

Психологические аспекты раннего хирургического вмешательства при врожденной челюстно-лицевой патологии

А.Г. Леонов, Л.Т. Баранская

Psychological aspects of early surgery in cases of congenital facial and jaw pathology

A. G. Leonov, L. T. Baranskaya

Резюме

В статье обсуждается влияние раннего хирургического вмешательства при тяжелой врожденной челюстно-лицевой патологии на формирование качеств личности ребенка, необходимых для осуществления полноценной коммуникации, на развитие взаимоотношений в диалоге с матерью, на становление механизмов коммуникативного поведения в детстве и подростковом возрасте. Авторами показано, что наряду с решением медицинских проблем (устранение дефектов развития полости рта и зубов, хронических инфекций уха и т.д.), обеспечивающих необходимую базу для нормальной речевой коммуникации, операции в раннем возрасте направлены на развитие коммуникативной активности, эмоциональной реактивности в общении, коммуникативной уверенности, как оснований социальной адаптации личности ребенка. Наряду с этим, временной аспект хирургического вмешательства рассмотрен в контексте предупреждения возникновения поведенческих нарушений и трудностей в обучении у детей данной группы в связи с преодолением родительского чувства вины или чрезмерной родительской опеки, а также стигматизации в обществе детей с «нестандартной внешностью», отягощенной речевыми дефектами.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и нёба, ранний возраст, реконструктивные операции, взаимоотношения матери и ребенка с врожденной челюстно-лицевой аномалией, коммуникативность личности.

Summary

The paper discusses the influence of early surgery in conditions of congenital craniofacial anomalies on the formation of the personal qualities of a child that are necessary for normal communication, on the development of relations with the mother, on the formation of the communicative behavior mechanism in childhood and in the teens. The authors show that, together with the solution of medical problems (elimination of defects in the development of the mouth cavity and teeth, chronic ear infections, etc.), that provide the necessary basis for normal speech communication, operations at an early age have as their aim the development of communicative activity, emotional reactivity in communication, and communicative confidence as the grounds for the social adaptation of the personality of the child. However, the temporary aspect of surgery is analyzed in terms of preventing behavioral disturbances and educational difficulties in children of this group in connection with the parents' necessity to overcome their feeling of guilt or their excessive parental care, as well as stigmatization in the society of children with "a non-standard appearance" that is aggravated by speech defects.

Key words: a congenital cleft of the upper lip and palate, early age, reconstructive operations, relations of mother and child with congenital face and jaw anomalies, communicativeness of the personality.

Актуальность проблемы

В современном отечественном здравоохранении на смену традиционной дихотомии болезни и здоровья приходит биопсихосоциальная модель, в центре которой

оказывается личность больного, его семья, социальное окружение. Такие перемены приобретают особую значимость при ведении пациентов раннего детского возраста, поскольку первые три года жизни имеют решающее значение для полноценного развития личности. Установлено, что в возрасте до 3-х лет происходят уникальные позитивные нейробиологические сдвиги, связанные, в первую очередь, с развитием речи и речевых навыков [1], как оснований коммуникативного процесса.

Решающим условием становления каждого человека является межличностное взаимодействие. Лишение ребенка до 6-летне-

Леонов Александр Георгиевич – к.м.н., заместитель директора по хирургии НПЦ «Божум», заслуженный врач РФ, Действительный член общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов России.

Баранская Людмила Тимофеевна – к.п.н., доцент, зав. кафедрой клинической психологии УрГУ им. А.М. Горького, медицинский психолог высшей категории.

го возраста возможности полноценного общения с другими людьми, особенно с матерью, значительно задерживает его психическое развитие, а в случае очень больших ограничений приводит к необратимым психическим, прежде всего, личностным нарушениям. Результаты специальных исследований убедительно доказывают, что ограничение контактов ведет к снижению уровня развития познавательных способностей, а также к эмоциональной дефицитарности, т.е., отсутствию эмпатийного отклика в значимых коммуникативных ситуациях [2].

Наибольшие трудности в процессе межличностной коммуникации испытывают люди, имеющие «атипичную» внешность (особенно лицо), полученную в результате врожденной, челюстно-лицевой и приобретенной патологии (травмы лица, головы и шеи) в результате пожаров, дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев и т.п. В ряде научных публикаций представлены убедительные доказательства стигматизации детей, не только имеющих выраженные дефекты внешности, но и тех, кто имеет менее привлекательную внешность, особенно в возрастной группе от 4-х до 6-ти лет [3]. Все это подчеркивает актуальность исследуемой проблемы влияния раннего хирургического вмешательства при врожденной расщелине верхней губы и неба (ВРГиН) на формирование коммуникативности личности.

Частота рождения детей с расщелиной верхней губы и неба в различных регионах РФ колеблется от 1:500 до 1:1000. По данным ВОЗ, в мире она встречается 1:650 и является маркером сложившегося экологического неблагополучия отдельных территорий. Все случаи рождения детей с таким пороком развития лица обусловлены либо наследственно (1/3 случаев), либо спорадически (2/3 случаев), причинами, которые связаны с действием неблагоприятных факторов внешней среды на организм матери и плода в I триместре беременности, когда происходит наиболее активное формирование челюстно-лицевой области. Данная врожденная аномалия занимает особое место по тяжести клинических проявлений и требует длительной многоэтапной комплексной медицинской реабилитации, включающей как устранение хирургическим путем основных анатомических нарушений, так и ортодонтического исправления имеющихся деформаций, предотвращающих развитие вторич-

ных деформаций челюстей. Несмотря на своевременное начатое хирургическое лечение, и сопровождающие ортодонтические мероприятия, у определенной части таких пациентов сохраняются определенные анатомо-физиологические проблемы, обусловленные, прежде всего, тем, что в 15,0 % случаев расщелины являются частью более общего синдрома аномального развития. К таким трудно устранимым дефектам относится «натянутая» верхняя губа, носовая асимметрия, заброс пищи в носовую полость, остаточное небное отверстие, нарушение функционирования евстахиевой трубы и хронический отит, а также патология зубного ряда со склонностью к зубному кариесу и т.д. Приблизительно у 50,0 % детей с реконструированной расщелиной неба в дальнейшем сохраняются речевые трудности, дефекты звукопроизношения. Более чем половина (60,0%) таких пациентов в подростковом возрасте нуждаются в дополнительных операциях по эстетической реконструкции верхней челюсти [4].

Все эти факторы в комплексе и по отдельности могут служить причиной глубокого стресса, эмоциональных расстройств, проявляющихся в коммуникативной активности и, соответственно, в трудностях социальной адаптации детей и подростков.

В современной хирургической практике ведения пациентов с врожденной челюстно-лицевой патологией достаточно хорошо отработана техника лечения, определены оптимальные сроки оперативных вмешательств, подготовка к которым начинается с трехмесячного возраста. Преобладающая тенденция в хирургическом лечении сочетанной расщелины губы и неба определена в идее ранних операций (6 месяцев – 3 года), с тем, чтобы, в основном, завершить его до поступления ребенка в школу. В основу решения вопроса о сроках операции положена значимость ее для становления речи и формирования анатомических структур, ограничивающих или предупреждающих деформацию челюстей, формирования прикуса.

Вместе с тем, если медико-биологическая реальность рассматриваемого врожденного дефекта челюстно-лицевой области и путей его устранения достаточно изучена, то по-иному обстоит дело в области психологического осмысления влияния данной врожденной аномалии и сроков ее устранения на развитие коммуникативности личности, как условия полноценной адаптации.

Как указывают отечественные [5,6,12]

и зарубежные [3,7,8] исследователи, существуют убедительные подтверждения тому, что любая лицевая патология, осложненная дефектом речи, скорее всего, является психологически разрушительной, особенно для формирующейся личности в коммуникативном, эмоциональном и когнитивном ракурсах.

Рождение ребенка с сочетанной расщелиной верхней губы и неба создает риск нарушения коммуникативного процесса, поскольку в течение первых нескольких недель родители испытывают значительные трудности в его адекватном восприятии. Как указывает Д.Н. Стерн, дефекты непосредственного общения матери с ребенком в младенческом возрасте, когда главным объектом, центром этой деятельности является ребенок, его неудовлетворенная первая социальная потребность - потребность быть с матерью или ухаживающим за ним взрослым, становятся матрицей всех последующих нарушенных взаимоотношений человека [9].

Несмотря на то, что современная медицина позволяет достаточно точно выявить формирующиеся расщелины верхней губы и неба в период внутриутробного развития, а ее обнаружение не рассматривается как объективная причина отказа от дальнейшего вынашивания беременности, в представлениях матери сосуществует образ идеального малыша или ребенка постарше, что приводит к нарушениям восприятия родившегося младенца. Специальные исследования показывают, что какой бы ни была ситуация внешней поддержки (муж, родители, другие родственники и т.д.), существует особая психическая реальность - первичные отношения будущей матери со своим ребенком. Так, А. Менегетти отмечает, что именно мать создает реальность и является мерилем всех других реальностей. Она обуславливает реальное становление ребенка в реальном взаимодействии со всем остальным..., в результате чего в дальнейшем этот контакт, воспринятый им, принимает в его психике устойчивый образ, образец или то, что впоследствии определяется внутренним нормативным регулятором поведения и деятельности - «Сверх-Я» [10].

В этой связи были измерены материнская чувствительность как эмпатийная реакция, принимающая, готовая на отклик, соответствующая поведению ребенка и материнская положительная вовлеченность как эмоциональный экспрессивный способ

позитивного и активного сосредоточения на ребенке [11].

Для сравнения были взяты две группы детей 6-месячного возраста: одна из них была представлена детьми, имеющими ВРГиН (94 ребенка), другая - контрольная, состояла из детей, не имеющих врожденной челюстно-лицевой патологии (96 детей). По всем другим показателям группы детей и матерей были уравнены между собой. Исследование проводилось на основании оценки **к о м м у н и к а ц и и**, представленной на видеозаписях, фиксирующих процесс игры матери и ребенка в течение 5-ти минут с использованием подходящих по возрасту игрушек. Для того чтобы наблюдать за общением матери и ребенка, ребенок помещался в специальное поддерживающее кресло в бодром состоянии и хорошем настроении, маму просили сесть напротив ребенка и поиграть с ним. Зеркало, размещенное рядом с ребенком, давало полное отражение лица матери, также в камере проецировалось лицо и верхняя часть туловища ребенка. Общение оценивалось на основании сделанных видеозаписей. Для оценки коммуникации применялись специально созданные компьютерные программы, измеряющие установление контакта глаз и отведение взгляда с интервалом в 20 миллисекунд. Кроме того, использовались 5-балльные шкалы, измеряющие материнскую чувствительность (эмпатийную, принимающую, готовую на отклик и соответствующую поведению ребенка), материнскую положительную вовлеченность (эмоционально экспрессивную, позитивную и активно сосредоточенную на ребенке). Полученные результаты достоверно указывают на **с н и ж е н и е** материнской чувствительности, и **т р у д н о с т и** во взаимодействии матери и ребенка в группе детей с врожденной расщелиной губы и неба. Сравнение материнского поведения в двух группах позволяют сделать вывод о том, что при лицевом дефекте у детей матери демонстрируют меньшую позитивную вовлеченность и чувствительность, а также минимизируют зрительный контакт с детьми. Более того, была выявлена тенденция в группе детей с ВРГиН: они меньше смотрели на матерей. Данные феномены позволяют сделать предположение о том, что такого рода ограничения зрительного контакта обусловлены не только негативными переживаниями матерей, но и связаны с трудностями интерпретации ими выражения лица своего ребенка. Показатель

материнской чувствительности в группе детей с ВРГиН достоверно ниже, чем в контрольной группе, что, по нашему мнению, объясняется сужением потребностного репертуара ребенка. Рассматривая материнскую положительную вовлеченность, следует отметить, что этот показатель ведет себя аналогично временному показателю «контакта глазами». Кроме того, по всей выборке получена достоверно значимая корреляция ($r=0,66$) между вовлеченностью и временем глазного контакта с ребенком, подтверждающая, в случае детей с «нестандартной» внешностью, неадекватную коммуникацию в диаде мать – ребенок. Также очевидно, что более поздние сроки хирургического устранения врожденной челюстно-лицевой аномалии лишь усугубляют эту неадекватность, нарушая, помимо сензитивного и мотивационный компонент коммуникации, выполняющий координирующую и «фильтрующую» функции межличностного общения. Данное положение основано на том, что внешность (особенно лицо) является основным источником представлений о другом человеке и задает соответствующую коммуникативную (потребностно-мотивационную) направленность личности.

Цель исследования

Цель авторского исследования состояла в изучении механизмов коммуникативного поведения детей и подростков с ВРГиН, которые обусловлены влиянием детско-родительских отношений в ходе многоэтапного комплексного хирургического лечения.

В качестве гипотезы исследования было принято предположение о том, что деформированная коммуникативная модель, сформированная в раннем детском возрасте, наиболее отчетливо проявится в межличностном общении в подростковом возрасте и влияет на социальную адаптацию в дальнейшем.

Участники исследования и методы

Всего обследовано 132 подростков обо-его пола (преимущественно мальчики – 80,0%). Средний возраст составил $14,8 \pm 2,23$ года.

Исследование проводилось на базе ГУЗ ДКБВЛ НПЦ «Бонум» в 2005–2007 гг. перед выпиской пациентов из стационара после прохождения ими завершающего этапа хирургического лечения. Каждый из подростков имел возможность получения об-

ратной связи по результатам тестирования и, при желании, психологической помощи в дальнейшем.

Клинико-психологическая диагностика осуществлялась с помощью экологически валидных методов, направленных на исследование коммуникативных личностных характеристик пациентов: мотивации общения, коммуникативного стиля, самооценки, эмоциональной оценки межличностного статуса: ТАТ (тематический апперцепционный тест Г. Мюррея), методика самооценки (по Дембо-Рубинштейн), тест агрессии и враждебности (Hand-test), тест фрустрации С Розенцвейга

Результаты исследования и выводы

Как известно, развитие коммуникативности личности начинается с момента рождения и проявляется в способности к эффективному включению в различные ситуации коммуникации, которая совершенствуется по мере освоения ценности человеческого общения. Результаты исследования, соотнесенные с данными, полученными в ходе беседы, направленной на изучение отношения к хирургическому лечению, представлений о себе, особенностей эмоционального состояния, взаимоотношений в родительской семье и общения со сверстниками, позволяют увидеть тенденции, коммуникативной активности подростков, имеющих в анамнезе ВРГиН.

Социальная жизнь подростков в основном концентрируется в рамках семьи и общения с близкими родственниками. Семья для них является наиболее важной сферой их жизни, главной ценностью в иерархии межличностных отношений. Все наиболее лично значимые события происходят в семье. По-видимому, это отражает индивидуальную историю развития таких детей, окрашенную многоступенчатым преодолением врожденного челюстно-лицевого дефекта. На протяжении длительного периода вся их жизнь была сосредоточена в узких рамках семьи и ближайшего окружения. Наряду с этим, окружающие люди достоверно чаще воспринимаются ими как агрессивные, подавляющие, обижающие, при этом подростки приписывают им легкость бытия, невольительную для себя.

Весьма показательны в этом плане результаты, полученные с помощью модифицированного опросника «Опросник родительского отношения» А.Я Варги, В.В. Столина. Наиболее распространенной оказалась

родительская позиция «социальной желательности», гиперсоциализации и сверхконтроля. Как наиболее приемлемую в воспитании детей ее выбрали 68,0 % родителей. В их ответах особое внимание обращает «боязнь» хоть в чем-то проявить негативные чувства либо отрицательные эмоции в отношении своих детей. Болезненные переживания по поводу рождения ребенка с нестандартной внешностью настолько подавлены, что отсутствуют нормальные естественные реакции на его поведение. Например, родители не могут позволить себе утвердительно отреагировать на стимулы опросника типа «мой ребенок меня иногда раздражает», «в моем ребенке есть недостатки», «иногда мой ребенок может вывести из себя кого угодно» и т.д.

Второй по частоте (19,0 %) опрошенных оказалась родительская позиция «гиперопека», которая выражается стремлением к сохранению симбиотических, взаимных неразрывных отношений, даже тогда, когда ребенок объективно перестает в них нуждаться. Вместо движения к самостоятельности ребенку предлагается все большая зависимость от значимых других.

Однако взаимоотношения в таких семьях нельзя характеризовать однозначно. Самым главным и важным человеком в семье для подростков исследуемой группы является мать, хотя отношения с ней амбивалентны. С одной стороны, сохраняется симбиотическая привязанность, выходящая за допустимые возрастные границы и потому рассматриваемая нами как предиктор патологической анаклитической зависимости от значимых других в последующих отношениях. Это проявляется в том, что подростки постоянно испытывают страх и тревогу за мать, переживают, что с матерью может произойти какое-то несчастье, опасаются разного рода неприятностей, начиная от бытовых проблем и заканчивая болезнью и смертью. С другой – в силу возрастной логики психического развития – они стремятся к эмансипации от матери, начинают диктовать свои условия, не желают подчиняться, формируется тенденция к неосознанному манипулированию матерью и другими близкими в угоду собственным эгоистичным интересам. Однако, несмотря на сложности в семейных отношениях, мать остается единственной эмоциональной значимой опорой для таких подростков и по этой причине определяет «значимые» для них фокусы жизнедеятельности. В соответствии

с этим особое значение придается развитию когнитивной сферы. Главной детерминантой родительского отношения становится фраза: «Пусть мой ребенок некрасив, зато он...». В качестве области, компенсирующей врожденную патологию, выбираются интеллектуальные достижения. Но если вначале основным мотивом выступает присущее каждой матери желание воспитать полноценного ребенка, то в дальнейшем, развитие познавательных способностей ребенка становится самоцелью и приобретает самостоятельную мотивирующую силу. Интеллектуальное воспитание ребенка, как компенсация его «некрасивости», формирует чрезмерную зависимость от взрослого, чувство повышенной ответственности за соответствие родительским программам. Подобная родительская позиция обуславливает невротическое развитие подростков по типу обсессивного невроза, в основе которого лежит страх «быть не собой». Этот страх преодолевается лишь тогда, когда подросток добивается каких-либо социальных успехов, даже путем отказа от реализации более значимых подростнических устремлений, типичных для данного возрастного периода.

Таким образом, наряду с типичными для всех подростков особенностями: несбалансированной аффективностью, страхом одиночества, высоким уровнем фрустрации потребности в привязанности и отсутствием механизмов совладания, для подростков с компенсированными врожденными дефектами губы и неба характерна тенденция к «сверхконтролю» за эмоциональными проявлениями. Спонтанность и импульсивность выражения эмоций подавляются. Повышенный социальный контроль становится для них ведущим механизмом неосознаваемой психологической защиты от собственной чрезмерной агрессивности и конфликтности. Опасаясь демонстрации окружающим истинного отношения к ним, такие подростки «предпочитают» действовать весьма осмотрительно (серьезно, «по-взрослому»). Именно поэтому их социальные контакты чаще всего широкие, но, как правило, весьма поверхностные, «правильные», отличаются неискренностью; во взаимодействиях с окружающими людьми основная позиция пассивная, «ведомого». В то же время сами подростки с компенсированным дефектом внешности оценивают себя как общительных, коммуникабельных.

В результате подростки с ВРГиН ока-

зываются в условиях внутренней несвободы и зависимости от ближайшего социального окружения. Эта несвобода находит свое отражение не только в области аффекта, но и влияет на формирование самооценки. **Формирование самооценки** у них также в большей степени зависит от отношения родителей и других значимых взрослых и практически не опосредуется положением в иерархии группы сверстников. В результате, самооценка подростков, в большей степени опирается на внешние критерии, а не на внутренние рефлексивные, что и обуславливает ее неустойчивость «полезависимость», а не снижение, как считалось ранее [12].

В целом, нарушения в коммуникативной сфере у обследуемой группы подростков связаны с усвоенной деформированной моделью неравноправного участника процесса общения, что приводит к несбалансированности основных сфер общения: социаль-

ной («фасадной»), функционально-ролевой, интимно-личностной. В результате они не могут выстроить адекватные отношения на разных уровнях общения и тем более управлять своим поведением при реализации коммуникативных намерений и замыслов.

Таким образом, можно говорить о том, что своевременное хирургическое вмешательство на ранних этапах развития детей с ВРГиН создает необходимый фундамент биологических (организмических, физиологических) условий для психологического развития, но этого явно недостаточно для полноценного личностного формирования, предполагающего коммуникативную активность. Поэтому, при ведении таких пациентов следует предусмотреть технологию психологического сопровождения, включающего не только работу с ребенком и его родителями, но и врачебным медицинским персоналом.

Литература:

1. Sarnat N.B. Normal development of the nervous system // Textbook of Pediatric Neuropsychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press, 1998. P. 26-36.
2. Kasuya M., Sawaki Y., Ohno Y., Uedal M. Psychological study of cleft palate children with or without cleft lip by Kinetic Family Drawing - Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 2008 (28), P. 373-379.
3. Lansdown R. Psychological problems of patients with cleft lip and palate: discussion paper - Journal of Royal Society of Medicine July 1990, Vol. 83, P. 448-451.
4. Виссарионов В.А. Реконструктивная хейлоринопластика в системе мероприятий по медицинской реабилитации больных с врожденными расщелинами верхней губы // Дисс. На соискание ученой степени докт. мед. наук. М., 1989.
5. Баранская Л.Т., Леонов А.Г., Блохина С.И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. - Екатеринбург: «СВ-96», 2005.
6. Набойченко Е.С., Блохина С.И. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (на примере врожденной челюстно-лицевой патологии). - Екатеринбург: Изд-во НПРЦ «Бонум», 2004.
7. Speltz M.L., Richman L. Editorial: Progress and Limitation in the Psychological Study of Craniofacial Anomalies - Journal of Pediatric Psychology, Vol. 22, No. 4, 1997, P. 433-438.
8. Lockhart E. The mental Health Needs of Children and Adolescents with Cleft lip and/or Palate. - Clinical Child Psychology and Psychiatry 2003, Vol. 8(1), P. 7-16.
9. Стерн Д. Н. Дневник младенца: Что видит, чувствует и переживает ваш малыш / Пер с англ. М.: Генезис, 2001.
10. Менегетти А. Психосоматика. М.: ННБФ «Онтопсихология», 2002.
11. Murray L. & ets The effect of cleft lip and palate, and the timing of lip repair on mother-infant interaction and infant development - Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49:2 (2008), P. 115-123.
12. Шафировва Е.М., Виссарионов В.А. Особенности самовосприятия собственной внешности, самоотношения и самооценки у подростков с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после проведения реконструктивной операции // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под ред. С.И. Блохиной, Г.А. Готовой. Екатеринбург: «СВ-96», 2004. С.138-145.