

УДК 615.8516[616.891/95:616.379-008.64]

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.90996

## РОЗРОБКА СИСТЕМИ ПСИХОТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ І ДИСКОНПЛАЄНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

© О. В. Ткаченко

*Розроблено систему психотерапії, яка спрямована на лікування непсихотичних психічних розладів у хворих на цукровий діабет 2-го типу – неротичних проявів та патоперсоналогічних порушень, – а також на підвищення рівня прихильності хворих до терапії цукрового діабету 2-го типу.*

*Доведено високу клінічну ефективність розробленої системи психотерапії як у контексті нівелювання непсихотичних психічних порушень, так і підвищенні комплаєнсу до терапії цукрового діабету 2-го типу.*

**Ключові слова:** цукровий діабет 2-го типу, психопатологічні порушення, психічні розлади, комплаєнс, терапія, психотерапія

### 1. Вступ

Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу займає домінуюче місце серед всіх хворих на ендокринологічну патологію, і згідно класичних психодинамічних уявлень, представляє собою типовий психосоматоз, а також є коморбідним цілому ряду психічної патології, що виступає в якості як хронічних ускладнень ЦД 2-го типу, так і поєднаних розладів, які потребують специфічного психотерапевтичного лікування [1–5].

Стабілізація соматичного і психічного стану хворих і, власне, контроль рівня глюкози у крові при ЦД 2-го типу на пряму залежить від комплаєнсу до терапії, в т. ч. виконання всіх терапевтичних рекомендацій, починаючи від дотримання часу вживання медичних препаратів та їх дозування до модифікації способу життя (раціону та моціону): дотримання дієтичних рекомендацій, реалізації дозованих фізичних навантажень тощо. Зниження рівня прихильності до терапії гарантовано призводить до порушень глікемічного контролю та є фактором ризику ряду хронічних ускладнень ЦД 2-го типу, у т. ч. психоневрологічного кола: розлади неврастенічного кола, діабетична енцефалопатія із подальшим розвитком деменції або органічного розладу особистості, афективні порушення (розлади депресивного спектру або емоційна лабільність) тощо. У свою чергу психічні розлади самі повстають фактором порушення комплаєнсу хворих до терапії ЦД 2-го типу, що формує патологічне коло [1, 6–9].

Це обумовлює необхідність додавання специфічної психотерапевтичної корекції до терапії хворих на ЦД 2-го типу, з метою поліпшення лікування даного контингенту хворих [1, 3, 9].

### 2. Обґрунтування дослідження

Виходячи з патогенезу ЦД 2-го типу, а також коморбідних психічних порушень, можливо прогнозувати високий пріоритет їх психотерапевтичної корекції та психопрофілактики, які мають бути спрямовані не лише на терапію власне психічних порушень, а й на підвищення комплаєнсу хворих – прихильності

до терапії та формування установки на безсуперечне дотримання лікарських призначень: дотримання хворими дієти і моціону, режиму та рекомендованої дози прийому фармакологічних препаратів тощо [1, 7, 8, 10].

Наявність коморбідної психічної патології є фактором, що обумовлює дисконплаєнстність хворих і порушення у дотриманні лікарських призначень. Втім, в клінічній практиці протоколи лікування хворих на ЦД 2-го типу не враховують заходи, що спрямовані на підвищення комплаєнсу хворих, особливо у разі наявності коморбідної психічної патології, яка виявляється у більшості хворих на ЦД 2-го типу. Зазвичай, психічні порушення у хворих на ЦД 2-го типу корегуються без урахування специфічності основного захворювання – ЦД 2-го типу. Питанню підвищення комплаєнсу, порушеного внаслідок наявності коморбідних психічних розладів у хворих на ЦД 2-го типу і досі де приділено достатньої уваги у просторі сучасних досліджень. То ж розробка системи психотерапії, яка б з одного боку, була спрямована на лікування коморбідних ЦД 2-го типу психічних розладів, а з іншого – підвищення комплаєнсу хворих до терапії ЦД 2-го типу, виступає актуальною потребою сучасної ендокринології, медичної психології та психіатрії [2–4, 8].

### 3. Мета дослідження

Розробити систему психотерапії непсихотичних психічних розладів і дисконплаєнстності у хворих на ЦД 2-го типу для покращення лікування хворих на ЦД 2-го типу із коморбідними непсихотичними психічними розладами.

### 4. Матеріали і методи дослідження

На клінічних базах кафедри терапії, клінічної фармакології і ендокринології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» (КУ «Запорізька міська клінічна лікарня № 10», КУ «Обласний клінічний ендокринологічний диспансер Запорізької обласної ради») за умов усвідомленої інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено обстеження хво-

рих на ЦД 2-го типу, що знаходилися на лікуванні (543 хворих). Середній вік хворих становив  $(56,2 \pm 0,65)$  років.

Критерії виключення: ЦД 1-го типу, вторинний ЦД, гестаційний ЦД, панкреатектомія, наявність макросудинних ускладнень (гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність III–IV функціонального класу), швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ)  $\leq 30$  мл/хв (за формулою СКД-ЕРІ), проліферативна діабетична ретинопатія, синдром діабетичної стопи.

Було проведено клінічне рандомізоване контрольоване дослідження, в рамках якого хворих було розподілено на 2 групи за критерієм отриманого лікування: до групи дослідження (ГД) увійшли 270 хворих на ЦД 2-го типу середнього ступеню тяжкості, які отримували лікування ЦД 2-го типу за стандартними протоколами із додаванням психотерапії та психопрофілактичних заходів за розробленими підходами, середній вік у групі становив  $(56,8 \pm 1,22)$  роки, тривалість ЦД 2-го типу становила від 3 до 27 років  $(12,14 \pm 1,56)$ . Решта 273 хворих на ЦД 2-го типу середнього ступеню тяжкості увійшли до групи контролю (ГК) і отримували лікування за стандартними клінічними протоколами ЦД 2-го типу, середній вік у групі становив  $(57,2 \pm 1,32)$  роки, тривалість ЦД 2-го типу становила від 3 до 26 років  $(11,86 \pm 1,45)$ .

Методи дослідження: клініко-анамнестичний – застосовувався для вивчення структури і динамічних особливостей ЦД 2-го типу, коморбідних психічних порушень, чинників невротизації, а також анамнезу життя та сімейного анамнезу хворих; клініко-психопатологічний – використовувався з метою встановлення структури непсихотичних психічних розладів та їх виразності; психодіагностичний – у рамках якого використовували Шкалу комплаєнтності Моріски – Грін (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4, D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine, 1985) – для встановлення рівню комплаєнсу до терапії; статистичний. Для статистичної обробки отриманих даних використовувалися методи клінічної, описової та математичної статистики (критерій Пірсона  $\chi^2$ , t-критерій Стьюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності p).

### 5. Результати дослідження

У результаті дослідження, на підставі аналізу факторів порушення комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу та ампліфікації етіопатогенетично пов'язаних з ЦД 2-го типу психічних порушень розроблено систему психотерапії психічних порушень непсихотичного рівня у хворих на ЦД 2-го типу – невротичних проявів донозологічного рівня та патоперсоналогічних змін. Розроблена система психотерапії поєднувалася із програмою психопрофілактики, яка була спрямована на попередження погіршення перебігу основного захворювання, виникнення та екзацерації психопатологічних та патоперсоналогічних

порушень у хворих на ЦД 2-го типу, засновану на покращенні комплаєнсу до терапії.

Споріднена із програмою психопрофілактики система психотерапії спрямована на корекцію психопатологічних та патоперсоналогічних порушень та досягнення комплаєнсу у хворих на ЦД 2-го типу.

Розроблена система психотерапії складається з трьох основних напрямків:

- 1) підвищення комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу та формування гармонійного протидіабетичного способу життя;
- 2) нормалізація психоемоційного стану хворих;
- 3) корекція деструктивних моделей поведінки та якостей особистості.

Використані психотерапевтичні методики: когнітивно-біхеворальна терапія, аутогенне тренування, екзистенціальна психотерапія, кататимно-імажинативна психотерапія, комплаєнс-орієнтовані методики, мнемонічні техніки, особистісно-реконструктивна психотерапія, раціональна та раціонально-емотивна психотерапія, релаксаційні методики, сімейна психотерапія, супортивна психотерапія тощо (табл. 1).

Система психотерапії включала в себе три основні етапи: вступний, що складався з 1–2 занять переважно у вигляді індивідуальної бесіди протягом 15–30 хвилин, метою якого було орієнтування хворого на психотерапевтичне лікування, роз'яснення його суті, мети та ролі хворого у психотерапевтичних інтервенціях; основного – який поєднував у собі індивідуальну та сімейну психотерапію і складався з 10–15 занять по 45 хвилин через день; та підтримуючий, який складався з 1–2 занять на місяць на протязі півроку і метою якого було закріплення здобутих на другому етапі навичок прокомплаєнтності та запобігання рецидиву психічних розладів.

В результаті поведеного лікування підвищення комплаєнсу до терапії у хворих на ЦД 2-го типу відзначалося до максимальних балів у 87 % хворих ГД; у ГК максимальних показників комплаєнсу не було зареєстровано. Вимірювання комплаєнсу до терапії в ГД до впровадження терапевтичних заходів  $(2,3 \pm 0,28)$  балів та після завершення курсу терапії  $(4,8 \pm 0,34)$  балів демонструвало середнє підвищення на 2,5 бали ( $p < 0,01$ ), що достовірно відрізнялося від ГК, де комплаєнс на початку терапії становив  $(2,3 \pm 0,29)$  балів, а після завершення курсу терапії –  $(2,5 \pm 0,54)$  бали, що не демонструвало істотних позитивних змін у реагуванні на хворобу та орієнтації на прихильність до терапії у хворих ( $p > 0,05$ ).

Повне нівелювання психічних порушень непсихотичного рівня відзначалося в 79 % хворих ГД, залишкова симптоматика у вигляді астеничних проявів відзначалася у 18 % хворих, тоді як в ГК нівелювання психічних порушень непсихотичного рівня фіксувалося лише у 22 % хворих, що достовірно відрізнялося від ГД ( $p < 0,01$ ).

Таблиця 1

## Чинники та механізми психопатогенезу як підґрунтя психотерапії

| Група чинників психопатогенезу                                                                                                                                                                                                                                                   | Психопатогенетичні механізми                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Вектор психотерапії                                                                                                                                                                             | Методика психотерапії                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Дисметаболічні порушення, що призводять до формування неспецифічних розладів невротичного рівня і патоперсоналогічних змін, що формує патологічне підґрунтя для психогенної провокації                                                                                           | порушення вуглеводного обміну → енергетична дестабілізація нейрометаболічних процесів → психастенічний синдром (емоційна лабільність, дративливість, виснажливність) → зниження порогу психічної реактивності + психогенна провокація → психотравматизація (формування реактивного стану) → екзацербация психопатологічних розладів                                                                                                                                                                                           | підвищення порогу психічної реактивності, формування антистресових захисних механізмів, навичок подолання (копінгу)                                                                             | аутогенне тренування, когнітивно-біхевіоральна терапія, раціональна психотерапія, особистісно-реконструктивна психотерапія                                   |
| Вторинне судинне ураження ЦНС (атеросклеротичного і мікроангіопатичного характеру), що призводить до розвитку дисциркуляторної енцефалопатії, яка детермінує прогресуючі зміни особистості в рамках психоорганічного синдрому, зі значним зниженням резистентності до психогенів | порушення вуглеводного обміну → метаболічні порушення судинної стінки + атеросклеротичні зміни → дисциркуляторні розлади+енцефалопатія → психоорганічний синдром (афективна лабільність, торпідність, в'язкість, інертність мислення, когнітивно-мнестичні розлади) → зниження порогу реактивності (зниження ефективності антистресових бар'єрів, підвищення інтенсивності реакцій, застрягання афекту) + психогенна провокація → психотравматизація (формування реактивного стану) → екзацербация психопатологічних розладів | тренування навичок когнітивно-мнестичної компетентності, формування антистресових захисних механізмів, навичок подолання (копінгу)                                                              | когнітивно-біхевіоральна терапія, аутогенне тренування, мнемонічні техніки, раціонально-емотивна психотерапія, супортивна психотерапія, сімейна психотерапія |
| Масив факторів невротизації, що детермінуються як фактом наявності хронічного захворювання (нозофобії), постійної необхідності терапії, модифікацією звичайного образу життя, так й інвалідизуючими соматичними порушеннями внаслідок захворювання                               | порушення вуглеводного обміну → соматичні ускладнення дисметаболічних процесів → інтроспективне сприйняття соматичних розладів у тривожному ракурсі з іпохондризацією (через зниження порогу психічної реактивності) + соціальні та нозокоміальні психоіндуктивні фактори → психопатологічні розлади невротичного рівня → патоперсоналогічна трансформація → подальше зниження порогу психічної реактивності + психогенна індукція → екзацербация психопатологічних розладів                                                  | раціоналізація хворобливих переживань та побоювань, формування антистресових захисних механізмів, навичок подолання (копінгу), формування терапевтичного саногенного та супортивного середовища | комплаєнс-орієнтовані методики, тілесно-орієнтована психотерапія, сімейна психотерапія, релаксаційні методики                                                |
| Співпадіння маніфестації ЦД 2-го типу з онтогенетичним періодом психологічної нестабільності («криза середнього віку»), що детермінує зниження резистентності до психогенів та формування особистісно-значущих факторів невротизації                                             | порушення вуглеводного обміну → соматичні ускладнення дисметаболічних процесів → парціальна втрата соціальних, сімейних та гендерних функцій + первинний комплекс інволюційних психогенів → психопатологічні розлади невротичного рівня → патоперсоналогічна трансформація → зниження порогу психічної реактивності + психогенна індукція → екзацербация психопатологічних розладів                                                                                                                                           | формування антистресових захисних механізмів, навичок подолання (копінгу), нейтральне сприйняття вікових змін, підвищення толерантності до навколишнього                                        | когнітивно-біхевіоральна терапія, аутогенне тренування, раціональна психотерапія, екзистенціальна психотерапія, катимно-імажінативна психотерапія            |

**6. Обговорення результатів дослідження**

Підвищення комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу та лікування коморбідних психічних розладів набуває все більшої актуальності у контексті сучасної ендокринологічної практики. Це обумовлюється двома основними ланками патогенезу ЦД 2-го типу. По-перше, пов'язаність патогенезу ЦД 2-го типу із психічною патологією, як ампліфікуючим чинником дисглікемії, зобов'язує розглядати потребу корекції психічного стану хворих як одну з першочергових у контексті лікування ЦД 2-го типу. По-друге, порушення комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу не дозволяє досягти нормативних значень глюкози крові і обумовлює необхідність урахування критерію комплаєнсу у терапевтичних втручаннях [1, 6, 11, 12].

В практиці сьогоденної ендокринології ці дві лінки патогенезу ЦД 2-го типу в лікувальних тактиках ураховуються окремо. Для лікування непсихотичних психічних розладів у хворих на ЦД 2-го типу широко впроваджуються психотерапевтичні методи – когнітивно-біхевіоральна терапія, гіпно-сугестивна психотерапія, релаксаційні методики тощо. Підвищення комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу менше досліджено; у якості дієвих в стратегіях його корекції згадуються поведінкова та раціональна терапія [5, 13–15].

Нами запропонована система психотерапії, яка об'єднує у собі найбільш терапевтично ефективні психотерапевтичні напрямки одночасно за двома підходами: корекція непсихотичних психічних порушень

та підвищення комплаєнсу до терапії у хворих на ЦД 2-го типу.

Отримані результати лікування за розробленою системою психотерапії демонструють її високу клінічну ефективність у купіруванні непсихотичних психічних розладів та підвищенні комплаєнсу до терапії.

Означене свідчить на користь необхідності додавання до стандартних клінічних протоколів лікування хворих на ЦД 2-го типу комплексних психотерапевтичних заходів, спрямованих на нівелювання коморбідної психічної патології та підвищення комплаєнсу до лікування.

Втім, дискусабельним залишається тривалість підтримуючого етапу терапії та форма проведення психотерапевтичних сеансів, а саме адаптування психотерапевтичних заходів для групової форми впровадження.

### 7. Висновки

1. В результаті проведеного дослідження розроблено систему психотерапії, що спрямована на корекцію психопатологічних та патоперсоналогічних порушень та досягнення комплаєнсу у хворих на ЦД 2-го типу.

2. Розроблена система психотерапії складається з трьох основних напрямків: першого – підвищення комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу та формування гармонійного протидіабетичного способу життя; другого – нормалізації психоемоційного стану хворих; третього – корекції деструктивних моделей поведінки та якостей особистості. Використані психотерапевтичні методики: психоосвіта, релаксаційні, когнітивно-біхевіоральна терапія, гіпносу-гестивні, тілесно-орієнтовані, раціонально-емотивні, екзистенціальні.

3. Доведено високу клінічну ефективність розробленої системи психотерапії. Так, в ГД простежувалося підвищення комплаєнсу до терапії у хворих на ЦД 2-го типу до максимальних балів у 87 % хворих, порівняно із хворими ГК, де максимальних показників комплаєнсу не було зареєстровано. Доведено ефективність терапії за розробленою системою у нівелюванні психічних порушень непсихотичного рівня: повне видужання відзначалося в 79 % хворих ГД, залишкова симптоматика у вигляді астеничних проявів відзначалася у 18 % хворих, тоді як в ГК нівелювання невротичних проявів фіксувалося лише у 22 % хворих, що достовірно відрізнялося від ГД.

### Література

1. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина [Текст] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
2. Grimes, R. T. A retrospective cohort analysis of hypoglycaemic and cardiovascular agent use in young adults in the Irish primary care setting [Text] / R. T. Grimes, K. Bennett, H. Hoey, L. Tilson, M. C. Henman // Irish Journal of Medical Science. – 2016. – P. 1–10. doi: 10.1007/s11845-016-1491-x
3. Jaacks, L. M. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic [Text] / L. M. Jaacks, K. R. Siegel, U. P. Gujral, K. M. Narayan // Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2016. – Vol. 30, Issue 3. – P. 331–343. doi: 10.1016/j.beem.2016.05.003
4. Meeto, D. An epidemiological overview of diabetes across the world [Text] / D. Meeto, P. McGovern, R. Safadi // British journal of nursing. – 2007. – Vol. 16, Issue 16. – P. 1002–1007. doi: 10.12968/bjon.2007.16.16.27079
5. Weng, J. Evolution in the Chinese Diabetes Society Standards of Care for Type 2 Diabetes [Text] / J. Weng // Diabetes/ Metabolism Research and Reviews. – 2016. – Vol. 32, Issue 5. – P. 440–441. doi: 10.1002/dmrr.2826
6. Bairy, S. Is adjunctive naturopathy associated with improved glycaemic control and a reduction in need for medications among type 2 Diabetes patients? A prospective cohort study from India [Text] / S. Bairy, A. M. Kumar, M. Raju, S. Achanta, B. Naik, J. P. Tripathy, R. Zachariah // BMC Complementary and Alternative Medicine. – 2016. – Vol. 16, Issue 1. – P. 290. doi: 10.1186/s12906-016-1264-0
7. Hamdan, A. L. Vocal characteristics in patients with type 2 diabetes mellitus [Text] / A. L. Hamdan, J. Jabbour, J. Nassar, I. Dahouk, S. T. Azar // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2012. – Vol. 269, Issue 5. – P. 1489–1495. doi: 10.1007/s00405-012-1933-7
8. Roy, T. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review [Text] / T. Roy, C. E. Lloyd // Journal of affective disorders. – 2012. – Vol. 142. – P. S8–S21. doi: 10.1016/s0165-0327(12)70004-6
9. Shlomo, M. Williams textbook of endocrinology. Vol. 12 [Text] / M. Shlomo, K. Polonsky, P. R. Larsen, H. Kronenberg. – Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2011. – 1920 p.
10. Degmečić, D. Depression, anxiety and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes mellitus – a study of adult patients with type 2 diabetes mellitus in Osijek, Croatia [Text] / D. Degmečić, T. Bacun, V. Kovac, J. Mioc, J. Horvat, A. Vcev // Collegium Antropologicum. – 2014. – Vol. 38, Issue 2. – P. 711–716.
11. Wang, G. Telemedicine in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus [Text] / G. Wang, Z. Zhang, Y. Feng, L. Sun, X. Xiao, G. Wang et. al. // The American Journal of the Medical Sciences. – 2017. – Vol. 353, Issue 1. – P. 1–5. doi: 10.1016/j.amjms.2016.10.008
12. Bailey, C. J. Under-treatment of type 2 diabetes: Causes and outcomes of clinical inertia [Text] / C. J. Bailey // International Journal of Clinical Practice. – 2016. – Vol. 70, Issue 12. – P. 988–995. doi: 10.1111/ijcp.12906
13. Popa-Velea, O. Psychopathology and psychotherapeutic intervention in diabetes: particularities, challenges, and limits [Text] / O. Popa-Velea, L. Bubulac, L. Petrescu, R. M. Purcarea // Journal of Medicine and Life. – 2016. – Vol. 9, Issue 4. – P. 328–333.

14. Perfect, M. M. Cognitive-behavioral therapy and hypnotic relaxation to treat sleep problems in an adolescent with diabetes [Text] / M. M. Perfect, G. R. Elkins // Journal of Clinical Psychology. – 2010. – Vol. 66, Issue 11. – P. 1205–1215. doi: 10.1002/jclp.20732

15. Gentili, P. Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects [Text] / P. Gentili, A. Maldonato, D. Bloise, F. Burla, G. Coronel, T. Di Paolantonio // Diabetes, nutrition & metabolism. – 2000. – Vol. 13, Issue 1. – P. 1–6.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Чугунов В. В.  
Дата надходження рукопису 13.01.2017*

**Ткаченко Ольга Віталіївна**, кандидат медичних наук, асистент, кафедра терапії, клінічної фармакології та ендокринології, ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”, бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096

УДК 616.8-009:616.89-052

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.91010

## РОЛЬ САМОВІДНОШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРЯ-КОСМЕТОЛОГА

© М. А. Юдін

*Самовідношення жінок із зниженою самооцінкою, які зверталися до лікаря-косметолога, було дисгармонічним та характеризувалося високим рівнем неприйняття себе, зниженою самоповагою і саморозумінням, відчуженням суб'єктивно негативних рис, перебільшенням недоліків, гострою самокритикою. У жінок із завищеною самооцінкою порушення гармонійності самовідношення проявлялося високим рівнем самоприйняття, перебільшенням позитивних якостей та некритичністю до негативних, зниженою само-рефлексією*

**Ключові слова:** самооцінка, самовідношення, пацієнти в косметології, зовнішність, медико-психологічна допомога, психодерматологія, косметологічна медицина

### 1. Вступ

Ставлення до себе та самооцінка – це важливі складові у структурі особистості, які визначають поведінку індивіда. Самовідношення виконує важливі психологічні функції, а саме, відображення себе, самовираження, самореалізацію, збереження внутрішньої стабільності та континуальності Я, саморегуляцію, самоконтроль, психологічного захисту, внутрішньої комунікації.

Самовідношення має прояви у трьох вимірах – біологічному, психологічному та соціальному. На біологічному рівні відношення до себе виявляється у ставленні до власної зовнішності, анатомічних особливостей, функціонально-фізіологічних можливостей, на психологічному – до сенсомоторних, інтелектуальних, емоційних, вольових властивостей, результатів діяльності, відчутті самоідентичності, на соціальному – до соціального статусу, очікувань та відношення оточення [1]. Тобто самовідношення має важливе значення для оцінки власної зовнішності, відчуття фізичного, психологічного та психосоціального благополуччя.

### 2. Обґрунтування дослідження

Спеціалісти-косметологи у своїй практиці зіштовхуються з ситуаціями, коли клієнту не подобається отриманий результат. І часто в основі подібних скарг криються психологічні причини [2–4]. Одним

зі специфічних психічних станів у пацієнтів косметологів, який пов'язаний з хронічною незадоволеністю власною зовнішністю є дисморфічний синдром [5]. Близько 6–17,4 % пацієнтів пластичних хірургів та 12 % хворих лікарів-дерматологів мають дисморфічний розлад [6–8]. На психологічному рівні відчуття «некраси» пов'язане з порушеннями образу тіла. Образ тіла виступає як інтегроване психологічне утворення, що складається з уявлень і відчуттів про тіло та тілесність і має соціальну детермінацію, тобто формується під впливом культурних стереотипів та стандартів, які диктують певні соціальні норми, навіть не зважаючи на загрозу саморуїнування [9]. Порушення, викликані зміною зовнішності мають негативні особистісні та психосоціальні наслідки, які втілюються у відчутті неповноцінності, зниженій самооцінці, труднощах міжособистісної взаємодії, неадекватній самопрезентації, відчутті непривабливості, соціальних страхах, уникненні контактів з іншими людьми [10, 11].

Виявлення взаємозв'язків зовнішності та самовідношення у пацієнтів косметологічного профілю може надати важливу інформацію щодо їх психологічного стану та способів його корекції.

### 3. Мета дослідження

Виявити особливості самовідношення у пацієнтів косметологічного профілю.