процесса, устранение вызванных им функциональных расстройств и психологическую подготовку пациентки к полноценному функционированию в условиях жизни и деятельности.

Мы солидарны с В.И. Кулаковым [14], который полагает, что реабилитация пациенток, перенесших гистерэктомию, должна состоять из трех следующих этапов:

1. Первый этап – психотерапия до операции, направленная на разъяснение сути операции, что поможет женщине избежать ощущения неопределенности, даст возможность лучше адаптироваться к своему изменившемуся состоянию.

2. Второй этап – выбор адекватного объема гистерэктомии и сопутствующих симультанных операций.

3. Третий этап – психотерапия, проводимая с целью преодолеть реальные последствия операции: при возникновении гипоэстрогении – заместительная гормональная терапия, при наличии противопоказаний возможная терапия фетальными тканями (с учетом особенностей организма пациентки и после полного клинико-ла-

бораторного обследования).

Все сказанное убеждает в том, что реабилитация представляет собой медико-социально-психологическую проблему, поскольку она направлена на восстановление соматического, психологического, социального статуса и нарушенных межличностных отношений людей, утративших способность у адаптации на указанных уровнях в результате заболевания или травмы. Если цель лечения – ликвидация заболевания или уменьшение его проявлений, то цель реабилитации – это возрождение больного как личности, восстановление его трудовой деятельности в максимально возможном объеме, достижение социальной и экономической независимости, интеграции в обществе [15].

Многофакторный характер реабилитационного процесса определяет необходимость системного подхода к его проведению с учетом состояния медико-биологического, социального, психологического и социально-психологического компонентов здоровья. Медико-биологический компонент включает в себя оптимальное состояние органов и систем организма; социальный – высокий уровень микросоциального и социального функционирования личности; психологический – психологический комфорт, отсутствие внутриличностного конфликта; социально-психологический – успешное межличностное и сексуальное общение. Реабилитация больного человека, в том числе гинекологической больной, должна представлять собой систему реабилитационных мероприятий, основанную на принципах комплексности, дифференцированности, последовательности, этапности, индивидуализации, достаточной продолжительности и преемственности. При этом действия участвующих в процессе реабилитации специалистов – лечащего врача гинеколога и других клиницистов, инструктора ЛФК, трудотерапевта и медицинского психолога должны быть строго согласованы.

Характеристика обследованного контингента.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2001 – 2008 гг. обследовано 350 женщин, перенесших радикальное оперативное вмешательство на внутренних половых органах по поводу миомы матки (54 – миомэктомия, 296 – тотальную/субтотальную гистерэктомию), и их мужей. Обследованные женщины были в возрасте от 30 до 55 лет, их мужья в каждой супружеской паре входили в одну возрастную группу с женами (разница в возрасте не превышала

5 лет). Основанием для вывода о репрезентативности полученных результатов стала однородность базовых социально-демографических показателей обследованных обеих групп. Обследование пациенток и их мужей проводилось через полгода после оперативного вмешательства.

Из 296 супружеских пар (СП), в которых жены перенесли радикальную операцию гистерэктомии, у 240 имело место нарушение супружеской адаптации. Из 54 СП, в которых женам

было проведено консервативное хирургическое лечение (миомэктомия), у 30 также диагностирована супружеская дезадаптация. У 80 СП (56 – в которых жены подверглись гистерэктомии и 24 – миомэктомии), диагностировано состояние супружеской адаптации.

Таким образом, по главному критерию оценки – состоянию супружеской адаптации – в исследовании сравнивались две группы: основная – 270 СП с ее нарушением (240 СП, в которых жена перенесла гистерэктомию и 30 СП, в которых у жены была произведена миомэктомия) и контрольная – 80 СП с отсутствием признаков нарушения супружеской адаптации.

Кроме того, среди СП основной группы в зависимости от клинического варианта супружеской дезадаптации – первичной или вторичной – было выделено две подгруппы. В первую вошли 90 СП, в которых жены перенесли гистерэктомию ($37,5 \pm 4,8\%$) и 16 СП, в которых жены подверглись миомэктомии ($53,3 \pm 5,0\%$), для которых было характерным наличие супружеской дезадаптации и до операции, которая лишь усугубила имеющиеся нарушения (106 СП, первая подгруппа). Во вторую – 150 СП ($62,5 \pm 4,8\%$), в которых жены перенесли гистерэктомию и 14 СП ($46,7 \pm 5,0\%$), в которых у женщин была произведена миомэктомия (164 СП, вторая подгруппа). Супруги этой

подгруппы отмечали возникновение супружеской дезадаптации, развившееся вследствие произведенного оперативного вмешательства на внутренних половых органах у супруги: эти обследованные четко указывали на связь между возникновением дезадаптации и операцией, обосновывая появление супружеской дезадаптации с негативными физиологическими и психологическими изменениями, обусловленными оперативным вмешательством. Общий дизайн исследования представлен на рис. 1.

Результаты изучения психического состояния обследованных дали основание считать, что радикальное оперативное вмешательство на внутренних гениталиях у женщин в сочетании с супружеской дезадаптацией способствовало формированию невротических и аффективных расстройств, в основном, депрессивного и тревожно-депрессивного спектра.

В результате изучения особенностей личности и межличностного взаимодействия в супружеских парах, жены в которых перенесли операции на внутренних гениталиях, установлено существование различий в вышеупомянутых характеристиках у супругов, в зависимости не столько от факта наличия или объема оперативного вмешательства, сколько от состояния их супружеской адаптации.

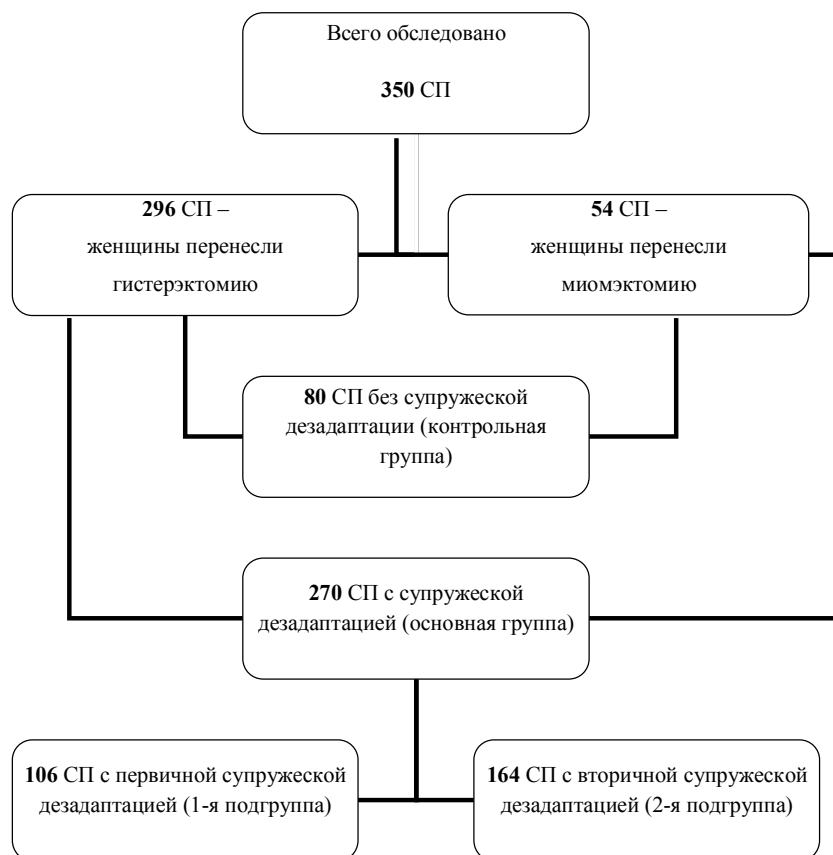


Рис. 1. Общий дизайн исследования.

Изучение состояния супружеской адаптации дало возможность выделить клинические варианты и формы супружеской дезадаптации в СП, в которых женщины перенесли операции на внутренних половых органах.

I. В случае проведения радикального оперативного вмешательства (гистерэктомии): 1 вариант. Супружеская дезадаптация, обусловленная вторичной сексуальной дезадаптацией вследствие гистерэктомии у жены (62,5%). 2 вариант. Первичная супружеская дезадаптация, усугубленная последствиями гистерэктомии у жены (37,50%). А. Полоролевая форма супружеской дезадаптации, усугубленная гистерэктомией (22,2%). Б. Социокультурная форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями гистерэктомии у жены (21,1%). В. Сексуальный фобический невроз (6,7%). Г. Коммуникативная форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями гистерэктомии у жены (50%).

II. В случае проведения консервативного оперативного вмешательства (миомэктомии): 1 вариант. Супружеская дезадаптация, обусловленная вторичной сексуальной дезадаптацией вследствие миомэктомии у жены (46,7%). 2. Первичная супружеская дезадаптация, усугубленная последствиями миомэктомии у жены (53,3%). А. Социально-психологическая форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями миомэктомии у жены (30%). Б. Сексуальная форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями миомэктомии у жены (23,3%).

Вышеизложенное в качестве главных «мишеней» психокоррекционного воздействия легло в основу разработки мероприятий медико-психологического сопровождения в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах.

Результаты исследования

Согласно сформулированным В.И. Кулаковым положениям, первый этап медико-психологических мероприятий, суть которого заключалась в проведении краткосрочной психотерапевтической интервенции, направленной на снятие феномена тревоги по поводу предстоящей операции и формирование комплайенса, начинали проводить с женщинами еще до операции.

На втором этапе психокоррекционных воздействий после оперативного вмешательства пациенткам проводилась краткосрочная психотерапия (два-три сеанса), в основе которой лежал гипноз с классической (вербальной) индукцией транса. Занятия проводились в группах из трех-шести больных. После погружения в гипнотическое состояние (обычно достигались I-II, реже III стадии по Forel), пациентки оставались в нем в течение 10-15 минут. Каких-либо специфических гипнотических внушений не проводилось, поскольку уже само состояние гипноза обладает лечебным воздействием, нормализуя не только психологические, но и физиологические процессы в организме [16]. Гипноз в качестве центрального элемента психотерапевтических интервенций второго этапа был выбран в связи с тем, что он занимает особое место среди психотерапевтических методов, нашедших свое место в клинической клинике. Это связано с рядом причин. Во-первых, гипнотерапия широко применяется для улучшения качества жизни соматических пациентов [17, 18]. Во-вторых, имеются данные о патогенетическом действии гипноти-

ческого состояния при психосоматических заболеваниях [19]. В-третьих, существуют свидетельства иммуномодулирующего влияния гипноза при гинекологической патологии [20].

Третьим этапом психокоррекционной работы было создание «Школы для пациенток, перенесших гистерэктомию», направленной на формирование у больных адекватных установок, повышение мотивации к активному участию в программах реабилитации. В основу психокоррекционных воздействий в данном случае была положена групповая дискуссия по наиболее актуальным для данной категории больных вопросам (режиме двигательной активности, рационе питания, психологических проблемах, восстановлении брачных взаимоотношений, сроках и возможности возвращения к труду). Программа «Школы» рассчитана на 7 занятий. Наиболее оптимальным было начало занятий примерно через неделю после операции. Занятия проводились 2-3 раза в неделю в группе из 6-10 пациенток. Продолжительность одного занятия - около 1 часа. Кроме того, для купирования имеющейся у больных депрессивной и тревожной симптоматики, при необходимости по индивидуальным показаниям консультантом-психиатром назначалось психофармакологическое лечение.

Необходимо отметить, что наряду с базовыми гипно- и групповой терапией использовались элементы и других психотерапевтических методик в процессе как индивидуальных сеансов, так

и в группе больных.

1). Применялась рациональная психотерапия, в ходе которой пациенткам разъяснялись возможности реадaptации в различных областях их жизни (семейные отношения, трудовая деятельность и др.) после начала заболевания и удаления такого психологически значимого органа, как матка.

2). Т.к. больные переживали чувство неполноценности в результате калечащей операции, проводилась терапия, направленная на повышение их самоуважения, самооценки. Ведущими в данном случае были интервенции, подчеркивающие тот факт, что, несмотря на проведенную операцию, пациентки по-прежнему остаются женщинами, женами, матерями.

3). Начиная с первой встречи с больной, большое значение придавалось хорошему психотерапевтическому «альянсу», межличностному контакту. В предоперационном периоде с женщинами велись предварительные беседы, во время которых им разъяснялись цели и задачи клинико-психологического исследования, давались ответы на все интересующие их вопросы. В процессе бесед подчеркивалось, что гипнотическое состояние способно стимулировать собственные резервы и защитные силы организма, в том числе и иммунную систему. Для установления продуктивного межличностного контакта мы придерживались трех необходимых условий эффективной психотерапии, по С. Rogers: безусловное принятие, эмпатия и конгруэнтность. Параллельно с этим устанавливались отношения доверия с больными.

4). Применялась также и поддерживающая терапия, особенно тогда, когда больные переживали интенсивные и болезненные чувства, связанные с потерей здоровья и калечащей операцией. Присутствие понимающего и принимающего все их переживания психолога помогало пациенткам проговорить и отреагировать хотя бы часть доставляющих выраженный дискомфорт эмоций.

В целом психокоррекционные воздействия на данном этапе были направлены на облегчение эмоциональных страданий пациенток и стимуляцию их здоровых жизненных сил.

Необходимо отметить, что медико-психологическая работа на вышеперечисленных этапах проводилась со всеми прооперированными женщинами – и основной, и контрольной групп.

Однако на следующем, последнем этапе медико-психологических мероприятий, сутью которых являлась коррекция супружеской дезадап-

тации, работа велась с СП основной группы.

У СП с супружеской дезадаптацией, обусловленной вторичной сексуальной дезадаптацией вследствие гистер- / миомэктомии у жены, реадaptационный этап коррекции начинали проводить после ликвидации основных физиологических проявлений последствий оперативного вмешательства. Он состоял в специальном сексологическом лечении, целью которого было излечение сексуальной дисфункции у женщин и достижение супружеской адаптации.

Пациенткам по показаниям назначали общеукрепляющие, тонизирующие средства, афродизиаки, мази, повышающие чувствительность гениталий и других эrogenных зон.

Больным, у которых невротические, эмоциональные расстройства и дисфории были ведущими в картине заболевания, для их ликвидации проводили психокоррекцию, конечной целью которой была выработка адекватных форм реагирования и поведения. Параллельно с этим начинали осуществлять мероприятия, направленные на повышение уровня взаимной адаптации супругов с учетом состояния каждого из компонентов и составляющих сексуального здоровья. На данном этапе психокоррекции использовали рациональную, индивидуальную и парную, гипносуггестивную психотерапию, самовнушение и аутогенную тренировку.

Устранение дезадаптивных личностных установок супругов служило основанием для перехода к следующему этапу психотерапии – коррекции их характерологических черт и межличностных отношений. Это достигалось с помощью методов реконструктивно-личностной и персоналистической психотерапии; проводили также мотивационный тренинг. Для снятия чувства страха и неуверенности перед половым актом с супругами проводили рациональную психотерапию в виде бесед, в которых разъясняли механизмы развития сексуальных нарушений при оперативном вмешательстве на внутренних половых органах, сопровождающемся гинитальгиями, и обратимость всех болезненных явлений в результате лечения, обучали супругов правильным формам реагирования и оптимизации сексуально-эротических реакций. Специальные занятия проводили с целью ликвидации эмоциональных реакций женщин на состояние своего здоровья и сексуальную дезадаптацию, используя для этого рациональную (рассудочную) психотерапию, гипносуггестию и аутогенную тренировку.

Параллельно с мужьями больных проводили

специальный инструктаж, разъясняя им необходимость правильного сексуального поведения в предварительный, заключительный периоды и во время самого полового акта, важность для достижения и сохранения сексуальной гармонии правильных форм общения и адекватного реагирования на заболевание жены.

При первичной супружеской дезадаптации, усугубленной последствиями гистер- / миомэктомии у жены, система последовательно проводившихся корригирующих психокоррекционных мероприятий была направлена на нормализацию межличностных отношений, адаптацию сексуального поведения супругов, ликвидацию невротических и личностных расстройств у женщин и нормализацию функциональности семьи.

В первую очередь нами осуществлялся когнитивный компонент психокоррекции. В его задачи входили выработка правильных установок супругов на их межличностные отношения; уяснение ими необходимости и реальной возможности оптимизации своих отношений, в частности, полоролевого поведения; достижение адекватного отражения супругами друг друга с целью повышения уровня их взаимопонимания; осознание ими связи между своим поведением и взаимоотношениями с окружающими, в том числе с мужем (женой); понимание причин формирования конфликтных взаимоотношений и своей роли в их возникновении; знакомство с формами поведения, в том числе сексуального, способствующими нормализации отношений, предотвращению конфликтов и повышению функциональности семьи.

Задачами второго, аффективного компонента психокоррекции являлись дезактуализация связанных с конфликтами переживаний супругов, снятие их негативного отношения друг к другу и устранение дезадаптации. Эти цели достигались благодаря изменению способов неадекватного эмоционального реагирования супругов при межличностном общении, выработке у супругов критического отношения к своему неправильному реагированию в конфликтных ситуациях, усвоению способов установления благожелательных, доверительных отношений. Для этого требовалось добиться изменений в структуре личности пациентов – самооценке, системе социального восприятия и т.п.

Целью третьего, конативного компонента психокоррекции было воздействие на поведение супругов, что становилось возможным после решения задач когнитивного и аффективного компонентов. Для того чтобы в соответствии с

указанной целью изменить типы поведения супругов и типы их взаимодействия, приводящие к развитию коммуникативной, полоролевой, социокультурной, социально-психологической и сексуальной дезадаптации, необходимо было преодолеть неадекватные формы поведения, приводящие к супружеским конфликтам; выработать у супругов формы поведения, способствующие адаптации, прежде всего правильные способы разрешения семейных конфликтов. Наконец, следовало было выработать формы поведения, помогающие достигнуть взаимопонимания, обеспечивающие взаимопомощь, доверительность отношений, ответственность и самостоятельность каждого из супругов, и тем самым добиться улучшения функциональности семьи.

Выбор методов психокоррекции и конкретного содержания психокоррекционных занятий зависел от формы супружеской дезадаптации, ее причин, механизмов развития и клинических проявлений, причем при этом учитывались форма сексуального, невротического, личностного расстройства у пациентки, личностные особенности женщин и их мужей и степень заинтересованности супругов в нормализации своих отношений. При проведении психокоррекции мы использовали такие современные ее методы, как коммуникационный, ролевой психосексуальный, сексуально-эротический тренинг, групповую, рациональную психотерапию (индивидуальную и парную), и, кроме того, применяли вспомогательные методы – библио- и синематерапию, элементы гештальт-техники, транзактный анализ и др.

Приступая к проведению последнего этапа мероприятий медико-психологического сопровождения в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах, мы уделяли особое внимание первой беседе с супругами, поскольку в этой беседе, помимо выяснения основных данных о каждом из супругов и внутрисемейной ситуации, должен был быть определен мотив участия супругов в процессе коррекции, а при установке на расторжение брака – выработана установка на его сохранение. Поэтому в первой беседе супругам, с одной стороны, объясняли реальную возможность оптимизации их взаимоотношений, а с другой – формировали у них правильное представление о психологической помощи. Во время этой беседы каждый из супругов должен был понять необходимость глубокого анализа супружеских взаимоотношений и собственную ответственность за успех

проводимого лечения.

Разумеется, в одной беседе нельзя было добиться устойчивой установки на сохранение семьи и обеспечить активное участие супругов в психокоррекционном процессе, тем более, что для супругов с дезадаптацией, при напряженном характере их взаимоотношений характерно аффективное либо негативное поведение во время первой беседы. Учитывая это, мы предотвращали резкие проявления конфликтности и высказывание супругами упреков друг другу; обсуждая основные проблемы семьи и причины конфликтов с каждым из них в отдельности.

При всех формах супружеской дезадаптации мы применяли персоналистическую психотерапию как один из основных методов воздействия. Персоналистическая психотерапия проводилась нами в форме индивидуальных бесед с помощью методов разъяснения, убеждения, внушения.

Начинали персоналистическую психотерапию с определения уровня развития и степени зрелости личности супругов, состояния ее интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной подсистем, установления причин нарушения персонализации, конфликтных ситуаций и роли указанных факторов в возникновении супружеской дезадаптации.

Вторым этапом коррекции была психологическая подготовка супругов, направленная на повышение уровня их знаний в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений. Затем проводилась психогигиеническая подготовка, задачей которой было информирование пациентов об имеющихся у них нарушениях и роли личности в генезе сексуальной дисгармонии.

Главная задача персоналистической психоте-

рапии – формирование у супругов новых установок, адекватного типа реагирования, перспективы успешного разрешения противоречий между личностью и обществом – решалась на следующем, реконструктивном этапе. На этом этапе осуществлялась перестройка направленности личности, самосознания, уровня притязаний супругов в соответствии с реальными обстоятельствами жизни.

Завершал психотерапию поддерживающий этап, проводимый для закрепления достигнутого уровня персонализации супругов.

Наряду с индивидуальными занятиями с супругами, как указывалось выше, проводилась групповая психотерапия. Если персоналистическая психотерапия позволяла воздействовать на метаиндивидуальные характеристики личности, то групповая психотерапия была обращена к интериндивидуальным ее характеристикам, и использование обоих методов существенно повышало эффективность коррекции дезадаптивных форм супружества.

Наряду с этими общими рекомендациями, подход в каждом конкретном случае, безусловно, должен быть сугубо индивидуальным.

Таким образом, предложенные и внедренные нами мероприятия медико-психологического сопровождения в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах, дали им возможность достичь оптимального физического, умственного и социального уровня функционирования и улучшить качество жизни, а также восстановить супружескую адаптацию. В целом терапевтический эффект при проведении вышеописанных мероприятий составил $74,8 \pm 4,3 \%$.

В.В. Свирідова

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА В КОМПЛЕКСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНАХ

Донецьке областне територіальне медичне об'єднання

В роботі приводяться розроблені та впроваджені 4-етапні заходи медико-психологічного супроводу в комплексній реабілітації жінок з подружньою дезадаптацією, що перенесли оперативні втручання на внутрішніх геніталіях, ефективність яких склала 74,8%. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 22-30).

MEDICO-PSYCHOLOGICAL CONSTITUENT IN COMPLEX REHABILITATIONS SYSTEM OF WOMEN, WHICH CARRIED OPERATIVE INTERFERENCES ON SEXUAL INTERNALS

Donetsk Regional Territorial medical association

In-process is brought the developed the 4-steps measures of medico-psychological accompaniment are inculcated in the complex rehabilitation of women with matrimonial dezadaptation, which carried operative interferences on internal genitalia, efficiency of which made 74,8%. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 22-30).

Литература

1. WHO. World Report on Disability and Rehabilitation [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/nmh/a5817>.
2. Алферова Т. С. Реабилитация недееспособных за рубежом. Обзор литературы / Т. С. Алферова, А. Г. Кисилев, О. А. Потехина // Мед. рефер. жур. геронт. - 1990. - №9. - С. 11.
3. Алферова Т. С. Основы реабилитологии. Книга первая / Т. С. Алферова, О. А. Потехина - Тольятти, 2000. - 199 с.
4. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Покровский В.И. - М.: Медицина, 2001. - 960 с.
5. Популярная медицинская энциклопедия. Термины и понятия. [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://bookred.ru/obzor_91893.html
6. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. - СПб, 1998. - 328 с.
7. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. - Л.: Медицина, 1978. - 232 с.
8. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. - Донецк : ООО «Лебедь», 2002. - 279 с.
9. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. - Донецк : «Каштан», 2006. - 267 с.
10. Николаев Л. Ф. Основы медико-социальной реабилитации / Л. Ф. Николаев // Медицинская реабилитация. Т.1 / Под ред. акад. В.М.Боголюбова. - Пермь: Звезда, 1998. - С.6-34.
11. Зайцев В. П. Психологическая реабилитация больных / В. П. Зайцев // Там же, с.531-567.
12. Теория и практика реабилитации // Вопросы теоретической и клинической медицины: Сб. науч. трудов Кабард.-Балкар. ун-та. - Нальчик, 1990. - 220с.
13. Стругацкий В. М. Медицинская реабилитация в гинекологии и акушерстве / В. М. Стругацкий // Медицинская реабилитация. Т.III / Под ред. акад. В.М.Боголюбова. - Москва - Пермь: Звезда, 1998. - С.462-501.
14. Кулаков В. И. Проблемы и перспективы исследований по проблеме "Бесплодный брак" / В. И. Кулаков, Г. Я. Пшеничникова, Е. М. Вихляева // Акуш. и гинекол. - 1989. - № 7. - С.1-7.
15. Кочарян Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. - Москва: Медицина, 1994. - 223 с.
16. Боголюбов В. М. Предисловие / В. М. Боголюбов // Медицинская реабилитация. Т.III / Под ред. акад. В.М.Боголюбова. - Москва - Пермь: Звезда, 1998. - С.3-5.
17. Бажин Е. Ф. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных / Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов // Журн. клин. психоонкол. - 2003. - № 3. - С. 14 - 19.
18. Stalpers L. J. Hypnotherapy in radiotherapy patients: a randomized trial / L. J. Stalpers, H. C. da Costa, M. A. Merbis / Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys. 2-1. - 2005. - v. 61 (2). - P. 499- 506.
19. Flammer E. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytic evidence / E. Flammer, A. Alladin // The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. - 2007. - v. 55 (3). - P. 251-274.
20. Miller G. E. Psychological interventions and the immune system: A meta- analytic review and critique / G. E. Miller, S. Cohen / Health Psychol. - 2001. - v. 20. - P. 47-63.

Поступила в редакцию 4.03.2009