

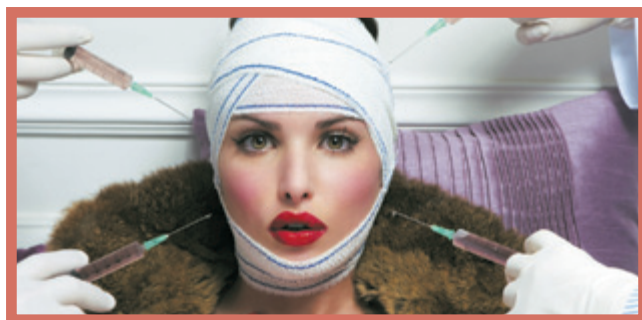
## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ВНЕШНОСТИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

**А.В. Голенков**, докт. мед. наук, проф., **Ф.В. Орлов**, канд. мед. наук  
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова;  
Российская Федерация, 428015, Чебоксары, Московский проспект, д. 15  
**E-mail:** [golenkovav@inbox.ru](mailto:golenkovav@inbox.ru)

**Описаны психологические и психиатрические аспекты коррекции внешности. Приведены сведения о дисморфофобическом расстройстве, потенциально опасном с точки зрения совершения агрессивных действий, направленных на медицинских работников, и суицидальных тенденций.**

*Ключевые слова:* дисморфофобия, психические расстройства, пластическая хирургия.

Для цитирования: Голенков А.В., Орлов Ф.В. Психологические и психиатрические аспекты коррекции внешности в пластической хирургии. Медицинская сестра. 2019; 21 (2): 28–31. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-07>



Медицинскими показаниями обращения к услугам пластического хирурга являются нарушенные функции дыхания, глотания, врожденные дефекты внешности, а также физические недостатки, полученные в результате травм и повреждений. Однако в последние годы растет обращаемость к услугам пластического хирурга в связи неудовлетворенностью своим внешним видом, при этом зачастую – в отсутствие явных дефектов внешности [1, 4]. Причиной обращения к хирургу может быть недовольство пациента своей внешностью при отсутствии косметических дефектов, что обусловлено различными психическими расстройствами: дисморфофобическими (26%), тревожно-фобическими (23,1%), обсессивно-компульсивными (11%), аффективными (32%) и бредовыми (7,5%) [6]. У 80% таких пациентов отмечаются суицидальные мысли, а у 25% – попытки суицида в анамнезе [10].

Психопатологические симптомы, определяя недовольство пациента своей внешностью, могут повышать риск неудовлетворенности результатами оперативного вмешательства, ухудшать психическое состояние после операции [6]. В ряде исследований показано повышение частоты самоубийств более чем в 3 раза по сравнению с таковой в общей популяции у пациенток, которым была выполнена увеличивающая маммопластика [11]. Предпосылкой к негативному исходу операции является дисморфомания (дисморфофобия) – body dysmorphic disorder, которая встречается в 7–15% случаев у пациентов, перенесших пластическую операцию, против 1–2% в общей популяции [12]. Дисморфофобия считается патологией, характерной преимущественно для подросткового и юношеского возраста. Данный синдром нозологически неспецифичен и наблюдается как при пограничных психических расстройствах (невротических, психосоматических, ипохондрических), так и при выраженных (аффективные и эндогенные психозы) [5, 9, 13].

К основным симптомам дисморфофобии относятся стойкое стремление рассматривать себя в зеркале, произвести хирургическую коррекцию своего телесного «недостатка», болезненная уверенность в распространении неприятных запахов (синдром «неудержания кишечных газов» – olfactory reference disorder), нередко – суицидальные мысли и попытки. Настроение у больных, как правило, сниженное, отмечаются беспокойство (тревога), навязчивые мысли и страхи. Большинство пациентов со множеством жалоб на внешность негативно реагируют на «психиатрические вопросы», а предложение обратиться к психиатру считают оскорблением. Безусловными признаками бреда являются: субъективная уверенность в реальности болезненных переживаний, несоответствие их действительности; невозможность скорректировать высказывания больного (паралогические аргументации) и бредовое поведение как отражение актуальности бреда (упорное стремление исправить мнимый недостаток); увеличение его интенсивности [5].

Таким образом, во время первичной консультации пластическому хирургу необходимо оценить

мотивацию обращения пациента, обратить внимание на наличие симптомов дисморфофобии и других психических расстройств [4–6, 9–13].

Нами проанализированы обращения пациентов в течение 1 года к пластическому хирургу Республиканской клинической больницы Чувашии. Теми или иными услугами пластической хирургии воспользовались 157 человек молодого и среднего возраста (от 20 до 50 лет), в том числе 127 городских жителей, 30 – сельских. Среди пациентов преобладали женщины (98,1%).

Наиболее часто (80,9%) пациенты обращались для устранения дефектов кожи и подкожной клетчатки. Выполнено 67 операций иссечения атрофичной кожи верхнего или нижнего века, кожи лица и шеи – 28, живота – 10. Проведены 3 операции липосакции щечных областей. Выполнена 21 операция по иссечению поверхностных рубцов и удалению патологических образований, устранению дефекта верхней губы. Редкие обращения были связаны с иссечением излишков кожи плеч, восстановлением бедер (по 1 случаю). Для подтяжки лица и век обратились всего лишь 2 мужчин. Были среди обратившихся и недовольные своей массой тела (n=11); им проведено хирургическое лечение липоматоза (липосакция).

Достаточно часто (в 16,2% случаев) женщины обращались с целью оперативного вмешательства на молочной железе. Устранялись капсулярная контрактура, производилась пластика соска. Аугментационная маммопластика (увеличение груди) выполнялась рожавшим женщинам после прекращения кормления грудью в связи с опустошением молочных желез. Девушки 20–25 лет, недовольные малым размером молочных желез, обращались для эндопротезирования. В 1 случае в связи с большими размерами молочных желез была выполнена редуцирующая маммопластика. 3 женщины обратились к пластическому хирургу по поводу изменения форм и размеров малых половых губ.

Пластические операции в челюстно-лицевой области (10,8%) преимущественно связаны с исправлением формы носа (72,2% случаев), формы и положения ушных раковин (22,2%), а также в связи с реконструкцией подбородка (5,6%). В половине случаев реконструкция тканей носа была связана с посттравматическими изменениями его формы. Мужчина обратился для устранения изменений формы носа после травмы. Многие женщины, прежде всего подросткового и молодого возраста, считали свой нос непривлекательным, сравнивая его с воображаемым эталоном красоты. Несмотря на безупречный результат оперативного вмешательства, они продолжали находить изъяны в своей внешности.

К предоперационным факторам риска появления низкой удовлетворенности результатами

операции относятся неудовлетворенность результатами предыдущих вмешательств, нереалистичные ожидания от операции. Такие пациенты склонны высказывать суицидальные мысли после операции, к примеру – из-за не понравившейся формы части тела, складок на лице. Удачное оперативное лечение не успокаивает пациента в силу того, что им целиком овладевают идеи недовольства и они определяют его поведение; через некоторое время он находит у себя новые дефекты и страдает от этого. Для таких пациентов характерны повторные обращения за услугами эстетической хирургии. Более того, оперативное вмешательство способно привести к утяжелению психического расстройства. Пациенты, прибегающие к оперативным вмешательствам неоднократно, чаще страдают (в 27,8% случаев против 5,3%) дисморфофобией [9].

У 3 исследованных нами больных операции были повторными из-за недовольства формой носа и чертами лица, размерами молочных желез, массой тела. 1 пациентка считала себя непривлекательной, хотела быть похожей на свою сестру, о красоте которой постоянно говорили родители. В связи с этим она подверглась повторным оперативным вмешательствам по удлинению ног, реконструкции тканей носа, подбородка, иссечению рубцовых тканей на теле. Таким образом, в данном случае есть основания говорить о наличии у пациентки дисморфофобического расстройства.

Психически больные со стойким, недоступным коррекции убеждением в уродливости отдельных частей своего тела, упорно добиваются хирургической операции для устранения мнимого недостатка и даже сами пытаются корректировать дефекты. Мы наблюдали больного шизофренией, который после отказа пластических хирургов сделать ему улыбку, как у брата («чтобы были видны все 32 зуба»), несколько раз пробовал поступить в медицинский вуз, чтобы стать хирургом и самому сделать себе такую операцию. Психически больные женщины иногда сами с помощью режущих и колющих инструментов корректируют «некрасивые части своего тела», нанося себе телесные травмы (самоповреждения) разной степени тяжести.

Такие больные с дисморфофобическими расстройствами и суицидальными тенденциями потенциально опасны с точки зрения совершения агрессивных действий по отношению не только к самим себе, но и к окружающим. Известны случаи, когда врачи и медсестры становились жертвами убийств и тяжких телесных повреждений со смертельным исходом [2]. К примеру, мужчина 34 лет пронес в медицинский центр в мешке ружье с патронами, из которого застрелил

врача-хирурга. Он был недоволен 3 проведенными пластическими операциями на носу и ушах. После совершенного убийства он застрелился. Лечащие его врачи устно и письменно несколько раз рекомендовали ему проконсультироваться у психиатров.

Таким образом, в большинстве случаев мотивом обращения к пластическому хирургу является неудовлетворенность своей внешностью. Лишь 8,1% пациентов имеют медицинские показания к пластической операции [9].

Дисморфофобия (дисморфомания) – довольно распространенный синдром (имеется у 1,7–2,4% населения), который нужно исключить до оперативного вмешательства (он встречается у 6–15% клиентов клиник косметической хирургии), а во многих случаях его необходимо диагностировать и по так называемым жизненным показаниям ввиду высокой склонности (в 80% наблюдений) таких больных к суицидальному поведению [10, 12]. Объективные признаки синдрома – «симптом зеркала» (постоянное рассматривание своего «дефекта» в зеркале, «подбор выражений лица, скрывающих этот недостаток», либо отказ от пользования зеркалами, требование убрать их из дома, стремление отвернуться от любой отражающей поверхности) и «симптом фотографии» (предъявление больным своего фото как доказательства «уродства» и необходимости оперативного вмешательства или категорический отказ от фотографирования, даже на необходимые документы). Об этом необходимо помнить при сборе анамнеза, самым активным и настойчивым образом расспрашивать не только больных, но и их близких родственников [5].

Медсестры и особенно хирурги(врачи)-косметологи также должны помнить о 2 уровнях психической патологии [13]: психотическом – когда в психическом статусе прежде всего выявляются бредовые идеи мнимого физического недостатка и(или) галлюцинации – и непсихотическом (когда нет проявлений психоза, глубокой депрессии, суицидальных тенденций, но есть сверхценные идеи своей неполноценности, ситуационно обусловленные или возникшие на фоне стресса и, имеется хорошая социальная адаптация) [3]. М.В. Коркина пишет еще и о нередких случаях промежуточных состояний (нарушение мышления с идеей воображаемого или резко преувеличенного недостатка) между бредом и навязчивостью, бредом и сверхценной идеей, сверхценной идеей и навязчивостью [5].

При решении проблемы внешней привлекательности пациентам требуется психолого-психиатрическая помощь, психотерапевтическое сопровождение в пред- и послеоперационном периоде [7, 8]. Психотерапевтическая помощь строится с учетом факторов отклонения семейного воспитания от нормы, детской ранимости, формирования сни-

женной самооценки, повышенной тревожности, ипохондричности. Методы, основанные на разубеждении, при дисморфофобии, как правило, неэффективны. Психотерапевту изредка удастся добиться компенсаторной диссимуляции. Бредовый уровень (дисморфомания) является стойким и малокурабельным психическим расстройством, не поддается психотерапевтическому лечению, требует психофармакотерапии с использованием врачом-психиатром антидепрессантов и нейролептиков (антипсихотические средства). Главная задача врача в послеоперационный период – помочь пациенту принять свой новый внешний облик и переформировать отношение к собственной личности.

Сестринские вмешательства в отношении пациентов эстетической хирургии направлены на сведение к минимуму и устранение, предупреждение насилия, направленного на окружающих или на самого себя. Медсестра должна выслушать пациента, понять его мысли, суметь разобраться в них, определить патологический строй мыслей, особенности реагирования. Следует, не оспаривая мнений пациента, избегать противоречащих ему критических высказываний. Поведение и реакции медсестры могут оказать благотворное воздействие на пациентов [7]. Сестринские вмешательства при дисморфофобии включают в себя контроль и тщательную регистрацию бредовых высказываний.

#### Литература

1. Багненко Е.С., Александров А.А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица. Вестн. психотерапии. 2012; 41 (46): 52–66.
2. Голенков А.В. Гибель медицинских работников от рук больных (психиатрический аспект). Медицинская сестра. 2018; 20 (1): 20–3.
3. Голенков А.В., Аверин А.В. Сестринский процесс в психиатрии: учебное пособие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2003; 200.
4. Дементий Л.И., Варлашкина Е.А. Социально-психологический портрет пациенток пластической хирургии. Сибирский психологический журнал. 2010; 36: 90–4.
5. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1984; 224.
6. Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Авдошенко К.Е., Мартынов С.Е. Распространенность психопатологических и патопсихологических расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования). Психиатрия и психофармакотерапия. 2011; 1: 31–9.
7. Орлов Ф.В., Григорьева М.В. Медсестра психосоматического отделения. Медицинская сестра. 2014; 6: 7–10.
8. Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Николаев Е.Л. Психология в работе врача: конспект лекций. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2009; 176.

9. Петрова Н.Н., Спесивцев Ю.А., Грибова О.М. Личностно-психологические и психопатологические особенности пациентов эстетической хирургии. Вестник СПбГУ. 2013; 1: 94–103.

10. Jawad M.B., Sjögren M. Body dysmorphic disorder. Ugeskr. Laeger. 2017; 179 (6): V08160556.

11. Lipworth L., Nyren O., Ye W., Fryzek J.P., Tarone R.E., McLaughlin J.K. Excess mortality from suicide and other external causes of death among women with cosmetic breast implants. Ann. Plast. Surg. 2007; 59 (2): 119–23.

12. Pavan C., Simonato P., Marini M., Mazzoleni F., Pavan L., Vindigni V. Разъединить Psychopathological aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. Aesthetic Plast. Surg. 2008; 32 (3): 473–84.

13. Phillips K.A., Hart A.S., Simpson H.B., Stein D.J. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. CNS Spectr. 2014; 19 (1): 10–20.

APPEARANCE CORRECTION IN PLASTIC SURGERY: PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS  
Prof. A.V. Golenkov, MD; F.V. Orlov, Cand. Med. Sci..

I.N. Ulyanov Chuvash State University  
15, Moskovsky Prospect, Cheboksary 428015,  
Russian Federation

**The paper describes the psychological and psychiatric aspects of appearance correction. It outlines information about dysmorphophobic disorder that is potentially dangerous from the point of view of committing aggressive actions aimed at health workers and suicidal tendencies.**

*Key words:* dysmorphophobia, mental disorders, plastic surgery.

**For reference:** Golenkov A.V., Orlov F.V. Appearance correction in plastic surgery: psychological and psychiatric aspects. Meditsinskaya Sestra. 2018; 21 (2): 28–31.

<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-07>

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Высшая школа организации и управления здравоохранением

Указом Президента Российской Федерации № 204 от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» была определена благородная цель – увеличение продолжительности жизни граждан нашей страны до 87 лет. Реализация проектов «Здравоохранение» и «Демография» потребует мобилизации усилий всех сотрудников отрасли здравоохранения. Хотя законы управления людьми и организациями для всех отраслей одинаковы, но законы управления медицинской отраслей имеют свои особенности. И управлять этой отраслью так же, как другими, фактически невозможно. Однако не все это понимают.

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) – экспертный центр в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья. Цель Школы – научить руководителей здравоохранения мыслить по-новому. По-новому – это значит увидеть здравоохранение как единое целое, понять главные взаимосвязи и балансы отрасли, освоить ее экономику и финансы, приобрести навыки управления персоналом, овладеть современными технологиями управления медицинскими учреждениями. А в этом направлении России предстоит очень большая работа.

История ВШОУЗ началась 20 лет назад с появления издательства «ГЭОТАР-Медиа», когда были созданы учебники нового поколения, серия национальных руководств по всем медицинским специальностям, современные лекарственные справочники, электронные библиотеки для студентов и врачей. Сотрудники ВШОУЗ стали идеологами и разработчиками системы непрерывного медицинского образования. Уже 7 лет Школой организуется Международный конгресс «Оргздрав. Эффективное управление в здравоохранении», который является площадкой дискуссий для более чем 500 неравнодушных к судьбе отрасли участников.

Руководитель ВШОУЗ Г.Улумбекова – автор монографии «Здравоохранение России. Что надо делать», выступила одним из создателей Национального руководства «Общественное здоровье и здравоохранение» (2013); ре-

дактировала переводную книгу «Международные стандарты аккредитации медицинских организаций» (2013) и руководство «Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях» (2016). Более 12 лет она занимается экспертной деятельностью для Государственной Думы РФ, Общественной и Торгово-промышленной палат РФ, Общероссийского народного фронта. Г. Улумбекова на сегодняшний день единственная в России имеет степень MBA Гарвардского Университета в области здравоохранения и общественного здоровья.

В настоящее время главных врачей и управленческий персонал клиник буквально «разрывают на части» начальство, подчиненные, порой недовольные пациенты, проверяющие структуры. Им приходится действовать в условиях нехватки ресурсов. ВШОУЗ дает знания по стратегическому и оперативному управлению медицинской организацией и практические инструменты для их внедрения в практику. Эксперты школы уверены, что увеличить эффективность и повысить качество оказания медицинской помощи можно даже при жесткой нехватке ресурсов. В программе повышения квалификации принимают участие специалисты из России, которым удалось достичь немалых успехов в управлении. На регулярной основе приглашаются лекторы из-за рубежа.

В рамках ВШОУЗ создан Научно-исследовательский центр по анализу деятельности системы здравоохранения, который занимается оценкой состояния здоровья населения и деятельности систем здравоохранения в регионах. Уже десятки лет ведутся обширные базы данных, проводится анализ ошибок и достижений других стран с учетом экономических, демографических и климатогеографических различий. На основе международной методики агентства Bloomberg аналитическим центром ВШОУЗ был разработан и модифицирован под российские условия рейтинг эффективности систем здравоохранения субъектов РФ.

Первостепенная задача Школы – подготовить эффективных управленцев, которые смогут вывести здравоохранение России на новый уровень.

Елена Красотова