

**УДК: 616.89:616.212-089.844**

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ  
ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЗВЕРТАЛИСЯ ДО  
ПЛАСТИЧНИХ ХІРУРГІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РИНОПЛАСТИКИ**

**CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND  
PATHOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WHO  
TURNED TO PLASTIC SURGEONS FOR RHINOPLASTY**

**Л.А. Боднар**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: дефекти та деформації носа, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, дисморфофобічний синдром, ринопластика.

**Резюме.** В статті проаналізовані клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів, які звертаються до пластичним хірургам по поводу ринопластики. Показана висока частота дисморфофобічного синдрому, який потребує своєчасної діагностики та призначення індивідуальної психотерапії та психокорекції.

Ключевые слова: дефекты и деформации носа, клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование, дисморфофобический синдром, ринопластика.

**Resume.** The article analyzes the clinical, psychopathological and pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty. The high frequency of body dysmorphic disorder is shown that requires prompt diagnosis and use of individual psychotherapy and psychocorrection.

Keywords: defects and deformations of the nose, clinical and psychopathological examination, body dysmorphic disorder, rhinoplasty.

**Вступ.** Останнім часом реєструється все більше осіб, які прагнуть змінити форму свого носа. Причин, що спонукають до цього, багато. З одного боку – суто медичні, які пов’язані з високою частотою вроджених вад, підвищенням рівня травматизму у сучасному світі (природні катаклізми, транспортні катастрофи, опіки, вогнепальні поранення), онкопатологією і часто направлені на відновлення фізіологічних функцій органу. З іншого боку – прагнення за допомогою змін зовнішності вирішити проблеми особистого та комунікативного характеру, відповідати певному ідеалу краси [1, 2].

Доведено, що більшість людей залишаються задоволені результатом пластики з позитивним психологічним та психосоціальним ефектом. Однак є й такі, що не сприймають результатів вдало проведеної косметичної операції, вимагають чергових оперативних втручань, можуть переключатися на «дефекти» інших частин тіла та хронічно невдоволені своєю зовнішністю [3-5]. Цілком імовірно, що більшість з цих людей страждають на дисморфофобію, визнаний психічний розлад, який складається з тривоги і упередженості щодо неіснуючих або незначних дефектів зовнішнього вигляду [5].

Тому перед оперативним втручанням для лікаря постає складне завдання виокремити хворих з надмірним естетичним відчуттям та неадекватним ставленням до свого дефекту, від осіб, що дійсно потребують ринопластики та мають до цього відповідні показання.

При цьому дослідження та аналіз клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей пацієнтів набувають провідного значення та безпосередньо впливають на вибір оптимальної лікувальної тактики.

**Мета роботи** – вивчити клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети обстежили 99 осіб, які звернулися до пластичного хірурга з проханням виконати їм ринопластику. В залежності від наявності дефекту чи деформації обстежені розподілені на дві групи:

– особи з дефектом чи деформацією зовнішнього носа (перша група) – 69 (чоловіків – 22, жінок – 47) віком від 19 до 45 років;

– особи, в яких дефект носа відсутній або непомітний (друга група) – 30 (чоловіків – 9, жінок – 21) віком від 19 до 30 років;

Першу (I) групу склали 69 пацієнтів з вродженими (n=47; 68,12%) та набутими (n=22; 31,88%) деформаціями та дефектами зовнішнього носа, які були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи. Другу (II) групу склали 30 осіб, з яких 24 (80%) не мали дефекту чи деформації зовнішнього носа, однак наполягали на зміні його форми; у 6 (20%) виявляли незначний дефект чи деформацію, що не був помітний при першому погляді на пацієнта, але при цьому в силу суб'єктивних причин обстежені фіксували на ньому невиправдано велику увагу, були категорично незадоволені своїм носом і бажали кардинально його змінити. В анамнезі таких пацієнтів, як правило, реєструвалися неодноразові звернення до пластичних хірургів, повторні ринопластики, результатами яких вони не були задоволені.

Порушень фізіологічних функцій органу в жодного з обстежених в обох групах виявлено не було. Основними мотивами звернення до пластичних хірургів стало бажання слідувати ідеальному образу та завдяки зміні зовнішності налагодити порушені міжособистісні стосунки, або ж досягти успіху в професійній сфері використовуючи переваги власної зовнішності.

Психічний стан пацієнтів оцінювали комплексно з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів дослідження: тестів шкали реактивної і особистісної тривоги Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна, шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), характерологічного опитувальника К.Леонгарда - Г.Шмішека (1981), методики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою та особистісного опитувальника для визначення особистісного реагування на хворобу (1987) [6, 7].

Психічні та поведінкові розлади, виявлені в ході проведеного дослідження, реєстрували та систематизували на синдромальному рівні.

**Результати та їх обговорення.** Проведені дослідження показали, що в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики, психічний стан мав особливості, які відрізнялися залежно від наявності та вираженості дефекту або деформації зовнішнього носа. Так, при аналізі клініко-психопатологічних характеристик з'ясувалося, що в усіх обстежених II групи діагностований дисморфофобічний синдром (100%).

Ці пацієнти мали виражені ідеї відношення, депресивний або субдепресивний фон настрою, надцінний комплекс уявлень щодо наявності «фізичного недоліку», який надзвичайно негативно впливав на їхнє соціальне та міжособистісне функціонування. Хворі постійно приглядалися до «дефекту», фіксували на носі увагу, постійно доторкалися до нього; скаржилися, що відчують надмірну увагу оточуючих до носа і неприязне ставлення до себе, що супроводжувалося тривожним компонентом. Характерним для більшості пацієнтів (n=18; 60%) було гіпертрофоване прагнення всіма можливими способами приховати «ваду», використовуючи винаходи косметичної індустрії та яскраві прикраси. Досить часто такі спроби були відверто невдалими і призводили до абсолютно протилежного результату.

Більшість пацієнтів надто критично ставилися до своєї зовнішності, незважаючи на те, що оточуючі не надавали особливої значимості або взагалі не помічали «дефекту». Привертало увагу, що майже всі обстежені мали нормальну або навіть приємну зовнішність, але вважали, що вони потворні через ніс та уникали контактів з людьми, побоюючись насміхань (n=25; 83,33%). Більшість пацієнтів (n=17; 56,67 %) скаржились, що навіть рідні їх не розуміють, вважають їхню проблему проявом дурості або бажанням виділитися.

В частини обстежених (n=11; 36,67%) виявляли ознаки симптому дзеркала (постійне користування люстерком, спроби знайти вигідний ракурс, в якому «дефект» мало помітний, міркування, яка саме корекція потрібна) та симптому фотографії (n=13; 43,33%) (категорична відмова фотографуватися

під будь-яким приводом, а насправді страх того, що фото «увічнить потворність»).

В обстежених I групи серед непсихотичних психічних розладів переважала тривожно-депресивна симптоматика. Найчастіше діагностували депресивний (36,23%), тривожний (24,64%), рідше – істероформний (20,29%) та астеноневротичний (18,84%) синдроми.

Поряд з клініко-психопатологічними відмінностями на синдромальному рівні в обстежених обох груп спостерігалися й деякі особливості патопсихологічних характеристик.

Так, аналіз наявності та ступеню вираженості депресії, проведений за методикою Гамільтона, показав, що депресивна симптоматика була характерною для переважної більшості обстежених II групи (n=24; 80,00%) із середнім бальним показником  $16,06 \pm 1,4$ . Тоді як серед осіб I групи депресивні симптоми реєструвалися достовірно рідше – лише у половини обстежених (n=35; 50,72 %) та мали меншу вираженість із середнім значенням  $9,75 \pm 0,87$  ( $p < 0,05$ ).

Проведені дослідження ситуаційної та особистісної тривожності за методикою Ч.Д.Спілбергера - Ю.Л.Ханіна довели, що обстежені II групи мали вищий рівень особистісної тривожності. Так, її середній показник визначався у них на високому рівні і склав  $46,23 \pm 1,07$  бала, що підтверджено індивідуальним аналізом, за яким особистісна тривожність була високою у 20 (66,67%) пацієнтів. Тоді як в осіб I групи ступінь вираженості особистісної тривожності виявився достовірно нижчим із середнім бальним показником  $38,36 \pm 0,91$  ( $p < 0,05$ ), а при індивідуальному аналізі високий рівень визначався лише у кожного п'ятого (n=13; 18,84%), ( $p < 0,05$ ).

Привертало також увагу, що в обстежених II групи особистісна тривожність достовірно переважала над ситуаційною ( $46,23 \pm 1,07$  проти  $37,96 \pm 1,26$  відповідно,  $p < 0,05$ ), тоді як в осіб I групи проведений аналіз виявив практично однакові значення як ситуаційної, так і особистісної тривожності помірного рівня ( $40,78 \pm 0,83$  та  $38,36 \pm 0,91$  відповідно).

При вивченні типів акцентуацій характеру за допомогою опитувальника Леонгарда-Шмішека встановлено, що в осіб I групи переважала демонстративна (n=20; 28,98%), а в осіб II групи - дистимічна (n=15; 50%) акцентуація. Домінуючим типам акцентуацій в групах поступалася лише тривожна, яка виявлялася дещо рідше (27,53% та 43,33% відповідно).

Інші типи акцентуацій характеру (гіпертимний, застрягаючий, емотивно-лабільний, екзальтований, педантичний) спостерігалися рідше без достовірної різниці між групами.

Серед типів відношення до хвороби в обстежених I групи найчастіше діагностували гармонійний (n=18; 26,09%), дещо рідше – егоцентричний (n=15; 21,74%).

Натомість в осіб II групи такі типи відношення не реєструвалися взагалі, а переважали obsесивно-фобічний (n=10; 33,34%) та тривожний (n=7; 23,33%). Інші типи відношення до хвороби (іпохондричний, неврастенічний та сенситивний) виявлялися значно рідше без достовірної різниці між групами.

Результати оцінки функціонального стану за методикою САН виявили глибші порушення в обстежених II групи за трьома досліджуваними показниками. Майже в усіх обстежених II групи такі стани як «самопочуття», «активність» та «настрій» були значно порушеними із середніми значеннями  $3,20 \pm 1,1$ ;  $2,94 \pm 0,11$ ;  $2,63 \pm 0,09$  відповідно, які виявилися достовірно нижчими за показники I групи ( $3,73 \pm 0,07$ ;  $3,75 \pm 0,05$ ;  $3,02 \pm 0,06$  відповідно).

**Висновки.** Проведені дослідження показали, що загалом особи, які зверталися до пластичних хірургів з метою проведення ринопластики, мали особливості психічного стану, які відрізнялися залежно від наявності та вираженості дефекту або деформації зовнішнього носа. Так, при порівняльному аналізі клініко-психопатологічних характеристик з'ясувалося, в усіх осіб, в яких дефекту носу не було, або він був майже непомітним, діагностований дисморфобічний синдром, тоді як в обстежених з наявним

дефектом чи деформацією виявлялися депресивний, тривожний, рідше – істероформний та астеноневротичний синдроми.

Порівняльний аналіз патопсихологічних характеристик довів, що в обстежених, які не мали дефекту чи деформації носу, однак наполягали на ринопластиці, виявлявся глибший ступінь вираженості депресивної симптоматики, особистісної тривожності, порушень функціонального стану за показниками «самопочуття», «активність» та «настрій», переважала дистимічна акцентуація характеру (в осіб з дефектом носу – демонстративна), obsesивно-фобічний та тривожний типи відношення до хвороби (в осіб з дефектом носу – гармонійний та егоцентричний).

Таким чином, особливого значення набуває своєчасна діагностика та призначення індивідуальної психотерапії та психокорекції виявлених порушень при дисморфофобічному синдромі, який може бути предиктором негативної психологічної реакції пацієнта на хірургічно вдало виконану ринопластику.

### Література

1. Боймурадов Ш.А. Частота встречаемости переломов костей носа среди травм лица / Ш.А.Боймурадов // Российская ринология. – 2006. – №6. – С.4-6.
2. Герасименко Л.О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості пацієнтів з косметичними дефектами та деформаціями обличчя і їх психотерапевтична корекція: дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Герасименко Лариса Олександрівна. – Полтава, 2007. – 172 с.
3. Honigman R.J. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery / R.J.Honigman, K.A.Phillips, D.J.Castle // Plast. Reconstr. Surg. – 2004. – Apr 1;113(4). – P.1229-1237.
4. Groenman N.H. Personality characteristics of the cosmetically insatiable patient. / N.H.Groenman, H.C.Sauer // Psychother. Psychosom. – 1983. – №40(1-4). – P.241-245

5. Ercolani M. Five year follow up of cosmetic rhinoplasty / M.Ercolani, B.Baldaro, N.Rossi, G.Trombini. // J. Psychosom. Res. – 1999. – Sep;47(3). – P.283-286
6. Березин Ф.В. Методика многостороннего исследования личности / Ф.В.Березин, Р.В.Рожанец, В.П.Мирошников. – М., 1978. – 234 с.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я.Райгородский. – Самара: «БАХРАХ», 1998. – 672 с.