

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ У ЖІНОК ІЗ ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ОБЛИЧЧЯ

ВНДЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Досліджено внутрішню картину хвороби у жінок із дефектами та деформаціями обличчя у до- та післяопераційний періоди з урахуванням їх клініко-психопатологічних особливостей. Проведено клініко-діагностичну оцінку стану їхнього психічного здоров'я. Отримані дані можуть бути використані під час планування терапевтичних, оперативних, реабілітаційних та реадaptaційних заходів для цієї категорії хворих.

Ключові слова: дефекти та деформації обличчя, внутрішня картина хвороби, психосоціальна дезадаптація.

Відомо, що наявність у людини дефектів та деформацій зовнішності, насамперед ділянки обличчя, може впливати на її особистість, характер та поведінку, спричинити порушення емоційної та мотиваційної сфер [1].

Особливо це стосується жінок, які мають косметичні дефекти — набуті чи вроджені відхилення від фізіологічної норми, що заважають відчувати себе вільними у суспільстві [2]. У переважній більшості випадків косметичні вади не заважають фізіологічній функції, хоча є й такі, що значно виражені й можуть спричинити розвиток тяжких розладів фізичного та психічного характеру [2, 3]. Косметичні дефекти викликають інколи неадекватні реакції оточуючих, стають приводом для душевних страждань цієї категорії пацієнтів [4].

Вони досить часто діють на особистість ще в дитячому віці та в період статевого дозрівання, що, безумовно, негативно відображається на формуванні характеру людини [8]. Відчуття власної неповноцінності нерідко виключає особу із нормального трудового змагання, відбивається на працездатності, зменшує можливість заробітку та знижує загальний психічний та життєвий тонус [5–8].

Загалом, за статистичними даними, дефекти і деформації зовнішності не відбиваються на фізіологічному функціонуванні, а операційне втручання здійснюється виключно за бажанням пацієнта [9]. Але певні косметичні дефекти, наприклад, аномалії вушних раковин та носової перетинки, що супроводжуються фізичними та функціональними розладами, майже завжди потребують оперативної корекції [10].

Психічні порушення неспихотичного реєстру у пацієнтів із дефектами і деформаціями обличчя трапляються доволі часто — від 20 до 100% випадків за різними даними [11]. Пластична операція

при цьому відіграє роль не лише поверхового виправлення недоліків, а є базовим, патогенетично обґрунтованим методом лікування [12].

Формування внутрішньої картини хвороби (ВКХ) за наявності дефектів та деформацій зовнішності має свої закономірності. Динамічне вивчення ставлення особистості до ситуації та особливостей лікування дало змогу зробити висновок, що ВКХ не є статичною і зазнає поступових змін [13], а її динаміка залежить як від зовнішніх, так і від внутрішніх причин.

До внутрішніх чинників належать біологічні (спадковість та конституція, перебіг вагітності та пологів, стать, вік, перенесені захворювання) і психологічні (преморбідні особливості особистості, психічні травми, характер психічних розладів та характерологічні зміни, які виникли в процесі захворювання). Зовнішніми факторами вважають соціальні причини (особливості виховання, сімейний стан, освіта, трудова діяльність), а також об'єктивну ситуацію, що пов'язана з формуванням дефекту чи деформації і раніше застосованими методами лікування [13]. Спостереження дали підстави вважати, що для динаміки ВКХ у кожний конкретний момент велике значення мали умови, які враховували вплив мікрооточення: родини, друзів, медперсоналу та хворих у відділенні [14, 15]. Доведено також, що на різних етапах залежно від характеру лікування питома вага впливу ендогенних і екзогенних причин на формування ВКХ змінюється [16].

Необхідно зазначити, що ставлення пацієнта до хвороби формується з когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів. Когнітивний компонент містить знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі і впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз. Емоційний компонент включає це відчуття і переживання хвороби та всієї ситуації, що

з нею пов'язана. Поведінковий компонент — це обумовлені хворобою реакції, які сприяють адаптації або дезадаптації до неї і виробленню певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях (прийняття або неприйняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістична установка тощо) [17].

Мета цього дослідження — вивчення ВКХ жінок із дефектами та деформаціями обличчя у до- та післяопераційний періоди з урахуванням їх клініко-психопатологічних особливостей.

За останні півтора року нами було обстежено 167 жінок віком від 22 до 42 років, які мали вроджені чи набуті дефекти і деформації обличчя, що створювали помітне відхилення від естетичної норми, спотворювали зовнішність та були добре помітними при першому погляді на хвору.

Усіх обстежених було розподілено на дві групи: до першої (основної) увійшли 96 жінок, або 57,48 % від загальної кількості, які мали вроджені чи набуті дефекти і деформації обличчя, що явно відхилялись від ustalених фізіологічної та естетичної норм; до другої (групи порівняння) — 71 (42,51 %) особа з незначними косметичними вадами, проте ці пацієнтки були категорично не задоволені своєю зовнішністю і бажали її кардинально покращити. Отже, у цій групі оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за відносними медичними показаннями.

Обидві групи були гомогенними за основними характеристиками.

Для дослідження психічного стану пацієнток використовували клініко-діагностичну оцінку стану їх психічного здоров'я, типологію психологічного реагування на хворобу за А. Є. Личко та Н. Я. Івановим [18].

Згідно з отриманими даними клініко-психопатологічного обстеження 167 жінок мали нозологічно окреслену психічну патологію. Психічні неспокійні розлади у жінок із дефектами та деформаціями обличчя відповідно до МКХ-10 мали таку клінічну структуру: дистимія F34.1 (22,15 %), змішаний тривожно-депресивний розлад F41.2 (28,14 %), розлади адаптації F43.2 (7,18 %), посттравматичний стресовий розлад F43.1 (9,58 %), неврастенія F48,0 (17,96 %) та соматоформні розлади F45.0 (14,97 %).

Синдромальна структура діагностованих психічних розладів представлена таким чином: тривожний синдром — 37,06 %, тривожно-депресивний — 16,99 %, тривожно-іпохондричний — 18,94 %, астено-невротичний — 29,92 %, агрипнічний — 6,80 %, дисморфофобічний — 5,20 %, істеричний — 15,90 %.

За результатами дослідження типів ставлення до хвороби було встановлено, що в основній

групі переважали тривожний, неврастенічний та іпохондричний типи ВКХ. *Тривожний тип* ВКХ є найпоширенішим при дефектах та деформаціях обличчя, він траплявся у 27 (28,12 %) обстежених жінок, які були постійно занепокоєні та підозрілі відносно несприятливого перебігу пластичного оперативного втручання, можливих ускладнень, неефективності та навіть небезпечного лікування, некомпетентності медичного персоналу. Ці пацієнтки неодноразово зверталися до різноманітних установ пластичної хірургії, консультувалися у кількох спеціалістів однієї галузі, збирали дані про можливість лікування дефекту/деформації тим чи іншим методом. Результати аналізів, діагностичних процедур, висновки спеціалістів жінок цікавили більше, ніж особисті відчуття. Тривога проектувалася на майбутнє та викликала страхи щодо погіршення зовнішності після пластичного втручання. Проявами тривоги жінок із дефектами обличчя був підвищений інтерес до медичної літератури, прискіпливість до медичного персоналу, недовіра до отримуваних від лікарів відомостей про їх лікування.

При *іпохондричному типі* ВКХ жінки зосереджувалися на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, про які постійно розповідали оточуючим. Елементи перебільшення існуючих та пошуку нових дефектів чи деформацій зовнішності були виявлені у 15 (15,62 %) осіб цієї групи. Вони висловлювали скарги на побічну дію ліків, недостатню ефективність знеболювальних засобів при адекватних призначеннях лікарів. У жінок відзначалось поєднання бажання проведення пластичного оперативного втручання зі страхом шкоди й болючості процедур, відсутністю віри в успіх та позитивний результат пластичної операції. Такі жінки відчували полегшення, якщо співрозмовник ставився до них доброзичливо і співчутливо. У цих пацієнток з'являється схильність до деталізації свого самопочуття при описуванні його лікарям та іншим слухачам, мотивацією ретельного опису скарг є страх пропустити важливу деталь, яка може стати суттєвою під час проведення діагностичних та лікувальних процедур. Негативну реакцію жінок викликала недовіра до їх численних скарг із боку лікарів та оточуючих.

Неврастенічний тип реагування був досить поширеним, спостерігався у 26 (27,05 %) жінок із дефектами чи деформаціями обличчя, характеризувався неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання. Таким чином реагували на хворобу переважно пацієнтки, які мали досвід неодноразового пластичного оперативного втручання, але не отримували в результаті очікуваного результату або отриманий ефект не задовольняв їх бажання. Характерними були спалахи

роздратування, особливо як реакції на біль та неприємні відчуття після операції, його причинами були як фізичні явища (яскраве світло, сильні звуки, різкі запахи), так і оточуючі (родичі, персонал). Основними характерними відмінностями для жінок основної групи були нетерпимість до больових відчуттів, нездатність дочекатися полегшення, що в майбутньому призводило до каяття за нестриманість й прискіпливість.

Провідним проявом при *меланхолічному (депресивному) типі* ВКХ у 10 (10,41%) жінок був пригнічений настрій, відсутність віри в одужання та негативні перспективи лікування, їм були притаманні суїцидальні висловлювання. Неспроможність вбачати та використовувати механізми саногенезу призводило до песимістичної оцінки майбутнього, зневіри в лікуванні та суїцидальних намірів.

Байдужість до своєї долі, хвороби, результатів лікування характеризувала 8 (8,33%) жінок з *апатичним типом* ВКХ. Пацієнтки потребували постійного нагадування, стороннього наполягання та спонування під час лікування. Зазвичай їхня байдужість була обумовлена депресією та фіксацією на дефекті чи деформації зовнішності.

У 5 (5,2%) жінок із дефектами чи деформаціями обличчя при *обсесивно-фобічному типі* ВКХ домінували нав'язливі думки, побоювання й особливо ритуали. Досить часто пацієнтам була притаманна тривожна підозрілість, але передусім вона стосувалась не реальних побоювань, а малоймовірних та незначних ускладнень хвороби, невдачі оперативного лікування.

Сенситивний тип реагування на хворобу відзначався несміливістю, сором'язливістю та підвищеною скромністю 8 (8,33%) пацієнток. Таких жінок турбували можливе несприятливе враження, яке справляє на оточуючих їх наявний дефект або деформація обличчя. Вони побоювалися, що оточуючі будуть їх уникати, вважати неповноцінним та зневажливо до них ставитися. Основою такого типу ВКХ були рефлексивний стиль мислення, орієнтація на погляди й оцінку оточуючих. У зв'язку із цим суттєвими стають не особисті больові або неприємні відчуття внаслідок дефекту обличчя, а реакція на інформацію про хворобу з боку референтної групи. Жінки, які схильні до вибачого стилю поведінки, досить часто на шкоду власному здоров'ю соромляться звертатися до лікарів та вчасно отримувати кваліфіковану медичну допомогу.

«Занурення у хворобу», демонстрація страждань близьким та оточуючим, переживання з метою привернути увагу та повністю оволодіти нею в повному обсязі характеризували 11 (11,45%) пацієнток із *егоцентричним (істеричним) типом* реагування на хворобу. Вони вимагали виключної

турботи, увагу оточуючих за мить переключали «на себе», невпинно демонстрували свій винятковий дефект обличчя. Під час лікарського огляду хворі виразно та манірно розповідали про наявний дефект чи деформацію, яку значно перебільшували й прикрашали.

Ейфорійний тип ВКХ виявлявся необґрунтовано підвищеним настроєм, зневажливим ставленням до наявного дефекту обличчя, який зазвичай порушував фізіологічну функцію, до запланованого оперативного втручання. Такий тип установлений у 7 (7,29%) жінок — метушливих, гомінких, нарочито веселих осіб, які не могли усвідомити свій стан у повному обсязі.

Паранояльний тип ВКХ відбиває світоглядну позицію жінки, яка вбачає таємничу суть її деформації чи дефекту зовнішності. Ці 6 (6,25%) пацієнток характеризувалися конфліктами з медичним персоналом, звинуваченнями їх у халатності та непрофесійності, підозрілістю до лікарських призначень та доцільності проведення процедур. Вони запевняли, що наявний дефект зовнішності є результатом якогось злого задуму.

У групі порівняння жінки мали гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи ВКХ. За результатами обстеження 29 (40,84%) пацієнткам із *гармонійним типом* була притаманна твереза оцінка свого стану без схильності перебільшення його тяжкості та без схильності бачити все в похмурому світлі. Жінки активно сприяли успіху лікування, спиралися у своїх реакціях на відомі пластичній хірургії факти про можливість проведення оперативного втручання, наявність ускладнень, очікування реальних результатів.

Жінки з *анозогностичним типом* ВКХ (25 (35,21%)) активно відкидали думки про можливість змінити зовнішність за допомогою пластичної хірургії, про можливі її наслідки. Вони не визнавали себе хворими, не бажали рахуватися з реальним станом речей та прагнули змін без проведення будь-яких медичних маніпуляцій.

Ергопатичний тип ВКХ був установлений у 17 (23,94%) жінок, які прагнули займатися своєю професійною діяльністю навіть за наявності болю та страждань через дефект чи деформацію обличчя, не усвідомлювали наслідків та переваг пластичного оперативного лікування.

Співставлення результатів, отриманих в обстежених групах, свідчить про достовірне переважання ознак психічної дезадаптації в основній групі, що на рівні клінічної симптоматики проявлялося реакціями дратівливої слабкості, тривожності, пригніченого стану, «занурення» у хворобу, відмови від боротьби, тобто «капітуляції» перед вадами. У жінок, які належали до групи порівняння, ознак психосоціальної дезадаптації не визначено.

Установлення ВКХ з урахуванням клініко-психопатологічних особливостей пацієнток із дефектами та деформаціями зовнішності дає можливість позитивно вплинути на якість як терапевтичних, так і оперативних підходів. Система лікувально-діагностичних заходів повинна мати комплексний характер та враховувати не лише перебіг оперативного втручання, ефект від нього, а й психоемоційний стан жінки, її ставлення до захворювання, що позитивно впливатиме на відновлення соціального функціонування, підвищення якості життя пацієнтки, допомагатиме спланувати реабілітаційні та реадaptaційні програми для цієї категорії хворих.

Список літератури

1. Шамов С. А. Особенности психических нарушений у больных зрелого возраста с косметическими недостатками лицевой области / С. А. Шамов.— М.: Авэо, 1982.— 170 с.
2. Скрипніков А. М. Психотерапевтична корекція в роботі з пацієнтами, які мають дефекти та деформації обличчя / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Д. С. Аветіков.— Полтава: [б. в.], 2008.— 128 с.
3. Зими́на Е. Н. Психологический статус пациентов с косметическими дефектами лица / Е. Н. Зими́на, В. А. Юдин.— М.: Наука, 1997.— 201 с.
4. Беленькая Н. Я. Задача психиатра в косметологии / Н. Я. Беленькая.— М.: Аванта, 2005.— 12 с.
5. Марута Н. А. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак.— Харьков: Арсис, 2004.— 240 с.
6. Герасименко Л. О. Особенности личности, эмоциональной сферы, механизмы психологических защит, копинг-стратегии и типы отношения к болезни у пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией / Л. О. Герасименко // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.— 2015.— № 1 (19).— С. 54–61.
7. Лебедев Д. С. Клинико-эпидемиологические и психологические особенности состояний психической дезадаптации // Архив психиатрии.— 2004.— № 2.— С. 42–46.
8. Герасименко Л. А. Особенности тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с дефектами и деформациями лица / Л. А. Герасименко // Мед. психология.— 2007.— № 1.— С. 21–25.
9. Пушкарева Т. Н. К вопросу о роли психосоциальных факторов в развитии тревожных расстройств невротического уровня / Т. Н. Пушкарева // Архив психиатрии.— 2002.— № 2.— С. 29–32.
10. Герасименко Л. О. Доцільність та мотивація проведення естетичних операцій ділянки обличчя / Л. О. Герасименко // Актуальні проблеми сучасної медицини.— 2006.— № 4.— С. 131.
11. Горбушко В. Б. Комплексное лечение больных с приобретенными дефектами и деформациями ротовой области и лица / В. Б. Горбушко.— М.: Наука, 2002.— 251 с.
12. Вырупаев С. В. Улучшение результатов реабилитации больных с новообразованиями и дефектами головы и шеи / С. В. Вырупаев.— Уфа: [б. и.], 2005.— 124 с.
13. Марута Н. А. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) / Н. А. Марута, В. В. Мороз.— Харьков: Арсис, 2006.— 144 с.
14. Герасименко Л. О. Сучасні підходи до психосоціальної реабілітації пацієнтів з невротичними розладами / Л. О. Герасименко // Міжнародна науково-практична конференція «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку».— 2015.— С. 23–24.
15. Маркова М. В. Дисторфобия в психиатрической и общемедицинской практике: вопросы диагностики и лечения / М. В. Маркова // Архив психиатрии.— 2003.— № 3.— С. 136–138.
16. Юрьева Л. М. Кризисные состояния / Л. М. Юрьева.— Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998.— 164 с.
17. Герасименко Л. А. Применение групповой психотерапии в реабилитации пациентов после проведения пластических операций / Л. А. Герасименко // Мед. психология.— 2006.— № 4.— С. 60–63.
18. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич.— М.: Мед-Пресс-информ, 2002.— 387 с.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЛИЦА

А. Н. СКРИПНИКОВ, Л. А. ГЕРАСИМЕНКО, Л. А. САЛИЙ

Исследована внутренняя картина болезни у женщин с дефектами и деформациями лица в до- и послеоперационный периоды с учетом их клинико-психопатологических особенностей. Проведена клинико-диагностическая оценка состояния их психического здоровья. Полученные данные могут быть использованы при планировании терапевтических, оперативных, реабилитационных и реадaptaционных мероприятий для этой категории пациенток.

Ключевые слова: дефекты и деформации лица, внутренняя картина болезни, психосоциальная дезадаптация.

**INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE
IN WOMEN WITH DEFECTS AND DEFORMITIES OF THE FACE**

A. M. SKRYPNIKOV, L. O. HERASYMENKO, L. A. SALII

Internal picture of the disease in women with defects and deformities of the face was investigated in the pre- and the postoperative period, taking into account their clinical and psychopathological features. Clinical diagnostic assessment of their mental health was performed. The obtained data can be used for planning therapeutic, surgical, rehabilitation, and readaptation activities for this category of patients.

Key words: defects and deformities of the face, internal picture of the disease, psychosocial maladjustment.

Надійшла 25.03.2016