

**БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ К ПИЩЕ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ,
ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ БЫТОВОГО
(СЕМЕЙНОГО) ТРАВМАТИЗМА**

Т.Н. ПОТКИНА, поликлиника № 5, г. Кемерово

Изучение амбулаторных карт и клинического архива травматологического отделения МУЗ клинической поликлиники № 5 за три года (1999-2001) свидетельствует о том, что в 64% повреждения у пациентов получены в результате «семейной ссоры». Отмечено ежегодное, в среднем на 7%, возрастание количества травм, нанесенных мужьям женами. Краткая запись врача в типовой карте свидетельствует о неблагополучии супружеских отношений, но не вскрывает причин агрессивного поведения, не решает проблемы построения реабилитационных мероприятий, а также не исключает возможное повторное обращение с более тяжелыми повреждениями.

В диагностике личностных и характерологических особенностей лиц с травматическими повреждениями нами использован комплексный подход. С одной стороны, изучена роль врожденных индивидуальных свойств, посредством которых усваивается социальный опыт этики семейных отношений. С другой стороны, исследованы отношения индивида к самому себе (реальному и идеальному). Особое внимание уделялось изучению внутриличностной конгруэнтности обследуемых и типов их межличностных отношений. Исследование межличностных отношений супругов основывалось на многоуровневом подходе, анализе ситуации получения травмы, провоцирующих мотивах поведения, самоотчетах пострадавших в виде «исповеди». Основными методами психологического исследования были методика СМИЛ (ММР 1), метод диагностики межличностных отношений (ДМО). При выраженных дифференциально-диагностических трудностях использовался дополнительный метод – тест рисуночной ассоциации Розенцвейга.

Нами обследовано 40 мужчин с разными ранами мягких тканей области головы, нанесенными бытовыми предметами. Из пострадавших неоднократно в течение года имели более трех обращений – 19 человек (47,5%), три обращения – 12 (30%), два обращения – 3 человека (7,5%), одно – 6 пациентов (15%). Возраст обследуемых от 26 до 42 лет. Среднее нахождение в браке 11,7 лет.

По результатам исследования, все пациенты разделились на две группы. В первую группу вошли пациенты, у которых диагностировалась явная неконгруэнтность личности (конфликтное расхождение между реальным и идеальным «Я») и повторное обращение с травмами всего у 27 мужчин (67,5%). Вторую группу составили пациенты (всего 13 человек, 32,5%), у которых расхождение между «Я» реальным и «Я» идеальным было умеренным (неконфликтное).

Для пациентов первой группы характерны явная дисгармония межличностных отношений в паре, провоцирование конфликтных ситуаций, выраженные трудности социальной адаптации. У пациентов второй группы отмечено наличие дисгармоничных отношений, как в плане трудностей социальной адаптации, так и в плане акцентуации определенного стиля

межличностных отношений. Со слов жен пациентов, конфликты возникали в ситуациях алкогольного опьянения мужей, часто в присутствии детей и других родственников. Установлено, что употребление спиртных напитков у пациентов имело бытовой характер.

Разработана тактика лечебно-реабилитационных мероприятий для обследованной категории пациентов. На первом этапе – оказания традиционной лечебной помощи травматолога – назначались биологически активные добавки к пище (БАД), направленные на снятие боли и отека, ускорение заживления ран, усиление защитных сил организма (нормализацию иммунного профиля), профилактику осложнений раневой инфекции и дезинтоксикацию (ИВЛАКСИН, ДИСКАВЕРИ, КОМПЛЕКС С ВИТАМИНОМ С). Когда у пациента возникало желание «исповедаться» врачу-травматологу, проводилась психокоррекция, направленная на здоровый образ жизни, а также подробное разъяснение действия БАД на организм (психотерапевтическое потенцирование). «Исповедь» в травматологическом кабинете чрезвычайно важна как начало катарсиса у пациента. Возникает адаптация на отношения с врачом именно во время болей, глубинных внутренних переживаний больного: самокритики и поиска возможностей выхода из кризисной семейной ситуации. При беседе, которая может возникнуть при оказании первой врачебной помощи, либо во время перевязки, больного следует подвести к тому, чтобы он сам затронул психологические проблемы в своей семье, зачастую оценивая их как «плохой» характер, «несовместимость» и т.д. Это психологическое состояние следует оценивать как необходимость получения рекомендаций по снятию невротического состояния, которое отнюдь не способствует быстрому выздоровлению и, тем более, реальной оценке супружеских отношений. Тем самым врач-травматолог настраивает пациента на общение с коллегой-психотерапевтом. Все обследуемые нами пациенты по собственному желанию перешли к психотерапевту.

На втором этапе – консультационная помощь психотерапевта супружеской паре – дифференцированная психотерапевтическая коррекция супружеской дисгармонии в связи с дезадаптацией и невротическим состоянием противоборствующих сторон. Психотерапия направлена на личность пациента либо супруги, но одновременно супружеской паре назначались БАД, способствующие нормализации психологического состояния (НЕЙРОСТРОНГ, НЕЙРОСТАБИЛ, ГУД НАЙТ, взвар ВЕЧЕРНИЙ). Применение БАД также носило психотерапевтический, потенцируемый, направленный индивидуальный характер.

При оценке результатов лечения у психотерапевта отмечено сокращение сроков продолжительности лечения в два раза. Контрольные психологические исследования показали исчезновение симптоматики невротических проявлений в 77,3%. На определенном психотерапевтическом этапе 9 мужчин (22,5%) были проконсультированы наркологом, который укрепил установку на здоровый образ жизни и необходимость, при возникновении желания «выпить», приема успокаивающих БАД. У пациентов был подтвержден психологический характер алкогольной зависимости, которая усугублялась личностными особенностями и невротическим состоянием. За время наблюдения у психотерапевта в период «свежести памяти» на недавно полученную травму «порочный круг» у пациентов был разорван.

Повторные обращения к травматологу с повреждениями в результате семейной ссоры в течение шести месяцев после комплексной терапии наблюдались у 7 мужчин (17,5%) из

первой группы. Установлено, что травмы получены в алкогольном опьянении как ответ на попытку агрессии с их стороны по отношению к женам. Рекомендации по приему БАД в случае возникающей ситуации, вызывающей невротическое напряжение, желание приема алкоголя, больные не выполнили. Остальные мужчины придерживались здорового образа жизни, периодически принимали БАД. Убеждение в необходимости применения препаратов и во взаимоподдерживающем, доброжелательном контроле развилось у 33 супружеских пар (82,5%).

На основании полученных результатов исследований можно сделать предварительные выводы:

1. Установленные дисгармоничные характеристики внутриличностных и межличностных отношений отражают глубокий социально-психологический кризис современной семьи и являются фактором, усугубляющим непредсказуемый механизм травмы.

2. Полученные положительные результаты комплексных мероприятий указывают на необходимость дальнейшего совершенствования тактики эффективной реабилитационной работы на этапе перехода больного от травматолога к психотерапевту – следует работать с супружеской парой (парным пациентом).

3. Анализ применения БАД в комплексной терапии говорит не только в пользу препаратов, но и указывает на необходимость серьезной просветительной работы с населением по адаптации к БАД как к жизненной культурной установке на уровне убежденности.