

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

ГЕРАСИМЕНКО ЛАРИСА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 615.851:[616.831-009.7+617.53

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З
ДЕФЕКТАМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ ОБЛИЧЧЯ
І ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ**

19.00.04 – медична психологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків - 2007

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Українській медичній стоматологічній академії МОЗ України.

Науковий керівник доктор медичних наук, професор **Скрипніков Андрій Миколайович**, Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Мартиненко Анатолій Олексійович**, професор кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

доктор медичних наук, професор **Напрєєнко Олександр Костянтинівич**, завідувач кафедри психіатрії з курсом сексології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України.

Захист дисертації відбудеться “ _____ ” _____ 2007 р. о _____ годині

на засіданні спеціалізованої Вченої Ради Д.64.609.03 при Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.

Автореферат розіслано “ _____ ” _____ 2007 р.

Вчений секретар
спеціалізованої Вченої Ради
кандидат медичних наук, доцент

Н.К. Агішева

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Останні роки в Україні реєструється значне збільшення кількості осіб, які звертаються за допомогою до пластичних хірургів. Така тенденція пов'язана як з потужним розвитком можливостей пластичної та реконструктивної хірургії, так і з її більшою доступністю на сучасному етапі. При цьому серед мотивів звертання за допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії присутні як суто медичні показання, так і бажання за допомогою змін зовнішності вирішити проблеми комунікативного та сексуального характеру (В.В. Кришталь, 2002, Луценко О.Г, 2004).

Особливе місце серед дефектів, які потребують реконструктивних втручань, займає патологія обличчя. Адже відомо, що навіть незначні ушкодження обличчя заподіюють людині косметичних незручностей та у більшості випадків викликають тяжку психічну травму (Н.О. Марута, 2002). Отож, особливістю пацієнтів, які потребують проведення оперативних втручань з метою відновлення естетичного вигляду, є висока частота поширеності психічних розладів, які у переважній своїй більшості мають безпосереднє відношення до дефектів та деформацій зовнішнього вигляду, що впливають на соціальну адаптацію та самосприйняття і потребують відповідної психотерапевтичної корекції (Б.В. Михайлов, 2004).

Оптимально проведена психотерапевтична корекція може значно покращити психоемоційний стан таких хворих, що впливає, зокрема, і на перебіг післяопераційного періоду.

Проблема патологічного впливу косметичних дефектів та деформацій ділянки обличчя на психічне здоров'я, якість життя, адаптацію в суспільстві неодноразово досліджувались вітчизняними та зарубіжними авторами (П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов, 2004, І.А. Бабюк, 2001, N.J. Andreasen, 2004).

Але при цьому питання створення системи комплексної психотерапевтичної допомоги таким пацієнтам, з урахуванням їх клініко-психопатологічних, патопсихологічних та соціальних особливостей у вітчизняних умовах, залишається до кінця не з'ясованим.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до плану науково-дослідницької роботи ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» спільно з Інститутом неврології, психіатрії та наркології АМН України за темою „Диференційно-діагностичні критерії та принципи терапії депресивних розладів у хворих, що знаходяться на лікуванні у загальносоматичних стаціонарах ” (номер держреєстрації 0103 U 001309).

Мета дослідження: на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, розробити систему їх психотерапевтичної корекції.

Для здійснення вказаної мети в роботі були поставлені наступні **задачі:**

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, їх психічний і неврологічний статус.

2. Дослідити соматичний, соматосексуальний і психосексуальний розвиток пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя.

3. Дати патопсихологічну і патоперсонологічну характеристику обстежуваного контингенту за даними експериментально-психологічних методик.

4. Розробити і оцінити ефективність системи психотерапевтичної корекції пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, які готуються до проведення хірургічної корекції зовнішності.

5. Розробити і оцінити ефективність системи психотерапевтичної корекції пацієнтів, які перенесли оперативні втручання з метою хірургічної корекції зовнішності, на післяопераційному етапі.

Об'єкт дослідження. Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя.

Предмет дослідження. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя.

Методи дослідження. Клінічні, клініко-психопатологічні, експериментально-психологічні, спеціальні сексологічні, соціологічні методи, методи математичної статистики.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше вивчено клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, а також структуру і клініку психічних і поведінкових розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя.

Виявлено вікові особливості обстежених, вплив характерологічних рис, а також їх мотивації до прийняття рішення про необхідність хірургічної корекції зовнішності. Новою є розроблена на основі отриманих результатів науково обґрунтована і диференційована система психокорекційних і психопрофілактичних заходів для пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя на доопераційному та післяопераційному етапах.

Практичне значення отриманих результатів. Значення для клінічної практики мають розроблена методика обстеження, що дозволяє здійснювати комплексну діагностику клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя. Практичне значення має розроблена на основі результатів дослідження і апробована в умовах відділення пластичної і реконструктивної хірургії система психокорекції психічного стану пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя.

Доведено, що використання науково обґрунтованої комплексної системи діагностики, психокорекції і психопрофілактики психічних та поведінкових розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя дає можливість поліпшити якість діагностики, а відповідно, підвищити

ефективність психокорекційних заходів. Запропоновані принципи і основні напрямки психопрофілактики цих відхилень.

Результати дослідження впроваджені у лікувально-діагностичний процес Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні; Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні; комунального закладу «Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня»; Івано-Франківської державної обласної психіатричної лікарні №1; Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева; відділення реконструктивної пластичної хірургії голови та шиї міської поліклініки №3 міста Полтави, а також у педагогічний процес на кафедрі психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії; на кафедрі психіатрії Луганського державного медичного інституту; на кафедрі психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти; на кафедрі психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації доповідались і обговорені на науково-практичній конференції з міжнародною участю “Сучасна сім’я. Освіта. Медицина. Психологія. Психотерапія. Можливості співпраці” (Полтава, 2006); та науково-практичній конференції, присвяченій 30-річчю кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії “Актуальні питання сучасної психіатрії” (Полтава, 2005).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 8 друкованих робіт, у тому числі 3 - у фахових наукових виданнях, затверджених ВАК України. Із них 6 робіт виконані одноосібно.

Структура дисертації. Основний текст дисертації становить 146 сторінок друкованого тексту. Дисертаційна робота складається зі вступу, оглядового розділу, присвяченого сучасному стану досліджуваної проблеми, п’яти глав власних досліджень, узагальнення отриманих результатів, висновків і списку використаних джерел. Робота ілюстрована 4 таблицями. Бібліографічний список містить 301 джерело.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Характеристика обстежених. Під спостереженням знаходились 108 пацієнтів (чоловіків та жінок) з дефектами і деформаціями обличчя (ДДО), які у період 2004-2006 років перебували на лікуванні у відділенні пластичної і реконструктивної хірургії 3-го міського поліклінічного відділення міста Полтави.

Виходячи з характеру наявних ДДО, а також домінуючих мотивів звертання за допомогою до пластичних хірургів, ми поділили обстежуваних пацієнтів на дві групи.

До першої групи належали 46 пацієнтів, або 42,59% від загальної кількості обстежених, які мали вроджені чи набуті ДДО, що помітно відхилялись від фізіологічної та естетичної норми, прийнятої у косметології, спотворювали зовнішність та були добре помітними при першому погляді на хворого. Звертаючись за медичною косметологічною допомогою вони мотивували своє бажання необхідністю покращити свою зовнішність, зробити її відповідною певним загальноприйнятим у їх соціальному середовищі стандартам. Пацієнтам цієї групи оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за абсолютними медичними показаннями.

Другу групу склали 62 пацієнти (57,41% від загальної кількості обстежених), які мали незначні косметичні ДДО, але при цьому фіксували на них невідповідно велику увагу в силу суб'єктивних факторів, були не задоволені своєю зовнішністю і бажали її кардинально покращити. Основними мотивами їх звертання за допомогою до пластичних хірургів було бажання налагодити міжособистісні стосунки та досягнути успіху у професійній сфері. Пацієнтам цієї групи оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за відносними медичними показаннями.

Серед обстежених першої групи було 25 жінок і 21 чоловік, а серед пацієнтів другої групи цей показник склав 44 і 18 відповідно.

Дані про вік обстежених на момент проведення дослідження представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл обстежених згідно віку на момент проведення дослідження

Вік обстежених	Перша група, n = 46		Друга група, n=62	
	абс. число	%	абс. число	%
18-25	27	58,69	11	17,74
26-35	14	30,43	14	22,58
36-50	5	10,87	27	43,54
після 50	0	0	10	16,12

У першій групі, серед пацієнтів із виразними ДДО, переважали особи молодого віку. Найчисельнішою віковою групою були пацієнти 18-25 років, яких було 58,69%. У другій групі переважали особи старшого віку, найчисельнішою з яких була група пацієнтів 36-50-річного віку, що налічувала 43,54% усіх обстежених.

Для 39 (84,78%) обстежених із першої групи дане звертання за допомогою до пластичних хірургів було першим, а 7 (15,21%) пацієнтів вже вдруге вдавались до оперативних втручань з метою усунення дефектів і деформацій обличчя. У другій групі 34 (54,83%) пацієнти були первинними і 28 (45,16%) повторно перебували на лікуванні у даному відділенні.

Вроджені дефекти голови та шиї були причиною звертання за медичною допомогою для 78,26% (36 осіб) пацієнтів першої групи. Із них 15,24% були сформовані в рамках нозологічно

окреслених вроджених аномалій, а 63,17% були результатом диспропорційності розвитку і супроводжувались гострою незадоволеністю власною зовнішністю.

Набута патологія, переважно травматичного та техногенного характеру, спостерігалась у 23,91% (11 осіб) обстежених першої групи.

У той же час 62,90% (39 осіб) пацієнтів другої групи відзначалось суб'єктивне переконання щодо наявності у них косметичних дефектів обличчя, невідповідності власної зовнішності загальноприйнятим соціальним стандартам, що на їх думку є причиною комунікативних труднощів та соціальних невдач. Ще 37,10% (23 особи) обстежених цієї групи прийняли рішення про необхідність хірургічної корекції зовнішності у зв'язку із віковими змінами обличчя.

Методи обстеження. Було проведене комплексне багатобічне обстеження пацієнтів – клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне, сексологічне обстеження по В.В. Кришталю (2002) та соціологічне.

Комплексне психодіагностичне обстеження окрім використання спеціально з цією метою розробленої «Анкети» включало використання 16-факторного опитувача Р. Кеттела (SPFQ) для діагностики структури особистості, характерологічного опитувальника Леонгарда-Шмішека (1968) та шкали реактивної і особистісної тривоги Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна (Г.В. Большаков і співав., 1996).

Результати досліджень. Обстежені нами пацієнти першої групи, які мали абсолютні показання до хірургічної корекції зовнішності (АПХКЗ), у більшості випадків (58,69%, n=27) мали правильну статуру, але при цьому 41,31% обстежених цієї групи окрім дефектів і деформацій обличчя мали також вроджені (62,14%) та набуті (23,86%) внаслідок захворювань та нещасних випадків фізичні вади і диспропорції розвитку інших частин тіла.

Всі обстежені нами пацієнти, які потребували допомоги спеціалістів з пластичної хірургії за відносними показаннями (ВПХКЗ) і були віднесені нами до другої групи, мали правильну статуру, близько половини з них (51,61%, n=32) мали відмінний, а 24,19% (n=15) задовільний фізичний розвиток.

В результаті проведеного комплексного аналізу сексуального здоров'я пацієнтів з ДДО за В.В. Кришталем (1999) з'ясовано, що загальний соматосексуальний розвиток 41,30% пацієнтів першої групи був уповільненим, а випадки прискороного статевого дозрівання у цій групі зустрічались помітно рідше (19,56%). Що стосується другої групи пацієнтів з ДДО, то серед них помітно переважали випадки прискороного розвитку, що склали 54,83% від усіх обстежених.

Порушення психосексуального розвитку, за нашими даними, зустрічались помітно частіше в обох групах обстежених. При цьому в першій групі домінували випадки ретардації (67,39%), а серед пацієнтів, що готувались до оперативних втручань за відносними показаннями, переважну більшість склали особи з передчасним розвитком (66,12%).

В обох групах обстежених переважали поєднані варіанти асинхроній статевого розвитку, що склали 73,91% і 53,22% відповідно. Складних асинхроній не було виявлено у жодного з пацієнтів. Статеворольова поведінка була нормативною у більшості пацієнтів як першої (82,61%), так і другої (59,68%) груп, але при цьому у другій групі досить значною була частка осіб із гіперрольовою статеворольовою поведінкою, що склали 29,03%. Абсолютна більшість обстежених обох груп відзначались гетеросексуальною орієнтацією (95,65% та 88,70% відповідно).

Поінформованість та обізнаність у питаннях сексу переважної більшості (67,74%) обстежених другої групи була визначена як неправильна, а щодо пацієнтів з АПХКЗ, то найбільш чисельною серед них також була група осіб із неправильною сексуальною поінформованістю, проте їх питома вага була порівняно меншою - 39,13%. При дослідженні типів сексуальної мотивації у пацієнтів з ДДО було з'ясовано, що у першій групі домінуючим типом сексуальної мотивації був шаблонно-регламентований (41,30%), а у другій ігровий – 43,54%. Тип сексуальної культури пацієнтів з АПХКЗ у більшості випадків (47,82%) був примітивним, а серед осіб із ВПХКЗ переважав невротичний тип (37,09%).

При вивченні клініко-психопатологічних особливостей обстежених пацієнтів з ДДО виявлено значну поширеність психічних порушень у їх середовищі. Так, із 108 обстежених 92 особи (85,19%) мали нозологічно окреслену психічну патологію (з урахуванням поєднання різних варіантів діагнозів).

Таблиця 2

Клінічна структура психічних розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя (дані у %)

Психічний розлад	Групи обстежених		всього, n=108
	перша, n=46	друга, n=62	
Дистимія F34.1	13,04	37,09	26,85
Соматоформні розлади F45	6,52	22,58	15,74
Генералізований тривожно-фобічний розлад F41.1	8,70	6,45	7,41
Адаптаційні розлади, F43.2-	8,70	3,22	5,56
Неврастенія, F48.0	26,09	9,67	16,67
Демонстративний розлад особистості F60.4	-	14,51	8,33
Тривожний (унікаючий) розлад особистості F60.6	17,39	-	7,41
Залежний розлад особистості F60.7	6,52	-	2,78

Згідно підсумків проведеного клініко-психопатологічного обстеження у загальній клінічній структурі виявлених психічних розладів найбільш широко представлена дистимія (26,85%), дещо

рідше зустрічались неврастенія (16,67%) та соматоформні розлади (15,74%). При цьому структура виявлених психічних розладів мала значні відмінності при порівнянні різних груп обстежуваних.

У першій групі найбільшу питому вагу мала неврастенія (F48) – 26,09%, другим за поширеністю був тривожний (уникаючий) розлад особистості (F60.6) – 17,39%, а третьою дистимія (F34.1) – 13,04% обстежених.

Синдромальна структура діагностованих нами у цій групі психічних розладів загалом мала наступний вигляд: тривожний синдром був виявлений у 36,96% від загальної кількості обстежених, астено-невротичний – 30,43%, тривожно-депресивний – 17,39%, тривожно-іпохондричний – 13,04%, дисморфофобічний – 8,70%, obsесивно-фобічний – 6,52% діагностованих випадків.

Найбільш поширеним у цій групі пацієнтів з ДДО був тривожний синдром. Тривога проявлялась занепокоєнням з приводу очікуваних результатів оперативного втручання одночасно з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації, та бажанням уникнути її. Тривожний афект виявляв зв'язок з психогенними та астенизуючими моментами.

У другій групі найбільше обстежених пацієнтів страждали на дистимію (F34.1) – 26,85%, досить поширеними були також соматоформні розлади (F45) – 16,67%, а також демонстративний розлад особистості (F60.4) – 15,74% осіб.

Синдромальна структура виявлених психічних розладів була наступною: дисморфофобічні – 78,26%, астено-депресивні – 63,38%, депресивно-іпохондричні – 58,69%, тривожно-депресивні – 41,30%, obsесивно-компульсивні - 28,26%, а також істероформні симптомокомплекси у 15,21% випадків.

Аналіз психодіагностичних досліджень показав наступне. У пацієнтів, що мали АПХКЗ, особисте ставлення до власної зовнішності у всіх випадках було виражено негативним, тобто обстежені визнавали хірургічну корекцію зовнішності єдиним засобом для виходу з кризової ситуації, пов'язаної із невідповідністю власної зовнішності соціально прийнятним стандартам. Найбільш негативно сприймали власну зовнішність особи із набутими ДДО.

Загальна самооцінка соціально-особистісної значущості у обстежених першої групи у 35 (76,09%) випадку була низькою, у 10 (21,74%) - середньою і тільки 1 (2,17%) пацієнт високо оцінював свій соціально-особистісний статус. Тип реагування у конфліктних ситуаціях у 2 (4,35%) обстежених був активно-захисним, у 30 (65,22%) - пасивно-захисним і у 14 (30,43%) осіб невизначеним. При визначенні провідної сфери активності пацієнтів першої групи встановлено, що у 36 (78,26%) осіб вона мала особистісно-сімейну спрямованість, у 2 (4,35%) - соціально-професійну і у 8 (17,39%) обстежених носила змішаний характер. У 2 (4,35%) пацієнтів комунікаційна сфера мала характер широких зв'язків, у 6 (13,04%) - обмежувалась сімейно-

професійним спілкуванням, у 27 (58,69%) мала родинно-обмежений характер і у 11 (23,91%) осіб визначалась вибірковими контактами.

Обстеження пацієнтів з ВПХКЗ показало, що 38 (61,29%) з них ставились до власної зовнішності загалом позитивно, вважаючи хірургічне втручання лише додатковим засобом її покращення, 8 (12,90%) – цілком негативно, розглядаючи операцію як єдиний вихід із кризової ситуації, 2 (3,22%) – нейтрально і 14 (22,58%) осіб амбівалентно. При вивченні загальної самооцінки соціально-особистісної значущості у пацієнтів другої групи виявилось, що у 11 (17,74%) випадках вона була низькою, у 18 (29,03%) - середньою і у 33 (53,22%) – високою. Тип реагування в конфліктній ситуації у 36 (58,06%) пацієнтів був активно-захисний, у 8 (12,90%) - пасивно-захисний і у 16 (25,80%) пацієнтів невизначений. Провідною сферою активності обстежених у 23 (37,09%) випадках була соціально-професійна, у 22 (35,48%) - особистісно-сімейна і у 17 (27,41%) - змішана. Вивчення комунікативної сфери госпіталізованих даної групи показало, що у 34 (54,83%) осіб вона визначалась широким колом зв'язків, у 16 (25,80%) - обмежувалась сімейно-професійним спілкуванням, у 12 (19,35%) мала родинно-обмежений характер і у такої ж кількості пацієнтів визначалась вибірковими контактами.

Результати обстеження за допомогою тесту Р. Кеттела свідчать про те, що в обох групах пацієнтів у середньогрупових показниках була властива вираженість наступних особистісних рис: тривожності, навіюваності, несамостійності, напруженості, нездатності до релаксації, а також неврівноваженості і емоційної нестійкості. При цьому пацієнти, які мали АПХКЗ, вирізнялись залежністю від чужої думки, схильністю до замкненості, прямолінійністю у вчинках та консервативністю у поглядах. Щодо пацієнтів із ВПХКЗ, то вони у переважній своїй більшості мали схильність до домінування над оточуючими, імпульсивності, нерозважливості та радикалізму у рішеннях, вирізнялись ригідністю психічних реакцій на конфліктні ситуації.

При вивченні типів акцентуацій характеру пацієнтів першої групи за допомогою опитувальника Шмішека-Леонгарда, встановлено, що загальний відсотковий розподіл за окремими варіантами, незалежно від ступеню прояву, виглядав наступним чином: „застрягаючий” тип акцентуації спостерігався у 67,39% випадків, тривожний – 54,35%, дистимічний – 52,17%, педантичний – 41,30%, демонстративний – 28,26%, збудливий та циклотимічний – по 17,39%, емотивний – 15,21% афективно-екзальтований – 8,70% і гіпертимний – у 4,35% обстежених.

У пацієнтів – представників другої групи загальний відсотковий розподіл за окремими варіантами був наступним: демонстративний тип акцентуації спостерігався у 67,74% випадків, циклотимічний – у 54,83%, тривожний – у 51,61%, афективно-екзальтований – у 40,32%, збудливий – у 24,19%, «застрягаючий» та дистимічний – по 12,90%, емотивний – у 8,06% гіпертимний – у 6,45% і педантичний – у 4,83% обстежених.

Спільною для представників обох груп пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, була вираженість характерологічних рис, притаманних тривожному типу акцентуації. Властива тривожним особистостям підвищена боязливість та нерішучість, схильність до «недобрих» передчуттів проявлялась як у ставленні до власної зовнішності, так і у їх реакціях на необхідність її хірургічної корекції. Проте, якщо серед обстежених із першої групи, поряд із тривожним типом, домінували «застрягаючий» та дистимічний, то у другій групі переважну більшість склали особи із демонстративним радикалом.

Вивчення рівнів ситуаційної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна у пацієнтів першої групи показало, що ситуаційна тривожність виявилась високою у 12 (26,09%) обстежених, середній рівень спостерігався у 26 (56,52%) осіб і низький – у 8 (17,39%) пацієнтів. Середнє значення показника ситуаційної тривожності у першій групі склало $38,63 \pm 0,14$ бала.

Особистісна тривожність виявилась високою у 34 (73,91%) пацієнтів, середньою – у 9 (19,56%) і низький рівень було визначено у 3 (6,52%) обстежених. Середнє значення показника особистісної тривожності в даній групі склало $51,27 \pm 0,09$ бала.

Поєднання високого рівня ситуаційної тривожності з високим показником особистісної тривожності спостерігалось у 12 (26,09%) пацієнтів, середній рівень ситуаційної тривожності у поєднанні з високим показником особистісної тривожності був наявний у 20 (43,48%).

У пацієнтів другої групи ситуаційна тривога виявилась високою у 39 (62,90%) госпіталізованих, середній рівень її спостерігався у 21 (33,87%) особи і низький – у 2 (3,23%) пацієнтів. Середнє значення показника ситуаційної тривоги в даній групі склало $46,50 \pm 0,17$ бала, тобто середньогруповий показник ситуаційної тривожності у цій групі був високим (вище 45 балів). Особистісна тривожність була високою у 19 (30,64%) пацієнтів, середньою – у 34 (54,85%) і низький її рівень спостерігався у 9 (14,51%) осіб.

Сполучення високого рівня ситуаційної тривоги з високим показником особистісної тривожності спостерігалось у 15 (24,19%) пацієнтів, високий рівень ситуаційної тривожності у поєднанні з середнім показником особистісної тривожності був наявний у 19 (30,64%), середні показники ситуаційної та особистісної тривожності – у 15 (24,19%) випадках.

На основі отриманих даних та вивчення літературних джерел ми сформулювали основні принципи психотерапевтичної роботи з контингентом пацієнтів, які готуються до хірургічної корекції зовнішності. Ці принципи у повному обсязі вдалось застосувати в рамках психокорекційної роботи з пацієнтами, які були об'єктом дослідження.

Система психотерапевтичної корекції будувалась на дидактичному підході, що передбачає етапність впливу, зв'язок кожного наступного сеансу з попереднім, доступність інформації для пацієнта, відповідність завдань можливостям хворого, систематичність в оволодінні навичками психічної саморегуляції. При цьому в процесі психотерапевтичного впливу ми виділяли три етапи:

седативно-адаптуючий, лікувально-корегуючий і профілактично-закріплюючий (післяопераційний).

Психокорекційна робота була комплексною, індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалась на принципах послідовності і етапності. З метою профілактики необґрунтованого звертання за допомогою до спеціалістів з питань пластичної хірургії, а також в рамках психологічної підготовки до оперативного втручання нами диференційовано використовувався комплекс медикаментозних та психотерапевтичних методів лікування.

До вищезгаданого комплексу лікувальних впливів диференційовано включались як психофармакологічні елементи (індивідуально обґрунтоване застосування антидепресантів, транквілізаторів, ноотропів та малих нейролептиків), так і психотерапевтичні та реабілітаційні заходи. Реалізація цієї програми відбувалась диференційовано і базувалась на принципах послідовності та етапності.

Перший (підготовчий, седативно-адаптуючий) етап психокорекційної роботи ми присвячували встановленню психологічного контакту з пацієнтами, діагностиці емоційних розладів у межах психологічного конфлікту, а також попередньому поясненню причин розладів, що потребують корекції, ознайомленню із загальним планом лікування. Головними завданнями даного етапу було створення мотивації пацієнтів щодо звертання за допомогою до психотерапевта, усунення чи зменшення вираженості клінічних проявів психічних розладів.

На цьому етапі важливим було з'ясування предиспозиційних факторів розвитку емоційних і поведінкових порушень: сімейних та мікросоціальних стосунків, умов життя, виховання, захоплень і життєвих цінностей, особливостей ставлення до власної зовнішності та прийняття рішення про її хірургічну корекцію.

Тактичним завданням психофармакологічної корекції було визначене подолання або згладжування властивих значній частині обстежених пацієнтів збудливості, емоційної неврівноваженості, тривожності, фрустраційної нестійкості та проявів вегетативної дисфункції. Вищезгадана психопатологічна симптоматика була обрана мішенню психофармакотерапії, з огляду на її роль у якості перешкоди для повноцінного контакту в рамках психотерапевтичного процесу.

Перший етап, як правило, складався з 3-4 індивідуальних занять, під час яких ми здійснювали дезактуалізацію гострої невротичної симптоматики.

Вирішення стратегічного завдання психотерапевтичної роботи, яке полягало у визначенні і подоланні причин психічних порушень, що ускладнювали підготовку до хірургічного втручання та у деяких випадках слугували причиною необґрунтованого рішення про хірургічну корекцію зовнішності, переважно відбувалось на другому етапі психокорекції. Метою другого етапу

психотерапевтичної корекції було формування у пацієнтів нових міжособистісних комунікативних установок, корекція системи цінностей та сприйняття власної зовнішності, формування адекватної моделі очікуваних результатів.

Цей етап передбачав досягнення позитивної динаміки емоційного стану пацієнта, усвідомлення зв'язку факторів і проявів невротичних розладів з особливостями його особистості та поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами, корекцію масштабу переживання через дефект зовнішності, його соціальну значимість, перебудову особистості хворого, системи його стосунків.

Лікувально-корегуючий етап для пацієнтів з ДДО у більшості випадків передбачав проведення індивідуальних психотерапевтичних занять. Характер і спрямованість психотерапевтичних впливів у кожному конкретному випадку визначались із урахуванням наявності у пацієнта психопатології, характерологічного радикалу, особливостей дефектів і деформацій зовнішності та мотивів звертання за допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії.

Безпосередній вибір виду і тактики психотерапевтичного впливу здійснювався індивідуально у кожному випадку і базувався не тільки на особливостях клінічної картини, але і на індивідуальних особливостях пацієнтів. Окрім раціональної психотерапії, у рамках психокорекційної роботи використовували когнітивно-біхевіоральну психотерапію, аутотренінг, елементи арт-терапії.

Оскільки у пацієнтів першої групи основними причинами звертання за медичною допомогою була наявність вроджених та набутих фізичних вад, що грубо спотворювали зовнішність і приводили до порушення їх соціальної адаптації, то головною метою психокорекційної роботи з ними було згладжування психопатологічних розладів та підготовка до сприйняття власної зміненої зовнішності.

Основою психокорекційної роботи у другій групі була комплексна програма, спрямована на різноманітні патогенетичні аспекти характерологічних і поведінкових порушень, що призводили до формування та закріплення дисгармонійних особистісних рис і поведінкових тенденцій. Проводилась корекція дисгармонійних особистісних рис характеру та дезадаптивних поведінкових тенденцій, що лежали в основі комунікативних труднощів, конфліктності та неприйняття особливостей власної зовнішності.

Етіопатогенетична спрямованість психотерапевтичного втручання була однією з головних передумов його ефективності. Відповідно основна увага спрямовувалась на усунення причин і механізмів розвитку невротичних та поведінкових розладів, а заходи щодо пом'якшення чи ліквідації клінічної симптоматики проводились як додаткові впливи (переважно за рахунок фармакотерапії), підпорядковані основному завданню комплексу лікувальних міроприємств.

В результаті проведення описаної системи психотерапевтичної корекції більш вагомий ефект був досягнутий у пацієнтів першої групи. Тут редукція психопатологічної симптоматики була досягнута у 54,35% і повне її зникнення у 21,74% пацієнтів. У інших 23,91% пацієнтів даної групи помітної динаміки психопатологічних проявів ми не спостерігали.

Серед пацієнтів другої групи, які мали ВПХКЗ, редукція психопатологічної симптоматики настала у 48,38%, а повне її зникнення - у 11,29% пацієнтів. Ще 40,33% осіб, які пройшли курс психотерапевтичної корекції, після його закінчення не виявляли помітних позитивних ознак стосовно наявної у них психопатологічної симптоматики.

Значним результатом проведеної психокорекційної роботи можна вважати також той факт, що 11 (17,74%) пацієнтів другої групи після здійснення відповідних психокорекційних заходів висловили бажання відмовитись від хірургічних методів корекції зовнішності і продовжити психотерапевтичну роботу з метою вирішення наявних у них життєвих проблем без оперативного втручання.

При проведенні психотерапевтичної корекції пацієнтам з ДДО в післяопераційному періоді велике значення приділялось соціально-побутовим умовам життя хворого, міжособистісним відносинам в сім'ї, суспільстві, колективі. Окрім виконання загального для обох груп пацієнтів плану психокорекційних заходів у першій групі ми робили акцент на тренінгу впевненої в собі поведінки, а у другій на корекції дезадаптивних моделей емоційного реагування та поведінки.

Отже, на третьому (післяопераційному) етапі психокорекційної роботи основна увага спрямовувалась на забезпечення адекватного сприйняття пацієнтами власної зміненої в результаті оперативного втручання зовнішності та закріплення найбільш суттєвих досягнень попередніх етапів в умовах повсякденного життя з урахуванням психологічних, соціальних та мікросоціальних факторів. Психотерапевтична робота з пацієнтами на цьому етапі виконувалась у першу чергу шляхом доопрацювання навичок психічної саморегуляції та реадптації в макро- і мікросоціальному середовищі. Метою лікувального впливу психосоціального напрямку була корекція особистісної структури пацієнта, що сприяла відновленню порушеної системи міжперсональних відносин.

У перші дні після оперативного втручання вирішувались завдання психофармакологічної корекції симптоматики (астенічної, тривожної, вегетативної), переважно обумовленої негативним впливом безпосередньо церебротоксичної дії засобів для наркозу та самого оперативного втручання, оскільки всім пацієнтам з ДДО пластичне оперативне втручання проводилось під загальним наркозом.

Групова психотерапія дозволяла пацієнтам краще оцінювати власні реакції на життєві труднощі, виявляти індивідуально-непереносимі ситуації, що сприяють декомпенсації, бачити реакції групи на їх поведінку. Перевага надавалась створенню відкритих груп (з можливістю

періодичного включення нових пацієнтів на місце пацієнтів, які завершили лікування), гетерогенних у відношенні статі, віку, освітнього та соціального статусу, а також видів дефектів і деформацій.

Особлива увага при проведенні групової психотерапії зверталась на формування адекватного усвідомлення у сфері емоцій, що сприяло вирішенню невротичних конфліктів, та створенню нових поведінкових моделей, які мали стати альтернативою попереднім моделям реагування у конфліктних ситуаціях. Під час групових занять у пацієнтів формували навички вміння опанувати себе у конфліктних ситуаціях, стримувати емоційні пориви, відмовлятися від швидких, заснованих виключно на “емоційній логіці” рішень, що суперечать раціональній оцінці ситуації.

З точки зору ефективності та доступності застосування у визначених умовах проведення дослідження перевага надавалась використанню елементів раціональної та когнітивно-біхевіоральної психотерапії. Ефективним було використання таких методик, як групова дискусія, тренінг впевненої в собі поведінки і соціальних умінь, психогімнастики, проєктивного малюнку, ігрові методики, що базувались на принципах гештальт-терапії, трансактного аналізу, психодрами та іншого. З огляду на отриманий досвід, групова дискусія та розігрування рольових ситуацій виступали у якості базових методів з точки зору вирішення поставлених завдань.

Проведене дослідження показало, що психотерапевтична корекція є необхідним фактором, без якого реалізація спеціалізованого хірургічного втручання з метою пластики зовнішності не забезпечує вирішення основних проблем, що обумовили рішення про її здійснення.

В результаті проведення описаної системи психотерапевтичної корекції найбільший ефект був досягнутий у пацієнтів першої групи. Тут редукція психопатологічної симптоматики була досягнута у 60,86% і повне її зникнення у 28,26% пацієнтів. У інших 20,88% пацієнтів даної групи помітної динаміки психопатологічних проявів ми не спостерігали.

Серед пацієнтів другої групи, які мали ВПХКЗ, редукція психопатологічної симптоматики настала у 51,61%, а повне її зникнення - у 19,35% пацієнтів. Ще 29,04% осіб, які пройшли курс психотерапевтичної корекції, після його закінчення не виявляли помітних позитивних ознак стосовно наявної у них психопатологічної симптоматики.

За даними катамнестичного спостереження, що проводилось протягом року після завершення курсу психотерапевтичної корекції, повторні звертання за допомогою до пластичних хірургів відбулись у 14,51% пацієнтів другої і 6,52% - першої групи. Ознаки покращення соціального функціонування (нормалізація сімейних стосунків, кар'єрні успіхи, покращення матеріального стану) спостерігались у 86,96% пацієнтів першої групи і 61,29% у другій групі.

В цілому, таким чином розроблена система психотерапевтичної корекції психопатологічних, патохарактерологічних і поведінкових особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями голови

та ший, дала можливість досягнути суттєвого ефекту - редукції чи зникнення психопатологічної симптоматики, нормалізації поведінки і створювала умови для відновлення їх повноцінного соціального функціонування.

У результаті проведеного дослідження була також науково обгрунтована система психопрофілактики, що складається з первинної, вторинної і третинної профілактики.

Первинна психопрофілактика спрямована на попередження і ранню діагностику психічних порушень, попередження дії факторів, що порушують психічний і психосексуальний розвиток, на підвищення рівня психологічної, соціально-психологічної і соціальної адаптації. Метою вторинної психопрофілактики є попередження загострень і декомпенсації існуючої психічної патології. Третинна психопрофілактика полягає у проведенні заходів по реабілітації та реадaptaції пацієнтів. Для вирішення перерахованих завдань, окрім заходів суто медичного і медико-психологічного характеру важливе значення має залучення до здійснюваної психопрофілактичної роботи членів сім'ї, близьких людей, спеціалістів з пластичної хірургії.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведено теоретичне обгрунтування і нове вирішення наукової задачі комплексної діагностики і психотерапевтичної корекції психічних розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, з метою їх психокорекції.

2. У середовищі пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, які готуються до проведення хірургічної корекції зовнішності, найчастішими психічними розладами є дистимія, неврастенія та соматоформні розлади.

Клінічна структура виявлених психічних розладів мала суттєві відмінності у пацієнтів з абсолютними і відносними показаннями до хірургічної корекції зовнішності. У перших найбільшу питому вагу має неврастенія, другий за поширеністю - тривожний (уникаючий) розлад особистості, а третя - дистимія. У пацієнтів з відносними показаннями найбільш поширена нозологічна форма - хронічний афективний розлад у вигляді дистимії, а також соматоформні розлади і демонстративний розлад особистості.

3. Загальний соматосексуальний розвиток у 41,30% пацієнтів з абсолютними показаннями до оперативного втручання був уповільненим, а у 54,83% обстежених з відносними показаннями - прискореним. Ретардація психосексуального розвитку у першій групі спостерігалася більше ніж у половини пацієнтів, а у другій переважну більшість склали особи з передчасним розвитком.

Поінформованість у питаннях сексу була неправильною у 39,13% обстежених із абсолютними показаннями до хірургічної корекції зовнішності і у переважної більшості пацієнтів з відносними показаннями.

4. У всіх пацієнтів були виражені такі особистісні риси, як тривожність, навіюваність, несамостійність, напруженість, нездатність до релаксації, а також невірноваженість та емоційна нестійкість. Але при цьому пацієнти з абсолютними показаннями до хірургічного втручання відрізнялись залежністю від чужої думки, конформізмом, прямолінійністю у вчинках та консервативністю у поглядах, тоді як пацієнти з відносними показаннями мали схильність до домінування, відрізнялись імпульсивністю, емоційною невірноваженістю, ригідністю психічних та поведінкових реакцій на конфліктні ситуації.

5. У пацієнтів з абсолютними показаннями до хірургічної корекції зовнішності найчастіше середній або високий рівень ситуаційної тривожності поєднується з високими показниками особистісної тривожності, водночас серед обстежених із відносними показаннями достовірно частіше ($p < 0,01$) спостерігається поєднання високого рівня ситуаційної тривожності із середніми показниками особистісної тривожності.

6. Психокорекційна робота з пацієнтами, у яких наявні дефекти і деформації обличчя, має являти собою систему, що відзначається етіопатогенетичною спрямованістю і базується на принципах комплексності, індивідуальної диференційованості, етапності та послідовності.

Для пацієнтів, які мали абсолютні показання до хірургічної корекції зовнішності на передопераційному етапі головною метою психокорекції повинно бути нівелювання психопатологічних розладів та підготовка до сприйняття власної зміненої зовнішності.

Основою психокорекційних заходів у пацієнтів з відносними показаннями до хірургічної корекції зовнішності була корекція дисгармонійних особистісних рис та дезадаптивних поведінкових тенденцій, що є основою комунікативних труднощів, конфліктності та неприйняття особливостей власної зовнішності.

7. У відповідності до цього на передопераційному етапі окрім раціональної психотерапії повинні використовуватися такі сучасні методи, як когнітивно-біхевіоральна психотерапія, аутотренінг, елементи арт-терапії.

На післяопераційному етапі психокорекції основну увагу слід спрямовувати на забезпечення адекватного сприйняття пацієнтами власної зміненої в результаті оперативного втручання зовнішності, доопрацювання навичок психічної саморегуляції та закріплення найбільш суттєвих досягнень попередніх етапів в умовах повсякденного життя.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Герасименко Л.А. Применение групповой психотерапии в реабилитации пациентов после проведенных пластических операций // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, №4. – С.59-61.
2. Скрипников А.Н., Герасименко Л.А. Психотерапевтическая помощь пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, №2. – С.62-64. (Особистий внесок Герасименко Л.О. – набір матеріалу, патопсихологічні та психодіагностичні дослідження).
3. Герасименко Л.А. Особенности тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с дефектами и деформациями лица // Медицинская психология. – 2007. – Т.2, №1. – С.21-25.
4. Герасименко Л.О. Особливості особистісної реакції чоловіків та жінок, які готуються до реконструктивних операцій з приводу ушкоджень ділянки голови та шиї // Матер. наук-практ. конф., присвяченої 30-річчю кафедри психіатрії УМСА «Актуальні питання сучасної психіатрії». – Полтава, 2005. – С.54-58.
5. Герасименко Л.О. Доцільність та мотивація проведення естетичних операцій ділянки обличчя // Акт. проблеми сучасної медицини. – 2006. – Т.6, вип. 4(16). – С.131.
6. Герасименко Л.О. Застосування психотерапії у пацієнтів з дефектами і деформаціями голови та шиї, які проходять курс пластичних операцій // Матеріали XI конгресу світової федерації українських лікарських товариств. – Полтава-Київ-Чикаго, 2006. – С. 475.
7. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О. Психотерапевтична допомога чоловікам з дефектами та деформаціями ділянки обличчя, які проходять курс реконструктивних операцій // Матер. наук-практ. конф. з міжнародною участю «Сучасна сім'я. Психологія. Психотерапія. Можливості співпраці». – Полтава, 2006. – С.22. (Особистий внесок Герасименко Л.О. – набір матеріалу, розробка системи психокорекції).
8. Герасименко Л.О. Психологічні особливості жінок з дефектами і деформаціями ділянки голови та шиї, які готуються до реконструктивних операцій // Матер. наукового семінару «Психологічне здоров'я: проблеми та перспективи досліджень». – Львів, 2006. – С.15-16.

АНОТАЦІЯ

Герасименко Л.О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя і їх психотерапевтична корекція. – Рукопис.

Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти. Харків, 2007.

У даному дослідженні вивчено клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості пацієнтів з дефектами обличчя. В результаті проведеного дослідження виявлено ряд достовірних відмінностей у залежності від характеру наявних у них показань до проведення хірургічної корекції зовнішності. Виявлено збільшення кількості невротичних розладів у пацієнтів із абсолютними показаннями. Серед пацієнтів із відносними показаннями до оперативного втручання переважали випадки афективних розладів.

На основі комплексного дослідження клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей пацієнтів із дефектами обличчя визначено принципи і розроблено систему психокорекційної роботи з ними. Психокорекційна робота повинна мати етіопатогенетичну спрямованість і бути комплексною та індивідуально диференційованою.

Ключові слова: дефекти і деформації обличчя, психічні та поведінкові розлади, патопсихологічні особливості, психічні розлади, корекція.

АННОТАЦИЯ

Герасименко Л.А. Клинико-психопатологические и патопсихологические особенности пациентов с дефектами и деформациями лица и их психотерапевтическая коррекция. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. – Харьковская медицинская академия последипломного образования. Харьков, 2007.

С целью изучения клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей пациентов с дефектами и деформациями лица, и разработки системы их психотерапевтической коррекции обследованы 108 пациентов (мужчин и женщин), которые готовились к проведению хирургической коррекции внешности и были разделены на две группы соответственно наличию у них абсолютных или относительных показаний к хирургическому вмешательству.

Показано, что в первой группе наиболее значительный вес имела неврастения, вторым по распространённости было тревожное расстройство личности, а третьей дистимия. Во второй группе наибольшее количество пациентов было выявлено с дистимией, достаточно распространёнными были также соматоформные расстройства и демонстрационные расстройства личности.

Результаты обследования при помощи теста Р. Кеттела свидетельствуют о том, что пациенты, которые имели абсолютные показания к хирургической коррекции внешности,

отличались зависимостью от чужого мнения, склонностью к замкнутости, прямолинейностью в поступках и консервативностью во взглядах. Пациенты с относительными показаниями в преимущественном своём большинстве имели склонность к доминированию над окружающими, импульсивности, невзвешенности и радикализму в решениях, отличались ригидностью психических реакций в конфликтных ситуациях.

При изучении типов акцентуации характера пациентов первой группы при помощи опросника Шмишека-Леонгарда, установлено, что наиболее распространенным в их среде был «застревающий» тип акцентуации. У пациентов второй группы наиболее часто наблюдался демонстративный тип акцентуации.

Разработана система психотерапевтической коррекции, которая имеет этиопатогенетическую направленность и основана на принципах комплексности, индивидуальной дифференцированности, этапности и последовательности.

Учитывая, что у пациентов первой группы основными причинами обращения за медицинской помощью было наличие врождённых и приобретённых физических дефектов, которые грубо обезображивали внешность и приводили к нарушению их социальной адаптации, то главной целью психокоррекционной работы с ними было сглаживание психопатологических расстройств и подготовка к восприятию собственной изменённой внешности.

Основой психокоррекции во второй группе была комплексная программа, направленная на разносторонние патогенетические аспекты характерологических и поведенческих нарушений, приводивших к формированию дисгармонических личностных черт и поведенческих тенденций. Проводилась коррекция дисгармонических личностных черт характера и дезадаптивных поведенческих тенденций, которые лежали в основе коммуникативных трудностей, конфликтности и невозможности адекватно воспринять особенности своей внешности.

Полученные результаты позволяют утверждать, что психотерапевтическая работа с пациентами, которые имеют дефекты и деформации лица и готовятся к хирургической коррекции внешности, при условии ее проведения с учетом их патопсихологических и клинко-психопатологических особенностей, улучшала социальную адаптацию, в значительной части случаев влияла на редукцию психопатологической симптоматики.

Ключевые слова: дефекты и деформации лица, психические и поведенческие расстройства, клинко-психопатологические, патопсихологические особенности, психические расстройства, коррекция.

ANNOTATION

Gerasimenko L.O Clinic-psychopathological and pathopsycological peculiarities of patients with defects and deformations of the face and their psycho therapeutic correction. - Typescript.

Doctoral thesis to proceed Candidate of Medical Science on the specialty 19.00.04 – Medical Psychology. Kharkiv Medical Academy of post graduation education. Kharkiv, 2007

In the given research clinic-psychopathological and pathopsycological peculiarities of patients with defects and deformations of the face has been examined. As a result of this research a number of authentic differences subject to the character of their evident indications, concerning the surgical correction of the appearance, were found out. The increasing of the neurotic disorders were discovered among patients with absolute indications. Among patients with relative indications for surgical operation the cases of effective disorders prevailed.

On the base of the research on clinic -psychopathological and pathopsycological peculiarities of patients with defects and deformations of the face the system of the psychocorrection treatment for them was elaborated. Psycho -correction treatment should have ethiopathogenetic orientation and be individually differential.

Key words: defects, face deformation, psycho and behavior disorders, pathopsycological peculiarities, psychological disorders, correction.