

В ПОМОЩ НА ПРАКТИКАТА HELPING PRACTICE

ПРАВИЛНИЯТ ПОДБОР НА ПАЦИЕНТИ – ОСНОВНА ПРЕДПОСТАВКА ЗА УСПЕШНА ПРАКТИКА В ЕСТЕТИЧНАТА ХИРУРГИЯ

Й. П. Йорданов¹, А. Шеф² и В. Донкина³

¹Отделение по пластична хирургия и изгаряния, Военномедицинска академия – София

²Катедра по дерматовенерология и алергология, Военномедицинска академия – София

³Център за психично здраве и превенция, Военномедицинска академия – София

RIGHT PATIENT SELECTION – A MAIN PRECONDITION FOR SUCCESSFUL PRACTICE IN AESTHETIC SURGERY

Y. P. Yordanov¹, A. Shef² and V. Donkina³

¹Unit of Plastic Surgery and Burns, Military Medical Academy – Sofia

²Department of Dermatovenereology and Allergology, Military Medical Academy – Sofia

³Center for Mental Health and Prevention, Military Medical Academy – Sofia

Резюме:	<p>Консултирането и подборът на пациенти в естетичната пластична хирургия далеч надхвърлят оценката на анатомичните показания. Подборът на пациенти включва разбиране на мотивацията на пациента относно интервенцията, очакванията по отношение на крайния резултат и способността за толериране на стреса от оперативната интервенция. Предоперативната консултация следва да дава на хирурга достатъчно информация относно психическата и емоционалната стабилност на пациента. Целта на настоящата статия е да се насочи вниманието към важността на правилния подбор на пациентите като първа крачка към успеха и избягването на усложнения от медицинско, медико-правно и емоционално естество. Разгледани са основни принципи при подбора на пациенти в естетичната пластична хирургия. Специално внимание е обърнато на някои чести личностни разстройства и девиантни състояния, които са гарантирано недоволни и неблагоприятни пациенти, трудни за водене. Погледът в бъдещето е част от безценния арсенал на пластичния хирург, но дори и опитният и проникателен лекар не винаги може да вземе правилното решение.</p>
Ключови думи:	<p>подбор на пациенти, естетична пластична хирургия, предоперативна консултация, труден пациент, личностно разстройство</p>
Адрес за кореспонденция:	<p><i>Д-р Йордан П. Йорданов, дм, Клиника по пластична хирургия и изгаряния, Военномедицинска академия, ул. „Св. Г. Софийски“ № 3, 1606 София, тел. 0887 56 00 54, e-mail: yordanov_vma@abv.bg</i></p>
Summary:	<p>Patient consultation and selection for aesthetic plastic surgery goes well beyond assessment of anatomical indications. Patient selection involves an understanding of the patient's motivations for the procedure, expectations for the surgical outcome, and ego strength for tolerating the stress of operative intervention. The patient interview preoperatively must be structured to give the surgeon ample information in order to determine the psychological and emotional stability of the candidate. The aim of the present article was to stress on the importance of the adequate patient selection as a key first step toward a successful outcome from a proposed procedure and avoiding complications of medical, medico-legal and emotional entities. Basic principles of patient selection for aesthetic plastic surgery were reviewed. Special emphasis was placed on some common conditions and personality disorders that will guarantee a dissatisfied and ungrateful</p>

Key words:	patient who will be difficult to manage. Predicting the future is part of the plastic surgeon's valued armamentaria but even experienced and astute physician cannot always make the perfect decision.
Address for correspondence:	patient selection, aesthetic plastic surgery, preoperative consultation, difficult patient, personal disorder <i>Yordan P. Yordanov, MD, PhD, Unit of Plastic Surgery and Burns, Military Medical Academy, 3, Sv. G. Sofiyski St., Bg – 1606 Sofia, tel.: +359 887 56 00 54, e-mail: yordanov_vma@abv.bg</i>

ВЪВЕДЕНИЕ

Основен въпрос в хирургията е как да бъдат избегнати периоперативните усложнения. В естетичната пластична хирургия този въпрос е особено важен с оглед спецификата на пациентите и подчертано пазарно ориентирания характер на специалността.

Краткият вариант на отговора включва две възможности: или „не оперирай“, или „винаги подбирай само правилния пациент“. Дългият вариант на отговора на този важен въпрос изисква малко по-детайлен разбор, особено що се отнася до смисловото дефиниране на понятието „правилен пациент“.

В тази статия акцентираме върху консултативната страна на взаимоотношенията лекар–пациент в естетичната хирургия и основно върху подбора на пациенти като главна предпоставка за успеха.

ИДЕАЛНИЯТ ПАЦИЕНТ

Не съществува единен, универсален и общовалиден скринингов метод или алгоритъм, които да гарантират успешния подбор на пациенти. Идеалният пациент в естетичната хирургия е физически здрав, позитивно настроен, съсредоточен, приятен, сговорчив, мотивиран, поне средно интелигентен, с реалистични осъзнати очаквания и с добра подкрепа от страна на околните [1-4]. Идеалният пациент, както всеки идеализиран модел в медицината, е ако не нереален, то поне рядко срещан в ежедневно практика. Вместо да се търсят такива пациенти, доста по-удачен за практиката е стремежът към адекватна преценка на личностните особености на всеки потенциален пациент и прецизиране на неговите нужди и желания.

Основен момент в този процес е комуникацията между лекаря и пациента. В психологически план се приема, че комуникацията има две страни: съдържателна, включваща конкретната информация, която се разменя, и процесна – страната на преживяванията, на невербалните и емоционалните послания, които общуващите си обменят и които в повечето случаи се

възприемат пред- или несъзнателно или подпрагово [5]. Основният фактор, който има отношение към успеха на комуникацията лекар–пациент е достатъчното време, отделено за консултатията и най-вече способността на хирурга да изслушва, освен да говори [4]. Пълноценната консултатия е отправна точка за правилната преценка на личностния тип на пациента и предвиждане на възможните последствия от това. В този ред на мисли консултатията в естетичната пластична хирургия до голяма степен наподобява интервю за работа, при което се наема нов кадър в дългосрочен план [3].

ТРУДНИЯТ ПАЦИЕНТ И ТРУДНИЯТ ПОДБОР НА ПАЦИЕНТИ

Според една от най-популярните и възможно най-опростени дефиниции, предложена от D. R. Chatham, „труден“ е този пациент, който не приема или поставя под съмнение решението на лекаря, неговите социални, ръководни и/или чисто хирургични умения и увеличава нивото на стреса на лекаря и останалия персонал [6].

Полезна стратегия за категоризацията на пациентите е съпоставката на действителния физически проблем със степента на значимост, която самият пациент му отдава. Логично е пациентът да е толкова по-загрижен по отношение на своя недостатък (проблем), колкото по-тежък, по-реален е той. В чисто практически смисъл един малък проблем в очите на хирурга следва да корелира с малка загриженост и внимание от страна на пациента и обратно. Правилната корелация е „златната среда“ във взаимоотношенията лекар–пациент. Колкото по-далеч от тази „златна среда“ се намира пациентът, толкова по-малко вероятно е резултатът да е добър и удовлетворяващ за него [7, 8]. Така, един кандидат-пациент може да бъде отхвърлен поради липса на чисто анатомични (естетични) показания за извършване на дадена оперативна интервенция или поради психо-емоционалния си профил. Психо-емоционалният профил е значително по-важен и често доминира при вземането на решение в естетичната хирургия [9].

Критериите за подбора на пациентите са предимно субективни и са твърде различни и вариативни. Въпреки това съществуват определени сигнали, които следва да повишат вниманието на хирурга относно възможността за потенциални проблеми (табл. 1). Всички тези сигнали, но най-вече последните седем от посочените в табл. 1 са показателни за наличието на психопатология [10, 11]. Пластичният хирург не е нужно да практикува психиатрия, но трябва да е в състояние да разпознае психопатологията. В тази насока е полезно да се познават отделните личностни типове, поведение и девиантни състояния и кои от тях биха били проблемни и поради това нежелани за практиката на всеки специалист.

Таблица 1. Сигнали в поведението и анамнезата, налагащи повишено внимание от страна на пластичния хирург при подбора на пациенти

<i>Сигнали за повишено внимание</i>
Липса на ясно дефинирано желание
Бързо вземане на решение за операция
Желание спешно да се оперира
Слаба мотивация
Нереалистични очаквания
Неудовлетвореност от предишни естетични операции
Предишни конфронтации (вкл. съдебни) с колеги
Неодобрение от страна на околните
Перфекционизъм
Прекомерна тайнственост
Нерешителност
Твърде изразено VIP поведение
Невъзможност за постигане на съгласие
Несимпатичен за хирурга и останалия персонал пациент
Множество естетични процедури
Прекалена възискателност
Инфантилно поведение и мотиви
Депресивно разстройство (в миналото и понастоящем)
Емоционални кризи (в миналото и понастоящем)
Психиатрична терапия (в миналото и понастоящем)
Минимален или практически несъществуващ дефект
Манипулативно поведение

ТИПОВЕ ПАЦИЕНТИ (ЛИЧНОСТНИ ТИПОВЕ)

От психологична гледна точка всеки човек притежава един доминиращ личностен профил, който повлиява начина, по който той реагира на събитията и се отнася към останалите хора [12]. Това се приема за норма за съответния индивид. Личностните типове принципно не се разглеждат като проблемни до момента, в който определено стресово събитие не ги превърне в дисфункционални или дезадаптивни. Понякога това може да бъде предвидено въз основа на доброто познаване на типа личностно функциониране, понякога обаче е невъзможно.

Част от тези личностни типове могат лесно да бъдат разпознати, докато диагностицирането на други става трудно и изисква продължително наблюдение и контакт. Някои личностни особености не представляват заплаха за процеса на общуване лекар–пациент, в смисъла, че не повлияват сериозно интеракцията с хирурга, докато други могат да имат дори драматични ефекти. Ключът е в това те да бъдат разпознавани възможно най-акуратно, тъй като това ще даде възможност да се повиши удовлетвореността от контакта и в същото време да се намали стресът както за лекаря, така и за пациента.

Клиничните синдроми и личностните разстройства съвсем не са рядко срещани. Минаващи много пъти незабелязано в ежедневно общуване, те се обострят в различни ситуации, свързани с преживяването на страх и несигурност. Трябва да се отбележи, че определена степен на психичен дистрес е характерна за всяка медицинска интервенция, понякога дори за самото постъпване в болница (клиника). Пациентът може да преживее този дистрес и придружаващата го несигурност по различен начин, в зависимост от собствените си водещи характеристики, като депресия, объркване, безпомощност, чувство на вина, тревожност. Нерядко интензивността им е еквивалентна на силата на преживяване на позитивни усещания и благодарност впоследствие.

Предлагаме кратко описание на основните типове пациенти, на които лекарят се натъква най-често в ежедневно практика [1, 13].

Пасивно зависим тип

Този тип пациенти се нуждаят от силна и доминираща фигура, на която да се опрат и която да ги води; от някого, който да се отнася към тях така, както родител към дете. Налага се те да бъдат окуражавани допълнително, особено в постоперативния период. Обикновено този тип пациенти лесно се разпознават и обичайно не са проблемни.

Обсесивно-компулсивен тип

Обсесивно-компулсивните пациенти обичайно са организирани, стриктни и с добър самоконтрол. Когато обаче са в ситуация, в която непознатото превалира, нивото им на стрес рязко се покачва. В такива случаи успокоението и окуражаването от страна на лекаря трябва да бъдат основани на подробни разяснения и предоставяне на детайлна информация. Обичайно тези пациенти се разпознават лесно и са лесно предвидими. Сред тях обаче е възможно да има хора, които страдат от обсесивно-компулсивно

личностно разстройство, което се характеризира с натрапливи мисли и преживявания. Това крие определени рискове по отношение на удовлетворението от крайния резултат на интервенцията (манипулацията).

Хистеричен (хистрионен) тип

Хистеричните (хистрионните) пациенти са драматични, подчертано експресивни и отдават голямо значение на физическата привлекателност, понякога поради намалена личностна самооценка. Лекарят следва да бъде много внимателен, тъй като често тези пациенти са силно манипулативни. Добронамереността и професионалната дистанция са много полезни в общуването с тези пациенти в постоперативния период. При подобни пациенти съществува опасността те да се превърнат в „трудни“ и проблемни.

Тревожен тип

Тревожните пациенти се проявяват като нервничещи, неспокойни и свръхвежливи, като често имат прекомерно преживяване за тревога. В техните очи спокойният лекар, който е в състояние да успокои и подкрепи пациента в пре- и постоперативния период, е гарант за добрия изход на интервенцията. Когато се преодолее началният стрес, тези пациенти са по-скоро среднорискови.

Депресивен тип

Депресивните пациенти изглеждат и се чувстват тъжни, раздразнителни, дори отчаяни, въпреки че за тях дори самата среща с лекаря е определен вид утеха. Макар да е лесно да бъдат идентифицирани, трябва да се има предвид, че при тях всяка манипулация може да повиши преживяването им за стрес и да интензифицира усещането за тъга и безнадеждност. Подобряването на проблема, по повод на който са консултирани от лекаря, по принцип би подобрил тяхното психично състояние. Като цяло обаче то е толкова крехко, че е добре да се обмисли сериозно дали точно сега е времето за съответната интервенция (манипулация). При такъв тип пациенти особено отчетливо проличава необходимостта от психолог в екипа на пластичния хирург – практика, която е наложена като стандарт в редица престижни клиници в Европа и САЩ.

Дисморфофобичен тип

(т. нар. Body Dysmorphic Disorder, BDD)

При тези пациенти съществува разминаване между степента на обективната тежест на телесния дефект и възприятието на пациента за

нея. Пациентите с дисморфофобично разстройство имат тенденцията да преекспонират проблема, както и да съсредоточат в него обяснението си за всички свои житейски неблагоприятия. Обикновено те преживяват екстремна тревожност и ажитираност (възбуда) след интервенцията (манипулацията). Лесни за разпознаване като тип, тези пациенти се класифицират с висока степен на риск [14, 15].

Нарцистичен тип

Първоначално те много лесно могат да бъдат объркани с хистрионните типове личности поради определени прилики в манифестираното поведение. То се обуславя главно от усещането за извънредно голяма лична значимост, важност и уникалност. Поради себцентрираната си ориентация тези пациенти безпогрешно се идентифицират от целия медицински екип в клиниката – те обичайно изискват, а не молят. Това са високорискови пациенти поради непрекъснатата им неудовлетвореност, която лесно се прехвърля и върху резултатите от интервенцията (манипулацията).

Параноиден тип

Мнителни към другите, тези пациенти може да крият своите чувства и да изглеждат дистантни или хладни. Трудни за разпознаване, те могат да използват най-различни способности, за да провокират реакция. Като цяло това са пациенти с умерен риск, освен ако не страдат от налудности. В такъв случай е възможно да реагират гневно и да се държат неприемливо, т.е. да бъдат опасни и високорискови пациенти.

Социопатен тип

Пациенти от социопатен тип могат да изглеждат дистантни или сприхави. Силно манипулативни, те използват околните за своите собствени цели, с много слабо усещане за правилно и неправилно. Внимателният преглед на личната им история разкрива множество минали проблеми както в личен план, така с други специалисти, вкл. от други специалности. Лекарят трябва да остане спокоен и в пълен контрол, като отдели допълнително време за консултацията. Това са силнорискови пациенти.

„Злият“ пациент

Този тип пациенти често са изключително трудни за идентифициране в хода на предоперативната консултация. Те не могат да приемат, че перфектен резултат от операцията не може да бъде гарантиран, както и че е възможно да се наложи повторна хирургична интервенция. Те

често отказват да плащат таксите, определени за съответния тип процедура. Този тип пациенти могат да бъдат учтиви към лекаря, но често демонстрират явно неуважение към останалия персонал. Те често не се усмихват, когато хирургът се усмихва или прави опит да разсее атмосферата. Разпознаването на „злият“ пациент често пъти е въпрос на интуиция – чувството, че просто искате да се махне час по-скоро от кабинета Ви е показателно в тази насока. В такива ситуации експертите съветват да се вслушваме във вътрешния си глас [1, 10-12].

ФИНАЛНИ РАЗМИСЛИ – ОПОРНИ ТОЧКИ

1. Ако е проницателен, хирургът сравнително лесно ще съумее да разпознае пациента, който може да постави на изпитание неговата преценка, професионално поведение, умения и да предизвика допълнителен дистрес върху целия екип. Това разпознаване е добре да стане преди осъществяването на интервенцията (манипулацията).

2. Колкото повече време се отдели на „идентифицирането“ на пациента, толкова по-малко време ще е нужно за „справянето“ с него след това.

3. Пациентът трябва да бъдат внимателно преценен. Наличието на действителен медицински проблем обикновено оправдава хирургичната интервенция и рисковете, свързани с нея – добре позната ситуация в реконструктивната хирургия [16]. Залогът е по-висок при здравия пациент с чисто естетични оплаквания – това изисква по-детайлна предоперативна преценка.

4. Наблюденията на медицинския персонал, тяхното мнение и коментари за пациента са изключително важни. Много често пациентите разкриват пред сестрите и санитарите страни от своята същност, които не разкриват пред лекуващия лекар [17].

5. Заслужава си да се помни фразата: „Обясненията, дадени преди интервенцията (манипулацията), представляват информирано съгласие. Обясненията, дадени след тях, са извинение“.

6. Ако лекарят има силното чувство, че не желае да прекара време с пациента преди операцията, то тогава по каква причина ще иска това след нея?

7. Да откаже на пациент, когото счита за неподходящ по някаква причина, за хирурга всъщност е като да му каже: „Не смятам, че аз съм лекарят, който може да отговори на Вашите очаквания“.

8. При вземането на решение дали да приеме или не даден пациент, е полезно хирургът да

се запита дали това решение ще бъде в интерес на пациента. Този въпрос е повече етичен, но е напълно уместен и често има превантивен характер както за пациента, така и за лекаря [18, 19].

ОБСЪЖДАНЕ

Естетичната пластична хирургия е особен вид партньорство. Най-успешните пластични хирурзи притежават микс от качества като темперамент, адекватна медицинска подготовка, специализирано обучение в специфични хирургични техники, физическа и умствена издръжливост и постоянен и целенасочен стремеж към професионално и личностно съвършенство [1, 11]. Способността да печели доверие, приемането, състраданието и съпреживяването (емпатия) са също ценни качества, имащи отношение към успешната практика. И не на последно място, поставянето на интересите на пациента над интересите на хирурга определя ключовото място на етиката в пластичната хирургия, независимо че тя е определяна като една от най-комерсиалните и пазарно ориентирани медицински специалности [6, 11, 19].

По време на университетското си обучение и специализация лекарите като цяло се обучават да преценяват дали даден пациент може да бъде подложен на определена интервенция (манипулация) основно от гледна точка на физиологичната, анатомичната и общомедицинската си подготовка. На тази база се определя периоперативният риск на конкретния индивид. Естетичната медицина поставя нови предизвикателства пред практикуващите я лекари и значително разширява смисъла на понятия като „пациент“, „показание“, „противопоказание“, „периоперативен риск“, „усложнения“ [20, 21]. Един пациент, подложен на чисто естетическа процедура (например фейслифт или естетична ринопластика), е най-често физически здрав човек, върху чието тяло умишлено се нанася травма от самата интервенция с цел да се отстрани причината, довела до решението за тази инвазия. Така при пациентите в естетичната хирургия факторите при вземане на решение са освен чисто медицински, в голям процент психологически. Това поставя значително повече медико-хирургични, професионално-етични и законови отговорности пред хирурга, като отпада възможността за оправдания при неуспех, като „работа в условия на спешност“ или „късно потърсена медицинска помощ“. Често лекарите, решаващи да се занимават с естетична медицина, се оказват неподготвени да се справят именно с психологическата и бихейвиористичната страна

на тази така примамлива област от медицината. Трябва да се има предвид, че лекарят и начинът, по който той общува с пациентите си, също са обвързани с неговите собствени личностни характеристики и че той също има тенденцията да отговаря на стреса по определен начин.

Особено важно е да се отбележи, че както хирургичните умения могат да бъдат развивани и подобрявани, така може да се подобри и умението на хирурга да консултира и подбира пациентите си. Хирурзите с трудности в междуличностните отношения и ограничена способност да изслушват и водят консултация обикновено имат по-неуспешна професионална кариера и по-голям брой проблемни пациенти [1, 11, 20].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психо-социалните аспекти на предоперативната оценка в естетичната пластична хирургия са от първостепенно значение за удовлетворяващия краен резултат както за пациента, така и за хирурга. Добрата взаимовръзка пациент–лекар е предпоставка за оптимално резултатна консултация – първият етап на това сложно партньорство. Решението за пристъпване към естетична оперативна интервенция следва да се основава на правилната мотивация от страна на пациента; честността, откритостта и точната селекция на пациенти от страна на специалиста.

Библиография

1. Chatham, D. R. Avoiding and correcting complications in facial plastic surgery: patient selection. – *Facial Plast. Surg.*, **28**, 2012, № 3, 253-259.
2. Sarwer, D. B. et al. Psychological investigations in cosmetic surgery: a look back and a look ahead. – *Plast. Reconstr. Surg.*, **101**, 1998, № 4, 1136-1142.
3. Adamson, P. A. et H. D. Strecker. Patient selection. – *Aesthetic Plast. Surg.*, **26**, 2002, Suppl. 1, S11.
4. Sykes, J. M. Patient selection in facial plastic surgery. – *Facial Plast. Surg. Clin. North Am.*, **16**, 2008, 173-176.
5. Schouten, B. C. et L. Meeuwesen. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. – *Patient Educ. Couns.*, **64**, 2006, № 1-3, 21-34.
6. Chatham, D. (Ed.). The difficult patient. – In: *Clinics in Facial Plastic Surgery*. Elsevier, **16**, 2008, № 2.
7. Gorney, M. Mirror mirror on the wall. – *Facial Plast. Surg. Clin. North Am.*, **16**, 2008, № 2, 203-205.
8. Veale, D. Body dysmorphic disorder. – *Postgrad. Med. J.*, **80**, 2004, № 940, 67-71.
9. Gorney, M. Patient selection in rhinoplasty: practical guidelines. – In: *Aesthetic Plastic Surgery, Rhinoplasty*. R. K. Daniel. (Ed.). Boston, Little, Brown, 1993.
10. Vuyk, H. D. et T. D. Zijlker. Psychosocial aspects of patient counseling and selection: a surgeon's perspective. – *Facial Plast. Surg.*, **11**, 1995, № 2, 55-60.
11. Colon, G. A. Office practice of plastic surgery. – In: *Aesthetic Plastic Surgery*. S. J. Aston, D. S. Steinbrech et J. L. Walden. (Eds.). Saunders-Elsevier, 2009, 3-13.
12. Litterer, F. Personality Plus: How to Understand Others by Understanding Yourself, Grand Rapids. Fleming H. Revell Publishing, Michigan, 2005.
13. American Psychiatric Association Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, American Psychiatric Association; 1994.
14. Constantian, M. B. The new criteria for body dysmorphic disorder: who makes the diagnosis? – *Plast. Reconstr. Surg.*, **132**, 2013 № 6, 1759-1762.
15. Phillips, K. A. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. New York, Oxford University Press, 2005.
16. Йорданов, Й. П., А. Шеф и Х. М. Ласо. Микрохирургична реконструкция на сложен дефект на средния лицев сегмент – клиничен случай. – *Мед. преглед*, **50**, 2014, № 1, 52-58.
17. Patsevouras, L. L. The importance of staff in the facial plastic surgical practice: Dynamic staff interface with patients in supports of the surgeons objectives. – *Facial Plast. Surg. Clin. North Am.*, **16**, 2008, № 2, 191-194.
18. Chatham, D. Ethics in facial plastic surgery. – In: *Facial Plastic and Reconstructive Surgery*. I. D. Papel. (Ed.). Thieme, 191-194.
19. Conley, J. Concepts of ethics in medicine. – *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, **109**, 1993, № 6, 973-974.
20. Alderman, A. et K. C. Chung. Measuring outcomes in aesthetic surgery. – *Clin. Plast. Surg.*, **40**, 2013, № 2, 297-304.
21. Ching, S. et al. Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. – *Plast. Reconstr. Surg.*, **111**, 2003, № 1, 469-480.

Постъпила за печат на 6 януари 2014 г.