

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОЗОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

*Е.С. Багненко*

**В результате клинического и клинико-психологического исследования 42 пациентов, обратившихся за косметологической помощью, выявлены психопатологические изменения преневротического уровня в виде тревожных и фобических переживаний, аффективные, астенические и ипохондрические субклинические расстройства. Установлена наибольшая выраженность психотравмирующего действия косметологического дефекта при угревой болезни (акне), сухой коже и, в меньшей мере – при патологической пигментации кожи, расширении пор на лице и гипергидрозе.**

*Ключевые слова: нозогении, косметические дефекты, косметологическое лечение.*

### **Введение**

Взаимосвязь соматических заболеваний и психологических нарушений общеизвестна. Особое значение эта связь приобретает при заболеваниях кожи, вероятно, потому что изменения кожи, в отличие от заболеваний внутренних органов, видны как самому больному, так и окружающим. А.Б. Смулевич с соавторами выделяют две группы психодерматологических расстройств: 1) психические заболевания, маскированные кожными проявлениями, и 2) кожные заболевания, манифестирующие или обостряющиеся в связи с психогенными и ситуационными факторами и/или сопровождающиеся психическими реакциями на косметически неблагоприятное воздействие кожного процесса или длительно существующий зуд [4].

Последние принято обозначать как «нозогении» или «нозогенные реакции» – реакции, обусловленные психотравмирующим воздействием объективно существующих заболеваний, вызывающих переживания пациентов и сопровождающихся ограничениями на бытовую и профессиональную деятельность. В исследовании А. Picardi с соавторами при обследовании больных с заболеваниями кожи выявлены психические расстройства у 20,6 % пациентов, причем наиболее часто такие нарушения наблюдаются у женщины с преимущественным поражением кожи открытых участков тела [9].

Следует отметить, что в литературе достаточно хорошо описаны нозогенные реакции у больных хроническими дерматозами, на-

блюдающихся в дерматологических стационарах и диспансерах, и практически отсутствуют исследования аналогичных реакций у лиц, обращающихся за косметологической помощью. Последнее обстоятельство, на наш взгляд, объясняется, во-первых, тем, что состояния, по поводу которых обращаются к врачу-косметологу, не угрожают в большинстве своем жизни больного и не приводят к его инвалидизации, и, во-вторых, тем, что косметологическая помощь стала относительно доступной лишь в последние годы из-за бурного развития косметологических технологий, обеспечивающих реальное решение ряда косметических проблем, и в связи с ростом материального благосостояния населения.

**Материалы и методы.** С помощью клинического (визуальная оценка косметической проблемы и эффекта косметологического лечения) и клинико-психологического (включенное наблюдение и структурированное интервью) методов обследовались мужчины (n=8) и женщины (n=34) в возрасте от 17 до 67 лет, обращавшиеся к врачу-косметологу. В выборку не включались лица с дисморфофобическими расстройствами психики.

**Результаты исследования.** У всех обратившихся за косметологической помощью установлено наличие нозогенной симптоматики, в большинстве случаев не достигавшей невротического уровня. Эти преневротические изменения заключались в тревожных и, в меньшей степени, фобических переживаниях, аффективных (пониженное настроение и самооценка), астенических (повышенная психи-

ческая истощаемость, утомляемость, эмоциональная лабильность, раздражительность) и ипохондрических (фиксация на косметической проблеме) субклинических расстройств.

Наиболее выражены эти расстройства оказались, как и следовало, ожидать, у лиц с угревой болезнью (акне), причем, если в целом с возрастом люди начинают терпимее относиться к недостаткам собственной внешности [2], то в данном случае можно говорить об эффекте кумуляции негативных эмоций и негативного коммуникативного опыта: максимальная выраженность психологических расстройств наблюдалась у женщин в возрасте 27–30 лет. Другим ведущим фактором такого возрастного распределения может быть длительное малоэффективное лечение и возникновение к этому возрасту на месте угрей атрофических рубцов, располагающихся ниже уровня кожи, которые в отличие от угрей являются, по мнению пациенток, необратимыми и не подлежащими восстановлению косметическими методами дефектами. Полученные данные соответствуют данным R.J. Lasek и M.M. Chren [5] о том, что взрослые оказываются в большей степени обеспокоены проявлениями угревой болезни и ее влиянием на качество их жизни. Имеющиеся в литературе сведения свидетельствуют о том, что психологические изменения при угревой болезни могут быть равнозначны по выраженности таковым при бронхиальной астме или эпилепсии [11], а нозогенная депрессия у таких лиц диагностируется даже чаще, чем у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями кожи [8].

В наших наблюдениях тревожная симптоматика с чувством безнадежности сочеталась со стойкой фиксацией пациенток на малейших изменениях в структуре кожных поражений, тщательном анализе предыдущих результатов лечения, знакомстве со специальной медицинской литературой с не всегда адекватным пониманием вычитанных в ней положений. Характерной была эмоциональная лабильность, выражающаяся в резком переходе от неоправданно оптимистических ожиданий результатов лечения с высказываниями на этот счет с элементами театральности к глубоко пессимистичным прогнозам; радостное возбуждение от минимально удачного результата лечения сменялось депрессией при появлении новых форменных элементов на коже.

Важно, что в отличие от более взрослых людей, активно желающих улучшения своей внешности, у юношей и девушек, обращавшихся к косметологу по настоянию родителей, отмечается пассивность и скептическое отношение к лечению, недоверие к возможности положительного результата.

Взрослые с угревой болезнью в большинстве своем характеризовались более высоким уровнем образования и интеллекта, несмотря на трудности в общении, что можно расценить как проявление совладающего поведения, попытку преодоления комплекса «гадкого утенка», повышения самооценки и своих позиций в обществе. Большинство обследованных подростков с угревой сыпью, по нашим данным клинико-психологического исследования, характеризуются признаками социальной изоляции, что соотносится с данными зарубежной литературы по проблеме [6, 12]. В то же время у взрослых пациентов таких проявлений не установлено, например, большинство принявших в исследовании женщин не состоят в браке, однако практически все они имеют хорошую работу, высокий заработок и занимают удовлетворяющее их достаточно высокое положение в обществе. Полученные данные расходятся с результатами некоторых аналогичных исследований за рубежом, свидетельствующих, например, о более высоком уровне безработицы среди людей с угревой болезнью, превышающем среднестатистические характеристики незанятости населения стран Северной Америки [7]. Одним из объяснений является установленные нами различия в мотивировках обращения за косметологической помощью: родители подростков с акне обращаются за платной услугой для своих детей даже в случае не всегда высокого уровня своих доходов, а вошедшие в выборку взрослые пациенты являлись достаточно обеспеченными людьми, для которых затраты на косметологическую помощь не являются существенными в структуре их расходов.

Установлено, что нозогенные реакции на угревую болезнь, как, впрочем, и на другие дефекты кожи в значительной степени зависят от характерологических особенностей личности и типа совладающего поведения [4], что сопровождается большим спектром реакций реактивного (гиперкомпенсаторного) характера: карьерным и профессиональным ростом, утрированной демонстрацией своей социальной успешности, имеющими очевидно ком-

пенсаторный характер по отношению к имеющимся у них поражениям кожи лица, что в целом подтверждается результатами выполненных нами клинико-психологических исследований единичных случаев. Например, пациентка О., 29 лет, с тяжелыми проявлениями угревой болезни, выраженным ожирением и явными признаками гормональных нарушений, замужем, но не имеет детей вследствие имеющихся у нее вызванных дисгормональностью гинекологических расстройств, систематически носит одежду молодежного типа, является квалифицированным специалистом по компьютерным технологиям, хорошо зарабатывает, всячески демонстрирует свою социальную успешность, внешне беспечно относясь к поражению кожи лица и бесплодию, хотя результаты исследования свидетельствуют о наличии у нее выраженного беспокойства по этому поводу.

Другую исследованную группу с нозогениями составили мужчины и женщины с гипергидрозом (повышенной потливостью), который чаще рассматривается лишь как определенное неудобство, однако при крайней его выраженности он сопровождается серьезными проблемами ежедневного быта, ограничениями социального функционирования, снижения качества жизни и вызванными этим психологическими расстройствами, что вынуждает пациентов обращаться за косметологической помощью. В исследованном нами единичном наблюдении повышенное потовыделение в подмышечных впадинах у женщины 36 лет было выражено настолько, что значительную часть рабочего дня она посвящала борьбе с его последствиями, неоднократной сменой в течение дня белья и одежды. В момент обращения клинический статус пациентки характеризовался дисфоричностью, повышенной слезливостью и плаксивостью, снижением работоспособности и эффективности деятельности («глазами на мокром месте», «все валится из рук», «ни одно начатое дело не могу довести до конца», «фиксирована на своей проблеме»). Отмечались поведенческие нарушения ограничительного и обсессивно-компульсивного характера: несмотря на соблюдение гигиены и применение дезодорирующих препаратов, она постоянно ощущала якобы исходящий от нее неприятный запах (которого в реальности не было), «косые» взгляды сотрудников, жаловалась на избегающее поведение окружающих. У пациентки отмечались проявления социофобии, прояв-

лявшиеся в паническом страхе при необходимости тесного общения с незнакомыми людьми, особенно в транспорте. В целом ее состояние можно было расценить как состояние деструктивной тревоги с патогенетически «порочным кругом» психологического и психофизиологического функционирования (чем больше она потела, тем больше переживала, и чем больше переживала, тем больше потела). Спешно выполненное косметологическое вмешательство, направленное на снижение уровня гипергидроза за счет деструкции части потовых желез с помощью инъекций ботулотоксина в кожу подмышечных впадин, привели к существенному улучшению клинического и психологического статуса пациентки, проявившегося, в частности, в целенаправленном и систематическом поддержании психотерапевтического контакта. Аналогичные нозогенные реакции, имеющие меньшую выраженность, проявляются у мужчин с гипергидрозом ладоней, род деятельности которых связан со значительным числом контактов и рукопожатий.

Третью группу лиц с нозогениями составили недавно родившие женщины и женщины в климактерическом и раннем постменопаузальном периодах с патологическими пигментациями на лице, психопатологическая симптоматика преневротического уровня у которых была вызвана как собственно психотравмирующей ситуацией родов или климакса, так и вторичными психологическими реактивными образованиями, сформировавшимися на само появление пигментных пятен. Результаты клинико-психологического исследования пациентов этой группы свидетельствуют о том, что косметологическое удаление пятен сопровождается удовлетворенностью клиентов, улучшением их собственного имиджа. Однако установленная в нашем исследовании медленная редукция гипотимии и повышенной тревожности свидетельствует о ситуационной обусловленности этих состояний, при которых борьба с пигментными пятнами представляет собой своеобразный вариант совладающего поведения [3]. Психологический анализ переживаний пациенток свидетельствует, что переключение внимания на косметический дефект рассматривается пациентками как возможная декларируемая причина тревожно-депрессивного состояния с подсознательным отрицанием истинных причин, в числе которых на первый план чаще всего выходит ограничение интимных отно-

шений с супругом в связи с рождением ребенка и появлением новой психологической доминанты, мыслей о подступающей старости и т.п. Подтверждением этого является то, что эти же женщины в дальнейшем обращаются к косметологу по поводу других, зачастую совсем незначительных косметических дефектов. Стоит заметить, что если для некоторых гиперпигментация на любом участке тела – «катастрофа», то другие пациентки отнюдь не драматизируют ситуацию с пигментными пятнами, а обращаются за удалением их по мере появления «свободных» денег и свободного времени.

Нозогенные реакции в виде тревожно-невротических состояний характерны также для лиц с расширенными кожными порами в области лба и крыльев носа. При этом заболевании также наблюдаются элементы этиопатогенетического «порочного круга», проявляющиеся сложными кольцевыми зависимостями в определении первичности–вторичности кожных проявлений: являются ли они причиной тревоги или же и они, и тревога – следствие гормональных сдвигов в организме. В литературе по рассматриваемой проблеме приводятся сведения, что у таких пациентов использование не только фототерапии и других методов лечебной косметологии, но и даже обычной маскирующей косметики улучшает самооценку женщин (но не мужчин!), их настроение, повышает уверенность в себе и качество их жизни [1]. Эти данные свидетельствуют в пользу существенной роли этого косметического дефекта в возникновении нозогенных реакций.

Кроме того, еще одну группу с невротическими и преневротическими нозогенными реакциями составляют женщины с сухой кожей. В отличие от специфики перечисленных выше клинических групп пациентов сухость кожи может только относительно рассматриваться в качестве кожного дефекта, поскольку ее клиническая картина заметна только специалисту, но по уровню субъективно психотравмирующего эффекта на женщин она приближается к таковому при угревой болезни. По сравнению с рассматривавшимися выше косметическими и косметологическими проблемами, сухость кожи характеризуется регулярной, повторяющейся патологической афферентацией доболевого уровня с расположенных в дерме ноцицептивных рецепторов, что воспринимается как выраженное «стягивание» кожи, и при длительном периоде про-

явлений оказывает изнуряющий, угнетающий эффект на психику. Для таких женщин характерна стойкая фиксация на телесных ощущениях, при этом не исключено, что их психологическое состояние продуцирует возникновение псевдозестезий по типу истероалгий. Анализ результатов предыдущего опыта сопровождается пессимистической оценкой результатов предстоящего лечения, ощущением безысходности, распространяющимся не только на его перспективы, но и на жизненные перспективы в целом, что можно расценивать как проявления ипохондрической депрессии. Лечебные мероприятия дают желаемый косметический эффект, но оказываются малоэффективными в части коррекции психологического состояния этих женщин, которое, по крайней мере, у части из них, должно корректироваться психотропными воздействиями.

**Обсуждение результатов.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что наличие косметических дефектов вызывает развитие нозогенных психологических реакций, выраженность и особенности которых определяются характером косметического дефекта. Однако установить истинную распространенность таких реакций при косметических дефектах не представляется возможным, во всяком случае еще и потому, что исследованные нами клинико-психологические данные, как правило, нерепрезентативно отражают нозогенную феноменологию при такого рода дерматологических проблемах, во-первых, из-за неустановленных характеристик эпидемиологической распространенности нозогенных проявлений при косметических дефектах, и, во-вторых, из-за существующих ограничений в доступности такого рода специализированной медицинской помощи.

В отличие от хронических дерматозов, которые чаще сопровождаются тревожно-депрессивными реакциями, суицидальными мыслями и аутодеструктивным поведением [5], у лиц с косметическими дефектами нозогенные психологические реакции в большинстве своем не достигают уровня неврозов, хотя существенно ухудшают их качество жизни.

### Выводы

1. Косметические дефекты сопровождаются развитием нозогенных психологических реакций, при этом наибольшая выраженность психотравмирующего действия характерна

для угревой болезни (акне), сухой кожи и, в меньшей мере – для патологической пигментации кожи и расширения пор на лице, а также для гипергидроза.

2. Методы лечебной косметологии оказываются наиболее эффективными в плане коррекции психологического состояния при гипергидрозе и угревой болезни, в меньшей степени – при патологических пигментациях и расширенных порах кожи лица и почти неэффективны у лиц с сухой кожей, несмотря на хороший косметический эффект, определяемый на основании клинических косметологических критериев эффективности лечения.

### Литература

1. Арозйв, Э. *Косметические процедуры* / Э. Арозйв. – М.: РИПОЛ классик, 2008. – 224 с.
2. Либина, А. *Психология современной женщины* / А. Либина. – М.: Эксмо, 2003. – 816 с.
3. Никольская, И.М. *Совладающее поведение в защитной системе человека* / И.М. Никольская // *Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы*. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». – 2008. – С. 113–137.
4. *Психодерматологические расстройства* / А.Б. Смулевич, О.Л. Иванов, А.Н. Львов и др. // *Клиническая дерматовенерология* / под ред. Ю.К. Скрипкина и Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – С. 5–22.

5. Смулевич, А.Б. *Депрессии при дерматологической патологии* / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженко, Т.В. Белоусова // Смулевич А.Б. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях*. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – С. 151–154.

6. Barankin, B. *Psychological effect of common skin diseases* / B. Barankin // *Can. Fam. Physician*. – 2002. – Vol. 48. – P. 712–716.

7. Cunliffe, W.J. *Acne and unemployment* / W.J. Cunliffe // *Br. J. Dermatol.* – 1986. – Vol. 115, № 3. – P. 386.

8. Gieler, U. *Hauter-Krankungen in psychologischer Sicht*. / U. Gieler, U. Stangier, E. Braehler. – Gottingen-Dern-Toronto-Seattle, 1995.

9. *Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body* / A. Picardi, D. Abeni, C. Renzi et al. // *Acta.Derm.Venereol.* – 2001. – Vol. 81, № 6. – P. 410–414.

10. Lasek, R.J. *Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients* / R.J. Lasek, M.M. Chren // *Arch. Dermatol.* – 1988. – Vol. 134, № 4. – P. 454–458.

11. *The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires* / E. Mallon, J.N. Newton, A. Klassen et al. // *Br. J. Dermatol.* – 1999. – Vol. 140, № 4. – P. 672–676.

12. Thomas, D.R. *Psychosocial effects of acne* / D.R. Thomas // *J. Cutan. Med. Surg.* – 2004. – Vol. 8, suppl. 4. – P. 3–5.

Поступила в редакцию 20 июля 2011 г.

**Багненко Елена Сергеевна.** Врач-дерматолог-косметолог, Санкт-Петербургский институт красоты, внешний соискатель при кафедре медицинской психологии, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, г. Санкт-Петербург.

**Elena S. Bagnenko.** Dermatologist, cosmetologist, St. Petersburg Institute of Beauty, an external candidate at the Department of Medical Psychology, St. Petersburg Medical academy of Postgraduate Education, St. Petersburg.