

# ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЛИЦА

## ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ ОБЛИЧЧЯ

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО

*Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава*

**Исследована тревожно-депрессивная симптоматика у пациентов с дефектами и деформациями лица и мотивация их обращения за помощью к специалистам по пластической хирургии. Выявлены психологические и клиничко-психопатологические различия между группами пациентов в зависимости от мотивов обращения.**

*Ключевые слова: дефекты, деформации лица, пластические операции, психотерапевтическая коррекция.*

**Досліджено тривожно-депресивну симптоматику у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя та мотивацію їх звернення за допомогою до спеціалістів із пластичної хірургії. Виявлено психологічні і клініко-психопатологічні відмінності між групами пацієнтів залежно від мотивів звернення.**

*Ключові слова: дефекти, деформації обличчя, пластичні операції, психотерапевтична корекція.*

Восприятие красоты как гармоничного соответствия частей лица и тела является сугубо индивидуальным и непостоянным. Понятие красивой внешности меняется и сегодня. Средства массовой информации заметно трансформировали представление об идеальном образе человека [1]. На это понятие влияют также изменившиеся в последние годы социально-бытовые условия. Конкуренция в сфере профессиональных взаимоотношений заставляет людей быть более требовательными в отношении собственной внешности. Экономический прогресс определил необходимость в людях молодых и динамичных, внешний вид которых указывает на хорошую работоспособность. У людей, заботящихся о своей внешности, есть союзники — косметологи, использующие продукцию тысяч химико-фармацевтических лабораторий различных стран [2, 3]. Однако в тех случаях, когда общедоступные косметические средства бессильны изменить недостатки внешности, пациенты зачастую прибегают к помощи эстетической пластической хирургии [4].

Другая достаточно многочисленная группа потенциальных клиентов пластических хирургов — лица, для которых коррекция внешнего облика обусловлена стремлением обеспечить необходимое «качество жизни», особенно при уродующих дефектах лица. Это требует проведения реконструктивных операций по абсолютным

медицинским показаниям. Сегодня эта проблема становится все более значимой вследствие значительного возрастания бытового и производственного травматизма, онкологической патологии, техногенных катастроф, террористических актов [5, 6].

Такая ситуация требует повышенного внимания к проблемам реконструктивной хирургии ученых других направлений, в частности, психологов и психиатров [7]. Это связано с тем, что оказание психологической и психиатрической помощи пациентам с дефектами и деформациями головы является одним из основных факторов оптимизации деятельности по хирургической коррекции внешности [8, 9]. Но несмотря на появление ряда исследований, посвященных этим вопросам [3, 4], остаются недостаточно исследованными многие аспекты данной проблемы, в том числе касающиеся психологических и клиничко-психопатологических особенностей пациентов, обращающихся за помощью к пластическим хирургам.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей тревожно-депрессивной симптоматики у лиц с дефектами головы и шеи, которые обратились за помощью к специалистам по пластической хирургии.

Под наблюдением находились 84 пациента с дефектами и деформациями лица и шеи, проходившие курс лечения в клинике пластической

реконструктивной хирургии г. Полтавы. Пациенты были в возрасте от 19 до 52 лет. Женщины составили 74,52 %, мужчины — 25,48 %. При их обследовании использовали клинико-психопатологический, патопсихологический методы (опросник самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера—Ю. Л. Ханина, шкала депрессии Гамильтона), а также социологический метод.

Все пациенты были изначально разделены нами на три группы соответственно доминирующим мотивам их обращения за медицинской помощью. К первой были отнесены те, у кого дефекты или деформации явно выходили за пределы физиологической и эстетической нормы, принятой в косметологии, обезображивали внешность, были видны при первом же взгляде на больного. Они составили 21,43 % от всех обследованных. Эта группа была представлена в равной степени как женщинами, так и мужчинами. Имеющиеся у них дефекты и деформации были преимущественно приобретенным (84,32 %) вследствие оперативных вмешательств и техногенных катастроф. Основным мотивом их обращения за медицинской помощью было желание достигнуть социально приемлемых стандартов внешности (89,12 %). Пациентам этой группы реконструктивное оперативное вмешательство проводилось по абсолютным медицинским показаниям.

Ко второй группе были отнесены пациенты с разнообразными незначительными косметическими дефектами, на которых, тем не менее, фиксировалось неоправданно повышенное внимание вследствие субъективных факторов. Пациенты этой группы составили 40,47 % всех обследованных. В нее входили преимущественно женщины (84,29 %). Имеющиеся у них дефекты и деформации были в подавляющем большинстве случаев (81,23 %) врожденными. Мотивами обращения за пластической коррекцией было прежде всего желание наладить межличностные отношения, затем достичь успеха в профессиональной сфере (16,91 %); преодоление психологических проблем, связанных с неудовлетворенностью своей внешностью (8,31 %). Эстетическая коррекция проводилась им по относительным медицинским показаниям. Наиболее часто проводимыми пластическими операциями в данной группе были: ринопластика, отопластика, изменение формы глаз, увеличение губ.

Третью группу (38,10 % общего количества обследованных) составили пациенты, которые хотели провести коррекцию возрастных изменений лица. Помимо сугубо эстетических требований (38,58 %), доминирующими мотивами их обращения за помощью к пластическим хирургам были карьерные соображения (35,29 %) и стремление к гармониза-

ции сексуальной жизни (26,13 %). Все пациенты этой группы имели хорошие материально-бытовые условия и отличались относительной социальной успешностью. В этой группе также большинство составили женщины (68,48 %). Пластические операции (преимущественно пластика век, лифтинг лица) проводились им по относительным медицинским показаниям.

Проведенное нами клинико-психопатологическое обследование позволило выявить у 74,48 % лиц, обратившихся за помощью к специалистам по пластической хирургии, ту или иную психическую патологию непсихотического регистра.

В первой группе у большинства пациентов имела место симптоматика тревожных и тревожно-депрессивных расстройств клинического (38,24 %) и субклинического (52,86 %) уровня.

С помощью опросника Спилбергера—Ханина были определены очень высокие (свыше 48,43 балла) среднегрупповые показатели реактивной тревожности, что клинически проявлялось в виде напряженности (92,48 %), беспокойства (76,44 %), нервозности (76,44 %), снижения концентрации внимания (56,88 %).

Пациенты испытывали тревогу по поводу ожидаемых результатов одновременно с ощущением беспомощности в связи со способностью повлиять на них. Тревожный аффект сопровождался астенизацией и obsessивными проявлениями. Когнитивный компонент тревоги проявлялся во внутреннем напряжении и возбуждении, неспособности отвлечься, постоянно испытываемом желании осуществить коррекцию дефекта или деформации, что служило неиссякаемым источником неприятных переживаний.

Различные сомнения и страхи пациенты испытывали в предоперационном периоде. Моторный компонент тревоги включал неусидчивость (76,44 %), тремор (64,28 %), суетливость (64,28 %), головную боль напряжения (32,42 %). Вегетативная симптоматика была представлена тахикардией (56,88 %), гипергидрозом (42,64 %), лабильностью артериального давления (32,42 %), головокружениями (32,42 %). На общем фоне повышенной тревожности у 16,21 % пациентов отмечались навязчивые размышления по поводу возможных осложнений от наркоза и вследствие самого оперативного вмешательства.

При интерпретации результатов обследования по шкале HRDS в первой группе пациентов с выраженными дефектами и деформациями, обезображивающими внешность, у 32,42 % из них уровень депрессии, согласно МКБ-10, соответствовал легкому депрессивному эпизоду (7–16 баллов) и у 21,18 % — умеренному депрессивному эпизоду (17–27 баллов).

Депрессивный синдром характеризовался наличием в различной степени выраженного аффекта тоски. Угнетенное состояние, переживания по поводу имеющегося дефекта, подозрения по поводу повышенного внимания окружающих к нему, низкая самооценка, представление о своей ущербности и несостоятельности, внешней непривлекательности сопровождались негативной оценкой настоящего и будущего, отсутствием возможности получать удовольствие от жизни.

У 42,62 % пациентов данной группы отмечались также нарушения ритма сна, ослабление либидо (16,21 %), снижение аппетита (16,21 %). Следует отметить, что моторный компонент депрессивной триады был выражен незначительно и проявлялся преимущественно в потере обычной легкости и быстроты выполнения повседневных заданий. Все пациенты осознавали и сами отмечали непосредственную связь своего состояния с психотравматической ситуацией ожидания результатов оперативного вмешательства.

Во второй группе пациентов, которые обратились за помощью с целью улучшить свою внешность, устранить малозаметные для окружающих деформации и дефекты лица, было выявлено доминирование личностной патологии (43,27 %) и аффективных расстройств (24,39 %).

С помощью методики Спилбергера—Ханина у них был установлен относительно низкий среднегрупповой уровень тревожности (27,8 балла), который, на наш взгляд, является результатом активного личностного стремления показать себя в «лучшем свете», что сопровождается процессами вытеснения нежелательных представлений.

Пациентам данной группы был присущ устойчивый поиск возможностей для привлечения к себе внимания окружающих. Способы привлечения внимания сводились преимущественно к гиперкоммуникативности, экстравагантному поведению, акцентированию эмоциональных реакций, манипулятивным тенденциям в поведении. Межличностные отношения при этом носили поверхностный характер, отличались нестойкостью и избирательностью.

Повышенная зависимость этих пациентов от мнения окружающих делала их крайне уязвимыми и ранимыми. Невозможность в реальных условиях достичь желанного идеализированного отношения к себе фрустрировала и дезадаптировала их, заставляя стремиться к поиску новой деятельности, благодаря которой они снова могли бы оказаться в центре внимания.

При интерпретации данных, полученных в результате обследования пациентов второй группы по шкале депрессии Гамильтона, легкий депрессивный эпизод был диагностирован у 8,45 % из

них. Для таких пациентов было характерно ощущение усталости, чрезмерности нагрузок при незначительных физических и умственных упражнениях. В целом эти пациенты пребывали в плохом настроении, высказывали жалобы на ухудшение общего самочувствия.

В третьей группе у 44,48 % пациентов наблюдалось заострение аффективно-неустойчивых и демонстративных черт личности. Сам факт формирования возрастных изменений внешности, особенно лица, все пациенты расценивали как закономерный, неотвратимый жизненный этап. Необходимо обратить внимание, что все пациенты этой группы были в возрасте 41 года — 52 лет, который в большинстве случаев характеризуется появлением вазомоторных и эндокринно-метаболических нарушений инволюционного характера. Поэтому подобную симптоматику можно рассматривать как субклинические варианты нейropsychических проявлений климактерического синдрома.

При обследовании по методике Спилбергера—Ханина у всех этих пациентов определялся оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги» (31,44 балла). По шкале HRDS депрессивной симптоматики клинический уровень у них также не выявлялся.

Таким образом, проведенное нами клинико-психопатологическое обследование лиц, обратившихся за помощью к специалистам по пластической хирургии, позволило установить у большинства из них — 74,48 % — наличие разнообразной психической патологии непсихотического регистра.

Учитывая полученные данные, можно сделать вывод о том, что неудовлетворенность своей внешностью в значительном числе случаев является следствием психической патологии непсихотического регистра и требует прежде всего психокоррекционной, а не хирургической помощи. Это прежде всего касается пациентов с разнообразными незначительными косметическими дефектами, на которых они фиксируют неоправданно повышенное внимание.

Это свидетельствует о необходимости разработки системы оказания психологической помощи пациентам пластических хирургов вне зависимости от мотивов обращения к эстетической хирургии. Перед проведением реконструктивного вмешательства эти пациенты должны проходить комплексное всестороннее обследование с привлечением медицинских психологов и психиатров. Психопрофилактическая и психотерапевтическая работа с данным контингентом пациентов будет способствовать повышению у них и лечебного эффекта, и качества жизни.

Литература

1. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
2. Фришберг И. А. Эстетическая хирургия лица.— М.: Академкнига, 2005.— 276 с.
3. Критерии качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др.— Харьков: Арсин, 2004.— 240 с.
4. Зинина Е. Н., Юдин В. А. Психологический статус пациентов с косметическими дефектами лица // Актуальн. вопр. чел.-лиц. и эстет. хирург.— М., 2002.— С. 13.
5. Кравченко А. В. Красота руками хирурга.— М.: Кристина, 2005.— 357 с.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Уч. пособие.— Самара: БАХРАХ-М, 2001.— 617 с.
7. Венгер О. П. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харків, 2003.— 20 с.
8. Reich J. The interface of plastic surgery and psychiatry // Clin. Pl. Surg.— 1982.— Vol. 9.— P. 370.
9. Убайдуллаев Х. А. Медицинская реабилитация онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1991.— 18 с.

Поступила 28.08.2006