

IV етап «Сугестивний психологічний супровід» — включав 4 сеанси індивідуальної психотерапії з елементами сімейної психокорекції.

Оцінка ефективності проведеної системи показала таке. У хворих усіх трьох груп сталася позитивна клінічна динаміка. Зменшилися суб'єктивні переживання тривожного спектра і соматовегетативна симптоматика.

За даними патофизиологічного дослідження найбільш позитивна динаміка була досягнута за показником реактивної тривоги в усіх трьох групах хворих.

В цілому значне поліпшення було досягнуто у 72 % хворих I групи, у 68 % хворих II групи і у 78 % хворих III групи.

Список літератури

1. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо ; пер. с англ. — Киев : Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад ; пер. с нем. — М., 1999. — 376 с.
3. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник / В. Я. Гиндикин. — М.: Триада-Х, 2000. — 256 с.
4. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов. — Кишинев : Штиинца, 1988. — 165 с.
5. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr. Scand. — 2004. — Vol. 109. — Suppl. 420. — P. 21—27.
6. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // Журнал АМН України. — 2010. — Т. 16. — № 1. — С. 168—176.

7. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / [Bromet E. J., Gluzman S. F., Panioitto V. I. et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2005. — Vol. 40. — P. 681—690.

8. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / [Kessler R. S., Berglund B., Demler O. et al.] // Archives of General Psychiatry. — 2005. — 62. — P. 593—602.

9. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / [Kessler R. S., Chui W. N., Demler J. et al.] // Ibid. — P. 617—127.

10. Comer J. The epidemiology of anxiety disorders / J. Comer, M. Olfson // In: Anxiety Disorders / H. Simpson, Y. Neria, R. Levis-Fernandez, F. Schneier, eds. — Cambridge, UK : Cambridge University Press, 2010.

11. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. — Киев, 1997. — 104 с.

12. Посібник по використанню Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду / [Михайлов Б. В., Волошин П. В., Деменко В. Д. та ін.]. — Х., 2000. — 186 с.

13. Хаустова Е. А. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко // Международный неврологический журнал. — 2012. — № 2.

14. Юрьева, Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 32—33.

Надійшла до редакції 31.03.2016 р.

ЧОРНА Тетяна Сергіївна, лікар-психіатр Комунального закладу «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені академіка О. І. Ющенка», м. Вінниця; e-mail: tanya03.09@mail.ru

CHORNA Tetiana, Physician-psychiatrist of Public Health Institution "Vinnytsia Regional Yushchenko Memorial Psychoneurological Hospital", Vinnytsia; e-mail: tanya03.09@mail.ru

УДК 616.891:616.5-089:615.8

М. А. Юдін

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОСМЕТОЛОГІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

М. А. Юдин

Медико-психологические аспекты косметологической медицины

M. A. Yudin

Psychological aspects in cosmetic medicine

Проблема зовнішнього вигляду набуває все більшого значення, що пов'язано з соціокультурними та соціопсихологічними процесами. У статті наведений аналіз основних медико-психологічних аспектів у косметологічній медицині. Важливими складовими професійної підготовки косметологів є знання з психології, поширеності та психопропедевтики психічних порушень у косметологічних пацієнтів, психологічних навиків професійної взаємодії, можливостей психологічної та фармакологічної корекції дезадаптивних станів, вмінь визначати очікування та інформувати про можливі результати процедур. Працівники косметологічної галузі потребують медико-психологічної підготовки, що дозволить покращити якість допомоги та послуг для пацієнтів.

Ключові слова: косметологічна медицина, психодерматологія, медико-психологічна допомога

Проблема внешнего вида приобретает все большее значение, что связано с социокультурными и социопсихологическими процессами. В статье приведен анализ основных медико-психологических аспектов в косметологической медицине. Важными составляющими профессиональной подготовки косметологов являются знания по психологии, распространенности и психопропедевтике психических нарушений у косметологических пациентов, психологическим навыкам профессиональному взаимодействию, о возможностях психологической и фармакологической коррекции дезадаптивных состояний, умения определять ожидания и информировать о возможных результатах процедур. Работники косметологической отрасли нуждаются в медико-психологической подготовке, что позволит улучшить качество помощи и услуг для пациентов.

Ключевые слова: косметологическая медицина, психодерматологія, медико-психологическая помощь

The problem of appearance becomes more important, due to the socio-cultural and sociopsychological processes. In the article described analysis of basic psychological aspects of cosmetic medicine. Important components of cosmetologist's education are knowledge of psychology, psychiatric symptomatology, prevalence of mental disorders in cosmetological patients, psychological skills of professional interaction, and opportunities of psychological and pharmacological help in corrections maladaptive conditions, skills to identify expectations and inform about the possible outcome of the procedures. Specialists in cosmetic industry need psychological training that will improve the quality of care and services for patients.

Keywords: cosmetic medicine, psychodermatology, psychological help

На сьогодні зовнішній вигляд людини набув не лише особистісної, але і соціальної значущості [1]. Фізична привабливість стає провідним чинником при становленні міжособистісних контактів, асоціюється з більшою соціальною успішністю, є одним з критеріїв відбору на роботу. Цей феномен зумовлений ускладненням соціальної комунікації, конкуренцією на ринку праці, віковим цензом, модою, що змушує поряд з внутрішньоособистісними та професійними властивостями залучати ресурс у вигляді тілесної привабливості [2, 3].

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

Косметологічна медицина та естетична хірургія займаються корекцією як реальних дефектів зовнішності, так часто і виконують замісну психологічну функцію. Розвиток косметології стимулюють нові здобутки в медичних технологіях, збільшення значення зовнішньої привабливості у суспільстві, постійна зміна стандартів краси, підвищення матеріальної забезпеченості певних груп населення.

Сьогодні суттєво розширився спектр послуг, які косметологічна медицина може запропонувати потенційним клієнтам. До численних неінвазивних методів лікування та відновлення краси долучилися інвазивні. Ці методи відрізняються за вираженістю та стійкістю косметологічного ефекту, вартістю та ризиками і побічними ефектами щодо здоров'я пацієнтів. Інвазивна косметологія приносить крайній результат, вищий дохід, однак пов'язана з більшими кваліфікаційними вимогами до персоналу, який проводить маніпуляції, тому що порушення техніки виконання, ускладнення можуть спричинити значної шкоди для здоров'я клієнтів і стати приводом судових позовів. У естетичній та пластичній хірургії юридичні питання у більшості відрегульовані. З клієнтами складають попередній письмовий договір, в якому зазначають усі можливі ускладнення та наслідки медичних втручань, тоді як для сфери косметологічних послуг це питання залишається відкритим [4]. Незахищеними є як пацієнти/клієнти, так і медичні працівники. Особливо це актуально у разі завищених очікувань отримувачів косметологічних послуг як наслідку психологічної дезадаптації чи психічних розладів.

За результатами аналізу особливостей практичної діяльності спеціалістів, які надають косметологічні послуги, нами сформульовано основні медико-психологічні аспекти косметологічної медицини, які треба включити у комплексну програму практичної підготовки фахівців цього профілю (рис. 1):

- 1) психологія пацієнта з косметологічною та дерматологічною патологією;
- 2) психологічні аспекти професійної взаємодії з пацієнтами/клієнтами;
- 3) поширеність психічних розладів серед косметологічних пацієнтів/клієнтів, які впливають на надання косметологічних послуг та допомоги;
- 4) вміння проводити попереднє оцінення психологічного стану пацієнта/клієнта, визначати очікування, адекватність запиту у співвіднесенні з можливістю реального результату;
- 5) психокорекційні та психофармакотерапевтичні підходи до лікування пацієнтів з косметологічними та дерматологічними розладами;
- 6) психоетичні аспекти.

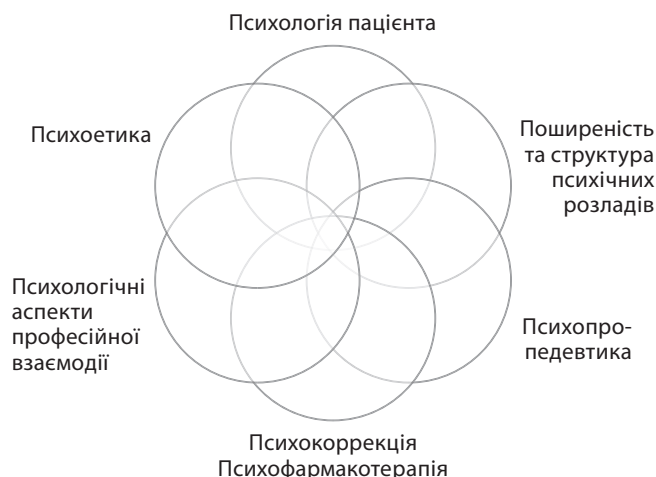


Рис. 1. Медико-психологічні аспекти у косметологічній медицині

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. Яким чином захворювання вплине на психологічне функціонування, залежить від багатьох чинників, які можна згрупувати в індивідуально-особистісні та нозогенно зумовлені. Індивідуально-особистісні чинники включають вік, стать, сімейний стан, психосоціальний статус, психічне та фізичне здоров'я, особистісні властивості, поведінкові паттерни, життєвий досвід. Нозогенно зумовлені описують рівень соматичного стресу, тяжкість перебігу, фізичні та психосоціальні наслідки та можливість корекції уражених захворюванням сфер життєдіяльності.

Косметологічна патологія найбільш міцно пов'язана з дерматологічними захворюваннями. Шкіра — на мові психологічного символізму — це орган контакту та взаємодії з навколишнім світом, індикатор та відображення психоемоційного стану людини.

Основними психопатогенними механізмами при дерматологічній патології є:

- ураження видимих ділянок шкіри з формуванням дефектів зовнішності;
 - стійкі неприємні важко коректовані сенсорні відчуття (свербіння, біль, мокнуття);
 - хронічний рецидивний перебіг патології, часто співзалежний з психоемоційним станом та рівнем стресу.
- Причинами звернення до косметологів стають:
- проблеми, пов'язані з зовнішнім виглядом (обличчя, фігура);
 - прагнення до підтримки та збереження природної краси;
 - запобігання та сповільнення процесу старіння;
 - підтримання іміджу, певного стилю життя;
 - покращання зовнішності з метою отримання з цього вигод (пошук партнера, побудова кар'єри);
 - незадоволеність своїм зовнішнім виглядом як частина більш глибокої психологічної проблеми неприйняття себе у цілісності психічних та фізичних особливостей;
 - отримання уваги оточуючих.

Виникнення зовнішніх дефектів шкірних покривів психологічно спричиняє потужні психічні зрушення, які зачіпають глибинні процеси самосприйняття та самоусвідомлення. У медичній психології ці феномени описані поняттям «образу тіла». Образ тіла має соціальну детермінацію та формується під впливом культурних стереотипів та стандартів, які диктують певні соціальні норми, навіть незважаючи на загрозу саморуйнування (пластичні операції, паління, неприродна худорлявість) [5].

Розуміння механізмів формування образу тіла та його порушень при змінах зовнішнього вигляду є одним з базових психологічних понять для спеціалістів-косметологів.

Стан шкіри міцно пов'язаний з психологічним поняттям образу тіла [5, 6]. Образ тіла у тілесній психології розглядається по-різному:

— як модель, що вибудовують на ґрунті тілесних відчуттів;

— конструкт, утворений на ґрунті когнітивної картини, за принципом «ми є те, про що думаємо»;

— комплексна єдність сприйняття, настанов, оцінок, уявлень, пов'язаних з зовнішністю та функціями тіла.

Образ тіла виступає як інтегроване психологічне утворення, що складається з уявлень і відчуттів про тіло та тілесність. Людині властиве сприйняття власної тілесності і ставлення до власного тіла. Образ тіла складається з декількох рівнів: схеми тіла, тілесного «Я», уявлень про тіло і концепції тіла.

В. Шонфельд виокремлює такі складові образу тіла [7]:

— актуальне суб'єктивне сприйняття тіла, як зовнішності, так і здатності до функціонування;

— інтерналізовані психологічні чинники, що є результатом власного емоційного досвіду індивіда та викривлення концепції тіла, які проявляються в соматичних ілюзіях;

— соціологічні чинники, пов'язані із психосоціальним сприйняттям та реагуванням;

— ідеальний образ тіла, що включає настанови щодо тіла, які пов'язані з відчуттями, сприйняттями, порівняннями і ідентифікаціями власного тіла з тілами інших людей.

Ознаками здорового образу тіла є [5]:

— гнучкість — образ тіла може змінюватися під впливом внутрішніх відчуттів, психічних подій і зовнішніх ситуацій, однак, стрижнева тілесна схема залишається незмінною, що забезпечує почуття стабільності і цілісності. Індивіди з проблемами управління тілом в результаті ригідних образів не впускають нову або суперечливу інформацію в їхню тілесну схему;

— зв'язок образу з реальністю світу і здоровими сторонами особистості: ментальний образ тіла збігається з тим, як насправді виглядає тіло, тобто з тим, як інші об'єктивно сприймають його;

— трьохмірність — кожна частина структури тіла відчувається як жива і легко доступна свідомості при переключенні уваги на неї. На противагу цьому, якщо частина відчувається індивідом як «заморожена», то образ тіла характеризується більшою фіксованістю, нереалістичністю і відсутністю почуття життя.

Порушення образу тіла має негативні особистісні та психосоціальні наслідки, які втілюються у негативному самосприйнятті, відчутті неповноцінності, зниженій самооцінці, труднощах міжособистісної взаємодії — встановленні нових знайомств, пошуку пари, неадекватній самопрезентації, відчутті непривабливості та потворності, соціальних страхах, уникненні контактів з іншими людьми (рис. 2).

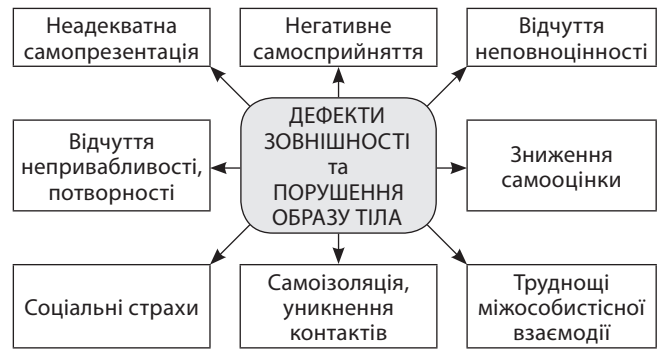


Рис. 2. Порушення образу тіла внаслідок дефектів зовнішності

Відчуття людини, що вона потворна, спричиняє відразу, і пов'язані з цим суб'єктивні переживання зазвичай бувають сильнішими, ніж в оточуючих [8]. Для жінок значення привабливості та краси набуває найбільшої важливості та гостроти, асоціюється з жіночністю та пов'язане з рольовою поведінкою [2, 3, 9]. А власне поняття краси є відносним та мінливим внаслідок зміни стандартів під впливом моди.

Саме тому пацієнтами косметологів у переважній більшості є жінки, хоча останнім часом збільшилась кількість чоловіків, які звертаються за косметологічними послугами. Клієнтів косметологічних центрів можна поділити на 3 категорії:

— з вираженими дефектами зовнішності, які потребують суттєвої медичної та естетичної корекції;

— з нормальною зовнішністю, при цьому звернення до косметолога має на меті підтримання природної краси;

— дефекти зовнішності відсутні або незначні, однак суб'єктивно значно перебільшуються.

У пацієнтів, які звертаються за косметологічним лікуванням, виявляють підвищення тривожності, симптоми депресивного кола, погіршення загального самопочуття, зниження активності, змінення самооцінки, самотавлення, порушення у міжособистісних стосунках [10—12].

Прояви психічних зрушень та зв'язок психоемоційного стану та тілесних проявів при шкірних та косметологічних проблемах настільки значні, що на перетині медичних та наук про психічне здоров'я сформувався інтегративний напрям — психодерматологія. Переважна більшість лікарів-дерматологів відзначає вагому роль психоемоційних чинників у розвитку та перебігу шкірної патології. До захворювань, що мають вплив на психічну сферу, належать псоріаз, алопеція, свербіння, себорейний дерматит, розацеа, афтоз, дисгідроз, atopічний дерматит, акне та інші [13, 14].

Психодерматологія займається вивченням дії психічних чинників на виникнення і перебіг дерматозів, психологічними та психосоматичними змінами, пов'язаними з наявністю шкірних захворювань та їх лікуванням, оціненням поширеності та структури психічних розладів при шкірній патології, їх психотерапією та психофармакотерапією.

Найбільш визнаною класифікацією психодерматологічних розладів є система Koo and Lee [15]:

— психофізіологічні розлади: псоріаз, atopічний дерматит, екскоріатичні акне, гіпергідроз, кропивниця, простий герпес, себорейний дерматит, афтоз, рожеві вугри, свербіння;

— психічні розлади з дерматологічними симптомами: артефактний дерматит, дерматозойне маячення,

трихотиломанія, обсессивно-компульсивний розлад, фобії, дисморфобія, розлади харчової поведінки, невротичні екскоріації, психогенне свербіння;

— дерматологічні розлади з психіатричними симптомами: алопеція, вітиліго, генералізований псоріаз, екзема, іхтіозоформні синдроми, ринофіма, альбінізм;

— змішані стани: шкірні сенсорні синдроми — глосодина, вульводинія, хронічний свербіж голови; психогенна пурпура, псевдопсиходерматологічна хвороба, суїцид у дерматологічних пацієнтів.

Поширеність психічних розладів серед дерматологічних пацієнтів коливається, за даними різних досліджень, від 20 до 40 %, коморбідної патології — 15—30 % [16]. Найчастіше шкірні захворювання коморбідні з депресивними — 59—77 %, тривожними розладами — 6—30 % [17], розладами особистості — до 57 % [16]. Окрему групу складають порушення самосприйняття — дисморфобія та дисморфоманія [18].

У дерматологічних пацієнтів виявлено переважання нозогенії (71,4 %) над іншими психічними порушеннями (34,6 %) [19]. Осіб зі шкірною патологією відрізняють високі показники іпохондричного розвитку (45,7 %) у порівнянні з нозогенними реакціями (25,7 %). З нозогенних реакцій найбільша частка припадає на депресивні (26,1 %) та тривожні стани (28,4 %), для іпохондричних розвитків — на масковану та надцінну іпохондрію (28,6 % та 28,5 % відповідно).

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. Не виражені у словах дії негативні емоції відображаються на шкірі — «символічна мова тіла». Негативні переживання також виникають на фоні фізичного дискомфорту, що провокує вторинну психотравматизацію. Психоаналіз пояснює розвиток дерматозів через певний характер стосунків хворого з матір'ю в дитинстві, а саме, надмірна опіка, або навпаки відстороненість, що порушують динаміку материнсько-дитячих стосунків.

З психологічної точки зору косметологічна медицина — це специфічна сфера медичних послуг, в якій критерієм оцінки результату є дуже суб'єктивне поняття краси та привабливості. Виникає логічне питання — яким чином співвідносити оцінку краси однієї людини з іншою, як домовитися з пацієнтом/клієнтом щодо результату, в особливості якщо послуги є платними і вимоги відповідно підвищуються. Спеціалісти-косметологи у своїй практиці часто потрапляють у ситуації, коли пацієнту не подобається отриманий результат. Негативні емоції клієнтів, які незадоволені ефектом косметологічних процедур, внаслідок завищених очікувань, мають психотравмуючий вплив на косметологів, що приводить до професійної дезадаптації та вигорання [20, 21].

Одним зі специфічних психічних станів у пацієнтів косметологів, який пов'язаний з хронічною незадоволеністю власною зовнішністю та результатами процедур і маніпуляцій, незважаючи на повторні звернення до спеціалістів у сфері косметології та пластичної хірургії, є дисморфічний розлад або синдром.

Дисморфобія (*body dysmorphic disorder*, BDD) — психічний розлад з ідеями уявної або перебільшеної власної фізичної неповноцінності, що мають характер нав'язливості, надцінного утворення або маячня [18]. Популяційна поширеність дисморфобії становить 1—2 %. Дисморфобія коморбідна до обсессивно-

компульсивного розладу (30 %), соціальної фобії та розладу особистості (50 %) [14], депресивного розладу (60—79 %) [22]. Серед осіб з дисморфобією — вища поширеність шизофренії, нервової анорексії, зловживання психоактивними речовинами, 1/3 таких пацієнтів здійснюють суїцидальні спроби [16, 23].

Найчастіше локалізацією скарг є обличчя, шкіра голови та статеві органи. Лицеві симптоми включають почервоніння обличчя, рубці, широкі пори, волосся на обличчі, надмірно випуклі чи навпаки впалі частини обличчя. Пацієнти скаржаться на втрату волосся, почервоніння мошонки, виділення з сечовивідних шляхів, виказують страх захворіти на СНІД. У пацієнтів з дисморфобією часто розвивається компульсивна поведінка, яка включає в себе такі симптоми [24]:

— «дзеркала» — звички регулярно перевіряти зовнішній вигляд в дзеркалах з різних ракурсів, нав'язливе бажання подивитися на себе у відображувальні поверхні (вітрини);

— «фотографії» — неможливість поглянути на власне відображення або свої фотографії;

— багаторазове нанесення макіяжу з метою приховати дефекти;

— постійні спроби замаскувати дефект за допомогою камуфляжної косметики, носіння мішкватого одягу, великих капелюхів, які закривають обличчя, підтримання певних положень тіла (вигідних поз);

— використання відволікання — спроба відвернути увагу від дефекту екстравагантним одягом або надлишком аксесуарів, прикрас;

— надмірний «грумінг» — розчісування волосся, вищипування брів, гоління;

— нав'язливі торкання до шкіри, особливо для того, щоб оцінити чи відчутти уявний дефект;

— різка необґрунтована ворожість щодо людей, особливо протилежної статі (або своєї статі в разі гомосексуальності);

— пошук підтвердження своїх переживань в спілкуванні з близькими або лікарями;

— виснажливі дієти або фізичні вправи з метою корекції зовнішнього вигляду;

— самопошкоджуюча поведінка;

— порівняння зовнішності, фігури або частин тіла з аналогічними в інших людей, одержимий перегляд фото і відео знаменитостей і моделей, які, на думку людини, є талоном;

— компульсивний пошук інформації, яка описує шляхи усунення дефекту;

— часте використання послуг пластичної хірургії, процедур косметології або дерматології, які дають незадовільний (за оцінкою самого пацієнта) ефект.

Близько 6—17,4 % пацієнтів пластичних хірургів та 12 % хворих лікарів-дерматологів мають дисморфічний розлад [22]. Особливістю дисморфобії є те, що після проведення естетичних маніпуляцій покращання стану пацієнта швидко минає, або ж «проблема» зміщується на іншу ділянку тіла [18, 25]. Результатом незадоволеності косметичним втручанням можуть стати суїцидальна спроба [23], агресивна або сутяжна поведінка. Недіагностована дисморфобія у 83 % пацієнтів без спеціалізованого психіатричного та психотерапевтичного лікування прогресує.

Частина фахівців вважає дисморфобію протипоказанням до проведення косметологічних та пластичних втручань [22], та більше ніж 70 % пластичних хірургів виконують операції цим пацієнтам, що є психоетичним пи-

танням. Пацієнти з дисморфофобією тільки в 7 % випадків піддають себе операції одноразово, 13 % мають повторні операції, 63 % продовжують наполягати оперувати неодноразово [18]. В цілому в найближчі терміни після операції більше ніж 1/3 всіх пацієнтів вже планують нову операцію. Ця категорія пацієнтів є надзвичайно складною у спілкуванні, їх запит практично неможливо задовольнити, що породжує конфлікти, судові позови.

Персоналу косметологічних центрів у зв'язку зі специфікою своєї діяльності доводиться самостійно опанувати засади психодіагностики та психологічного консультування, надавати не лише косметологічні послуги, але і ситуаційно проводити психологічні втручання. На рис. 3 та 4 наведені орієнтовні алгоритми взаємодії спеціаліста-косметолога з новим пацієнтом, та його дій у разі наявності ознак психологічних зрушень.

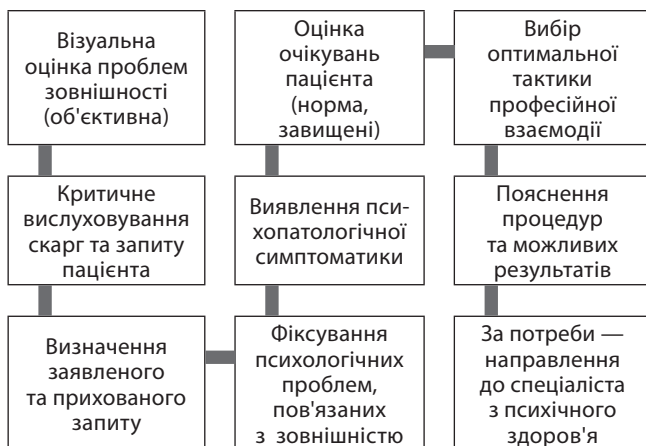


Рис. 3. Алгоритм взаємодії косметолога з пацієнтом при первинному зверненні

Практика надання косметологічних послуг свідчить про значну потребу спеціалістів-косметологів у медико-психологічних знаннях та навиках, які сьогодні здобуваються ними несистемно та фрагментарно. Найбільш затребуваними навиками є розвиток комунікативної компетенції, взаємодії в конфліктних ситуаціях, саморегуляція психічного стану.

Лише 21 % психіатрів та 18 % дерматологів повідомляють про наявність глибоких знань з психодерматології, відповідно 85 % та 39 % зацікавлені у поглибленні своєї медичної освіти у цієї сфері [26].

Значна поширеність психічної патології серед пацієнтів медичної сфери, в тому числі і медичної косметології, ставить питання про координування зусиль та взаємодію зі службою психічного здоров'я. Виявлення пацієнтів з психічними розладами чи станами, які потребують психокорекції, питання складне та делікатне. Адже, по-перше, спеціаліст-косметолог має розуміти засади психопропедевтики, по-друге, вміти пояснити пацієнту/клієнту особливості його стану та зорієнтувати на візит до психолога чи психіатра.

Долучення до лікування дерматологічних захворювань психокорекційних та психотерапевтичних технік значно покращує результати терапії [27, 28]. У лікуванні шкірної патології застосовують когнітивно-біхевіоральну психотерапію, техніки релаксації, гіпнозу, біологічний зворотний зв'язок. При наявності вираженої психопатологічної симптоматики призначають транквілізатори та антидепресанти.

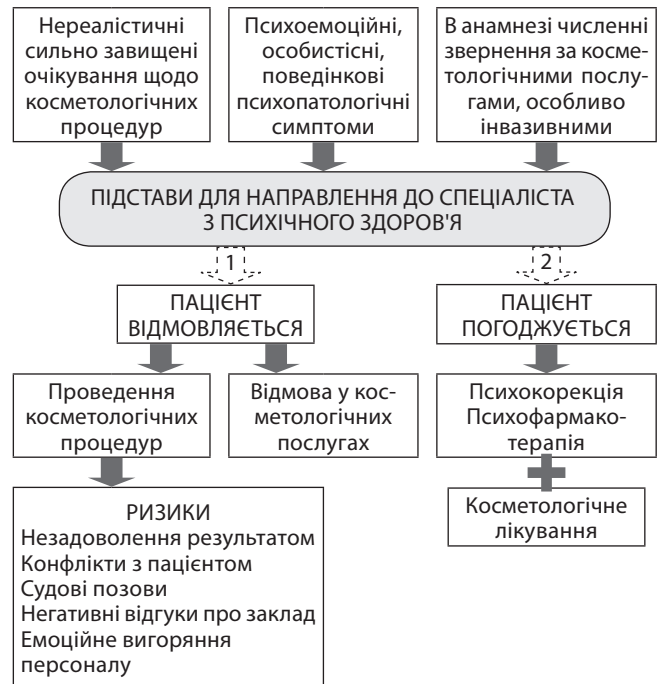


Рис. 4. Алгоритм взаємодії з пацієнтами з психологічними зрушеннями

Когнітивно-поведінкова психотерапія орієнтована на корекцію неадаптивних, помилкових думок та поведінки, пов'язаних з патологією шкіри чи розвитком дерматологічних захворювань.

Гіпнотичний транс використовують для зниження інтенсивності чи навіть повного усунення неприємних відчуттів (свербіння, болю, дизестезії). Гіпнозу ефективний при більшості психодерматозів. Обмеженнями гіпнозу є піддатливість пацієнта до цього методу, тому що існують категорії людей з низькою гіпнабельністю — особи з розладами особистості, нарцисистичними та шизотиповими рисами, в стані активного психозу.

Біологічний зворотний зв'язок становить неінвазивний метод з широким терапевтичним застосуванням. До технік біологічного зворотного зв'язку належать прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, керована уява, медитація, дихальні вправи. Релаксація спрямована на нормалізацію роботи вегетативної нервової системи — зниження симпатичної та підвищення парасимпатичної іннервації.

Психофармакотерапію при шкірних захворюваннях застосовують для усунення психопатологічних симптомів, зниження дискомфорту від неприємних сенсорних відчуттів, покращання сну. Медикаментозне лікування, на відміну від психотерапевтичного, має побічні ефекти та не здатне впливати на причину симптомів — зміну неадаптивних поведінкових стереотипів.

Вибір психотропного препарату залежить від наявного психопатологічного симптому. Трициклічні антидепресанти найбільш ефективні у лікуванні невротичних екскоріацій, хронічної кропивниці, психогенного свербіння, акне, псоріазу, алопеції, при гіпергідрозі [28]. Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну — препарати вибору для лікування дисморфофобії, артефактного дерматиту, обсесивно-компульсивного розладу, невротичних екскоріацій, акне, оніхофагії та псоріазу. Лікування психотичних станів проводять з використанням атипичних нейролептиків.

Поряд з тим, психофармакотерапія може провокувати виникнення дерматологічних симптомів як побічних ефектів: фоточутливість, люпус-синдром, еритематозний макулопапулярний висип, контактний дерматит, себорейний дерматит, мультиформна еритема, пурпура, кропив'янка, долонна еритема, гіперпігментація, бульозні ушкодження та інші. При застосуванні психофармакотерапії треба враховувати спектр побічних ефектів.

Таким чином, на сьогодні для якісного та безпечно-го надання косметологічних послуг для всіх учасників лікувального процесу необхідно зосередити увагу на:

- підготовці фахівців косметологів з медико-психологічних питань у сфері виконуваної діяльності;
- психологічній підготовці косметологів щодо психологічних навиків професійної взаємодії;
- розроблення клінічних протоколів надання косметологічних послуг з диференціюванням пацієнтів/клієнтів за критерієм психічного стану (норма, психологічна обтяженість);
- налагодження взаємодії та координації косметологічної медицини та сфери охорони здоров'я.

Глибоке розуміння та знання в галузі психології косметологічного пацієнта, взаємодія між косметологами та спеціалістами з психічного здоров'я можуть мати вагомий внесок у покращання допомоги пацієнтам з шкірною патологією.

Список літератури

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. Александров А. А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица [Текст] / А. А. Александров, Е. С. Багненко // Вестник психотерапии. — 2012. — № 41(46). — С. 52—66.
3. Святенко Л. В. Психологические факторы расстройств адаптации женщин с избыточным весом [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук / Л. В. Святенко. — СПб., 2012. — 25 с.
4. Проценко Т. В. Медицинские и правовые аспекты взаимодействия клиента/пациента и врача в условиях медицинских косметологических клиник и салонов красоты [Электронный ресурс] / Т. В. Проценко // Новости медицины и фармации «Дерматология и косметология». — 2009. — №276. —Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/10482>.
5. Thompson A. R. Образ тела в дерматологии [Текст] / A. R. Thompson // Психические расстройства в общей медицине. — 2013. — № 2. — С. 36—39.
6. Психологические аспекты патологических телесных ощущений при психических расстройствах, реализующихся в пространстве кожного покрова [Текст] / А. Ш. Тхостов, М. Г. Виноградова, А. А. Ермушева [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. — 2014. — № 1. — С. 14—25.
7. Schonfeld W. A. Body image in adolescents: a psychiatric concept for the pediatrician [Text] / W. A. Schonfeld // Pediatrics. — 1963. — Vol. 31. — P. 54—60.
8. Gieler U. Psychodermatology and cosmetic-surgical dermatology — a contradiction? [Text] / U. Gieler // J. Dtsch. Derm. Ges. — 2007. — Vol. 5. — P. 729—734.
9. Скрипніков А. М. Основні принципи психотерапії психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою [Текст] / А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. — 2012. — Вип. 1 (34). — С. 75—80.
10. Слостенина В. В. Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии [Текст] / В. В. Слостенина // Вестник Томского гос. ун-та. — 2007. — № 303. — С. 205—208.
11. Шакуров И. Г. Психосоциальный статус и личностно-характерологические особенности пациентов с рубцовыми

изменениями кожи [Текст] / И. Г. Шакуров, И. Б. Глубокова, А. И. Ташникова // Вестник дерм. и венер. — 2009. — № 3. — С. 50—60.

12. Сац Е. А. Особенности самосознания у женщин — клиентов косметологических услуг [Электронный ресурс] / Е. А. Сац, И. М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 1-1. — Режим доступа : <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18589>.

13. Psychotological impairments in the patients with acne [Text] / B. Behnam, R. Taheri, R. Ghorbani [et al.] // Indian J. Dermatol. — 2013. — Vol. 58 (1). — P. 26—29.

14. Senra M. S. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis [Text] / M. S. Senra, A. Wollenberg // Br. J. Dermatol. — 2014. — Vol. 170. — P. 38—43.

15. Koo J. Y. General approach to evaluating psychodermatological disorders [Text] / J. Y. Koo, C. S. Lee // In : Psychocutaneous Medicine / J. Y. Koo, C. S. Lee, editors. — N. Y. : Marcel Dekker, 2003. — P. 1—29.

16. Psychiatric evaluation in dermatology: an overview [Text] / S. Ghosh, R. V. Behere, P. Sharma [et al.] // Indian J. Dermatol. — 2013. — Vol. 58 (1). — P. 39—43.

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

18. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features [Text] / L. A. Conrado, A. G. Hounie, J. B. Diniz [et al.] // Journal of American Academic Dermatology. — 2010. — Vol. 63 (2). — P. 235—243.

19. Андрущенко А. В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоветской сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические отношения, терапия) [Текст] : дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : 14.01.06 / Андрущенко Алиса Владимировна. — М., 2011. — 363 с.

20. Башура А. Г. Психология косметолога : путеводитель для практикующих косметологов [Текст] / А. Г. Башура, Л. В. Пляка. — Харьков : Основа, 2013. — 64 с.

21. Кондракова Т. Е. Формирование психологических компетенций в системе повышения квалификации специалистов косметологического сервиса [Текст] / Т. Е. Кондракова // Педагогическое образование в России. — 2013. — № 6. — С. 46—50.

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

23. The Relationship between Body Dysmorphic Disorder Behaviors and the Acquired Capability for Suicide [Text] / T. K. Witte, E. R. Didie, W. Menard [et al.] // Suicide Life-Threatening Behavior. — 2012. — Vol. 42 (3). — P. 318—331.

24. Мороз С. М. Дисморфобия и дисморфомания: зеркало обманывает [Текст] / С. М. Мороз, И. Яворская // Косметолог. — 2015. — № 6 (74). — С. 108—110.

25. Слюсарь А. Страшно красивая. Дисморфомания как навязчивое желание улучшить свою внешность [Текст] / А. Слюсарь // Косметолог. — 2015. — №5 (73). — С. 108—110.

26. Система внедрения и реализации элективного курса по психодерматологии в медицинском вузе [Текст] / С. И. Бобко, Е. О. Перова, Е. А. Волкова [и др.] // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2014. — № 4. — С. 59—68.

27. Shenefelt P. D. Psychological interventions in the management of common skin conditions [Text] / P. D. Shenefelt // Psychol. Res. Behav. Manag. — 2010. — Vol. 3. — P. 51—63.

28. Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party [Text] / A. Bewley, A. Affleck, C. Bundy [et al.] // Br. J. Dermatol. — 2013. — Vol. 168 (6). — P. 1149—1150.

Надійшла до редакції 23.03.2016 р.

ЮДІН Михайло Анатолійович, кандидат медичних наук, лікар-дерматолог медичного центру «СА-КЛІНІК», м. Київ, здобувач ступеня доктора наук кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків

YUDIN Mykhailo, MD, PhD, Physician-dermatologist of the Medical Center "SA-CLINIC", Kyiv, Competitor for Doctor of Science degree of the Department of Sexology and medical psychology, medical and psychological rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv