

17. Hurd, E. A., Domino, S. E. (2004). Increased Susceptibility of Secretor Factor Gene Fut2-Null Mice to Experimental Vaginal Candidiasis. *Infection and Immunity*, 72 (7), 4279–4281. doi: 10.1128/iai.72.7.4279-4281.2004

18. Motta, P. M. (Ed.) (1984). *Electron microscopy in biology and medicine. Current Topics in Ultrastructural Research.* Martinus nijhoff publishers, Boston, 349.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Майкова Т. В.
Дата надходження рукопису 10.06.2016*

Кушніренко Інесса Василівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, відділ захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки, дієтології і лікувального харчування, ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», пр. Слобожанський, 96, м. Дніпро, Україна, 49074
E-mail: inessa_mail@mail.ru

УДК 616.8-009:616.89-052

ВИРАЖЕНІСТЬ ТА ПРОЯВИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

© М. А. Юдін

Жінки, які звертаються за косметологічною допомогою, є неоднорідною за психологічними характеристиками групою. Рівень психопатологічної симптоматики та її структура різняться залежно від типу самовідношення: гармонійного, дизгармонійного зі схильністю до заниженої чи завищеної самооцінки. Серед пацієнток з дизгармонійними типами самовідношення, в особливості низькою самооцінкою, виявлено підвищені рівні психічного дистресу та його інтенсивності

Ключові слова: психопатологічна симптоматика, медична косметологія, психічний дистрес, медико-психологічна допомога, клінічна психологія

The significant prevalence of psychic pathology among patients of the medical sphere, including medical cosmetology, raises a question on organization of medical-psychological help for this profile of patients/clients.

Aim – to detect the severity and manifestations of psychopathological symptomatology in cosmetological patients.

Contingent and methods of research. In testing participated 286 жінок, who asked for cosmetological help. The interrogated were divided into 3 groups on the base of self-attitude criterion: 1 group included persons with disharmonic type and tendency to the lowered self-concept (G1, n=108), 2 group2 – with harmonic type (G2, n=96) and 3 group – with disharmonic one with tendency to the heightened self-concept (G3, n=82). The determination of severity of psychopathological symptomatology was carried out by SCL-90-R method.

Results. In women, asked for cosmetological help, was the different level of psychopathological symptomatology depending on type of self-attitude. The features of psychopathological status of patients with disharmonic type of self-attitude with inclination to the low self-concept were the higher levels of psychic distress and its severity, psychopathological symptomatology was presented by the anxious-depressive, anxious-phobic, obsessive-compulsive manifestations, interpersonal sensitivity, transformation of psychic conflicts into somatic sphere, in women with disharmonic type of self-attitude with inclination to the heightened self-concept – intensive psychic distress that was manifested in psychopathological anxiety, somatization, hostility and mistrust as to surrounding people. Psychopathological status of women with harmonic type of self-attitude is characterized with the lower levels of psychopathological manifestations, reaction to the psychic stress such as monosymptoms of affective or anxious spectrum, somatization.

Conclusions. Women, asked for cosmetological help, form the group that is heterogenic by psychological characteristics that must be taken into account at giving medical and psychological help. Patients with disharmonic type of self-attitude, especially with inclination to the low self-concept, form the risk group as to psychological health and need medical-psychological help

Keywords: psychopathological symptomatology, medical cosmetology, psychic distress, medical-psychological help, clinical psychology

1. Вступ

На сьогодні зовнішній вигляд людини набув не лише особистісної, але і соціальної значимості [1].

Фізична привабливість має важливе значення при становленні міжособистісних контактів, асоціюється з більшою соціальною успішністю, є одним з крите-

рів відбору на роботу. Люди намагаються підтримувати красу різноманітними способами – фізичними вправами, дієтою, косметологічними засобами, які спрямовані на підсилення та покращення природної краси. Косметологічна медицина, і в особливості естетична та пластична хірургія дозволяють більш суттєво впливати на свій зовнішній образ, шляхом штучної його зміни.

На сьогодні вплив соматичного захворювання на психічний стан людини став незаперечним фактом, що підтверджено у численних дослідженнях та свідченнях як медичних працівників, так і спеціалістів з психічного здоров'я. Негативними наслідками хвороби є поява психопатологічної симптоматики, розвиток психологічної та психосоціальної дезадаптації, психічних розладів. Виникнення зовнішніх дефектів шкірних покривів психологічно спричиняє потужні психічні зрушення, які зачіпають глибинні процеси самосприйняття та самоусвідомлення. У медичній психології дані феномени описані поняттям «образу тіла». Образ тіла має соціальну детермінацію та формується під впливом культурних стереотипів та стандартів, які диктують певні соціальні норми, навіть не зважаючи на загрозу саморуїнування (пластичні операції, паління, неприродна худоба) [2].

2. Обґрунтування дослідження

Прояви психічних зрушень та зв'язок психоемоційного стану та тілесних проявів при шкірних та косметологічних проблемах настільки значний, що на зіткненні медичних наук та наук про психічне здоров'я сформувався інтегративний напрям – психодерматологія. Переважна більшість лікарів-дерматологів відзначає вагомий роль психоемоційних факторів у розвитку та перебігу шкірної та косметологічної патології. У пацієнтів, які звертаються за косметологічним лікуванням, виявляють підвищення тривожності, симптоми депресивного кола, погіршення загального самопочуття, зниження активності, зміни самооцінки, самовідношення, порушення у міжособистісних стосунках [3–5]. У багатьох дослідженнях шкірних захворювань науковці повідомляють про наявність психосоматичного підґрунтя. Однією з психосоматичних гіпотез дерматологічних захворювань є пригнічення емоцій, що виникають у відповідь на стрес.

Поширеність психічних розладів поміж дерматологічних пацієнтів коливається за даними різних досліджень від 20 до 40 %, коморбідної патології 15–30 % [6]. Найбільш часто шкірні захворювання коморбідні з депресивними – 59–77 %, тривожними розладами – 6–30 % [7], розладами особистості – до 57 % [6]. Окрему групу складають порушення самосприйняття – дисморфофобія та дисморфоманія [8]. Популяційна поширеність дисморфофобії становить 1–2 %, серед пацієнтів лікарів-дерматологів та косметологів може досягати 6–17,4 % [9, 10].

Значна поширеність психічної патології серед пацієнтів медичної сфери, в тому числі і медичної

косметології, ставить питання про організацію медико-психологічної допомоги для даного профілю хворих/клієнтів, а також про координування зусиль та взаємодію зі службою психічного здоров'я.

3. Мета дослідження

Виявити вираженість та прояви психопатологічної симптоматики у пацієнтів косметологічного профілю.

4. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі медичного центру «СА-КЛІНІК» (м. Київ) протягом 2014–2016 років. У тестуванні прийняло участь 286 жінок, які звернулися за косметологічною допомогою. Опитуваних було поділено на 3 групи на основі критерію самовідношення: групу 1 склали особи з дизгармонійним типом з тенденцією до заниженої самооцінки (Г1, n=108), групу 2 – з гармонійним типом (Г2, n=96) та групу 3 – з дизгармонійним зі схильністю до завищеної самооцінки типом (Г3, n=82). Розподіл пацієнтів косметологічного профілю на групи за критерієм самовідношення ґрунтувався на засадах теорій структури особистості та формування образу тіла. Відношення до самого себе, самосприйняття та самооцінка – це важливі складові у структурі особистості, які визначають соціальну поведінку індивіда та мають значення для формування системи міжперсональних зв'язків. Сприйняття свого зовнішнього вигляду залежить як від самооцінки, як компоненту самовідношення, так і обумовлюється суб'єктивним сприйняттям свого образу тіла.

Визначення вираженості психопатологічної симптоматики проводилося за методикою SCL-90-R, яка вимірює ступінь психічного дискомфорту за параметрами соматизації, нав'язливостей, сензитивності, депресії, тривожності, ворожості, фобій, паранояльності та психотизму, а також дозволяє оцінити інтегральні показники рівня психічного дистресу (GSI), його інтенсивності (PTSI) та широти прояву психічних симптомів (PTS) [11].

Здобуті дані було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows. Для статистичної обробки даних використовували параметричний метод – t-критерій Стьюдента [12].

5. Результати дослідження

На основі результатів психологічного обстеження щодо психопатологічної симптоматики за опитувальником SCL-90R було визначено середні рівні вираженості психопатологічних проявів за основними та інтегральними показниками у кожній з досліджуваних груп (табл. 1). Було проведено рейтингування шкал, що описують психопатологічний дистрес, що дозволило визначити провідні групи симптомів та загальну структуру психопатологічного статусу.

Таблиця 1
Вираженість психопатологічної симптоматики ($\bar{x} \pm \sigma$)

Шкала	Г1, n=108	Г2, n=96	Г3, n=82	p<0,05
Соматизація (som)	0,81±0,46	0,44±0,39	0,59±0,27	1, 2, 3
Обсесивність-компульсивність (o-c)	0,63±0,48	0,36±0,41	0,34±0,32	1, 2
Міжперсональна сензитивність (int)	0,76±0,53	0,42±0,39	0,47±0,38	1, 2
Депресія (dep)	0,71±0,47	0,40±0,42	0,42±0,32	1, 2
Тривога (anx)	0,79±0,39	0,40±0,36	0,51±0,38	1, 2, 3
Ворожість (hos)	0,22±0,21	0,15±0,21	0,30±0,22	1, 2, 3
Фобії (phob)	0,45±0,51	0,23±0,35	0,26±0,32	1, 2
Паранояльність (par)	0,33±0,27	0,23±0,29	0,36±0,25	2, 3
Психотизм (psy)	0,21±0,23	0,13±0,19	0,13±0,20	1, 2
Додаткові скарги (add)	0,50±0,41	0,28±0,40	0,24±0,26	1, 2
GSI	0,58±0,34	0,32±0,33	0,38±0,26	1, 2
PST	39,4±18,8	25,1±21,8	29,5±17,2	1, 2
PSDI	1,25±0,19	1,07±0,13	1,11±0,11	1, 2, 3

Примітки: 1 – достовірність різниці між Г1 та Г3; 2 – достовірність різниці між Г1 та Г2; 3 – достовірність різниці між Г2 та Г3 на рівні $p < 0,05$

Для розуміння психопатологічного статусу пацієнтів в залежності від типу самовідношення, які звернулися за косметологічною допомогою, було побудовано узагальнені психопатологічні профілі у вигляді графіків за основними шкалами опитувальника SCL-90R (рис. 1). На рис. 1 наочно визначалися суттєві відмінності у рівнях та структурі психопатологічної симптоматики.

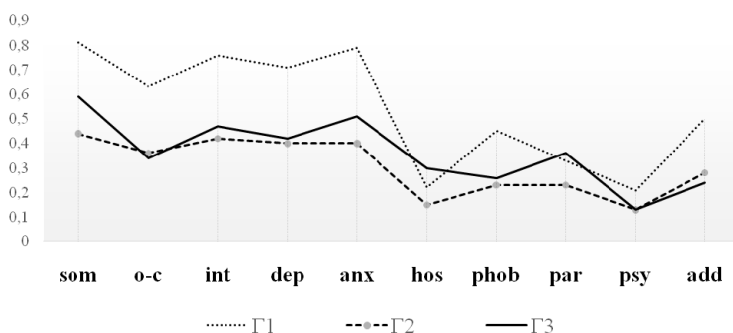


Рис. 1. Психопатологічні профілі у косметологічних пацієнтів в залежності від самооцінки

На основі рейтингування психопатологічної симптоматики за вираженістю та визначення провідних психопатологічних проявів було виділено 3 категорії симптомів: I-го, II-го та III-го порядку (рис. 2). Це дозволило прояснити структуру психопатологічної симптоматики в різних групах косметологічних пацієнтів.

Загальна вираженість психопатологічної симптоматики та її структура були базовими показниками поточного психопатологічного статусу пацієнтів,

який додатково можна доповнювати поглибленим аналізом окремих симптомів за базовими шкалами.



Рис. 2. Структура психопатологічної симптоматики у різних групах пацієнтів косметологічного профілю

6. Обговорення результатів дослідження

У групах пацієнтів лікарів-косметологів в залежності від типу самовідношення виявлено відмінності у вираженості та структурі психопатологічної симптоматики (табл. 1, рис. 1, 2). Для пацієток з дизгармонійним типом та тенденцією до заниженої самооцінки у порівнянні з нормальною та завищеною були притаманні більш висока вираженість соматизації (0,81±0,46 балів у Г1 проти 0,44±0,39 балів у Г2 та 0,59±0,27 балів у Г3), обсесивності та компульсивності (відповідно 0,63±0,48 балів проти 0,36±0,41 балів та 0,34±0,32 балів), міжособистісної сензитивності (0,76±0,53 балів проти 0,42±0,39 балів та 0,47±0,38 балів), проявів депресії (0,71±0,47 балів проти 0,40±0,42 балів та 0,42±0,32 балів) та тривоги (0,79±0,39 балів проти 0,40±0,36 балів та 0,51±0,38 балів), ворожості (0,22±0,21 балів проти 0,15±0,21 балів та 0,30±0,22 балів), фобій (0,45±0,51 балів проти 0,23±0,35 балів та 0,26±0,32 балів), психотизму (0,21±0,23 балів проти 0,13±0,19 балів та 0,13±0,20 балів) та показника за шкалою додаткових скарг (0,50±0,41 балів проти 0,28±0,40 балів та 0,24±0,26 балів), а також між Г1 та Г2 щодо паранояльності (0,33±0,27 балів проти 0,23±0,29 балів), $p < 0,05$. У жінок з дизгармонійним типом та тенденцією до завищеної самооцінки на відміну від опитуваних з гармонійним самовідношенням вищими були рівні соматизації (0,59±0,27 балів у Г3 проти 0,44±0,39 балів у Г1), тривоги (відповідно 0,51±0,38 балів проти 0,40±0,36 балів), ворожості (0,30±0,22 балів проти 0,15±0,21 балів) та паранояльності (0,36±0,25 балів проти 0,23±0,29 балів), $p < 0,05$. Спільним у жінок з дизгармонійним типом самовідношення у порівнянні з гармонійним виявлено вищі рівні соматизації, тривоги та ворожості.

У жінок з дизгармонійним самовідношенням виявлено вищий рівень психічного дистресу (GSI, 0,58±0,34 балів у Г1 проти 0,32±0,33 балів у Г2 та 0,38±0,26 балів у Г3) та ширший діапазон психопатологічних симптомів на відміну від опитуваних 2 інших груп (PST, 39,4±18,8 відповідей проти 25,1±

$\pm 21,8$ та $29,5 \pm 17,2$ відповідей), $p < 0,05$. Однак інтенсивність психічного дистресу мала більшу вираженість у жінок з дизгармонійними типами як з заниженою, так і завищеною самооцінкою на відміну від осіб з гармонійним самовідношенням (PSDI, $1,25 \pm 0,19$ балів у Г1 та $1,11 \pm 0,11$ балів у Г3 проти $1,07 \pm 0,13$ балів у Г2), $p < 0,05$.

Узагальнений психопатологічний профіль жінок з дизгармонійним самовідношенням з тенденцією до заниженої самооцінки характеризувався високими рівнями психічного напруження, яке реалізувалося у вигляді тривожно-депресивної та тривожно-фобічної симптоматики з акцентом на підвищену чутливість до сторонньої оцінки, obsесивно-компульсивних проявів, трансформації психічних конфліктів у соматичну сферу (рис. 1).

Для психопатологічного профілю жінок з дизгармонійним самовідношенням з тенденцією до завищеної самооцінки було притаманними підвищена тривога зі схильністю до соматизації психічної напруги, прояви негативного афективного стану злості (агресивність, дратівливість, гнів), недовіра та підозрливості по відношенню до оточення.

Ознаками психопатологічного профілю жінок з гармонійним типом самовідношення були низька вираженість психопатологічних проявів з проявленням психічного дистресу у вигляді моносимптомів афективного та тривожного спектру, соматизації.

У структурі психопатологічної симптоматики було виділено групи симптомів в залежності від ступеню їх прояву (рис. 2). До психопатологічних симптомів I-го ряду у всіх групах входили соматизація, міжперсональна сензитивність та тривога, у жінок з заниженою самооцінкою до них доєдналися прояви депресії, obsесивності та компульсивності, осіб з гармонійним типом самовідношення – депресії. Спільним щодо психопатологічних симптомів II-го ряду у Г1 та Г2 був пласт несформованих за внутрішнім змістом та причинним зв'язком симптомів (шкала додаткових скарг), який у жінок з низькою самооцінкою доповнювався фобіями, з нормальною – obsесивно-компульсивними симптомами, тоді як у Г3 дану позицію займали прояви депресії, obsесивності-компульсивності та паранояльності. До найбільш рідкісних психопатологічних симптомів у пацієнтів відносилися ворожість та психотизм, у Г1 та Г2 паранояльність, у Г2 та Г3 – фобії, Г3 – додаткові скарги. Узагальнюючи, можна сказати, що у структурі психопатологічної симптоматики у жінок з дизгармонійним типом відношення та схильністю до заниженої самооцінки, мали більшу представленість obsесивно-компульсивні симптоми та прояви психопатологічної тривоги, тоді як у осіб з гармонійним типом відношення із схильністю до завищеної самооцінки – більшу питому вагу мала паранояльність, меншу – афективні та недиференційовані прояви.

7. Висновки

Визначення особливостей прояву психопатологічної симптоматики у пацієнтів косметологічного профілю має важливе практичне значення для:

1) виявлення осіб групи ризику щодо психічних зрушень, а також у стані психологічної дезадаптації, які мають бути спрямовані на консультацію до спеціаліста з психічного здоров'я;

2) психопрофілактики психічних порушень у осіб, які звертаються за косметологічною допомогою;

3) покращення якості косметологічних послуг.

У жінок, які зверталися за косметологічною допомогою рівень психопатологічної симптоматики різнився в залежності від типу самовідношення: гармонійного, дизгармонійного зі схильністю до заниженої чи завищеної самооцінки. Особливостями психопатологічного статусу пацієнток з дизгармонійним типом самовідношення зі схильністю до низької самооцінки були вищі рівні психічного дистресу та його інтенсивності, психопатологічна симптоматика була представлена тривожно-депресивними, тривожно-фобічними, obsесивно-компульсивними проявами, міжособистісною сензитивністю, трансформацією психічних конфліктів у соматичну сферу, жінок з дизгармонійним типом самовідношення зі схильністю до завищеної самооцінки – інтенсивний психічний дистрес, що проявлявся у психопатологічній тривозі, соматизації, ворожості та недовірі щодо оточення. Психопатологічний стан жінок з гармонійним типом самовідношення характеризувався нижчими рівнями психопатологічних проявів, реагуванням на психічний стрес у вигляді моносимптомів афективного чи тривожного спектру, соматизацією.

Таким чином, жінки, які звертаються за косметологічною допомогою складають неоднорідну за психологічними характеристиками групу, що має враховуватися при наданні медичної та психологічної допомоги. Пацієнтки з дизгармонійним типом самовідношення, в особливості зі схильністю до низької самооцінки, становлять групу ризику щодо психічного здоров'я та потребують медико-психологічної допомоги.

Література

1. Бекетова, Н. Косметологические процедуры в дерматологической практике: взгляд практикующего специалиста в области психодерматологии [Текст] / Н. Бекетова // Косметика и медицина. – 2014. – № 4. – С. 74–81.
2. Thompson, A. R. Образ тела в дерматологии [Текст] / A. R. Thompson // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 2. – С. 36–39.
3. Сластенина, В. В. Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии [Текст] / В. В. Сластенина // Вестник Томского государственного университета. – 2007. – № 303. – С. 205–208.
4. Шакуров, И. Г. Психосоциальный статус и личностно-характерологические особенности пациентов с рубцовыми изменениями кожи [Текст] / И. Г. Шакуров, И. Б. Глубокова, А. И. Табашникова // В-к дерм. и венер. – 2009. – № 3. – С. 50–60.
5. Сац, Е. А. Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг [Текст] / Е. А. Сац, И. М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1. doi: 10.17513/spno.121-18589

6. Sharma, P. Psychiatric evaluation in dermatology: an overview [Text] / P. Sharma, K. Sreejayan, S. Ghosh, R. Behere // Indian Journal of Dermatology. – 2013. – Vol. 58, Issue 1. – P. 39. doi: 10.4103/0019-5154.105286

7. Filaković, P. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects [Text] / P. Filaković, A. Petek, O. Koić et. al. // Psychiatr. Danub. – 2009. – Vol. 21, Issue 3. – P. 401–410.

8. Conrado, L. A. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features [Text] / L. A. Conrado, A. G. Hounie, J. B. Diniz, V. Fossaluzza, A. R. Torres, E. C. Miguel, E. A. Rivitti // Journal of the American Academy of Dermatology. – 2010. – Vol. 63, Issue 2. – P. 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

9. Петрова, Н. Н. Дистморфофобия в клинике эстетической хирургии [Текст] / Н. Н. Петрова, О. М. Грибова // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 26–30.

10. Мороз, С. М. Дистморфофобия и дистморфомания: зеркало обманывает [Текст] / С. М. Мороз, И. Яворская // Косметолог. – 2015. – № 6 (74). – С. 108–110.

11. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии пост-травматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

12. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Моррион, 2000. – 320 с.

References

1. Beketov, N. (2014). Cosmetic procedures in dermatological practice: point of view of practitioner in psychodermatology. *Cosmetics and medicine*, 4, 74–81.

2. Thompson, A. R. (2013). Body Image in dermatology. *Mental disorders in general medicine*, 2, 36–39.

3. Slastenina, V. V. (2007). Socio-psychological characteristics of women resorting to the services of plastic surgery. *Bulletin of the Tomsk State University*, 303, 205–208.

4. Shakurov, I. G., Glubokova, I. B., Tabashnikova, A. I. (2009). Psycho-emotional status and personality characterological features of patients with scar skin changes. *Bulletin of dermatology and Venerology*, 3, 50–60.

5. Sats, E. A. (2015). Features of consciousness of women as clients of cosmetic services. *Modern problems of science and education*, 1. doi: 10.17513/spno.121-18589

6. Sharma, P., Sreejayan, K., Ghosh, S., Behere, R. (2013). Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. *Indian Journal of Dermatology*, 58 (1), 39. doi: 10.4103/0019-5154.105286

7. Filaković, P., Petek, A., Koić, O. et. al. (2009). Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects. *Psychiatr. Danub.*, 21 (3), 401–410.

8. Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluzza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C., Rivitti, E. A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 63 (2), 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

9. Petrova, N. N., Gribova, O. M. (2014). Dysmorphophobia in clinic of aesthetic surgery. *Mental disorders in general medicine*, 1, 26–30.

10. Moroz, S. M., Yavorskaya, I. (2015). Dysmorphophobia and Dismorphomania: mirrors cheating. *Cosmetologist*, 6 (74), 108–110.

11. Tarabrina, N. V. (2001). Psychology of post-traumatic stress. *Stankt-Petersburg: Peter*, 272.

12. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., Babich, P. N. (2000). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyah s ispol'zovaniem Excel*. Kyiv: Morion, 320.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 22.06.2016*

Юдін Михайло Анатолійович, кандидат медичних наук, медичний центр «СА-КЛІНІК», вул. Кловський узвіз, 10, м. Київ, Україна, 01021
E-mail: 672233383@ukr.net