

ПСИХІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ І НАБУТИМИ ВАДАМИ (огляд літератури)

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Описано типологію реакцій пацієнтів на вади зовнішності, систематизовано базові типи гострих психологічних реакцій. Узагальнено основні поведінкові стратегії людей із дефектами зовнішності, згруповано особливості та відмінності пацієнтів, які звертаються по допомогу до пластичної естетичної хірургії. Підкреслено важливу роль їх психологічного й психотерапевтичного супроводу.

Ключові слова: вроджені й набуті вади, пластична хірургія, дисморфофобія.

Немає, мабуть, жодної людини, яка б ніколи за будь-яких обставин не задумувалася про свою зовнішність. Наш час характеризується особливо стрімким збільшенням кількості осіб, які звертаються по допомогу до пластичних хірургів. Ця тенденція пов'язана як зі зростанням вимог до зовнішності сучасної людини, так і потужним розвитком можливостей пластичної і реконструктивної хірургії та її більшою доступністю на сучасному етапі [1].

Промислові масштаби «індустрії краси» потребують відмови від механістичного ставлення до цього аспекту медичної діяльності, підвищення ролі психологічного й психотерапевтичного супроводу відповідного контингенту пацієнтів [2].

Типологія реакцій на вади зовнішності

На сьогоднішній день серед пацієнтів, які звертаються до послуг естетичної хірургії, можна чітко виокремити три групи:

1) *незадоволені своїми природними вадами зовнішності* — переважно це молоді люди, які мають бажання відповідати певному ідеалу краси і страждають через дефекти, як правило, вродженого характеру (деформації носа, надмірно великі вухні раковини, «мішки» під очима);

2) *незадоволені віковими змінами зовнішності* — пацієнти старшого віку, незадоволені природним старінням;

3) *незадоволені змінами зовнішності травматичного характеру* — жертви нещасних випадків, катастроф, поранень і подібних факторів.

Перші дві групи пацієнтів на момент звернення, як правило, вже мають сформоване ставлення до своїх косметичних проблем, а от жертви травматизму часто стають клієнтами косметологів, перебуваючи у стадії гострого реагування на стрес [3, 4].

Виражені деформації зовнішності, а надто обличчя, як правило, суттєво впливають на стан

особистості у всьому багатстві її соціальних взаємодій. Виділяють декілька базових типів гострих психологічних реакцій у пацієнтів із набутими косметичними недоліками й дефектами [5]:

1) *загалом нормальний стан психіки* — виявляється вільним спілкуванням із лікарем, спокійною бесідою, відкритістю до питань;

2) *гіперболізований* — бажання негайно виправити ушкодження, приховати від усіх неприємні події, здійснити заздалегідь фінансово недоступну операцію тощо;

3) *пасивний* — покірний, а іноді й байдужий згода на будь-які наслідки й будь-які терапевтичні сценарії, що пропонуються;

4) *мазохістичноподібний* — прагнення нескінченних хірургічних втручань незалежно від їх ефективності, що часто супроводжується ідеями власної провини;

5) *депресивний* — пов'язування усіх невдач у житті виключно із переважно надуманими дефектами зовнішності, відчуття приреченості, меланхолійного фаталізму;

6) *нерішучий* — сумніви в доцільності операції, нав'язливі роздуми про небезпеку різноманітних ускладнень, пошук підтримки;

7) *імперативний* — вимоги щодо необґрунтовано підвищеної уваги до своєї персони, переконаність у виключності власних проблем.

Безсумнівно, що абсолютна більшість описаних реакцій базується на преморбідних характерологічних особливостях пацієнтів і вимагає психокорекційного супроводу [6].

Зрештою, після емоційного відреагування й раціонального аналізу нових обставин пацієнти з набутими вадами зовнішності формують певну сталу домінуючу стратегію поведінкового реагування на ситуацію, що склалася [7]. Сталі дисгармонійні зміни поведінки можуть бути ознакою психопатизації пацієнтів під впливом пережитого стресу.

Узагальнено виділяють три головні найпоширеніші поведінкові стратегії людей із дефектами зовнішності [8]:

1) *меншовартісне маскування* — супроводжується почуттям власної неповноцінності, формуванням озлобленості як риси характеру, уїдливістю, саркастичністю у спілкуванні. Характерне вороже ставлення до здорових людей, вишукування недоліків у їх зовнішності та поведінці. Люди з відповідною стратегією реагування нерідко стають відлюдкуватими, похмурими, уникають спілкування та публічної діяльності;

2) *гіперкомпенсація* — пацієнти намагаються зрівнятися зі здоровими особами і навіть обігнати їх у спорті, туризмі, танцях чи інших видах діяльності;

3) *рентна поведінка* — прагнення отримати користь від власного каліцтва, наприклад добитися пенсії. Можлива агравація тут розпізнається нелегко, тому що в таких випадках нечітко переплітаються органічна й функціональна психогенна симптоматика.

З точки зору вже безпосередньої підготовки до оперативного втручання та планування психокорекційної роботи важливою є діагностика естетичної сфери пацієнтів із дефектами й деформаціями зовнішності. Усіх пацієнтів, які звертаються по допомогу до пластичних хірургів, можна поділити на три основні групи за особливостями їхньої естетичної сфери [9]:

а) *зі зниженим естетичним почуттям* — це люди, які спокійно ставляться до виражених змін власної зовнішності й без ентузіазму сприймають перспективу її хірургічної корекції. Такі пацієнти ведуть звичний спосіб життя і наявні недоліки не вважають суттєвою для цього перешкодою. Візит до хірурга для них має випадковий характер і не супроводжується чітким усвідомленням плану дій і ставленням до майбутнього власної зовнішності. У разі наполягання хірурга на недоцільності хірургічної корекції зовнішності такі пацієнти із готовністю відмовляються від своїх намірів, а в разі здійснення оперативного втручання — із готовністю приймають власну оновлену зовнішність, навіть якщо результати не відповідають попереднім очікуванням;

б) *з нормальним естетичним почуттям* — це люди із усвідомленим ставленням до власної зовнішності, чіткою й реальною мотивацією звернення до лікаря. Вони, як правило, цілком довіряють спеціалісту, який здійснює оперативне втручання, адекватно реагують на виникнення тих чи інших побічних ефектів під час лікування і ретельно виконують інструкції медиків;

в) *зі спотвореним чи неправильно розвинутим естетичним почуттям* — це люди з явними

порушеннями психічного статусу, чиї душевні переживання є дезадаптивними, неадекватними. Зосередженість на наявних (а часто й уявних) дефектах і деформаціях зовнішності не дає їм змоги досягти бажаних результатів. Відмова від проведення оперативного втручання спричиняє у цієї категорії пацієнтів обурення. Їхній психічний стан є головним протипоказанням для проведення хірургічної корекції зовнішності й свідчить про те, що хірургічні втручання мають здійснюватися щодо них лише після обов'язкової консультації кваліфікованого психіатра.

Ці особливості реагування пацієнтів варто диференційовано враховувати, вибудовуючи індивідуальний психологічний підхід до хворих.

Психологічні та психіатричні аспекти реконструктивної хірургії

Страждання, які виникають у відповідь на факт формування виражених косметичних недоліків, не завжди приводять до декомпенсації захисних механізмів психіки. Іноді вони сприяють гіперкомпенсації або переоцінці постраждалими та їхніми близькими загальноприйнятих норм краси та ціннісних орієнтирів. Проте у більшості випадків дефекти й деформації зовнішності, особливо ділянки обличчя, впливають на особистість, змінюють характер та поведінку людини, спричиняють порушення емоційної і мотиваційної сфер [10].

Головною передумовою виникнення реактивних станів є преморбідна невротична структура особистості — наявність особливих особистісних рис у рамках акцентуацій, передусім істероїдного, тривожно-помисливого та сенситивного радикалів. Важливу роль можуть відігравати також віддалені наслідки травм черепа, нейроінфекцій, фізична та психічна перетворення [11]. У випадках формування посттравматичних стресових розладів, як правило, наявні такі характерологічні особливості: емоційна нестійкість, підвищена тривожність, незрілість особистості [12]. Як психотравмуючий чинник при цьому виступають як сам факт формування дефекту, так і обумовлена ним різка зміна сприйняття свого тіла, фрустрація багатьох життєвих потреб, порушення реалізації життєвих програм різного ступеня вираженості. Як правило, психічні порушення головним чином пов'язані з позицією особистості, а не з мікросоціальними факторами. Однак об'єктивно оцінити ступінь тяжкості психічної травми та її питому вагу у формуванні психічного розладу досить важко. Велика кількість дефектів, які прийнято вважати косметичними, наприклад аномалії вušних раковин і носової перетинки, супроводжуються фізичними й функціональними розладами, що додатково впливають на психічний стан пацієнта [13].

Косметичний дефект досить часто починає впливати на пацієнта ще у дитячому віці, особливо в період статевого дозрівання, що, безумовно, негативно відображається на формуванні характеру. У таких людей особистість формується із переважанням рис сором'язливості, нерішучості, поведінкової стратегії уникання у конфліктних ситуаціях. На тлі відчуття меншовартості вони починають вважати, що їх постійно розглядають оточуючі, сміються над ними, і це в підсумку призводить до різкого обмеження суспільних контактів, відбивається на працездатності, шкодить соціально-економічній успішності [14].

Іноді батьки, піклуючись про майбутнє своїх дітей, спонукають їх змінити свою зовнішність (частіше за все форму носа або вушних раковин). У таких випадках має виникати настороженість щодо можливої психічної патології у самих батьків, часто доцільною є сімейна психотерапія, а іноді й фармакологічний вплив.

При набутих великих ушкодженнях і вадах тканин голови й шиї, що супроводжуються втраченою комплексу тканин і окремих органів, нарівні з важкими моральними стражданнями пацієнти зазнають значних функціональних порушень. Іноді відбувається порушення мовлення, що додає їм комунікативних труднощів, робить невпевненими у собі. При заміщенні великих дефектів тканин виникає необхідність пошуку пластичного матеріалу, відновлювальне лікування таких хворих довготривале й технічно складне. При цьому кількість тільки власне відновлювально-реконструктивних операцій становить десятки, не враховуючи підготовчих і коригуючих втручань. Застосовуються багатоетапні пластичні операції, коли на кожному черговому етапі відновлюється одна із втрачених тканинних структур. На це йдуть місяці й роки, що ніяк не може не відбиватися на емоційному стані пацієнта. Ушкодження обличчя примушують таких пацієнтів носити захисні пов'язки, що виділяє їх у натовпі, вони починають уникати контактів, зазнають дезадаптації у трудовій і соціальній сферах діяльності.

Психічні порушення непсихотичного реєстру у пацієнтів із вадами зовнішності трапляються доволі часто, переважно набуваючи форми невротичних розладів, під якими мають на увазі «функціональні психічні розлади, обумовлені впливом психотравмуючих факторів, що перебігають з усвідомленням пацієнтом факту своєї хвороби, без порушення відображення реального світу, та які проявляються психогенно обумовленими емоційними та соматовегетативними симптомами» [15, 16]. Характер та вираженість психогенії при цьому мають достатньо велику варіабельність і індивідуальність.

Доволі поширеними є психосоматози: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка, а також відповідні функціональні розлади різних органів і систем організму. Такі хворобливі стани часто описують у науковій літературі як супровідні щодо так званого «психосоматичного розвитку особистості» [17].

Синдром дисморфобії вперше був описаний R. Morselli (1886) як суб'єктивне уявлення хворого про наявність у нього фізичного дефекту, спотворення зовнішності, яке, як йому здається, є помітним для оточуючих. Пацієнт із дисморфобією впевнений, що одна із частин його тіла занадто велика, мала чи спотворена [18]. Інші ж люди сприймають зовнішність пацієнта абсолютно нормальною або малопомітно аномальною, проте хворий не вірить у щирість їхніх запевнянь і спроб заспокоїти його.

Як правило, хворі скаржаться на спотворену форму чи аномальні розміри носа, вух, рота. Нерідко вони занурюються у думки про свої вади та відчувають при цьому глибокі страждання, вважаючи, що всі навкруги звертають увагу на цей недолік і активно й недоброчливо обговорюють його між собою. У відповідь на незначний або уявний дефект вони стають одержимими наявним «недоліком», який вважають причиною всіх негараздів і життєвих труднощів. Хворі із абсолютною переконаністю доводять, наприклад, що якби вони мали гарну форму носа, то мали б шанс стати більш успішними у роботі, суспільному житті, сексуальних стосунках. Вони добиваються здійснення різноманітних естетичних операцій, але через недостатню, на їхню думку, ефективність хірургічного лікування відчувають лише погіршення свого стану.

Синдромом дисморфобії може бути проявом розладів особистості, шизофренії, депресії. У хворих із психозами така фіксація на своєму «недоліку» має маячний характер, у пацієнтів із розладами особистості, як правило, є надцінною ідеєю [19].

В американській класифікації DSM уведено нову категорію — дисморфобічний розлад (дисморфобія), призначенням якої є випадки, коли вона не є вторинною відносно іншого психічного розладу. Цим терміном визначається «фіксація на уявному дефекті зовнішності», при якому впевненість у наявності такого дефекту не сягає інтенсивності, характерної для маячіння. Обґрунтування для виділення цього синдрому в окрему категорію на теперішній час не можна вважати доконаним [20].

У більшості випадків дисморфобія досить важко піддається лікуванню. За наявності супровідного психічного розладу слід лікувати її

загальноприйнятими методами, надаючи хворому психологічну допомогу для подолання дезадаптації.

Після остаточного прийняття рішення про необхідність хірургічного втручання додатковим стресором для пацієнта стає очікування власне операції та її наслідків. Основними проявами операційного стресу виступають емоційні феномени, зокрема тривога. Внутрішні переживання в очікуванні майбутньої операції мають різноманітний характер. Інтровертовані пацієнти схильні до переживання «в собі», що виявляється зовнішньою відстороненістю, зниженим фоном настрою, зрушенням кола інтересів. У випадку ж екстраверсивної спрямованості особистості більш характерними реакціями є паніка із втратою самовладання, виражена тривога, страх, плач, метушливість і благаання про допомогу. Усе це створює обстановку, яка надалі сприяє розвитку своєрідного післяопераційного неврозу [21].

Не можна переходити до хірургічної корекції зовнішності, не стабілізувавши психічний стан пацієнта. У разі якщо оперативне втручання здійснюється на фоні патологічних проявів у вигляді маячіння, нав'язливостей, тривоги, депресивного синдрому, то після операції вони, як правило, не редукуються, а навпаки, психічний стан пацієнта ще більше погіршується незалежно від ефективності власне косметичного впливу. Погіршення психічного стану неминуче настає навіть після деякої короткочасної видимості поліпшення у ранньому післяопераційному періоді.

Окрім того, будь-яка операція у післяопераційному періоді закономірно супроводжується розвитком астеничного стану, що іноді маскується позитивними емоціями від перспективи «нового життя» із виправленою зовнішністю. Пацієнт стає емоційно неврівноваженим, його емоційний фон знижується, виявляються підвищена сенситивність, вразливість. При цьому рудиментарна депресивна симптоматика може лишатися доволі стійкою протягом тривалого часу навіть після виписки зі стаціонару. Лабільність психіки післяопераційних хворих робить її вразливою до навіть найменших травмуючих впливів, що можуть призводити до тяжких наслідків, аж до суїцидальних спроб. Тому у всіх випадках прийняття рішення щодо хірургічної корекції зовнішності актуальною є не тільки необхідність проведення консультацій фахового медичного психолога або психіатра, але їх супровід пацієнтів, особливо проблемних, на всіх етапах естетичної корекції [22].

З огляду на отримані дані, можна зробити висновок про те, що незадоволеність своєю зовнішністю у значній частині випадків є наслідком психічної патології неспихотичного регістра і вимагає перш за все психокорекційної, а не

хірургічної допомоги. Це перш за все стосується пацієнтів із різноманітними незначними косметичними дефектами, на яких фіксується невинувато підвищена увага.

Такі результати свідчать про необхідність побудови системи надання допомоги в галузі пластичної хірургії, при якій пацієнти з дефектами і деформаціями, незалежно від мотивів звернення до естетичної хірургії, перед проведенням реконструктивного втручання повинні проходити комплексне всебічне обстеження із залученням медичних психологів і психіатрів. Фахівці мають допомогти диференційовано сформулювати адекватну систему психопрофілактичної і психотерапевтичної роботи пацієнтам із вродженими і набутими вадами, а також сприяти поліпшенню якості їхнього життя.

Список літератури

1. Герасименко Л. О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя і їх психотерапевтична корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія» / Л. О. Герасименко.— Харків, 2007.— 21 с.
2. Герасименко Л. О. Психотерапевтична корекція в роботі з пацієнтами, які мають дефекти та деформації обличчя / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Д. С. Аветіков.— Полтава: УМСА, 2008.— 128 с.
3. Герасименко Л. О. Клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя / Л. О. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— № 2.— С. 47–49.
4. Психологические аспекты патологических телесных ощущений при психических расстройствах, реализующихся в пространстве кожного покрова / А. Ш. Тхостов, М. Г. Виноградова, А. А. Ермушева, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине.— 2014.— № 1.— С. 14–25.
5. Сац Е. А. Особенности самосознания у женщин — клиентов косметологических услуг / Е. А. Сац, И. М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования.— 2015.— № 1.— С. 1563.
6. Александров А. А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица / А. А. Александров, Е. С. Багненко // Вестн. психотерапии.— 2017.— Т. 41, № 46.— С. 52–66.
7. Герасименко Л. А. Особенности тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с дефектами и деформациями лица / Л. А. Герасименко // Мед. психология.— 2006.— № 1.— С. 21–24.
8. Томпсон А. Р. Образ тела в дерматологии / А. Р. Томпсон // Психические расстройства в общей медицине.— 2013.— № 2.— С. 36–39.

9. Герасименко Л. А. Особенности ценностно-мотивационной сферы пациентов с дефектами и деформациями лица / Л. А. Герасименко // Мед. психология.— 2007.— № 3.— С. 30–32.
10. Скрипніков А. М. Внутрішня картина хвороби у жінок із дефектами та деформаціями обличчя / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Л. А. Салій // Мед. психология.— 2016.— № 2.— С. 52–56.
11. Білявська М. В. Естетична медицина. Психологічні особливості / М. В. Білявська, О. П. Романів // Економіка і право охорони здоров'я.— 2018.— № 2 (8).— С. 91–92.
12. Роль психотравмуючих факторів у формуванні три-возно-фобічних розладів / Н. О. Марута [та ін.].— Харків, 2012.— 251 с.
13. Psychiatric evaluation in dermatology: an overview / P. Sharma, K. Sreejayan, S. Ghosh, R. Behere // Indian J. of Dermatology.— 2018.— Vol. 58, Iss. 1.— P. 39–43.
14. Скрипніков А. М. Ефективність та доцільність проведення сімейної психотерапії при невротичних розладах у жінок / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков // Архів психіатрії.— 2015.— № 1.— С. 140–142.
15. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders — therapeutic aspects / P. Filakovic, A. Petek, O. Koic [et al.] // Psychiatria Danubina.— 2009.— Vol. 21, Iss. 3.— P. 401–410.
16. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич.— М.: МИА, 2003.— 432 с.
17. Скрипніков А. М. Діагностичний процес у психіатрії / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков.— Полтава: АСМІ, 2012.— 128 с.
18. Мороз С. М. Дисморфофобия и дисморфомания: зеркало обманывает / С. М. Мороз, И. Яворская // Косметолог.— 2015.— № 6 (74).— С. 108–110.
19. Petrova N. N. Dymorphophobia in clinic of aesthetic surgery / N. N. Petrova, O. M. Gribova // Mental disorders in general medicine.— 2014.— № 1.— С. 26–30.
20. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th ed., Text Revision: DSMIV-TR / American Psychiatric Association.— Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.— 943 p.
21. Герасименко Л. А. Применение групповой психотерапии в реабилитации пациентов после проведенных пластических операций / Л. А. Герасименко // Мед. психология.— 2006.— № 4.— С. 59–61.
22. Скрипніков А. Н. Современные психотерапевтические стратегии в лечении пациентов с дефектами и деформациями лица / А. Н. Скрипніков, Л. А. Герасименко, Р. И. Исаков // Вестн. проблем биологии и медицины.— 2016.— Вып. 2, т. 1 (128).— С. 98–101.

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ
(обзор литературы)**

Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

Описана типология реакций пациентов на недостатки внешности, систематизированы базовые типы острых психологических реакций. Обобщены основные поведенческие стратегии людей с дефектами внешности, сгруппированы особенности и отличия пациентов, которые обращаются за помощью к пластической эстетической хирургии. Подчеркнута важная роль их психологического и психотерапевтического сопровождения.

Ключевые слова: врожденные и приобретенные дефекты, пластическая хирургия, дисморфофобия.

**MENTAL AND PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS
WITH CONGENITATES AND ACQUIRED DISEASES
(literature review)**

L. O. HERASYMENKO

The typology of response of the patients to inaesthetism has been described, basic types of acute psychological reactions have been systematized. The basic behavioral strategies of people with appearance defects were summarized, the features and differences of patients seeking the help with plastic aesthetic surgery have been grouped. The important role of their psychological and psychotherapeutic support is emphasized.

Key words: congenital and acquired defects, plastic surgery, dysmorphophobia.

Надійшла 02.09.2019