

Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Д.С. Аветіков

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ
В РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ,
ЯКІ МАЮТЬ ДЕФЕКТИ ТА ДЕФОРМАЦІЇ ОБЛИЧЧЯ**

Полтава - 2008

УДК 615.851:[616.831-009.7+617.53

Рекомендовано до друку Вченою Радою ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія». Протокол № 15 від 27.05.2008

Рецензенти:

професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», д.мед.н. Сонник Григорій Трохимович

завідувач кафедри дитячої хірургічної стоматології та пропедевтичної хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови та ший ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», д.мед.н. Ткаченко Павло Іванович

Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Д.С. Аветіков

Психотерапевтична корекція в роботі з пацієнтами, які мають дефекти та деформації обличчя

Полтава, 2008. – 128 с.

ISBN № 978-966-7653-90-3

У монографії представлено дані щодо вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя. В результаті проведеного дослідження виявлено ряд достовірних відмінностей у залежності від характеру дефектів зовнішності. Виявлено збільшення кількості невротичних розладів у пацієнтів з відносними показаннями до хірургічної корекції зовнішності. Серед пацієнтів з абсолютними показаннями до оперативного втручання переважали випадки розладів особистості.

На основі комплексного дослідження клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей пацієнтів з дефектами зовнішності розроблено систему психокорекційної роботи з ними.

Для медичних психологів, психіатрів, наркологів, сімейних лікарів і студентів медичних ВУЗів.

Л.О. Герасименко
А.М. Скрипніков
Д.С. Аветіков

ЗМІСТ

ЗМІСТ	3
ГЛАВА 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	5
ГЛАВА 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	33
ГЛАВА 3. СТАН СОМАТИЧНОГО, ПСИХІЧНОГО І СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ	44
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	66
ГЛАВА 5. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ДЕФЕКТИ ТА ДЕФОРМАЦІЇ ОБЛИЧЧЯ І ГОТУЮТЬСЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ	88
ГЛАВА 6. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОВНІШНОСТІ, НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ	103
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	112

Глава 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Медико-соціальні аспекти хірургічної корекції зовнішності

Історія естетичної хірургії відома з початку розвитку медицини і налічує багато сторіч. Ще з давнини людей турбувала власна зовнішність та краса тіла. Навіть у древньогрецьких папірусах, що написані за три тисячі років до нашої ери, знайдені інструкції відносно того, як «перетворити старого чоловіка в молодого» [13,14].

Олександрійська школа, яка виховала древньоєгипетські традиції, набула відомості завдяки успішним проведенням хірургічних методів лікування деформацій носу, губ та вушних раковин. Індійські хірурги довели до досконалості пластику носу з використанням шматочків шкіри на живлячій ножці [14].

Значними темпами пластична і реконструктивна хірургія почала розвиватись після появи таких досягнень медицини, як засоби антисептики, наркоз, гормональні та ферментні препарати [15].

Дати визначення поняття косметичного дефекту або недоліку достатньо важко, тому що поняття естетичної норми відсутнє. Andreassen N.J. (2004) [16] вважає, що косметичним дефектом є вроджене або набуте відхилення від фізіологічної норми, що погіршує самопочуття пацієнта та діє на його психіку. До косметичних дефектів та деформацій відносять вроджені та набуті відхилення від фізіологічної та естетичної норми, що заважають людині почувати себе вільно та комфортно в суспільстві.

В Україні протягом останніх років реєструється значне збільшення кількості осіб, які звертаються за допомогою до пластичних хірургів [17]. Така тенденція пов'язана як з потужним розвитком можливостей пластичної та реконструктивної хірургії, так і з її більшою доступністю на сучасному етапі [15]. Іншими вагомими факторами стрімкого зростання кількості оперативних

реконструктивних втручань є підвищення травматизму в урбаністичному суспільстві (автокатастрофи, опіки, поранення вогнепального походження), зростання поширеності онкологічної патології, висока частота вродженої патології, а також вплив на процеси старіння несприятливої екологічної ситуації в країні [18,19].

Потреба у хірургічній корекції зовнішності часто обумовлена не стільки бажанням наслідувати моду, але і бажанням забезпечити «якість життя», особливо при спотворюючих дефектах видимих частин тіла. Сьогодні ця проблема стає все більш значимою внаслідок великої кількості побутових і виробничих травм [20,21].

За узагальненими даними у світі щорічно відбувається більше 40 стихійних лих і катастроф [22,23], під час яких люди отримують чисельні травми, що призводять до дефектів зовнішності різної локалізації і ступеня вираженості.

На сьогодні не можна не відзначити також інший контингент пацієнтів. Значну частину пацієнтів клінік пластичної хірургії складають люди, які перенесли радикальне хірургічне лікування онкозахворювань. Медико-статистичні дослідження підтверджують зростання захворювань на онкопатологію, у тому числі таку, що вимагає втручання реконструктивно-пластичної хірургії у післяопераційному періоді [14].

Онкологічні захворювання та їх наслідки на сьогодні лишаються головною проблемою з точки зору виникнення обширних дефектів голови та шиї [24]. Захворюваність на онкологічні новоутворення в усьому світі продовжує зростати. В структурі усіх виявлених злоякісних пухлин онкопатологія голови та шиї складає 6-10% [25].

Сьогодні вже ніхто не суперечить, що радикальне хірургічне лікування ракових захворювань дає найбільший шанс стійкого одужання. Проте, після радикальних операцій з приводу злоякісних новоутворень голови та шиї і комбінованого їх лікування виникають обширні дефекти та деформації тканин, які супроводжуються значними функціональними та косметичними порушеннями [26,27,28].

Лишається також досить високою частота вродженої патології. За даними ВООЗ у світі на 100 новонароджених тільки розщелина верхньої губи та піднебіння зустрічається від 0,6 до 1,6 випадків. В США – від 0,8 (штат Нью-Йорк) до 2,5 (штат Нью-Мехіко) [29]. В країнах СНД на 100 новонароджених припадає 2 дитини з розщелиною верхньої губи та піднебіння, а кожний рік народжується 5 тисяч таких дітей [15].

Клінічна практика свідчить, що в усьому світі неухильно зростає травматизм. Питома вага пошкоджень голови складає від 6 до 16% в загальній структурі травм мирного часу, травми щелепно-лищевої ділянки збільшилися з 0,3 випадків на 1000 жителів в 1965 році до 0,8 в 1995 році [14]. Одним із найбільш тяжких наслідків травматизму є інвалідність. За даними ВООЗ на земній кулі зараз налічується близько 500 мільйонів інвалідів внаслідок травматизації. При цьому причинами інвалідності осіб молодого віку при травмах тільки у 25-30% випадків є тяжкість травм, а в 30-70% випадків – недоліки діагностики, лікування та організації медичної допомоги [30,31].

Як і раніше, актуальною лишається проблема лікування поранень вогнепального походження. В останні роки в локальних зонах зросла частота пошкоджень боєприпасами вибухової дії, які відрізняються особливою складністю та обширністю пошкодження тканин [32]. Сучасну бойову травму прийнято розглядати як специфічну політравму і можливості лікування цього контингенту хворих з використанням традиційних методів пластики обмежені, а в деяких випадках завідомо неефективні [14].

Переважно оперативні втручання косметичного характеру проводять лише особам старше 19 років. Доцільність проведення операції у осіб старше 55 років досить індивідуальна, велике значення мають загальний стан хворого, характер операції, показання до неї та супутня патологія. В дитячому віці показанням до проведення оперативного втручання є розщелини губи та піднебіння, котрі впливають на прийом їжі та розвиток мови [15].

Метою операцій, що вважаються косметичними або естетичними, є усунення дефектів та спотворюючі змін, що звертають на себе увагу

оточуючих, внаслідок чого вдається досягнути відтворення середньої узагальненої для даного суспільства естетичної і фізіологічної норми [17].

Однією із сфер застосування оціночної функції психіки є зовнішній образ конкретної особистості. Практично немає жодної людини, яка б ніколи за жодних обставин не задумувалась про свою зовнішність [33,34]. Ще грецькі філософи піфагорейської школи робили спроби сформулювати сутність людської краси [3].

Без сумнівів, протягом віків поняття краси неодноразово змінювалось. Загалом поняття краси формують художники, модельєри, стилісти, косметологи. У кожної людини при цьому є власне сприйняття краси, як гармонійної відповідності частин обличчя і тіла одне одному [35,36]. Поняття красивої зовнішності змінюється і сьогодні. Засоби масової інформації та туризм помітно трансформували уявлення про ідеальний образ людини. На цей процес також впливають соціально-побутові умови, що значно змінились останнім часом. Конкуренція у сфері професійних стосунків примушує людей бути більш вимогливими стосовно власної зовнішності. Економічний прогрес виявив необхідність у людях молоджавих і динамічних, зовнішній вигляд яких вказує на хорошу працездатність. У людей, які дбають про свою зовнішність, є союзники – косметологи [38].

Однак, у випадках, коли загальнодоступні косметичні засоби безсилі змінити недоліки зовнішності, доводиться вдаватись до допомоги естетично-пластичної хірургії [39,40]. Необхідно відзначити, що це не єдина категорія пацієнтів, які звертаються до пластичної хірургії.

Сучасна косметична хірургія об'єднує оперативні втручання на поверхні тіла людини, основними особливостями котрих є переміщення (пластичне) та пересадка тканин або імплантація заміщуючих їх матеріалів [15]. Як і інші оперативні втручання, косметична операція також пов'язана з ризиком можливих ускладнень, як загальних так і місцевих. Окрім естетичного ефекту, вона також залишає після себе рубець, котрий також є небажаним [28].

Завданнями косметичної хірургії для осіб похилого віку є усунення вікових змін обличчя, з тим, щоб позбавити людину проявів старості, повернути попередній вираз обличчя, який був притаманний в більш молодому віці, та зробити це таким чином, щоб оточення нічого не помітило [41].

За останні роки значно зросла кількість пацієнтів, у яких інволюційні зміни м'яких тканин обличчя поєднуються з естетичними дефектами власне шкіри — гіперпігментацією, телеангіоектазіями, розширенням пор і т.д. [15]. Виникнення подібних шкірних дефектів може бути пов'язане як з природними віковими змінами власне шкіри, так і з надлишковим впливом ультрафіолетових променів [20]. УФ-опромінення ініціює у шкірі дегенеративні процеси, у результаті яких шкіра поступово втрачає тонус, на ній з'являються пігментні плями (сонячне лентіго), судинний малюнок (телеангіоектазії, сенільні гемангіоми) [21]. При гістологічному дослідженні ділянки шкіри, що хронічно піддається інсоляції, можна виявити гіперкератоз, атрофію епідермісу, еластоз, збільшення вмісту меланіну, появу атипичних меланоцитів, розширення капілярів. Зміни морфоструктури власне шкіри, викликані впливом УФ-випромінення, називають фотостарінням [15].

Загалом зростання поширеності різноманітних дефектів і деформацій обличчя, а також доступність пластичної хірургії на сучасному етапі обумовили необхідність дослідження психологічних і психіатричних аспектів, пов'язаних із цією проблемою [42-46].

1.2. Мотивація проведення хірургічної корекції зовнішності у пацієнтів з дефектами і деформаціями зовнішності

Велика кількість пацієнтів вважають, що для зміни свого життя достатньо змінити власну зовнішність. Такий підхід є надто спрощеним і часто абсолютно невиправданим. За умови наявності відносно гармонійних міжособистісних стосунків та гармонійного самоприйняття, окремі аспекти власного відображення у дзеркалі не стають визначальним фактором самопочуття

[47,48,49]. Зміна зовнішності не приводить автоматично до змін особистості та поведінки, а пластична операція не позбавляє від невротичності і не навчає навичкам спілкування. Звичайно, з категоричністю не можна підходити до випадків вроджених дефектів і деформацій, але у всіх випадках у процесі прийняття рішення щодо необхідності хірургічної корекції зовнішності актуальною є необхідність проведення консультацій медичного психолога або психіатра [38].

Відомо, що серед пацієнтів, які звертаються до послуг естетичної хірургії, можна виокремити дві чіткі групи. У одній знаходяться люди (частіше молодого віку), незадоволені своїми природними вадами зовнішності, переважно, вродженого характеру (деформації носу, надмірно великі вушні раковини, «мішки під очима»), які мають бажання відповідати певному ідеалу краси [50,51]. У молодому віці вдаються до естетичної хірургії, як правило, люди з проблемою «погоні за ідеалом» [52].

У другій групі – пацієнти старшого віку, незадоволені змінами, що відбулись із плином часу і посилюються внаслідок старіння, несприятливої екологічної ситуації, побутового травматизму [53].

За допомогою до хірургів звертаються пацієнти різного віку, і уже одне це справляє певний вплив на мотивацію до проведення естетичної операції. Достатньо часто хірургам доводиться мати справу із психологічними особливостями пацієнтів різних вікових груп, що потребує відповідної фахової кваліфікації і без залучення спеціалістів відповідного профілю не завжди приводить до успіху [54,55].

Зіміна Є.Н. та Юдін В.А. (1997) [33] виділяють декілька основних типів психологічних реакцій у пацієнтів з косметичними недоліками і дефектами обличчя:

1. Загалом нормальний стан психіки – вільне контактування з лікарем, спокійна бесіда з ним.

2. Гіперболізований тип – бажання отримати ефект від операції при відсутності об'єктивних показань для цього.

3. Протиприродний тип – словесна згода на будь-який результат операції, готовність на багаточисельні операції, прохання про повторні операції навіть у декількох хірургів одночасно.

4. Мазохізмоподібний тип – тяга до хірургічного лікування за будь-яку ціну. Необґрунтовані та наполегливі вимоги щодо повторних хірургічних операцій.

5. Депресивний тип – пояснення всіх невдач у житті виключно надуманими дефектами чи деформаціями обличчя.

6. Нерішучий тип – невпевненість у необхідності операції, постійні нав'язливі роздуми про небезпеку різноманітних ускладнень.

7. Імперативний тип – вимоги щодо необґрунтовано підвищеної уваги до своєї персони, конфіденційності.

Немає сумнівів у тому, що абсолютна більшість описаних реакцій вимагає психотерапевтичної корекції відповідного контингенту пацієнтів [56-58].

Деякі дослідники вважають, що мотивацію звертання пацієнтів з дефектами і деформаціями в області обличчя за хірургічною допомогою можна оцінювати за часовими і типовими ознаками [20,60,61]. Естетичні операції в області обличчя доцільніше проводити при недоліках зовнішності великої давності (це не стосується дефектів безпосередньо пов'язаних із віковими процесами). При «свіжих» змінах зовнішності, що виникають внаслідок перенесених захворювань чи травм, хірургічне втручання небажане через наявність реактивних реакцій та ризик розвитку пов'язаних із цим психологічних розладів. Чим більшим є проміжок часу від моменту виникнення деформацій і дефектів, тим меншим є ризик розвитку небажаних психічних реакцій на новонабуті зміни зовнішності [62].

Не виключено також, що із часом, у ряду пацієнтів бажання щодо хірургічної корекції зовнішності взагалі зникає у зв'язку із вирішенням найбільш актуальним проблем, що були стрижневими причинами незадоволення власною зовнішністю, або ж у зв'язку із банальним «звиканням» до власних особливостей зовнішності [63,64].

До типових ознак, за якими пацієнти з дефектами і деформаціями області обличчя звертаються за допомогою до естетичних хірургів, перш за все, належить бажання подібатись оточуючим [65]. Часто батьки, піклуючись про майбутнє своїх дітей, спонукають їх змінити свою зовнішність (частіше за все форму носа або вушних раковин), особливо якщо хтось із батьків бачив позитивні результати такої операції чи переніс її сам [66]. У таких випадках ніхто не може бути застрахованим від того, що у батьків немає відхилень від психологічної норми [67,68] і лікареві доводиться втручатись у внутрішньосімейні стосунки [69].

Одним із зовнішніх факторів, що визначають мотивацію звертання за допомогою до пластичного хірурга, є проблема використання зовнішності у якості інструмента кар'єрного росту, налагоджування сімейних стосунків [70]. У таких випадках допомоги тільки спеціаліста з естетичної хірургії недостатньо, адже у вирішенні такого роду проблем необхідні не зміни зовнішності, але і ділові та душевні якості [71-74].

До змін зовнішності часто вдаються також пацієнти, для яких естетична корекція зовнішності являється частиною соціальної адаптації (наприклад, створення складки шкіри верхніх повік у азіатів, які живуть серед європейських народів) [15].

За таких умов важливе значення має створення методик для діагностики мотиваційної сфери пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою [75-77]. Зокрема, Неробеев А.И. та Шахов А.А. (1998) [61] розробили спеціальний опитувальник, що дозволяє діагностувати цілий ряд таких аспектів, як самооцінка, мотивація звертання до естетичного хірурга, операційні очікування, можливу реакцію на успіх чи невдачу операції, психологічну стійкість і достовірність відповідей на запропоновані питання.

Реакції пацієнтів на самооцінку зовнішності по Беседину А.Н. (1996) [78] запропоновано класифікувати наступним чином:

а) позитивно-пасивна – задоволення власною зовнішністю і пасивність у виправленні при її порушенні чи небажаних змінах;

б) позитивно-активна – постійне підтримання власного зовнішнього вигляду і схильність до звертання за медичною допомогою при найменших його порушеннях;

в) негативно-примітивна - незадоволеність власною зовнішністю і пасивність у її виправленні;

г) негативно-рішуча – присутнє незадоволення власною зовнішністю, але рішення про необхідність оперативного втручання приймається тільки під тиском обставин або за наполяганням найближчого оточення;

д) необґрунтовано-критична - драматизація мінімальних змін зовнішності, налаштованість на досконалість, незадоволення будь-яким результатом оперативного втручання.

Не менш важливим з точки зору підготовки до оперативного втручання та планування психокорекційної роботи є діагностика естетичної сфери у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя [79-81]. Як достатньо інформативна та об'єктивна у цьому аспекті зарекомендувала себе методика Janet P. (2003) [82], що дозволяє також визначати категорії самооцінки. Згідно цієї методики усіх пацієнтів, що звертаються за медичною допомогою з метою хірургічної корекції зовнішності, можна поділити на три основні групи за особливостями їх естетичної сфери:

а) пацієнти зі зниженим естетичним почуттям – люди з вираженими змінами зовнішності, які не зважаючи на це, спокійно ставляться до власної зовнішності і без ентузіазму відносяться до перспективи хірургічної корекції зовнішності з метою корекції наявних дефектів і деформацій. Подібні пацієнти ведуть нормальний звичний спосіб життя і наявні недоліки не вважають суттєвою перепоною для усталеного способу життя. Візит до хірурга для них у переважній більшості носить абсолютно випадковий характер і не супроводжується чітким усвідомленням плану дій та ставлення до майбутньої власної зовнішності. У випадку наполягання хірурга на недоцільності хірургічної корекції зовнішності вони із готовністю відмовляються від своїх намірів, а у випадку здійснення оперативного втручання із готовністю

сприймають всі особливості власної оновленої зовнішності, навіть якщо наявні результати не відповідають попереднім очікуванням;

б) пацієнти з нормальним естетичним почуттям – люди із усвідомленим ставленням до власної зовнішності, з чіткою і реальною мотивацією звернення до лікаря. Вони, як правило, цілком довіряють спеціалісту, який здійснює оперативне втручання і адекватно реагують на виникнення тих чи інших побічних ефектів під час лікування;

в) пацієнти із спотвореним чи неправильно розвинутим естетичним почуттям – це люди з явними порушеннями психічного статусу. Душевні переживання цих пацієнтів і їх поведінка у побуті часто є дезадаптивними і є неадекватними у ставленні до наявних дефектів і деформацій зовнішності. Зосередженість цих пацієнтів на наявних у них дефектах і деформаціях (часто уявних) не дозволяє досягнути бажаних результатів. Відмова від проведення оперативного пластичного втручання викликає у даної категорії пацієнтів обурення. Їх психічний стан є головним протипоказанням для проведення хірургічної корекції зовнішності і свідчить про те, що естетичні оперативні втручання мають проводитись лише після обов'язкової консультації кваліфікованого психіатра.

1.3. Психічні розлади у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя

До косметичних дефектів зачисляються набуті та вроджені відхилення від фізіологічної норми, які заважають людині відчувати себе вільно в суспільстві [15]. В переважній більшості випадків косметичні недоліки не впливають на фізіологічну функцію, хоча деякі з них, маючи значну виразність можуть викликати розвиток тяжких розладів фізичного та психічного порядку [83-88]. Косметичні вади викликають інколи неадекватні реакції оточуючих та є приводом для значних душевних страждань у даної категорії пацієнтів [89,90].

Відомо, що наявність у людини дефектів та деформацій зовнішності, особливо ділянки обличчя, впливає на особистість, змінює характер та

поведінку людини, викликає порушення емоційної та мотиваційної сфер [91-94]. Значна кількість людей переносить косметичні дефекти хворобливо, вбачають у них перепони для досягнення успіхів в суспільному та особистому житті. Відчуття недоліку нерідко виключає людину з нормального трудового змагання, відбивається на його працездатності, зменшує можливість заробітку та погіршує його загальний психічний та життєвий тонус [95-99]. Косметичний дефект досить часто починає впливати на пацієнта ще в дитячому віці, особливо в період статевого дозрівання, що безумовно негативно відображується на формуванні характеру [100-102].

Велика кількість дефектів, які прийнято вважати косметичними, наприклад, аномалії вушних раковин та носової перетинки, супроводжуються фізичними та функціональними розладами, що є хворобою і потребують проведення оперативного втручання [103,104].

Психічні порушення непсихотичного регістру у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя зустрічаються доволі часто (від 20 до 100% випадків за різними даними) [105-107]. Пластична операція при цьому постає не як поверхове виправлення недоліків, а як достеменне патогенетичне лікування [108,109].

У більшості випадків дефекти і деформації зовнішності не впливають на фізіологічні функції, та при деяких особливо тяжких формах можуть спровокувати психосоматичне захворювання [110-113].

Формування внутрішньої картина хвороби при наявності дефектів та деформацій зовнішності має свої закономірності. Динамічне вивчення відношення особистості до свого стану, до ситуації, яка пов'язана з ним та до особливих методів лікування дозволило зробити висновок, що внутрішня картина хвороби не є постійною, а проходить ряд поступових певних змін [114-116]. Її динаміка залежить як від зовнішніх, так і від внутрішніх причин [117].

До внутрішніх факторів при цьому відносять:

- біологічні (спадковість та конституція, перебіг вагітності та пологів, стать, вік, перенесені захворювання);

- психологічні (преморбідні особливості особистості, психічні травми, характер психічних розладів та характерологічні зміни, які виникли в процесі захворювання).

Зовнішніми факторами вважаються соціальні причини у вигляді особливостей виховання в батьківській сім'ї, сімейний стан, освіта, трудова діяльність, а також об'єктивна ситуація, що пов'язана з особливістю формування дефекту чи деформації та застосовуваними попередньо методами лікування [118]. Спостереження надали підстави вважати, що велике значення для динаміки внутрішньої картина хвороби в кожний конкретний момент мали умови, які враховували вплив мікрооточення: родини, друзів, медперсоналу та хворих у відділенні [119].

Доведено також, що на різних етапах в залежності від характеру лікування питома вага впливу ендогенних та екзогенних причин на формування внутрішньої картина хвороби змінювався [120].

Косметичні дефекти, недоліки та їх наслідки в різному віці проявляються по різному, та в принципі вони можуть виникати на протязі всього життя – від дитинства до глибокої старості [15].

Серед внутрішніх мотивів звертання за допомогою до естетичної хірургії достатньо часто головним фактором виступають психопатологічні переживання в рамках депресії, особливо у осіб старше 40 років, як наслідок вікових змін в організмі [121-123]. Зокрема, тілесне старіння, зниження особистісного потенціалу, чисельні стресові навантаження призводять часто до так званої депресії інволюційного періоду життя людини, коли у неї слабнуть міжособистісні зв'язки, знижується якість життя в цілому і все це посилює відчуття власної покинутості і непотрібності [124-126].

Бажання призупинити якимось чином настання старості, особливо при збереженні високої активності у діловому чи суспільному житті, має розглядатись як достатньо обґрунтована вимога [20]. Однак у цій віковій групі важливим є виявлення ознак інволюційного психозу, що завжди вимагає консультації спеціаліста в області психіатрії [127-130].

У старшій віковій групі пацієнтів досить серйозно стоїть проблема ятрогенії – негативного впливу неправильно зрозумілих пацієнтами слів і дій лікаря [131,132]. Достовірно відомо, що наслідки такого впливу серед пацієнтів похилого віку зустрічаються значно частіше, ніж у людей середнього віку. Знання особливостей психології старіючої людини вкрай необхідне при визначенні рекомендацій щодо проведення хірургічної операції з естетичною метою [133-135].

На сучасному етапі розвитку медицини надається велике значення проблемі „якості життя” [136-138]. Відомо, що показники якості життя у повній мірі залежать від фізичного та психоемоційного стану особистості, отож пацієнти, які мають дефекти та деформації обличчя, зазнаючи фізичних страждань та знаходячись у постійній психоемоційній напрузі, належать до «групи ризику» з цієї точки зору [139-142]. Отримані дані щодо якості життя дають можливість скласти більш об’єктивну комплексну картину про пацієнта, який готується до реконструктивного втручання, а також визначити доцільність самого оперативного втручання з точки зору покращення умов життя хворого. Безперечним є той факт, що для даного контингенту хворих об’єктивна оцінка ступеню збереженості фізичних функцій та спроможності до активної життєдіяльності без урахування соціально-психологічних аспектів якості життя є недостатньою [143,144].

В сучасному світі невпинно зростає кількість факторів, які сприяють формуванню косметичних недоліків: спадкові та онкологічні захворювання, що потребують хірургічного втручання, травми, опіки, а також безсумнівно погіршення екологічної ситуації в країні, що значно впливає на передчасне старіння та зовнішній вигляд людини [145,146]. В переважній більшості розвинених країн якості життя людини приділяється значна увага. Особливо звертається увага на людей, які за певними причинами відрізняються від основної маси населення. Для них створюються умови що до отримання освіти, працевлаштування, розвитку культурного та духовного життя, надаються умови, що сприяють покращенню адаптації в суспільстві [147-149].

Частіше за все психічні порушення у осіб з дефектами обличчя відносяться до невротичних розладів, під котрими мають на увазі „зворотні психічні розлади, обумовлені впливом психотравмуючих факторів, що перебігають з усвідомленням пацієнтом факту своєї хвороби, без порушення відображення реального світу та які виявляються переважно психогенно обумовленими емоційними та соматовегетативними розладами”. Характер та виразність психогеній при цьому мають достатньо велику варіабельність та індивідуальність [150-154].

В якості психотравмуючого чинника при цьому виступають як сам факт формування дефекту обличчя, так і обумовлена ним різка зміна сприйняття свого тіла, фрустрація багатьох життєвих потреб, порушення реалізації життєвих програм різного ступеню виразності [155-159]. Однак, об'єктивно оцінити ступінь тяжкості психічної травми досить важко.

Детально описані «реакції горя і тяжкої втрати», обумовлені радикальним лікуванням онкопатології [160,161]. Але проблеми соціальної дезадаптації і формування психосоціального дефекту після радикального лікування раку молочної залози – органу, що виконує окрім фізіологічної, естетичну функцію до кінця не з'ясовані.

Цікава позиція Collard J. (1963) [162], котрий підкреслював, що вірно говорити не про психогенність, а про афектогенність, тому що саме емоційно-афективні порушення є першим кроком в виникненні та реалізації межових станів.

У зв'язку із цим слід також приділити увагу думці Карвасарського Б.Д. (2002) [163] про те, що психогенна декомпенсація зустрічається доволі часто при багатьох психічних розладах. Таким чином, лише знання психогенних факторів недостатньо для встановлення типу розладу, але без цього діагностика повноцінно відбуватись не може. Відповідно, є певний фактор, що обумовлює індивідуальну реакцію на ці ситуації. Таким фактором є індивідуальна значимість для особистості психогенного впливу, коли психічна травма

особистісно неповторна для кожної людини, відповідає як „ключ до замка” [164,165].

В цьому аспекті цікавим є дослідження американських науковців [166-168], якими було виявлено, що страждання, які були супутніми факту формування виражених косметичних недоліків не завжди призводили до негативних наслідків, як це прийнято вважати. В ряді випадків вони сприяють переоцінці постраждалими та їх близькими загальноприйнятих норм краси та ціннісних орієнтирів [169].

Велике значення приділялось вивченню дослідниками розладів системи відношень особистості [170-172]. Відповідно результатів проведених досліджень [173-176], патогенний вплив психогенії проявляється при наявності відповідних особистісних відмінностей, які надають значимість негативному впливу, що виник. Існує також думка [177,178] про особливу, або навіть вирішальну значимість ролі індивідуально-типологічних особистісних особливостей в формуванні та розвитку клінічних проявів, що сприяють реалізації впливу етіологічного чинника.

Цілим рядом досліджень [179-182] було показано, що психічні порушення головним чином пов'язані із позицією особистості, а не з мікросоціальними факторами. У той же час вплив мікросередовища не можна недооцінювати. Адже розуміння і сприйняття власної зовнішності як дефектної може виникнути уже в дитячому віці, коли дитина бачить своє обличчя не таким, як у оточуючих дорослих і дітей, відповідно починаючи вважати себе неповноцінною.

Якщо ж мікросередовище доброзичливо і з розумінням поставиться до цього, то декомпенсаційні процеси у розвитку особистості можуть і не настати, але несприятливий розвиток особистості теж імовірний [183-184].

Надзвичайно важливим завданням для хірурга є своєчасне консультування з психіатром задля виявлення уже перших психологічних порушень, що носять назву «преморбідних рис характеру»: астенічних проявів, тривожно-помисливих рис і зниження фону настрою, істероїдних особливостей [15, 185-

187]. Такі пацієнти добиваються здійснення їм різноманітних естетичних операцій, але при недостатній на їх думку, ефективності хірургічного лікування їх стан лише загострюється [188-190].

Виділення етапів перебігу реактивних станів у пацієнтів з дефектами і деформаціями голови і шиї, які перенесли реконструктивні пластичні операції, дає можливість враховувати періоди психологічної компенсації та декомпенсації, диференційовано сформулювати адекватну систему психотерапевтичної роботи з даною категорією пацієнтів [191-194].

За даними Schneider K. (1998) [10], при невиражених проявах психопатії після вдало виконаної операції, як правило, виникає підйом настрою, зменшуються прояви тривоги, нормалізується сон, відновлювався рівний емоційний фон настрою, з'являлось відчуття доступності перспективи щодо повернення до «нормального життя», але поряд з цим рудиментарна депресивна симптоматика залишалась доволі стійкою протягом досить тривалого часу після оперативного втручання.

У випадку, якщо оперативне втручання щодо хірургічної корекції зовнішності з естетичною метою здійснюється на фоні патологічних проявів у вигляді маячення, нав'язливостей, тривоги, депресивних проявів, то після операції вони, як правило, не редукуються, а навпаки, не залежно від ефективності власне косметичного впливу психічний стан ще більше погіршується внаслідок ексцеребрації процесу, а деяке незначне покращення у найближчому післяопераційному періоді буває короткочасним [195-197].

Синдром дисморфофобії вперше був описаний R. Morselli (1886) [198] як «присутнє у хворого суб'єктивне уявлення про наявність у нього фізичного дефекту, спотворення зовнішності, що, як йому здається, помітні оточуючим». Типовий пацієнт з дисморфофобією впевнений, що одна із частин його тіла занадто велика, мала чи спотворена. Інші ж люди знаходять зовнішність пацієнта абсолютно нормальною або знаходять при ретельному вивченні наявність незначної, малопомітної аномалії (в останньому випадку інколи

важко вирішити наскільки співпадає реальна стурбованість пацієнта з дійсною наявністю дефекту) [199].

Як правило, пацієнти пред'являють скарги на спотворену форму чи аномальні розміри носа, вух, рота. Нерідко хворі стають постійно зануреними в думки про свої вади та відчувають при цьому глибокі страждання [200,201]. Вони вважають, що всі навкруги звертають увагу на цей недолік, в наявності котрого вони не сумніваються, та часто обговорюють між собою [202]. «Недолік» визнається причиною всіх негараздів, життєвих труднощів. Хворі із абсолютною переконаністю доводять, наприклад, що якби вони мали гарнішу форму носа, то мали б шанс стати більш успішними в роботі, суспільному житті, сексуальних стосунках [203-205].

Деякі пацієнти із синдромом дисморфофобії підпадають під діагностичні критерії інших розладів. Так, Dubois P. (1980) [206], вивчаючи 17 пацієнтів (12 чоловіків та 5 жінок) у такому стані виявив у 11 із них тяжкі розлади особистості, 5 – шизофренію, 1 – депресивний розлад. У хворих з психічними розладами вище перерахована фіксація на своєму «недоліку» має маячний характер, у пацієнтів з розладами особистості, як правило, представляє надцінну ідею [207].

У психіатричній літературі [208-211] зустрічаються описання тяжких форм синдрому дисморфофобії, але відносно легкий його ступінь зустрічається теж доволі часто, особливо в спостереженнях на базі клінік пластичної хірургії та практиці дерматологів. В DSM-III-R [212] введено нову категорію - дисморфофобічний розлад (дисморфофобія), - призначенням якої є випадки, коли дисморфофобія не є вторинною по відношенню до іншого психічного розладу. Цим терміном визначається „фіксація на уявному дефекті зовнішності”, при якому впевненість в наявності такого дефекту не сягає інтенсивності, характерної для маячення.

Обґрунтування виділення цього синдрому в окрему категорію на даний момент не можна вважати доведеною. Дисморфофобія в більшості випадків досить важко піддається лікуванню [213-217]. При наявності супутнього

психічного розладу слід лікувати його загальноприйнятими методами, надавати хворому психологічну допомогу при різних труднощах професійного, соціального та сексуального характеру [218-222].

1.4. Психічні розлади у постраждалих із опіковою травмою

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає катастрофу як ситуацію, що являє собою несподівану, серйозну і невизначену загрозу для здоров'я суспільства [223]. Кількість катастроф у світі невпинно зростає. Раптові, несподівані ситуації, аварії зустрічаються частіше за все і можуть супроводжуватись травмуванням окремих людей, їх груп і навіть значних контингентів. Найбільш поширеними із аварій є вибухи та пожежі на виробничих об'єктах та транспортних засобах [14].

Зборовский А.М. (2005) [224] відзначає, що психічні порушення належать до числа найбільш частих медичних наслідків різноманітних надзвичайних ситуацій. Тому особливу увагу психіатрів звертають на себе можливі негативні наслідки для психіки людини впливу на неї різноманітних екстремальних впливів: військових дій, антропогенних чи природних катастроф, терористичних акцій та іншого [225,226]. У структурі їх медико-соціальних наслідків вагому частину складають порушення психічної сфери різного характеру [227,228].

Шахтний опіковий травматизм у вугільній промисловості має тенденцію до зростання і є повною аналогією ситуацій, що зустрічаються при крупномасштабних катастрофах. В картині уражень при крупномасштабних катастрофах складно переплітаються і взаємодіють тяжкі опікові, травматичні, інтоксикаційні, соматичні і психогенні розлади [229-230]. При цьому на їх перебіг справляють вплив і інші фактори: масовість, раптовість впливу високих температур, ударна хвиля, вплив хімічних речовин, що виділяються при горінні [231].

При цьому особливістю техногенних аварій на шахтах є поліетіологічність уражень: вплив полум'я при вибуху метану, вугільного пилу, механічний вплив вибухової хвилі, психоемоційні порушення [230].

Опікова травма є однією із найактуальніших проблем сучасної медицини, складаючи велику питому вагу в загальній структурі травматизму, адже за даними ВООЗ серед усіх травм термічні ураження займають третє місце за частотою та дають надзвичайно високий відсоток смертності та інвалідності [225].

Частота термічних уражень в Україні в 1970-80-і роки минулого сторіччя постійно зростала і досягла у 1985 р. 34,2, а у 1991 р. – 33,9 на 10 000 населення. З 1991 по 2002 роки вона знизилась на 58,04% у дорослих і на 60,09% - у дітей, при цьому загальна частота опіків зменшилась до 15,2 на 10 000 населення [224].

Найбільш часто термічні ураження реєструються у промислово розвинених регіонах України (у Донецькій області – 21,8, в Луганській – 19,5, в Дніпропетровській – 17,4, в Запорізькій – 17,3 на 10 000 населення). Раніше у цих регіонах частота опіків досягала 44-45 на 10 000. Більше ніж у 1,8 разів рідше зустрічаються нині термічні опіки у Західних областях України (в Хмельницькій – 12,34, в Закарпатській – 11,2, у Львівській – 10,2, в Тернопільській – 9,9, у Чернівецькій – 7,1 на 10 000) [225].

Частота опіків при техногенних аваріях і катастрофах залежить від їх характеру, виду і може (наприклад, при вибухах горючих речовин) абсолютно домінувати над усіма іншими видами уражень. Сукупність загальних змін при опіках називається опіковою хворобою, у якій вирізняють чотири періоди: опіковий шок, гостра опікова токсемія, септикотоксемія, реконвалесценція [14,20].

У вітчизняній та закордонній науковій літературі є ряд досліджень [219,224,225,227], присвячених проблемі психопатологічних розладів при опіках. Зокрема, є дані про те, що розвиток психічних розладів при опіках залежить від наступних факторів: локалізації, глибини і площі ураження,

тяжкості соматичних порушень і розладів гемодинаміки, мікроциркуляції, волемії, стадії опікової хвороби, віку, статі постраждалого і таке інше.

Психічні розлади, що спостерігаються при опіковій хворобі, можна поділити на [231]:

1. Розлади, що обумовлені безпосередньо опіковою травмою і інфекційними ускладненнями, - симптоматичні психози (делірій, агенція, галюциноз і т.д.;

2. Реакції особистості на опікову хворобу.

У різні періоди опікової хвороби відзначається переважання то психогенних, то екзогенних типів розладів, а також іноді їх нашарування одне на одне [232].

Відзначається, що у ситуації, коли загроза отримання опіку (при появі ситуації, пов'язаної із вогнем і загрозою життя), що поряд із іншими факторами має величезне психотравмуюче значення, майже у 30% випадків розвиваються психогенні афективно-шокові реакції по типу «рухової бурі», що часто протікають на тлі зміненої свідомості, особливо у осіб із з преморбідними рисами тривожної помисливості [233].

Спогади про ці епізоди у хворих уривчасті, фрагментарні, а іноді повністю відсутні. Подібні стани описуються як дуже нетривалі. Для них характерна клінічна одноманітність, при якій відмінності визначаються глибиною потьмарення свідомості [234]. Виникнення гострих стресових реакцій при опіковій травмі більше пов'язане із фактором несподіваності пожежі, із загрозою для життя і мало залежить від особистісних, вікових і статевих особливостей. Іншими словами, мова у даному випадку йде про формування афективно-шовкових реакцій (гіперкінетична форма, чи «реакція рухової бурі») [235].

У віддаленому періоді опікової хвороби явища хронічного емоційного стресу все більше починають домінувати над явищами хронічного фізичного стресу і виявляють прямий і тісний зв'язок з особистісними рисами [236,237]. У всіх хворих відзначаються складні поліморфні психопатологічні синдроми,

серед яких домінує афективна (депресивна) симптоматика. На тлі зниженого настрою часто виникали тривога, страхи, злоба, проявлялись нестійкі ідеї самозвинувачення, що переходили у ідеї відношення. Загалом на цьому етапі опікової хвороби це дозволяло виділити ряд психопатологічних синдромів: астенодепресивний, obsесивно-депресивний, депресивний із надцінними ідеями, депресивно-дисфоричний [238,239].

Поряд із соматогенними психічними розладами все помітніше розширюється спектр особистісних реакцій на хворобу і наслідки катастрофи, психогенні впливи. У розвитку психопатологічної симптоматики надзвичайно велику роль відіграє локалізація опіку. Зокрема, не дивлячись на відносно не велику площу ураження, опіки обличчя супроводжуються вираженими невротичними розладами [240-243].

Сформований у результаті термічної травми фізичний і косметичний дефекти, являючись біологічним фактором, часто мають соціальні наслідки, ускладнюючи утворення активних форм діяльності і спілкування. Встановлено [244-246], що соціальна активність не завжди залежить від вираженості наслідків опікової хвороби, а більше пов'язана із преморбідними емоційно-особистісними рисами пацієнта, який постраждав внаслідок термічного опіку.

Энтони В.И. (2001) [247] провів обстеження нервово-психічного стану хворих після опікової травми у строки від 1 до 10 років. У 64% обстежених автор виявив дратівливість. У пацієнтів спостерігались надзвичайно бурхливі емоційні реакції із найнезначніших приводів, зниження кола інтересів, розлади сну.

Гельфанд В.Б. та Новоселов Г.В. (1980) [231] проводили психопатологічне обстеження 82 постраждалих у віддаленому періоді опікової травми (через 10-20 років). У них реєструвались розлади пам'яті, осмислення, афективні порушення. Порушення пам'яті були у формі гіпомнезії, при цьому особливо страждала фіксація – хворі скаржились на важкість запам'ятовування нової інформації, на необхідність вести записи поточних, буденних справ.

При дослідженні інтелекту відзначались труднощі при абстрагуванні, осмисленні складних ситуацій, постраждалі з трудом справлялись із завданнями на виділення переносного значення прислів'їв та розуміння метафор. Часто вони самостійно скаржились на зниження кмітливості.

Афективні переживання характеризувались вибуховістю, гнівливістю, відзначались коливання настрою з відтінком дисфорії, що виникали по механізму надцінних порушень на базі ідеї відношення, переслідування. Така налаштованість у значній частині випадків служить підставою перманентної конфліктності. Цей стан характеризується як опікова енцефалопатія.

В інших випадках у хворих переважали риси сором'язливості, нерішучості, стомлюваності, загальмованості, настрої переважно був пригніченим. На цьому фоні часто виникали ідеї стосунку, вони вважали, що їх постійно «розглядають» оточуючі, «сміються над ними», і це у підсмілку призводило до того, що постраждалі різко обмежували різноманітні суспільні контакти, ставали замкненими як стосовно спілкування із медичними працівниками, так і у відношенні до рідних і близьких, іноді взагалі перестаючи виходити з дому та повністю припиняючи зовнішні контакти. Цей стан трактувався як гальмівний тип опікової енцефалопатії. У деяких випадках спостерігалась опікова енцефалопатія змішаного типу.

Висловлювалась також думка [248], що описані варіанти з психопатологічної точки зору відображають не стільки варіанти енцефалопатій, скільки типологію хронічних змін особистості після переживання катастрофи на тлі резидуально-органічного ураження головного мозку, що загалом далеко не завжди у своєму розвитку досягає ступеня тяжкості рівня психоорганічного синдрому.

Дані розлади значним чином перешкоджають нормальному функціонуванню особистості у повсякденному сімейному та суспільному житті, справляють негативний вплив на адаптивність психічних та поведінкових реакцій. Достатньо часто на фоні описаних порушень розвиваються різноманітні психосоматичні розлади, у тому числі психосоматози:

гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунку, а також відповідні функціональні розлади різних органів і систем організму. Такі хворобливі стани часто описують в науковій літературі [249-251] як супровідні щодо так званого «психосоматичного розвитку особистості».

Новиков В.П. та Никифорова А.М. (1999) [62] відзначають участь у розвитку психічних розладів, обумовлених гострою психотравмою, таких причинних факторів, як характер психотравмуючого впливу, його раптовість, темп, суб'єктивна значимість, загальна тривалість. Передумовлюючими факторами вони визначають особистісні риси постраждалих, а також наслідки травм черепа, нейроінфекцій, фізичну та психічну перевтому.

Важливою передумовою виникнення реактивних станів являється наявність особливих особистісних рис – «невротичної структури особистості» і соціальних умов середовища, в якому вона існує. При цьому найбільш поширеними типами акцентуйованих властивостей вважаються істероїдний, тривожно-помисливий і сенситивний [252].

У випадках формування посттравматичних стресових розладів, як правило, наявні наступні характерологічні особливості: емоційна нестійкість, підвищена тривожність, незрілість особистості [253].

1.5. Актуальні питання психотерапевтичної корекції пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя

Відновлення деформованих тканин і втрачених органів людського організму завжди було актуальним питанням в колі медико-соціальних проблем людства. Особливо складним для функціонального та косметичного відновлення є ушкодження обличчя. Високий рівень травматизму, особливо руйнівна сила сучасної зброї та зростаюча кількість онкологічних захворювань зумовлюють наявність широкого кола хворих з обширними комбінованими пошкодженнями, лікування та реабілітація яких є актуальною і в той же час складною проблемою сучасної медичної науки і практики [254-259].

Корекція косметичних дефектів потребує оперативних втручань, при проведенні яких необхідна хірургічна ерудиція та знання принципів, методів косметичної хірургії. Метою втручання є позбавлення людини від дефекту, помітного з першого погляду, включення його в „естетичну” середину, усунення фізичних та психічних страждань [15].

Різні, навіть незначні пошкодження голови і, зокрема обличчя, завдають пацієнтам косметичні незручності і наносять психічну травму [260]. Косметичні недоліки викликають інколи сміх оточення, що для пацієнтів є причиною значних моральних страждань. Деякі люди хворобливо переносять наявність фізичного дефекту, вбачаючи в ньому перешкоду для досягнення успіху в житті суспільства, особистого щастя, погіршення психічного та фізичного тону. Велика кількість дефектів, наприклад, розщілина верхньої губи, супроводжуються фізичними та функціональними розладами [251].

У випадках обширних пошкоджень та вад тканин на голові та шиї, які супроводжуються утратою комплексу тканин і окремих органів, нарівні з тяжкими моральними стражданнями, хворі зазнають значних функціональних порушень. Відбувається порушення мови, що додає таким пацієнтам значної невпевненості, незручності. Спотворюючі пошкодження обличчя примушують цих хворих носити захисні пов'язки, вони уникають контакту з оточуючими, порушується трудова та соціальна активність, внаслідок чого виникає необхідність у психокорекційній допомозі для відновлення особистісної гармонії та нормального соціального функціонування [261-266].

При заміщенні обширних дефектів тканин виникає необхідність пошуку пластичного матеріалу, відновлювальне лікування таких хворих довготривале та технічно складне. Як правило, в таких випадках застосовуються багатоетапні пластичні операції, коли на черговому етапі відновлюється одна із втрачених тканинних структур. На це йдуть місяці та роки, що ніяк не може не відтворюватись на емоційному стані пацієнта. При цьому кількість тільки власне відновлювально-реконструктивних операцій іноді складає десятки, не враховуючи підготовчих і корегуючих втручань [20].

Тому не менш важливим ніж власне усунення реального чи уявного косметичного дефекту, є психотерапевтична підтримка пацієнтів, які потребують естетичної корекції зовнішності. З точки зору вирішення найбільш актуальних проблем, які є причинами звертання за допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії, особливе значення має психокорекційна допомога пацієнтам з дефектами і деформаціями обличчя на доопераційному та післяопераційному етапі [267-271].

Розрізняють два основні види показань для проведення оперативного втручання з метою косметичної корекції зовнішності [20]:

1. Абсолютні - коли деформація при першому погляді на хворого різко виражена;
2. Відносні - коли дефект не виражений, малопомітний, але пацієнт все ж фіксує на ньому надмірну увагу.

Відбір хворих для хірургічного втручання досить складний. Перш ніж отримати відповідне рішення потрібно з'ясувати чого саме пацієнт чекає від подібного втручання, ретельно проаналізувати отриману інформацію та оцінити прогноз [17,33].

У випадку відносних показань для проведення хірургічної корекції зовнішності хірург повинен бути дуже уважним та зробити правильну оцінку психічного стану пацієнта з точки зору поєднання розумних побажань з тяжкістю косметичного дефекту. Клінічний досвід показує, що у таких випадках найбільш доцільне проведення консультацій з кваліфікованих психологом та психіатром [15].

Метою оперативних втручань є позбавлення людини від дефекту, помітного з першого погляду, включення його в «естетичну середину», усунення фізичних та психічних страждань, усвідомлення того, що він значно відрізняється від оточуючих, що нерідко супроводжується руйнівним діючим почуттям неповноцінності [272]. Оперативні втручання переважно проводять з приводу недоліку обличчя, який привертає увагу. Досить поширеними є

аномалії носу та вушних раковин, різні прояви старіння атрофії з асиметрією органів та інше [20].

Хірург повинен при косметичних недоліках покращити естетичний вигляд початково несприятливої форми органу, що не завжди є простою задачею, так як для цього потрібно мати естетичне чуття, знати пропорції та взаємовідносини окремих органів обличчя та тіла, враховувати його цінність та красу. Результат операції з приводу косметичного дефекту повинен бути задовільним, втручання не повинно залишати після себе помітних рубців, несприятливо відзначатись на виразі обличчя та порушувати його пропорції [15,20].

Передумовою для досягнення такого результату є обдуманий розрахунок, ясний та чіткий план оперативного втручання після огляду деформації, точність роботи з максимально обережним відношенням до тканин, дотриманням всіх принципів фізіологічного, делікатного оперування [40].

В той же час хірург повинен бути досить добрим психологом, який зможе відокремити хворих, психічний «стрес» у яких обумовлений косметичним дефектом, від осіб з неврівноваженим характером, які використовують деформацію в якості захисного механізму [273-275]. Необхідно правильно диференціювати хворих, ті які вважають косметичний недолік причиною свого психічного стану та невдач в особистому житті, від тих, які нерідко при незначному або уявному дефекті стають одержимими наявним недоліком. В першому випадку вдала операція втішить пацієнта. В іншому - навіть найбільш вдалі та об'єктивно доказові результати не вдовольнять пацієнта. В сумнівних випадках, коли вимоги хворого бувають нелогічними, а ступінь аномалії викликають ненормальну реакцію, доцільно вимагати висновку досвідченого психіатра [276].

Пластичний хірург після огляду косметичного недоліку повинен тактовно відмовити в оперативному втручанні тим, у кого вимоги є абсурдними та очікуваний результат від оперативного втручання є нереальним. Не можна

обіцяти такого ефекту, в якому сам хірург не впевнений; хворому потрібно пояснити ступінь ризику та можливість невдачі операції [38].

Якщо об'єктивні показання для проведення хірургічної корекції зовнішності відсутні, то слід як можна більш тактовно пояснити пацієнту, що в дійсності у нього не має вади та що інколи у людини може сформуватися спотворене уявлення своєї зовнішності, наприклад через випадково почутих та невірно трактованих висловів інших людей. Деяким пацієнтам допомагають такі запевнення в поєднанні з підтримкою протягом тривалого часу, уже навіть таким чином у багатьох пацієнтів вдається досягти покращення [272].

Косметична хірургія частіш за все протипоказана таким пацієнтам, якщо у них не має реальних дефектів зовнішності, та інколи хірургічне втручання може радикально допомогти і пацієнтам з незначними недоліками [259].

При цьому описані випадки [20], коли за добровільної згоди самих пацієнтів і по домовленості з пластичним хірургом, проводились естетичні операції в області обличчя з метою зняти домінують спотвореної зовнішності у свідомості фактично хворих людей. На жаль, у жодному випадку сама по собі естетична операція без відповідної психотерапевтичної корекції особистісних установок та поведінкових моделей, не вирішувала головних психічних проблем пацієнтів. Зовсім не рідкісними є випадки, коли пацієнт, який переніс пластичне втручання лишається абсолютно не задоволений результатом.

У сучасному світі, коли соціальний ритм життя має тенденцію до постійного прискорення, невпинно зростають можливості технологій щодо проведення реконструктивних втручань, збільшується і кількість пацієнтів, які звертаються за допомогою до пластичних хірургів, що не завжди є доцільним, адже оптимально проведена психотерапія для деяких пацієнтів може вирішити проблеми і без хірургічного втручання [277-280]. Та не слід без уваги залишати пацієнтів, які мають тяжкі пошкодження і проходять курс пластичної реконструкції, в таких випадках психотерапевтична корекція на фоні психофармакологічної підтримки може значно покращити психоемоційний стан пацієнта [281-283].

Реабілітація пацієнтів з наявністю косметичних дефектів та деформацій обличчя представляє собою складний та багатогранний процес, який враховує зміни клінічного, фізіологічного, соціального характеру та в переважній своїй більшості визначений механізмами адаптації до нових життєвих умов. Вплив багаточисельних факторів, що обумовлюють підвищення психоемоційних навантажень, потребує покращення регуляторних механізмів нервової системи, розширення адаптаційних можливостей, підвищення толерантності до впливу психогенних факторів [256].

Майже в кожній країні світу розповсюдженим та популярним рішенням проблеми соціальної реабілітації людей з косметичними недоліками, вродженими та набутими вадами зовнішності є розвиток спорту. Максимально ефективно використання його можливостей за таких умов є в інтеграції спорту з іншими видами творчої діяльності. За допомогою фізичної культури, спорту реалізується значний потенціал діяльності в вигляді створення умов для відновлення між особистісних контактів. Окрім того, фізична активність сприяє тренуванню сили волі, самодисципліни, самоконтролю [275].

Глава 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених

У відповідності з поставленою метою і задачами в ході дослідження нами були обстежені 108 пацієнтів (чоловіків та жінок), які у період 2005-2007 років перебували на лікуванні у відділенні пластичної і реконструктивної хірургії 3-го міського поліклінічного відділення міста Полтави.

Виходячи з характеру наявних дефектів та деформацій, 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 дефекти і деформації обличчя, що помітно відхилялись від усталеної фізіологічної та естетичної норми, прийнятої у косметології, суттєво 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 естетичним стандартам. Це бажання вказувалось ними як головна і визначальна причина вибору на користь оперативного втручання. Пацієнтам цієї групи оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за абсолютними медичними показаннями.

Другу групу склали 62 пацієнти (57,41% від загальної кількості обстежених), які мали порівняно незначні косметичні дефекти і деформації обличчя, але при цьому в силу суб'єктивних причин фіксували на них не виправдано велику увагу, були категорично не задоволені своєю зовнішністю і бажали її кардинально покращити. Основними мотивами їх звертання за

допомогою до пластичних хірургів було бажання завдяки зміні зовнішності налагодити порушені міжособистісні стосунки, або ж досягнути успіху у професійній сфері використовуючи переваги власної зовнішності. Пацієнтам цієї групи оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за відносними медичними показаннями.

Усі пацієнти першої та другої груп були попередньо детально ознайомлені з умовами участі у дослідженні і підписали індивідуальні поінформовані згоди щодо своєї добровільної згоди на участь у ньому у відповідності з вимогами Гельсінської декларації.

Соціально-демографічні показники пацієнтів першої та другої груп у деяких аспектах мали суттєві відмінності, але ці особливості не носили характер принципів розбіжностей, що могли б вплинути на статистичну достовірність отриманих результатів дослідження.

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 2.1.

Таблиця 2.1

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

З даних таблиці 2.1 видно, що вікові показники пацієнтів першої та другої груп мали суттєві відмінності. У першій групі, серед пацієнтів із виразними дефектами обличчя, переважали особи молодого віку. Найчисельнішою віковою групою були пацієнти 18-25 років, яких було 58,69%. У другій групі,

яка складалась із пацієнтів з відносними показаннями для здійснення хірургічної корекції зовнішності, переважали особи старшого віку, найчисельнішою з яких була група пацієнтів 36-50-річного віку, що налічувала 43,54% усіх обстежених.

У цілому середній вік пацієнтів першої групи склав 27,92 років, а у другій групі – 36,81 років.

У першій групі переважали випадки, коли визначальними факторами звертання за медичною допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії було бажання усунути певні косметичні дефекти, покращити свій зовнішній вигляд – 38 (82,60%), меншу питому вагу мали випадки суто медичних (реконструктивних) показань для оперативних втручань – 8 (17,39%).

У другій групі домінуючими факторами, що найбільш часто впливали на прийняття рішення про необхідність хірургічної корекції зовнішності, було суб'єктивне незадоволення власною зовнішністю – 54 (87,09%) особи, бажання коригувати зовнішні ознаки старіння – 22 (35,48%), використати результати корекції зовнішності для соціального успіху 19 (30,64%) випадків.

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 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) прийняли рішення про необхідність хірургічної корекції зовнішності у зв'язку із віковими змінами обличчя.

У першій групі 18 (39,13%) пацієнтів на момент проведення дослідження перебували у шлюбі, 28 (60,86%) були не одруженими, з них 19 (74,18%) ніколи не перебували у шлюбі, 7 (21,78%) були розлученими і 2 (5,04%) – удовими.

У другій групі 24 (38,70%) пацієнти на момент обстеження перебували у шлюбі, 38 (61,29%) були не одруженими, з них 11 (22,47%) ніколи не перебували у шлюбі, 24 (67,19%) були розлученими і 3 (9,14%) були удовими.

У першій групі конфліктними сімейні стосунки вважали 10 (21,74%) із обстежених пацієнтів, а 8 (17,39%) визнали їх загалом доброзичливими. У той же час всі пацієнти другої групи, які перебували у шлюбі, охарактеризували свої сімейні стосунки як переважно конфліктні.

У першій групі наявність вищої освіти зазначили 14 (30,43%) обстежених, середньої – 24 (52,17%) і не мали освіти 8 (17,39%) пацієнтів. Серед обстежених із другої групи переважали особи з вищою освітою – 51 (82,25%), середню освіту мали 8 (12,90%) пацієнтів і не мали жодної освіти або на момент обстеження не закінчили освіту 3 (4,83%) осіб.

Матеріально-побутові умови проживання 32 (69,57%) пацієнтів першої групи були хорошими, 14 (30,43%) задовільними. У другій групі це співвідношення мало наступний вигляд: 58 (93,54%) мали хороші матеріально-побутові умови, 4 (6,45%) - задовільні. Незадовільних матеріально-побутових умов серед обстежених із обох груп зареєстровано не було.

Серед пацієнтів першої групи у власній родині проживало 5 (10,87%) чоловіків та 2 (4,35%) жінок, разом з батьками мешкали 6 (13,04%) чоловіків та 11 (23,91%) жінок, з іншими рідними (брат, сестра, тітка) проживало 5 (10,87%) чоловіки та 1 (2,17%) жінка, з не рідними співмешканцями проживало 2 (4,35%) чоловіки та 1 (2,17%) жінка, проживали самотньо 10 (21,74%) чоловіків та 4 (8,70%) жінки.

У другій групі власну родину мали 28 (45,16%) чоловіків та 16 (25,80%) жінок, разом з батьками мешкали 3 (4,83%) чоловіки та 2 (3,22%) жінки, разом з власними дітьми мешкало 17 (27,41%) чоловіків та 11 (17,74%) жінок, з іншими рідними (брат, сестра, тітка) проживало 4 (6,45%) чоловіки та 1 (1,61%) жінка, з не рідними співмешканцями проживало 4 (6,45%) чоловіки та 1 (1,61%) жінка, проживали самотньо 10 (16,12%) чоловіків та 4 (6,45%) жінки.

Діагностична оцінка і систематизація виявлених при обстеженні пацієнтів психічних порушень проводилась у відповідності до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду. Для об'єктивізації отриманих даних ми користувались консультаціями пластичних хірургів і косметологів, співробітників відділення реконструктивної і пластичної хірургії.

Виходячи з мети і задач дослідження та особливостей психодіагностичних методик які застосовувались, до основного етапу дослідження не залучались пацієнти з ознаками нозологічно окреслених психічних розладів психотичного регістру та розумовою відсталістю.

2.2. Методи дослідження

Дослідження проводили з позицій системного підходу до вивчення і корекції психічного стану осіб із дефектами та деформаціями обличчя, які готуються до реконструктивних, естетичних і пластичних операцій. У відповідності з цим було проведене всебічне комплексне обстеження пацієнтів: клінічне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та соціологічне.

Для зручності обстеження та подальшої обробки отриманих матеріалів розроблена спеціальна облікова "Анкета для вивчення хворих з дефектами і деформаціями голови та шиї", до якої входили паспортні дані, докладні загальні анамнестичні відомості, які включають: спадковість, розвиток у ранньому дитинстві, шкільний період, статевий розвиток, трудову діяльність, риси характеру та темпераменту; стан пацієнта на момент обстеження: соматичний, неврологічний та психічний.

Відповідно до "Анкети" була розроблена спеціальна система бесід, яка дозволяє одержати всебічну інформацію про досліджувану особистість, виразність її рис. Розмови проводилися особисто з кожним пацієнтом, цілком індивідуально. Під час розмов обов'язково висвітлювались питання, необхідні для складання розгорнутої психологічної характеристики обстежених.

Остаточно фрагмент про особистість хворого в "Анкеті" заповнювався лише після повного і всебічного вивчення психологічного розвитку та отримання вичерпних відомостей по іншим пунктам. Інформацію ми одержували переважно при розмові з обстежуваним особисто і від інших осіб, які добре знають хворих і були здатні повідомити про особливості їхньої діяльності та поведінки в різноманітних умовах (члени родини, товариші по роботі та ін.).

Інформацію одержували як у процесі спонтанної розповіді досліджуваного про себе, своє життя, діяльність та прояви тих чи інших рис у різноманітних випадках, так і при спеціально спрямованій розмові, яка включала ряд запитань і тем для встановлення виразності тієї або іншої конкретної риси.

Одержання та оцінка загальних даних про особу (стать, вік, освіту, соціальний стан, умови праці, стан здоров'я, ставлення до свого здоров'я і т.п.) не викликало труднощів, і заповнення цієї частини "Анкети" здійснювалося шляхом прямого опитування.

Щоб скласти думку про деякі окремі риси характеру (наполегливість, принциповість, цілеспрямованість, поступливість, чесність, колективізм, організованість, дисциплінованість та ін.) використовувалося цілеспрямоване опитування та докладне ознайомлення зі змістом та особливостями виконуваної роботи у різноманітних виробничих ситуаціях, при яких прояв вказаних рис виявився б найбільш типовим.

Дуже докладно вивчався сімейний стан пацієнтів та їх стосунки з членами родини.

Соціологічні дослідження, які проводилися, були спрямовані на встановлення стажу сімейного життя, міцності сімейних стосунків, рівня освіти

подружжя, кількості дітей, вивчення сімейного середовища, соціальних зв'язків подружньої пари, їхні взаємовідносини з колективом товаришів по службі та взаємозв'язку цих характеристик з наявністю дефекту чи деформації ділянки голови або шиї.

У спеціальний розділ анкети вносилися докладні дані щодо соматичного стану та показники дослідження неврологічного статусу з детальною характеристикою вегетативної нервової системи. При необхідності проводилися консультативні дослідження різних фахівців: хірурга, окуліста, отоларинголога та ін.

Клінічне та клініко-психопатологічне обстеження включало вивчення соматичного, неврологічного та психічного статусу з використанням стандартизованого опитувача. Було проведено аналіз зв'язків між наявністю психопатологічних проявів у обстежених пацієнтів та наявністю у них дефектів і деформацій обличчя, які суб'єктивно чи об'єктивно спотворювали їх зовнішній вигляд.

Клініко-психопатологічне дослідження також включало вивчення анамнестичних даних, які отримували безпосередньо від пацієнтів та їх близьких. При вивченні анамнезу життя пацієнтів з'ясовувалась роль спадкових факторів, особливостей фізичного та психічного розвитку, шкідливих звичок та інше.

При соціологічному обстеженні використовувались такі емпіричні методи, як інтерв'ю та анкетування, для чого нами була розроблена спеціальна анкета, що наводиться у додатку. Окрім питань, які стосуються загальних анамнестичних даних, соматичного, неврологічного та психічного статусу, вона містить розділи, присвячені особливостям сімейного життя, статевих стосунків, а також характеристики наявних дефектів і деформацій голови та шиї.

Необхідну додаткову інформацію ми отримували в ході безпосереднього спілкування з пацієнтами, з доступних нам матеріалів історій хвороб, консультацій зі штатними працівниками відділення пластичної і реконструктивної хірургії 3-го міського поліклінічного відділення м.Полтави, а

також в результаті бесід з близькими і рідними обстежуваних (у випадку їх на те згоди).

Детальному аналізу підлягали обставини виникнення дефектів і деформацій обличчя у обстежуваних пацієнтів, динаміка їх ставлення до наявності спотвореної зовнішності, домінуючі мотиви звертання за медичною допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії.

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) [284,285].

В ході психодіагностичного дослідження для діагностики структури особистості та виразності її психологічних рис було використано шіснадцятифакторний особистісний опитувач Р. Кеттела (SPFQ). Дані характеристики цікавили нас з огляду на їх зв'язок із формуванням особистого ставлення обстежених до наявності у них спотвореної зовнішності.

16-факторний особистісний опитувач Р. Кеттела є одним із найрозповсюдженіших методів діагностики та вимірювання індивідуальних відмінностей особистісних рис. Він належить до методів психологічної діагностики на підставі самооцінки тих осіб, які є об'єктами дослідження і дозволяє за порівняно нетривалий відрізок часу отримати достатньо повне уявлення про стійкі риси особистості.

Ця методика розроблена Р.Кеттелом на базі фундаментальних психологічних досліджень особистості і включає три різновиди даних:

1) "L" – дані, або "факти життя", які отримуються при реєстрації реальної поведінки людини у повсякденному житті, головним чином, через оціночне шкалування;

2) "Q" – дані вивчення особистості за допомогою опитувачів та інших методик самооцінки;

3) дані об'єктивних тестів та експериментів.

Відповіді обстежуваних на пропонований опитувачем перелік тверджень дозволяють діагностувати основні особистісні властивості за шістнадцяти функціонально автономними психологічно змістовними факторами.

Складання розгорнутих характеристик особистості і побудова особистісних профілів є доцільними у процесі індивідуальної психокорекційної роботи.

Методику Ч. Спілбергера (C.D. Spielberger, 1972) в адаптації Ю.Л. Ханіна [284] використовували для дослідження ситуаційної та особистісної тривоги пацієнтів. Отримані показники відображали з одного боку реакцію пацієнта на власну зовнішність і її сприйняття оточуючими, а з іншого – характеризували вираженість особистісної предиспозиції до виникнення реакції тривоги на власний образ як результат хірургічної корекції зовнішності.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна використовувалась у якості досить надійного та інформативного інструменту для вимірювання тривожності як властивості особистості загалом та як стану у певний конкретний момент часу (минулому, теперішньому, майбутньому).

Під особистісною тривожністю мала на увазі відносно стійка індивідуальна характеристика, риса, що дає уявлення про схильність даної людини до тривожності, тобто до схильності сприймати достатньо широке коло ситуацій як загрозливі і реагувати на ці ситуації появою стану тривожності різного рівня.

Як реактивна диспозиція, особистісна тривожність “активізується” при сприйнятті певних “небезпечних” стимулів, пов'язаних із специфічними ситуаціями загрози престижу, самооцінці, самоповазі індивіда.

Високий показник особистісної тривожності дає уяву про високу імовірність появи стану тривожності у суб'єкта у ситуаціях, де мова йде про оцінку його зовнішності, загальне сприйняття його оточуючими. Ця група осіб як правило потребує підвищеної уваги з боку лікаря.

Низькотривожні суб'єкти, навпаки, не схильні сприймати загрозу своєму престижу, самооцінці у широкому діапазоні ситуацій. Імовірність виникнення у них стану тривожності значно нижча, хоч і не виключена у окремих особливо важливих та суб'єктивно значимих ситуаціях.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивним переживанням емоційного напруження, неспокою, стурбованості, "нервозності", що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може мати різну інтенсивність і є достатньо динамічним та мінливим у часі.

Високий показник реактивної тривожності непрямо свідчить про виразне психоемоційне напруження пацієнта. Цей показник чутливо реагує на зміни психоемоційного стану хворого у процесі лікування, що робить його одним із найбільш зручних для оцінки ефективності в рамках проведення психокорекційної роботи.

Методику Шмішека-Леонгарда (Н. Schmieschek, 1970, К. Leonhard, 1964, 1968) [284] застосовували для дослідження акцентуованих рис особистості пацієнтів з дефектами і деформаціями голови та шиї, які готуються до реконструктивних операцій. За результатами тестування викреслювався профіль особистісної акцентуації, що враховував наявність певного виду акцентуації на рівні ознаки, тенденції чи явно присутньої характеристики.

Для діагностики домінуючих акцентуацій темпераменту, характеру і стилю мислення застосовувався характерологічний опитувальник Леонгарда-Шмішека, який містить 88 питань та 10 шкал, що відповідають певним акцентуаціям характеру та темпераменту.

Про акцентуацію характеру свідчать 14 і більше набраних балів. 24 і більше балів свідчать про дисгармонійну виразність певного радикалу характеру. При обробці результатів враховуються лише твердження, на які обстежуваний відповів ствердно. При цьому різні твердження різною мірою відображають виразність тієї чи іншої акцентуації і тому відповідають різній кількості балів.

Вищеперераховані психодіагностичні методики застосовувались у повному обсязі для пацієнтів першої та другої груп. Виявлені розлади і особливості психічної діяльності оцінювались на предмет їх зв'язку з невротичними порушеннями, розладами особистості, акцентуаціями характеру, початковими стадіями психічних захворювань.

Згідно поставленої мети та завдань нами було проведено відповідну статистичну обробку та аналіз всіх отриманих у ході проведення дослідження результатів.

Багатобічність та розмаїтість інформації, великий її обсяг та необхідність всебічного розгляду роблять проблематичним безмашинний аналіз. Тому відповідно до задач дослідження було проведено статистичну обробку та аналіз отриманих результатів на персональній ЕОМ IBM PC/AT за допомогою програми Excel пакету Microsoft Office 2007 [286-287].

Таким чином, у рамках дослідження нами застосовувався комплекс клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних та соціологічних методик зі значним числом різноманітних показників. Це, на нашу думку, дозволяє максимально повно охарактеризувати клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, що дуже важливо для розробки та втілення заходів, спрямованих на психокорекційну та профілактичну роботу у їх середовищі.

Усі пов'язані із проведенням дослідження процедури виконувались на базі відділення пластичної і реконструктивної хірургії 3-го міського поліклінічного відділення міста Полтави та безпосередньо на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології вищого державного навчального закладу «Українська медична стоматологічна академія», міста Полтави.

Глава 3

СТАН СОМАТИЧНОГО, ПСИХІЧНОГО І СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ

Проведене нами комплексне клінічне обстеження пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, які знаходились під нашим спостереженням, передбачало детальне вивчення анамнезу їх життя, перенесених протягом життя захворювань, соматичного, зокрема неврологічного, психічного статусу та стану сексуальної функції.

3.1. Фізичний розвиток і соматичний стан обстежених пацієнтів

Вивчення соматичного статусу пацієнтів включало проведення їх загального терапевтичного огляду та амбулаторне обстеження стану окремих органів і систем (дихальної, серцево-судинної, сечо-статевої, шлунково-кишкового тракту).

3.1.1. Фізичний розвиток і соматичний стан пацієнтів першої групи. Обстежені нами пацієнти, які потребували реконструктивного оперативного втручання за абсолютними показаннями (перша група), 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.

Близько третини пацієнтів цієї групи (32,61%, n=15) мали відмінний, а 45,65% (n=21) загалом задовільний фізичний розвиток. При цьому різними видами спорту на відносно регулярній основі займались 21,74% (n=10) обстежених.

Серед перенесених пацієнтами цієї групи дитячих захворювань відзначались такі дитячі інфекції як краснуха (21,74%, n=10), кір (13,04%, n=6) та корьова-краснуха (4,35%, n=2). У переважній більшості досліджених випадків ці інфекції протікали без суттєвих ускладнень та віддалених наслідків для здоров'я.

Найбільш поширеними в анамнезі у всіх обстежених були гострі респіраторні захворювання (застуди, вірусні захворювання), якими хворіли 86,96% (n=40) пацієнтів обох груп. Вказаними респіраторними захворюваннями загалом помітно частіше хворіли пацієнти із вродженими дефектами і деформаціями обличчя.

У результаті обстеження діагностовано ряд хронічних захворювань у пацієнтів першої групи: гіпер- і гіпоацидний гастрити (32,61%, n=15) у стадії ремісії, бронхіт (26,09%, n=12), тонзиліт (17,39%, n=8), артеріальну гіпотонію (13,04%, n=6). Найпоширенішою соматичною патологією у середовищі пацієнтів першої групи були порушення травної системи (43,48%, n=20), друге за поширеністю місце займали різноманітні розлади і порушення серцево-судинної системи (36,06%, n=17), а третє – хвороби сечо-статевої системи, що були діагностовані у 7 (15,21%) пацієнтів.

Дослідження неврологічного статусу обстежуваних показало, що вираженої тяжкої неврологічної симптоматики, клінічно виражених вогнищевих уражень виявлено не було. Але у той же час розсіяна неврологічна мікросимптоматика, поодинокі неврологічні знаки, такі як анізорефлексія, порушення конвергенції зіниць та одностороннє згладження носо-губної складки були виявлені у 13,04% (n=6) обстежених пацієнтів, які мали абсолютні показання для хірургічної корекції зовнішності і були віднесені до першої групи.

Вегето-судинна дистонія загалом спостерігалась у 45,65% (n=21) обстежених, які були віднесені до першої групи. У її клінічній структурі помітно переважали випадки змішаного (66,67%) характеру, помітно меншу

питому вагу мали симпатичний (23,81%) та парасимпатичний (9,52%) варіанти проявів.

3.1.2. Фізичний розвиток і соматичний стан пацієнтів другої групи. Всі обстежені нами пацієнти, які потребували допомоги спеціалістів з пластичної хірургії за відносними показаннями 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.

Спортом на регулярній основі займалися 46,77% (n=29) обстежених цієї групи. При цьому характерною ознакою було те, що у абсолютній більшості випадків перевага надавалась різноманітним видам спорту, які безпосередньо пов'язані із формуванням зовнішнього вигляду (аеробіка, фітнес, бодібілдинг). Серед домінуючих мотивів цих занять абсолютна більшість обстежених вказували на бажання покращити таким чином свій зовнішній вигляд і ствердитися за рахунок цього, налагодити міжособистісні взаємини. Досить часто домінуючими мотивами занять спортом було бажання стати сексуально більш привабливим та завоювати певний авторитет, або ж завдяки набутим змінам зовнішності зайняти більш вигідне становище у відповідній соціальній групі.

Серед перенесених обстеженими даної групи дитячих захворювань найбільш часто відзначались дитячі інфекції: краснуха (19,35%, n=12) та паротит (8,06%, n=5), що загалом протікали без помітних ускладнень для здоров'я. Найбільш поширеними у всіх обстежених були гострі респіраторні захворювання, якими згідно отриманих нами даних хворіли 62,90% (n=39) пацієнтів.

У результаті проведеного обстеження нами було діагностовано ряд хронічно протікаючих захворювань у пацієнтів другої групи: остеохондроз (41,93%, n=26), гіпер- і гіпоацидний гастрити (27,41%, n=17) у стадії ремісії, хронічний бронхіт (11,29%, n=7), ішемічна хвороба серця 4 (6,45%).

Найпоширенішою ж серед діагностованих соматичною патологією у середовищі пацієнтів з відносними показаннями (друга група) були різноманітні порушення діяльності шлунково-кишкового тракту (32,25%, n=20), друге за поширеністю місце займали розлади дихальної системи (12,90%, n=8), а третє – порушення серцево-судинної системи, що при обстеженні були діагностовані лише у 4 (6,45%) пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя другої групи.

При дослідженні неврологічного статусу обстежуваних діагностовано розсіяну неврологічну мікросимптоматику та поодинокі неврологічні знаки у 16,12% (n =10) обстежених.

Вегето-судинна дистонія спостерігалась у 22,58% (n=14) обстежених другої групи. Помітно переважали випадки змішаного (65,95%) характеру, рідше зустрічались симпатичний (25,53%) та парасимпатичний (8,52%) клінічні варіанти.

3.2. Результати аналізу стану сексуального здоров'я обстежених пацієнтів

Першим етапом дослідження стану сексуального здоров'я пацієнтів з дефектами і деформаціями голови і шиї, які знаходились під нашим спостереженням, був його комплексний аналіз за окремими інтегральними критеріями.

Загальний соматосексуальний розвиток 41,30% пацієнтів першої групи був уповільненим, а випадки прискореного статевого дозрівання у цій групі зустрічались помітно рідше (19,56%). Що стосується другої групи пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, то серед них помітно переважали випадки прискореного розвитку, що склали 54,83% від усіх обстежених.

Порівняно із наведеними вище показниками частоти порушень соматосексуального дозрівання випадки 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 статево-рольовою 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 абсолютними показаннями, які були віднесені до першої групи, 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 дефектами і деформаціями обличчя було з'ясовано, що у першій групі домінуючим типом сексуальної мотивації був шаблонно-регламентований (41,30%), а у другій ігровий – 43,54%.

Серед пацієнтів, які потребували операцій по хірургічній корекції зовнішності за абсолютними показаннями, найбільшу питому вагу мали особи із слабкою статевою конституцією (34,78%), а у другій групі частіше зустрічались випадки середньої статевої конституції (43,54%).

Пацієнти першої групи переважно відзначались еротичним типом лібідо (45,65%), а для обстежених другої групи більш притаманною була його сексуальна спрямованість, що була виявлена у 50,00% випадків.

У переважної більшості обстежених, які мали слабку і послаблену статеву конституцію, сексуальні фантазії або були відсутніми як такі, або ж стосувались реалізації коїтусу з певним уявним партнером. Фантазії найбільш агресивного характеру (орально-генітальний секс для чоловіків та груповий секс для обстежених обох статей) були притаманні переважно пацієнтам із сильною статевою конституцією. При цьому в обох групах помітно домінували випадки, коли сексуальні фантазії стосувались реалізації різних варіантів сексуальних стосунків із уявним партнером (58,69% та 40,32% відповідно) чи партнершею.

Тип сексуальної культури пацієнтів з абсолютними показаннями до здійснення реконструктивних оперативних втручань (перша група) у більшості випадків (47,82%) був примітивним, а серед осіб із відносними показаннями щодо оперативного втручання (друга група) переважав невротичний тип (37,09%).

3.3. Результати клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя

Для дослідження психічного стану пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, які перебували під нашим спостереженням, ми використовували клініко-діагностичну оцінку стану їх психічного здоров'я.

До участі в дослідженні нами не залучались пацієнти із вираженими нозологічно окресленими психічними розладами психотичного рівня та розумовою відсталістю, оскільки ця психопатологія могла призводити до істотного викривлення результатів обстеження за допомогою запланованого до використання комплексу експериментально-психологічних методик.

Виявлені в ході проведеного дослідження психічні та поведінкові розлади ми реєстрували, систематизували і аналізували спираючись на діагностичні критерії чинної на момент дослідження міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду [288,289]. При цьому вивчення психічних порушень у

пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя проводилось як на нозологічному, так і на синдромальному рівні.

Загальний психічний розвиток більшості обстежених у обох групах був нормальним. Всі вони почали навчання у школі своєчасно і вчилися успішно, даних щодо помітного відставання від однолітків у психічному розвитку отримано не було. Спадкової обтяженості психічними захворюваннями у жодного з обстежених пацієнтів виявлено не було, проте у частини з них спостерігались ознаки успадкування окремих дисгармонійно виразних характерологічних рис батьків.

У даному дослідженні, відповідно до вище наведених його мети і задач були детально вивчені і проаналізовані ендогенні та екзогенні фактори, що беруть участь у формуванні різноманітних клініко-динамічних особливостей психічних і поведінкових розладів у пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя.

Загальну зведену картину виявлених у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя психічних розладів, подано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.1

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 (уникаючий) розлад особистості F60.6	17,39	-	7,41
Залежний розлад особистості F60.7	6,52	-	2,78

Як видно з даних таблиці 3.1, у результаті вивчення особливостей психічного стану пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя, які мали абсолютні та відносні показання для здійснення реконструктивних оперативних втручань, 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).

Згідно підсумків проведеного клініко-психопатологічного обстеження у загальній клінічній структурі виявлених психічних і поведінкових розладів найбільш широко представлена афективна патологія у вигляді дистимії (26,85%), дещо рідше зустрічались неврастенія (16,67%) та соматоформні розлади (15,74%).

При цьому структура виявлених психічних розладів мала значні відмінності при порівнянні груп обстежуваних із різним характером показань до здійснення хірургічної корекції зовнішності. Так, у першій групі пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя найбільшу питому вагу мала неврастенія (26,09%), а у другій групі найбільш поширеною нозологічною одиницею був хронічний афективний розлад у вигляді дистимії, що був діагностований у 37,09% пацієнтів цієї групи.

Загальною ж особливістю непсихотичних психічних розладів у середовищі пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, можна вважати більш високу питому вагу невротичних розладів у групі пацієнтів, які мають абсолютні показання для проведення реконструктивних оперативних втручань, та домінування різноманітної афективної патології у групі пацієнтів з відносними показаннями.

3.3.1. Результати клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів першої групи. Згідно отриманих результатів можна констатувати, що 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 дефектами та деформаціями обличчя був тривожний синдром. Тривога проявлялась відчуттям занепокоєння з приводу очікуваних результатів оперативного втручання одночасно з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації, та бажанням уникнути її. Тривожний афект виявляв чіткий зв'язок з психогенними стресовими факторами та астенизуючими моментами, що були присутні у більшій частині обстежених цієї групи.

Тривожна симптоматика у 30,43% пацієнтів даної групи ускладнювалась проблемами з чіткою та адекватною вербалізацією своїх переживань (проявами алекситимії).

Когнітивний компонент тривоги проявлявся станом внутрішньої напруженості (94,78%), песимістичним поглядом на майбутнє (76,22%), нав'язливими думками щодо необхідності провести корекцію дефекту обличчя (65,98%), що супроводжувалось неприємними емоційними переживаннями. Також у даної категорії пацієнтів відзначалися різноманітні сумніви та страхи, як варіанти прогнозу негативного результату ситуації, що склалася.

Моторний компонент тривоги включав непосидючість, тремтіння, метушливість, головний біль напруження.

Вегетативні прояви тривоги були представлені тахікардією (94,78%), гіпергідрозом (80,08%), лабільністю артеріального тиску (76,22%), запамороченням (44,58%).

Обстежені нами пацієнти першої групи найчастіше висловлювали скарги на: тривогу – 78,26%, загальну слабкість – 73,91%, швидку стомлюваність – 73,91%, головні болі 58,69%, різноманітні порушення сну – 34,78%, парестезії – 26,09%, розлади шлунково-кишкового тракту – 21,74%, тремор – 19,56%, м'язові болі – 15,21%, розлади статевої сфери – 10,87% та больові відчуття в суглобах – 10,87% обстежених.

Під час клінічного обстеження у пацієнтів цієї групи реєструвались наступні психопатологічні прояви: емоційна неврівноваженість – 89,13%, вегетативна лабільність – 60,86%, дратівливість – 54,35%, важкість зосередження, концентрації уваги – 43,48%, невмотивований неспокій – 30,43%, нав'язливі думки та ритуальні дії – 19,56%, страхи – 19,56%, надмірне напруження з неможливістю релаксації – 17,39% обстежених.

Вегето-судинна дистонія спостерігалась у 65,22% обстежених. У пацієнтів з симпатикотонією мали місце підвищення артеріального тиску, зменшення саливації, сухість у роті, посилення ортостатичної проби, негативний рефлекс Даніні - Ашнера, білий дермографізм. Вегетативно-судинна дистонія з переважанням тону парасимпатичного відділу у наших пацієнтів зустрічалась значно рідше, причому у цих випадках спостерігалось уповільнення пульсу, зниження артеріального тиску, сонливість, гіперемія шкіри, виразний тривалий червоний дермографізм. Ці неврологічні прояви мали переважно невротичний генез.

Наявна органічна патологія ЦНС у всіх випадках супроводжувалась розсіяною мікросимптоматикою, у 67,39% випадків розладами черепно-мозкової інервації, розладами чутливості та рефлекторними порушеннями (45,65%), а також порушеннями статичної і координації у 21,74% осіб. Спостерігались такі поодинокі неврологічні знаки, як анізорефлексія, порушення конвергенції зіниць, згладження носо-губної складки.

Характерними рисами хворих на неврастенію були сором'язливість, підвищена відповідальність, чутливість до критики. При цьому можна було виокремити два типи перебігу неврастенії у обстежуваних пацієнтів.

При першому типі (76,09%) хворі скаржились переважно на підвищену стомлюваність при розумовій праці, зниження професійної продуктивності та ефективності виконання буденних справ, важкість зосередження і малопродуктивність мислення, появу відволікаючих асоціацій чи неприємних спогадів.

При другому типі клінічної картини неврастенії (23,91%) основною була скарга на фізичну слабкість та виснажуваність після мінімальних зусиль, що супроводжувались м'язовими болями і неможливістю розслабитися.

При обох типах перебігу захворювання пацієнти скаржились також на запаморочення, здавлюючі головні болі та почуття розбитості. Характерними були, окрім того, тривожність, занепокоєння з приводу загального неблагополуччя, дратівливість, меншою мірою – пригніченість та ангедонія. Нерідко у хворих порушувались початкові та проміжні фази сну, у частини пацієнтів відмічалась гіперсомнія.

Тривожний (уникаючий) розлад особистості (F60.6) переважно був діагностований у осіб з косметичними недоліками обличчя, що носили вроджений характер, або були набуті в ранньому дитячому віці.

Ці пацієнти з дитинства відзначались надмірною невпевненістю у собі, сором'язливістю, вразливістю. У рисах їх характеру просліджувалась виражена інтровертованість, що базувалась на заниженій самооцінці, переконанні у неприродності своєї зовнішності, що робить їх другорядними порівняно з іншими, не привабливими для спілкування.

Не дивлячись на властиву їм замкнутість такі пацієнти гостро потребували спілкування, гармонійних соціальних контактів, для участі у яких їм були потрібні гарантії доброзичливого та некритичного відношення оточення. Страх, що від пацієнта відвернуться, перебільшене сприйняття негативного відношення до себе впливало на комунікативні функції, викликаючи скутість, напруження, неприродність та стереотипність поведінки.

Через надмірну сором'язливість та страх отримати негативну оцінку з боку оточуючих пацієнти з тривожним розладом особистості у більшості випадків

намагалися обмежувати свої соціальні контакти. У повсякденному житті таких людей переважно вважали «закомплексованими», дивакуватими, що у поєднанні з властивими їм комунікативними проблемами ще більш ускладнювало налагодження із ними спілкування. Така ситуація часто, за принципом хибного кола, ще більше погіршувала їх комунікативні здібності, посилювала і без того виражені дезадаптивні риси характеру.

До професійного зростання такі пацієнти прагнули мало, як правило, лишаючись у ролі малопомітних помічників та виконавців середнього чи нижчого рангу. При відсутності радикальних зрушень у ними створених поведінкових стереотипах реагування на життєві ситуації та в умовах відносної сталості навколишнього середовища, структура особистості у пацієнтів даної категорії характеризувалась стабільністю у часі.

Дані дослідження свідчать, що тривожний розлад особистості у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя являє собою комплекс глибоко укорінених рис, що впливають на зниження здатності до соціального пристосування, яке ґрунтується на специфічному сприйнятті життя та не адаптивним сприйняттям себе та оточуючих.

3.3.2. Результати клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів другої групи. 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.

У ході дослідження найбільш часто серед пацієнтів даної групи було діагностовано дисморфофобічний синдром. Основними характеристиками

даного симптомокомплексу були активне прагнення до виправлення «дефекту», виражені ідеї відношення, депресивний або субдепресивний фон настрою.

Діагностичні рамки дисморфофобічного синдрому включали як наявність ідеї фізичного недоліку, так і реальні, але перебільшені підстави для таких переконань.

У більшості випадків дисморфофобічні розлади стосувались обличчя, яке відіграє велике значення для формування чуттєвих зв'язків та встановлення міжособистісних стосунків. У обстежуваних пацієнтів мав місце надцінний комплекс уявлень щодо наявності фізичного недоліку, який надзвичайно негативно впливає на їх соціальне та міжособистісне функціонування. Хворі були впевнені в тому, що оточуючі неприязно ставляться до них через наявність саме цього косметичного дефекту чи деформації.

У осіб з переважанням збудливих рис характеру надцінний комплекс проявлявся демонстративністю поведінки, яка супроводжувалась потребою перебувати в центрі уваги, привертати надмірну увагу до себе. По відношенню до оточуючих виявлялась дратівливість, неприязнь, підвищена готовність до конфліктів, опозиційне ставлення, елементи маніпулятивних поведінкових реакцій.

Особи з переважанням гальмівних типологічних рис характеризувались підвищеною увагою до своєї зовнішності, вивчення свого уявного чи реального дефекту (симптом «дзеркала» та симптом «фотографії»), що переважно відбувалось в рамках клінічного перебігу іпохондричного розладу (F45.2). Інколи такі пацієнти навпаки, уникали зазирати в дзеркало, відмовлялися фотографуватись.

Для більшості обстежених даної групи було властиве гіпертрофоване прагнення приховати свій дефект. Стиль одягу, поведінка і навіть осанка в таких випадках спрямовувались на нівелювання зовнішніх проявів косметичного недоліку. Досить часто такі спроби були відверто невдалими і призводили до абсолютно зворотного результату. Іноді страх привернути увагу

до себе та свого дефекту сприяли формуванню псевдоаутичної поведінки з обмеженням соціальних контактів – «симптом равлика».

Досить поширеною у цій групі пацієнтів була також депресивна симптоматика. Депресивний синдром характеризувався наявністю афекту туги різного ступеню вираженості. Пригнічений стан у більшості випадків був пов'язаний із переживаннями стосовно наявності дефекту чи деформації обличчя. Низька самооцінка, уявлення про свою недосконалість, неспроможність та непривабливість супроводжувались негативною оцінкою теперішнього та майбутнього, переконанням у відсутності перспектив щодо можливості отримувати від життя задоволення. Для таких пацієнтів також були характерні порушення ритму сну, зниження лібідо, втрата апетиту. Слід зауважити, що моторний компонент депресивної тріади був виражений незначно та виявлявся переважно втратою швидкості та легкості виконання повсякденних дій.

У осіб з вродженими чи набутими в ранньому дитинстві косметичними недоліками обличчя депресивні реакції були, як правило, нестійкими та виникали переважно безпосередньо у відповідь на психотравмуючі ситуації. Порівняно з пацієнтами, які мають косметичні дефекти чи деформації обличчя набуті в підлітковому чи зрілому віці, депресивна симптоматика у них була менш вираженою.

Клінічна картина депресивних проявів у осіб, формування косметичного дефекту яких проходило під час пубертатного періоду та пізніше, мала етапність розвитку. Першочерговим був етап посттравматичних стресових реакцій, по закінченні якого залишалась невротична симптоматика межового регістру, яка включала і депресивний синдром.

У відповідності до індивідуальної схильності у вигляді переважання того чи іншого характерологічного радикалу, спостерігались відповідні специфічні особливості депресивної симптоматики у осіб з дефектами і деформаціями обличчя.

У осіб зі збудливими рисами зниженої настрій поєднувався з емоційною лабільністю, немотивованою роздратованістю, дратівливістю, проявами агресії проти оточення та самого себе. Нерідко відмічалось відчуття внутрішнього невдоволення та відрази до життя, що супроводжувалось суїцидальними тенденціями. Інколи мало місце підвищення моторної активності, що часто виявлялась непродуктивною. Порушення сну проявлялись утрудненим засинанням, скороченням його тривалості, раптовим характером ранкових пробуджень з наступною денною млявістю, сонливістю та підвищеною дратівливістю.

Демонстративний радикал у структурі депресивного синдрому проявлявся демонстративністю та рентністю поведінки, бажанням постійно привертати увагу до своєї особистості. Спроби повернути увагу здійснювались завдяки підвищеній комунікабельності, показній екстравагантності, акцентуванні емоційних реакцій, маніпулюванню оточуючими. Міжособистісні стосунки при цьому були поверхневими, нестійкими та дуже вибірковими.

Протягом всього життя такі люди надзвичайну увагу приділяли різноманітним аспектам власної зовнішності, переймалися тим, яке справляють враження на інших. Підкреслювання своєї зовнішньої привабливості, яка лише іноді справді існувала, періодично носила нав'язливий характер. У сексуальних стосунках домінували флірт, фривольна поведінка, постійне надмірне підкреслення своєї «сексапільності».

Подібні поведінкові особливості, що виходять далеко за рамки звичайного кокетства, у більшості випадків спрямовувались на підтвердження своєї неповторності та надзвичайності. Підвищена залежність від визнання власної персони мікросоціальним оточенням робила цих пацієнтів надто чутливими та вразливими до будь-яких проявів байдужості, а тим більше критики з боку оточуючих. Недосяжність у реальних буденних умовах бажаного ідеалізованого ставлення до себе легко їх фруструвала та приводила у стан дезадаптованості, примушувала активно прагнути до пошуку таких видів діяльності, завдяки яким

вони знов опинилися б у центрі уваги та заслужили захоплення з боку оточуючих.

Для осіб із переважанням характерологічних радикалів гальмівного кола було притаманне поєднання депресивного синдрому з астеничною симптоматикою, яка виявлялась швидкою втомлюваністю, порушенням концентрації уваги, невпевненістю в собі. Дані прояви поєднувались із тривожністю, яка набувала перманентного характеру. Сон був поверхневим з подовженням періоду засинання та ранніми ранковими чи нічними пробудженнями, що супроводжувались тривожними думками та вегетативними порушеннями, з наступною млявістю, квалістю, сонливістю, відсутністю почуття свіжості.

У випадку домінування тривожно-депресивної симптоматики пригнічений настрій супроводжувався внутрішнім занепокоєнням, напругою, важкими переживаннями через те, що змінену або «спотворену» зовнішність мали змогу роздивлятися оточуючі. Досить часто переживання такого характеру поглиблювались при довготривалому лікуванні. В клініці тривожної депресії провідне місце займав вегетативний компонент, що був представлений тахікардією, неприємними відчуттями в ділянці серця, лабільністю артеріального тиску, відчуттям задухи, внутрішнього тремтіння, що в свою чергу сприяло ще більшому посиленню тривоги.

У пацієнтів з тривожно-помисливими рисами депресія поєднувалась з obsesивно-фобічною симптоматикою, що носила вторинний характер по відношенню до депресивного синдрому. На когнітивному рівні у них проявлялись нав'язливі ідеї особистої неповноцінності та непривабливості, відсутності виходу з даної ситуації, що безпосередньо пов'язувалось із наявністю косметичного недоліку.

У даної категорії хворих картина фобій переважно носила політематичний характер та проявлялась, зокрема, у вигляді антропофобій – боязні людей, допитливих поглядів; скоптофобії – страху насміхань, внаслідок чого у частини

обстежених розвивався стан кайрофобії. Що характеризується страхом перед незнайомими людьми.

У зв'язку з наявністю такого роду страхів хворі намагалися уникати знайомств, зустрічей з людьми, замикались у собі, ставали аутичними, що можна пояснити підвищеною чуттєвістю, легкою вразливістю, прагненням відгородити себе від взаємодії з оточуючим світом.

Нав'язливі спогади подій, що привели до формування дефекту чи деформації, були характерні для осіб з набутим вадами, вони часто супроводжувались нав'язливими уявленнями іншого, більш вдалого завершення події.

У обстежуваних, які зростали в умовах гіперопіки, виникали страхи стосовно гіпотетичної можливості повністю змінити спосіб свого життя.

Пацієнти, у яких формування косметичного дефекту чи деформації виявилось наслідком дорожньо-транспортних катастроф, мали місце страхи щодо поїздок в автомобілі на великій швидкості, або ж проїзду за маршрутом, де було скоєно автопригоду. Ця obsesивно-фобічна симптоматика не мала яскравого та виразного дезадаптуючого характеру і при відсутності можливості уникнути фобічної ситуації, пацієнти опановували себе вживаючи необхідних заходів безпеки.

Прийняття заключного рішення про проведення пластичного оперативного втручання сприяло для пацієнтів із тривожно-фобічними розладами певній редукції афективних порушень. Однак, при цьому obsesивно-фобічна симптоматика ускладнювалась посиленням тривожної вразливості, нав'язливими переживаннями з приводу можливої невдачі корекції зовнішності, а безпосередньо перед оперативним втручанням виникав страх ускладнень від наркозу та самої операції.

Депресивно-іпохондрична симптоматика відзначалась переважно у пацієнтів, які страждали на соматоформні розлади. При цьому частина з них (40,88%) уже мали в анамнезі досвід неодноразового звертання за допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії. Для таких пацієнтів центральними в

клінічній картині були прояви соматовегетативних порушень, що включали розлади апетиту, зниження лібідо, різноманітні алгопатії.

Суб'єктивна фіксованість пацієнта на подібній симптоматиці, а також на гіпотимічних проявах депресії поєднувалась з підвищеною рефлексією, адресованою соматичним проявам. Прагнення пацієнтів до пригнічення зовнішніх проявів негативних емоцій приводило до збільшення проявів вегетативної симптоматики і, відповідно, ще більшого загострення побоювань за своє здоров'я. При поступовому зростанні тривожної симптоматики іпохондричні ідеї ставали більш стійкими, насиченими та афективно забарвленими.

Загалом же, найбільш частими у хворих другої групи були скарги на швидку втомлюваність, млявість, слабкість – 75,80%, зниження настрою – 59,67%, головні болі - 43,54%, болі у шлунку – 41,93%, нудоту – 40,32%, болі у серці – 29,03%, тривогу – 29,03%, страхи – 20,96% та порушення сну – 16,12% обстежених пацієнтів.

Клінічна картина характеризувалась домінуванням астеничних (швидка втомлюваність, зниження працездатності, важкість зосередження) – 75,80% та іпохондричних (чисельні соматичні скарги) – 59,67% проявів, а також емоційної лабільності – 46,77%, дратівливості – 46,77%, плаксивості – 27,41%, тремору – 24,19% і різноманітних порушень сну у 16,12% пацієнтів.

Серед сомато-вегетативних проявів домінували головний біль – 87,09%, приливи жару – 41,93%, метеочутливість – 41,93%, відчуття оніміння та запаморочення у 14,51% випадків.

Дистимія проявлялась пригніченим настроєм з афектом туги різного ступеню вираженості, зниженням працездатності, підвищенням втомлюваності, ангедонією, хоча в цілому, з основними потребами повсякденного життя пацієнти справлялися, але «намагалися робити все через силу». Для них було характерне загострене прагнення до самостереження та труднощі у встановленні міжособистісних контактів.

Аналіз клініко-анамнестичних даних виявив, що депресивна симптоматика різного ступеню виразності, від транзиторних реакцій до оформлених клінічних проявів, була притаманна цим пацієнтам майже весь час наявності у них косметичного дефекту чи деформації обличчя.

Обстеженим пацієнтам, що страждали на дистимію, була притаманна тривожна налаштованість і підозрілість щодо ворожості оточуючих (72,73%), дисморфофобічні ідеї (65,55%), ознаки астеничного симптомокомплексу (63,64%) у вигляді: емоційної лабільності, дратівливості, зниження працездатності, швидкої втомлюваності. Сомато-вегетативний компонент даних розладів у 75,55% випадків характеризувався головним болем, стенокардією (36,36%), розладами шлунково-кишкового тракту у 36,36% обстежених.

Тривожно-фобічна симптоматика поряд з основними проявами характеризувалась внутрішньою напругою (91,23%), емоційним пригніченням (74,22%), головними болями (51,39%), агрипнічними розладами (28,71%), гіпертензією (17,80%), кардіалгіями (17,80%). Розлади сну носили переважно диссомнічний характер.

Вегетативні прояви у пацієнтів другої групи характеризувались сомато-вегетативними порушеннями серцево-судинної системи (стенокардія, серцебиття, аритмії, дистонія) – 66,67%, шлунково-кишкового тракту (біль у епігастрії, нудота, блювання, метеоризм, печія, проноси) – 33,33%, головним болем – 33,33% та порушеннями вегетатики (сухістю у роті, пітливістю, відчуттям жару, оніміння) у 33,33% випадків.

Соматизований розлад характеризувався виникненням у пацієнтів епізодів різноманітних, часто мінливих хворобливих симптомів, з приводу яких вони постійно потребували медичних обстежень, хоча результати останніх не підтверджували якихось порушень і лікарі запевняли хворих у їх відсутності. У тих випадках, коли виникнення соматичних симптомів було явно пов'язане з певними неприємностями, труднощами чи конфліктами, хворі зазвичай категорично відкидали припущення щодо їх

психологічної обумовленості, навіть при наявності виражених депресивних і тривожних симптомів.

У обстежених нами пацієнтів із соматизованим розладом часто відзначались виражені елементи демонстративної поведінки, спрямованої на привертання уваги до своєї персони, вони обурювались з приводу неможливості переконати лікарів у важкій фізичній природі свого захворювання і необхідності продовження оглядів і різноманітних обстежень. Такий стан у значній частині випадків тривав протягом багатьох років. Найбільш частими були скарги на шлунково-кишкові порушення (біль, печію, нудоту, блювання і т.п.). Більшість пацієнтів проходили і первинне, і спеціальні обстеження, що давали негативні результати, але не служили причиною для припинення суб'єктивно обумовлених скарг на стан власного здоров'я.

Характерними для пацієнтів із соматизованим розладом були конфліктність, мікросоціальна та соціальна дезадаптація. Вони переважно відзначались завищеною самооцінкою, егоцентризмом, активністю і в той же час недостатньою рішучістю та цілеспрямованістю, високою навіюваністю та самонавіюваністю. Варто відзначити, що у хворих були виявлені риси, властиві не тільки демонстративному, але і шизоїдному, та астенічному характерологічним радикалам, з чого можна зробити висновок про те, що соматизований розлад може розвиватись при різних характерологічних типах.

Основною ознакою іпохондричного розладу було занепокоєння станом свого здоров'я, а саме наявністю важкого соматичного захворювання з прогресуючим перебігом. Хворі постійно скаржились на різноманітні неприємні відчуття, вважаючи хворобливими навіть абсолютно фізіологічні явища та відчуття.

Таким чином, можна констатувати домінування непсихотичних психічних розладів психогенного характеру, їх значну поширеність у середовищі пацієнтів

з дефектами і деформаціями голови та шиї і важливу роль у структурі виявлених при обстеженні психічних і поведінкових порушень.

В цілому, результати клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, поділених згідно характеру їх показань до здійснення хірургічної корекції зовнішності, свідчать про існування між ними суттєвих відмінностей у соматичному, сексуальному та психічному статусі, зокрема стосовно нозологічної та синдромальної структури виявлених непсихотичних психічних розладів.

Так, 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 прискореного статевого дозрівання у цій групі зустрічались помітно рідше (19,56%). Що стосується другої групи пацієнтів з ДДО, то серед них помітно переважали випадки прискореного 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).

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 (унікаючий) 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 астенізуючими 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.

Загалом, спільною особливістю непсихотичних психічних розладів у середовищі пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, можна вважати високу питому вагу невротичних розладів у групі пацієнтів, що мають абсолютні показання для проведення реконструктивних оперативних втручань, та домінування афективної патології у групі пацієнтів з відносними показаннями.

Основні наукові результати, що відображено у даному розділі, опубліковано авторкою в наступних наукових працях [290,291].

Глава 4

РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Комплексне психодіагностичне обстеження було проведене у повному обсязі всім пацієнтам з дефектами і деформаціями голови та шиї, які були об'єктом дослідження. За домовленістю з адміністрацією відділення пластичної та реконструктивної хірургії психологічне тестування виконувалось в умовах стаціонару. Такий підхід покликаний був забезпечити послідовність виконання психотерапевтичних заходів та уникнути порушення режиму стаціонару при обстеженні пацієнтів.

За допомогою спеціально розробленої анкети проведено вивчення ряду психологічних характеристик пацієнтів згідно виділених нами груп. Вивчались такі показники як особисте ставлення до власної зовнішності, загальна самооцінка соціально-особистісної значущості, тип реагування в конфліктних ситуаціях, провідна сфера активності, тип спрямованості особистості, комунікаційна сфера та ціннісні настанови. Означені показники було виокремлено як суттєві, з нашої точки зору, характеристики що визначали готовність до прийняття рішення про необхідність проведення корекції зовнішності хірургічним шляхом.

4.1. Аналіз психологічних характеристик обстежених

У пацієнтів, що мали абсолютні показання для проведення реконструктивних пластичних операцій ділянки голови чи шиї, 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. При порівняльному аналізі ставлення до власної зовнішності по локалізації дефекту зовнішності

з'ясувалось, що найбільш негативно сприймали власну зовнішність особи із набутими дефектами лицьової ділянки голови. Наведені дані свідчать про надзвичайну роль, яку має сприйняття власного обличчя для самооцінки та впевненості у собі.

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. Отже, більшість пацієнтів з абсолютними показаннями для хірургічної корекції зовнішності виявляли занижену самооцінку, причому у пацієнтів з вродженими дефектами голови чи шиї це спостерігалось у всіх випадках.

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, що демонструє достовірне переважання пасивно-захисних тенденцій, тобто уникання, як провідного поведінкового механізму у вирішенні конфлікту ($p < 0,01$). При цьому більш активну позицію при вирішенні конфліктних ситуацій займали пацієнти із дефектами зовнішності набутими у дорослому віці.

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. Розподіл за означеною характеристикою в залежності від того, вроджений чи набутий характер має дефект зовнішності, не виявив достовірних відмінностей.

Тип спрямованості особистості у 2 (4,35%) пацієнтів визначався як творчий, у 1 (2,17%) - гедоністичний і у 43 (93,48%) осіб він був рутинним, тобто у переважній більшості обстежених даної клінічної групи загальний вектор особистісної спрямованості визначався рутинними життєвими настановами. Пацієнти з вродженими і набутими дефектами зовнішності за цим показником також не виявляли достовірних відмінностей.

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. Наведені дані показують, що переважна більшість пацієнтів даної групи (82,60%) достовірно частіше мала обмежене коло комунікації.

Вивчення аксіологічної орієнтованості пацієнтів першої групи показало, що за ієрархією цінностей у 16 (34,78%) обстежених домінували внутрішньо особистісні пріоритети, сімейні цінності були провідними для 13 (28,26%) осіб, соціально-професійні - для 6 (13,04%), релігійні та етико-моральні - для 2 (4,35%) і 9 (19,56%) пацієнтів не змогли визначити власні ціннісні настанови. Вищезазначене показує, що для абсолютної більшості пацієнтів даної групи (86,96%) ціннісні орієнтації мали соціально-відокремлений чи невизначений характер, причому така тенденція була більш вираженою серед осіб із вродженими дефектами зовнішності.

В процесі дослідження у переважній кількості пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя обох груп була виявлена складність реалізації навичок прогнозування, що відображають процес адекватних взаємовідносин з реальністю, як у пацієнтів схильних до моноваріантного характеру передбачення, так і для пацієнтів налаштованих на поліваріантний прогноз.

У першій групі обстежених 34 (73,91%) особи мали схильність до поліваріантного типу прогнозування майбутнього. Значно менш поширеним був моноваріантний тип прогнозу – 12 (26,09%) осіб.

Поліваріантність прогнозування кінцевих результатів пластичної хірургічної корекції зовнішності виявлялась переважно у осіб з сенситивними рисами особистості, для яких протягом всього життя ведучими були значна тривожність, заляканість, вразливість, помисливість. Для них надзвичайно важливими становили оцінки оточення та реакція оточуючих, під їх впливом вони легко змінювали свою думку. Таким пацієнтам завжди важко було уявити та сформулювати образ очікуваного результату.

Обстеження пацієнтів з відносними показаннями для хірургічної корекції зовнішності 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. Порівняння з пацієнтами першої групи за даною характеристикою показало меншу негативну оцінку власної зовнішності пацієнтами з відносними показаннями до косметологічного оперативного втручання. Корекція зовнішності у переважній більшості випадків розглядалась ними лише як один із аспектів можливого вирішення актуальної конфліктної ситуації.

При вивченні загальної самооцінки соціально-особистісної значущості у пацієнтів другої групи виявилось, що у 11 (17,74%) випадках вона була низькою, в 18 (29,03%) - середньою і в 33 (53,22%) – високою. Співставлення з обстеженими першої групи демонструє статистично достовірну перевагу в ній пацієнтів з високою самооцінкою ($p < 0,01$), в той час як пацієнти другої групи частіше високо та середньо оцінювали свій соціально-особистісний статус.

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, тобто обстежені даної клінічної групи достовірно частіше, порівняно з першою, виявляли активно-захисні тенденції у розв'язанні конфлікту ($p < 0,01$) і достовірно рідше - пасивно-захисні поведінкові механізми ($p < 0,05$).

Провідною сферою активності обстежених у 23 (37,09%) випадках була соціально-професійна, у 22 (35,48%) - особистісно-сімейна і у 17 (27,41%) - змішана. У порівнянні з першою групою достовірно частіше виявлялось домінування соціально-професійної сфери активності ($p < 0,01$).

Загальний тип спрямованості особистості у 24 (38,70%) пацієнтів був гедоністичним, у 19 (30,64%) – творчим і у такої ж кількості обстежених – рутинним. Отже, на відміну від попередньої, обстежені даної групи достовірно

частіше виявляли гедоністичну особистісну спрямованість і достовірно рідше – рутинну ($p < 0,01$).

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. Порівняння першої та другої груп за цією характеристикою виявляє протилежні тенденції: обстежені з абсолютними показаннями до оперативного втручання достовірно частіше мали обмежене комунікаційне коло, тоді як у госпіталізованих з відносними показаннями (друга група) обсяг контактів був достатньо широким ($p < 0,01$).

Ціннісні орієнтації внутрішньоособистісного характеру встановлено у 14 (22,58%) обстежених, сімейні цінності виявились домінуючими у 11 (17,74%) і соціально-професійні були провідними для 37 (59,67%) осіб. Отже, порівняно з пацієнтами першої групи, обстежені у другій групі виявили достовірну перевагу сімейних та соціально-професійних аксіологічних настанов, тоді як соціально-відокремлений чи невизначений характер ціннісних орієнтацій у них зустрічався достовірно рідше ($p < 0,01$).

Серед пацієнтів другої групи більш поширеним був моноваріантний тип прогнозу майбутнього, який був виявлений у 38 (61,29%) обстежених. Поліваріантний характер прогнозування майбутнього мали 24 (38,71%) осіб.

Схильність до моноваріантної побудови прогнозу відмічалась у особистостей з демонстративними, епілептоїдними та паранояльними характерологічними особливостями.

Прогностичні здібності пацієнтів з демонстративним радикалом характеризувались моноваріантним типом прогнозу розвитку подій, що у переважній більшості випадків був близьким до ідеального. Їм була властива завищена модель очікуваних результатів, досить часто вони мали бажання не тільки виправити косметичні недоліки, а також радикально покращити зовнішність, не беручи до уваги її анатомічні особливості. Реальність при

цьому розглядалась як тимчасове явище, можливість небажаного результату ігнорувалася, демонструвалася схильність до витіснення, що не досягала, однак, патологічної глибини.

Застрягаючі особистості вирізнялися такими значимими для формування прогностичної неспроможності якостями, як в'язкість, інертність психічних процесів, ригідність установок, схильність до «застрявання» на певних емоціях. Прямолинійність мислення виключала альтернативу і сумніви у прийнятому рішенні. Занижена самокритика даних пацієнтів не забезпечувала адекватної оцінки своїх прогнозів.

Паранояльні особистості, які характеризуються надцінним відношенням до своєї персони, егоїзмом, самовтіхою та значно завищеною самооцінкою також мали відхилення в прогнозуванні на особистісно-ситуаційному рівні. Як правило, ці пацієнти мали тенденцію до висування безальтернативних, часто маловірогідних прогнозів. Фабула цих прогнозів могла бути як негативною, так і позитивною, однак, при цьому різноманітні ідеї та варіанти прогнозів розглядались як єдино правильні та безальтернативні, супроводжувались нестримним бажанням втілити їх у життя.

Аналіз розподілу означених соціально-психологічних характеристик згідно вродженого чи набутого характеру дефектів у пацієнтів другої групи не виявив достовірних відмінностей у внутрішньогруповому аспекті. Однак, у осіб із набутими дефектами була більш вираженою негативна оцінка власної зовнішності та більші надії покладались на пластичну операцію, як засіб вирішення кризових ситуацій.

Таким чином, проведене вивчення психологічних особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, поділених на групи за характером медичних показань до оперативного втручання з метою хірургічної корекції зовнішності показало, що між групами обстежених наявні суттєві клініко-психологічні та пато-психологічні відмінності, які необхідно враховувати під час проведення психокорекційних та реабілітаційних заходів.

4.2. Особливості внутрішньої картини хвороби обстежених пацієнтів

Досить важливим та актуальним для пацієнтів з вадами зовнішності є вивчення реакції особистості на факт формування косметичного дефекту та пов'язаної з цим ситуації адаптації до свого стану та методів лікування, що складає основу внутрішньої картини хвороби.

Знання клініко-психологічних феноменів переживання особистістю своєї хвороби, урахування регуляторних психологічних механізмів значно збільшує можливість активного залучення пацієнта до системи лікувально-реабілітаційних заходів, а також дозволяє більш диференційовано та обґрунтовано будувати психотерапевтичну тактику.

Слід враховувати, що внутрішня картина хвороби є складовою частиною захворювання та залежить не лише від характеру основного патологічного процесу, який призводить до косметичного недоліку, а і, значною мірою, від особистісних особливостей пацієнта та різноманітних зовнішніх факторів. Поняття адекватності чи неадекватності уявлень пацієнта про свій стан при цьому не потрібно оцінювати однозначно позитивно чи негативно, тому що адекватна оцінка сама по собі може стати психотравмою. Безперечним є те, що нерідко саме зміст внутрішньої картини хвороби виявляється джерелом різноманітних психогенних розладів.

Аналізуючи отримані нами дані щодо реакції обстежених пацієнтів на наявність у них тих чи інших дефектів та деформацій обличчя, ми з'ясували певні середньо групові відмінності внутрішньої картини хвороби обстежених пацієнтів з абсолютними та відносними показаннями до оперативного втручання.

У першій групі обстежених у випадку набутих пошкоджень обличчя психічні та поведінкові реакції переважно проявлялись у вигляді невротичних станів, що у подальшому загострюючись та ускладнюючись на фоні своєрідних преморбідних особливостей досягали ступеню більш виражених затяжних

психогенних станів невротичного, та в рідкісних випадках психопатоподібного експлозивного характеру.

На початкових етапах невротичних розладів (у зв'язку з реакцією на косметичний недолік) загальним для всіх хворих цієї групи було відчуття впевненості в „безповоротній втраті” звичного відображення у зеркалі свого обличчя. У зв'язку з цим пацієнти доволі часто розпитували оточуючих про те, який вони тепер мають зовнішній вигляд, постійно намагались мати при собі дзеркальце та розглядати при наявності вільної хвилини своє обличчя, торкалися його, при цьому загальний фон настрою був стабільно зниженим, з елементами тривоги і песимізму щодо свого майбутнього.

У випадку, якщо усвідомлення „втрати свого обличчя” досягало ступеня впевненості у безповоротності змін, у пацієнтів відзначалось прагнення до усамітнення, вони втрачали друзів, відмовлялись від контактів із оточенням та нових знайомств, виявляли ознаки сенситивності та підвищеної іпохондричності.

У деяких пацієнтів психотравма, пов'язана з раптовим виникненням косметичного недоліку (побутова, спортивна, професійна травма лицьового скелету, носа, вушних раковин), викликала гостру та глибоку емоційно-стресову реакцію, з'являвся страх спілкування з іншими людьми, відчуття безвиході. Первинна реакція у пацієнтів даної групи проявлялась виразною депресією, що у ряді випадків сягала психотичного рівня та супроводжувалась відчуттям вітальної туги, відсутністю можливості щось змінити, суїцидальними думками.

На цьому фоні відзначалась астения з проявами дратівливої слабкості, підвищеної виснажливості. Тривалість цього етапу була від 2 до 7 місяців. Екзогенні шкідливості та незадовільні соціально-побутові умови ускладнювали ці реакції і сприяли їх протрагуванню.

У випадку наявності вираженої схильності до експлозивних проявів поряд з емоційною напруженістю, підвищеною дратівливістю та схильністю до бурхливих афективних реакцій мала місце підвищена виснажливість.

Патологічна фіксованість на психогенно-травмуючих ситуаціях, пов'язаних із косметичним недоліком, супроводжувалась хворобливою вразливістю, схильністю до інтроверсії, що заважало соціальній адаптації в звичайних для пацієнта умовах.

У подальшому формування стійких психопатологічних станів проходило залежно від домінуючих індивідуальних премордібних особливостей особистості.

При різноманітних вроджених вадах обличчя у пацієнтів першої групи характерними були психогенні стани з провідними астенічними, астено-обсесивними та психастенічними симптомокомплексами різного ступеню вираженості. Такі хворобливі розлади супроводжувались швидкою виснажуваністю, пасивністю, адинамічністю та пригніченістю, а також розладами сну (порушенням процесу засинання та частими ранніми пробудженнями).

У період безсоння пацієнти часто скаржились на нав'язливі думки щодо відсутності у них будь-якої можливості в перспективі набути чи повернути «нормальне» обличчя. У пацієнтів з психастенічними рисами формувались підозрілість, настороженість, нестійкі уривчасті ідеї відношення, події сприймались виключно у похмурих тонах, майбутнє вбачалось безрадіним, а розмови на тему їх зовнішнього вигляду тільки посилювали відповідні депресивні переживання аж до виникнення суїцидальних думок і відповідних уявлень.

Серед пацієнтів другої групи досить вагомою (41,93%) була частка осіб, які звернулись за медичною допомогою з приводу занепокоєння віковими змінами обличчя, що на їх думку, справляли надто негативний вплив на їх самосприйняття та соціальне функціонування. У пацієнтів з віковими змінами шкіри обличчя, де практично в усіх випадках формування косметичного недоліку розпочиналось поступово (залежно від структури шкіри, її типу, підшкірно-жирової клітковини, індивідуального догляду за шкірою), психічний

дискомфорт стосовно сприйняття власної зовнішності формувався переважно у період від 33 до 50 років.

У подальшому, при відсутності належного ефекту від гігієнічної та лікувальної косметики, косметичних салонних процедур, а також при відсутності достатніх показань щодо проведення пластичного оперативного втручання, у пацієнтів з відповідними косметичними недоліками на фоні преморбідних особистісних особливостей, посилювались та структурно видозмінювались стереотипні психічні та поведінкові реакції на власну зовнішність.

Зокрема, у пацієнтів з переважанням істероїдних рис характеру спостерігались явища „занурення у хворобу” з демонстрацією своєї абсолютної безпорадності та слабкості перед виниклими обставинами, намаганням викликати у оточуючих бажання допомогти «повернути молодість» та змінити обставини на користь хворого. Таким пацієнтам у преморбіді були притаманні підвищена чутливість, вразливість, егоцентризм, демонстраційність поведінки. При актуалізації занепокоєння власною зовнішністю з'являється страх перед втратою своєї зовнішності назавжди, схильність до використання різноманітних хитрощів для досягнення своєї мети (в даному випадку – хірургічного втручання).

У пацієнтів преморбідно схильних до гіпертимно-експлозивних реакцій виникали стани нестриманості та грубості, дрібної прискіпливості, нетерпимості, що особливо часто проявлялись прагненням за всяку ціну добитися проведення естетичної оперативної корекції свого косметичного дефекту чи деформації.

При набутих дефектах і деформаціях голови та шиї пацієнти другої групи реагували переважно в рамках депресивних проявів. При цьому актуальною була не тільки «втрата зовнішності», але і пов'язані з обставинами травми проблеми загального здоров'я. Такі пацієнти, як правило, схильні були вважати себе жертвами, схильні були перебільшувати негативний вплив шкоди, нанесеної власному здоров'ю.

При наявності довготривалої психогенії зміни особистості у обстежених пацієнтів проявлялись загостренням та деякою трансформацією раніш притаманних їм рис характеру, що посилювалось різноманітними супутніми психотравмами, пов'язаними з косметичними дефектами чи деформаціями. Все це часто ставало факторами формування вираженої соціальної дезадаптації.

В цілому можна сказати, що патогенна значимість косметичного дефекту чи деформації обличчя визначалась в першу чергу „надсильним”, характером впливу, індивідуальною значимістю для особистості власної зовнішності та тривалістю хворобливого процесу. Велике значення для пацієнтів в аспекті клінічних проявів захворювання та його подальшого перебігу має реакція оточуючих на косметичний недолік, що в деяких випадках якісно змінює самосприйняття хворого.

Аналіз отриманих нами даних свідчить про те, що наявність косметичного недоліку, у великій частині випадків видозмінює структуру особистості, вносить своєрідні аномальні риси. Серед факторів, що впливають на умови виникнення, клінічне оформлення та перебіг особистісної патології, як реакції на наявність з косметичних дефектів та деформацій шкіри та кістково-хрящової основи обличчя, окрім загальних особливостей власне косметичного недоліку, преморбідних особистісних характеристик та деяких вікових закономірностей реагування, суттєве значення має психогенний комплекс.

Таким чином, при вивченні клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей пацієнтів з дефектами та деформаціями області обличчя та формування психотерапевтичної тактики в клініці реконструктивної та пластичної хірургії, де роль психогенного впливу в процесі формування косметичного дефекту безперечно наявна, потрібне максимально повне комплексне вивчення особистості, яке має враховувати різноманітні аспекти дослідження характерологічних рис особистості, типів соціального реагування та взаємодії в конфліктних ситуаціях, особливостей оцінюючої функції психіки.

4.3. Дослідження особистісних рис пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя за методикою Р.Б. Кеттела

У формуванні психічних та поведінкових реакцій на наявність косметичних дефектів відіграють роль як психічні особливості, зокрема особистісні риси, так і характер дефекту, а також вплив макро- та мікросоціального середовища.

При цьому абсолютно недостатньо вивченим є зв'язок між особистісними рисами пацієнтів з дефектами зовнішності та мотивами їх звертання за медичною допомогою.

В рамках мети і завдань дослідження ми провели обстеження за допомогою 16-факторного особистісного опитувача Р.Б. Кеттела (SPFQ) пацієнтів з абсолютними та відносними показаннями до проведення хірургічної корекції зовнішності.

Процедура дослідження включала відповіді на запропоновані стандартні питання. При відповіді на кожне з них необхідно було вибрати один з трьох запропонованих варіантів, який на думку обстежуваних пацієнтів найбільше відповідав їх самосприйняттю.

В силу специфіки умов роботи у відділенні реконструктивної та пластичної хірургії з пацієнтами, які готуються до оперативного втручання з метою хірургічної корекції зовнішності, опитувач застосовувався у варіанті С, який містить 105 тверджень (форми А і В містять по 187 тверджень). Час виконання завдання ми обмежили 50 хвилинами. Тестування проводилось за допомогою відповідної комп'ютерної програми, що полегшувало процедуру обстеження та обробку отриманих результатів.

Отримані нами результати свідчать про те, що серед пацієнтів, розділених згідно характеру показань до здійснення хірургічної корекції зовнішності, поряд із особистісними характеристиками, що є спільними для обох груп, є також ряд особливостей, що є статистично достовірними і безумовно

потребують їх урахування в процесі психокорекційної роботи на перед- та післяопераційному етапі.

Для обох груп пацієнтів у середньогрупових показниках була властива вираженість наступних особистісних рис: тривожності, навіюваності, несамостійності, напруженості, нездатності до релаксації, а також невірноваженості і емоційної нестійкості.

При цьому пацієнти першої групи, які мали абсолютні показання для хірургічної корекції зовнішності, вирізнялись залежністю від чужої думки, схильністю до замкненості, прямолінійністю у вчинках та консервативністю у поглядах.

Щодо пацієнтів із відносними показаннями до здійснення хірургічної корекції зовнішності, то вони у переважній своїй більшості мали схильність до домінування над оточуючими, імпульсивності та радикалізму у рішеннях, вирізнялись ригідністю психічних та поведінкових реакцій на конфліктні ситуації.

4.4. Дослідження акцентуацій характеру у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя за методикою Леонгарда-Шмішека

При вивченні типів акцентуацій характеру пацієнтів, які мали абсолютні показання щодо хірургічної корекції зовнішності (перша група), за допомогою опитувальника Шмішека-Леонгарда, встановлено, що у 9 (19,56%) обстежених цієї групи виражені прояви акцентуації були відсутні, тоді як загострення певних рис характеру на рівні ознак та тенденцій було наявне в усіх досліджених випадках.

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.

При визначенні характерологічного загострення на рівні явної акцентуації, тобто при максимальній вираженості риси (загальна кількість балів за шкалою опитувальника – більше 21), з'ясувалось, що найчастіше у пацієнтів першої групи зустрічались дистимічні (36,96%), тривожні (30,43%) та «застрягаючі» (26,09%) акцентуації. У той же час, у жодного обстеженого в даній групі не було виявлено явно виражених афективно-екзальтованих, збудливих та гіпертимічних рис.

У пацієнтів – представників другої групи у 8 (12,90%) випадках виражених проявів акцентуації характеру виявлено не було. При цьому загострення певних рис характеру на рівні ознак та тенденцій було наявне в усіх випадках.

Загальний відсотковий розподіл за окремими варіантами, незалежно від ступеню прояву, 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.

При визначенні характерологічного загострення на рівні явної акцентуації, було виявлено, що найчастіше у пацієнтів другої групи зустрічались демонстративні (46,96%), тривожні (20,43%) та афективно-екзальтовані (16,27%) акцентуації. У той же час жоден обстежений даної групи не мав явно виражених гіпертимних чи педантичних рис характеру.

Отже, 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.

Для «застрягаючих» особистостей характерною була схильність до надмірної тривалості емоційних переживань, зациклення на аналізі дефектів власної зовнішності, їх деталізація та підозріле відслідковування реакції оточуючих на них. Вони відчували майже постійну тривогу за власне здоров'я загалом, свої перспективи, за долю близьких. При цьому вони були схильні до самоаналізу, виснажливих міркувань і нічим не обумовлених побоювань.

Дистимічні особистості відзначались низьким базовим рівнем настрою, песимістичним поглядом на життя і власні перспективи в ньому. При цьому однією з основних причин такого стану речей ними визнавалась відсутність «нормальної» зовнішності, що не привертала б негативної уваги оточуючих. Їм була властива крайня нерішучість, вагання при прийнятті будь-якого рішення, що робило цей процес надто виснажливим для них. Стаючи об'єктом уваги вони ніяковіли, вважаючи себе не тільки непривабливими зовні, але і надзвичайно незграбними фізично та нецікавими у спілкуванні. Таким пацієнтам завжди була потрібна підтримка, або ж директивне наполягання близьких і оточуючих щодо необхідності прийняття рішення про хірургічну корекцію зовнішності.

В дитинстві багато хто з них переживали різноманітні страхи, що іноді досягали крайнього ступеню вираженості, - боялись темноти, грози, людей, тварин і т.д. З роками ці страхи дещо нівелювались, але лишалось почуття незахищеності, меншовартості, іноді з елементами покірності, приниженості, що тісно пов'язувалось із наявністю «доленосних» дефектів зовнішності. Іноді такі особистості робили спроби гіперкомпенсаторних поведінкових реакцій у вигляді надмірної самовпевненості, різкості, навіть дещо нахабної поведінки, але за найменших невдач весь комплекс тривожно-фобічних переживань набував ще більшої вираженості.

Демонстративний радикал, навпаки, характеризувався схильністю до драматизації, прагненням нових відчуттів, сильних емоцій, егоцентричним підходом до міжособистісних взаємин, а також витісненням із пам'яті неприємних подій і фактів. Хірургічна корекція зовнішності, була для таких пацієнтів інструментом додаткового покращення свого вигляду задля привертання уваги оточуючих, забезпечення максимально позитивного сприйняття власної особи.

Такі особи прагнули подавати себе як більш значну, важливу персону, ніж вони є у дійсності, постійно розігруючи певну роль, не будучи в змозі лишатися самими собою. Це поєднується зі скороминучим ентузіазмом, частим нудьгуванням, невгамовною жагою нового. Демонстративні особистості вирізняються надзвичайною ексцентричністю, надмірною вразливістю, підвищеною, але поверховою емотивністю. З метою домогтися від оточуючих бажаного вони часто схильні використовувати власну зовнішню привабливість, що доповнюється емоційним «шантажем».

За таких умов наявність «ефектної зовнішності» є однією із базових умов, що забезпечують впевненість у собі та психічний комфорт. Втрата ж звичної зовнішності внаслідок травм чи вікових процесів старіння переживається суб'єктивно надзвичайно важко.

4.4. Дослідження рівня ситуаційної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна

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%), середній рівень ситуаційної та особистісної тривожності – у 6 (13,04%), високий показник ситуаційної тривожності у сполученні з середнім рівнем особистісної тривожності – у 3 (6,52%), низькі показники ситуаційної та особистісної тривожності – у 3 (6,52%) і низький рівень ситуаційної тривожності у поєднанні з високою особистісною тривожністю було виявлено у 2 (4,35%) обстежених.

Наведені дані свідчать, що у пацієнтів з абсолютними показаннями до здійснення хірургічної корекції зовнішності найчастіше середній або високий рівень ситуаційної тривоги поєднувався з високими показниками особистісної тривожності. Зокрема, серед госпіталізованих першої групи, для яких дана операція з хірургічної корекції зовнішності була не першою, вищезгадане поєднання ситуаційної та особистісної тривожності спостерігалось у 93,33% випадків, у той час як серед пацієнтів, які вперше вдавались до пластики обличчя воно зустрічалось порівняно рідше (41,14%).

При визначенні рівня ситуаційної та особистісної тривожності у пацієнтів другої групи встановлено, що 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. Середнє значення показника особистісної тривожності в даній групі склало $41,73 \pm 0,22$

бала, тобто знаходилось у межах середнього рівня (30-45 балів). Порівняльний аналіз за даним параметром з особами першої групи виявив достовірне переважання середнього та рівня особистісної тривожності у пацієнтів поточної групи ($p < 0,01$), у той час як госпіталізовані першої групи достовірно частіше мали її високий рівень ($p < 0,01$).

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%), середній рівень ситуаційної тривожності та висока особистісна тривожність – у 4 (6,45%), середні показники ситуаційної та особистісної тривожності – у 15 (24,19%), середнє значення ситуаційної тривожності у сполученні з низьким особистісної – у 2 (3,22%), висока ситуаційна тривожність при низькій особистісній – у 5 (8,06) і низькі показники як ситуаційної, так і особистісної тривожності були зареєстровані у 2 (3,22%) випадках.

Наведені дані показують, що у пацієнтів даної групи, порівняно з обстеженими з абсолютними показаннями щодо пластики обличчя, поєднання високого рівня ситуаційної тривожності із середніми показниками особистісної тривожності спостерігалось достовірно частіше ($p < 0,01$), однак в межах групи складало 30,64% спостережень.

Серед госпіталізованих другої групи, що готувались до повторних пластичних операцій, сполучення високих показників ситуаційної тривожності із високими та середніми показниками особистісної тривожності спостерігалось у 82,73% випадків, у той час як пацієнти першої групи у більшості своїй мали високий рівень саме особистісної тривоги.

Загалом, аналіз психодіагностичних та експериментально-психологічних 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 вибіркоковими 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 вибіркоковими 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.

Таким чином, проведені психодіагностичні та експериментально-психологічні дослідження показали, що між пацієнтами двох груп наявні певні

психологічні відмінності, що визначають різні механізми розвитку та формування у них реакції на дефекти і деформації власної зовнішності та необхідність їх хірургічної корекції. Все вищезначене має відбиватись в диференційованому підході до побудови системи лікувально-реабілітаційних заходів та профілактики психічних та поведінкових розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя.

Основні наукові результати, що відображено у даному розділі, опубліковано автором в наступних наукових працях [292,293].

Глава 5

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ДЕФЕКТИ ТА ДЕФОРМАЦІЇ ОБЛИЧЧЯ І ГОТУЮТЬСЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Найбільш практично значимим аспектом психокорекційної роботи з пацієнтами, які мають дефекти і деформації обличчя та готуються до реконструктивних операцій, є гармонізація їх оцінки власної зовнішності та покращення комунікативних навичок. Зважаючи на роль цих факторів у формуванні рішення щодо необхідності хірургічної корекції зовнішності, відповідна психокорекційна робота на доопераційному етапі може стати умовою для зміни такого рішення.

Як дана проблема загалом, так і принципи психокорекційної роботи з пацієнтами, які готуються до хірургічної корекції зовнішності зокрема, є вивченими не достатньо і потребують прискіпливої до себе уваги.

Висока значимість у якості фактору розвитку психопатологічних станів, широка поширеність та недостатня вивченість психічних та поведінкових реакцій, пов'язаних із незадоволеністю власною зовнішністю, обумовлюють необхідність пошуку нових, більш специфічних до даного явища, ефективних та демократичних у застосуванні методів психокорекційної роботи з даним контингентом пацієнтів.

У вітчизняній літературі питання психокорекційної роботи з пацієнтами, які мають дефекти і деформації обличчя, переважно стосувались аспекту лікування психічних розладів, що є наслідком несприйняття власної зовнішності [272,294].

Аналіз результатів проведеного нами дослідження дав підстави стверджувати, що методи ведення психокорекційної роботи у середовищі пацієнтів, які готуються до хірургічної корекції зовнішності, потребують врахування характеру анатомічних дефектів і деформацій, що є предметом

невдоволення, особистісних рис пацієнтів, їх анамнестичних даних, оскільки ці особливості мають суттєвий вплив на сприйняття власної зовнішності до і після хірургічної корекції, а у деяких випадках є самостійною причиною прийняття необґрунтованого рішення про необхідність оперативного втручання.

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.

Підготовка пацієнта до пластичного оперативного втручання на догоспітальному етапі включала комплексний вплив на психіку хворого, а через неї і на весь організм з метою усунення хворобливих симптомів, зміни відношення до себе, свого стану та оточуючого середовища.

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.

Як свідчать дані проведеного нами комплексного клініко-психопатологічного, соціологічного та експериментально-психологічного досліджень причини та механізми прийняття рішення щодо необхідності

хірургічної корекції зовнішності, а також клінічна картина виявлених психічних розладів суттєво відрізнялись у пацієнтів з абсолютними та відносними показаннями щодо пластики обличчя.

У пацієнтів, що мали абсолютні показання для проведення реконструктивних пластичних операцій ділянки обличчя, 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 дефектами лицьової ділянки голови.

Психопатологічні прояви у них переважно були представленими у вигляді невротичних станів, що у подальшому загострюючись та ускладнюючись на фоні своєрідних преморбідних особливостей досягали ступеню більш виражених затяжних психогенних станів невротичного, та у деяких випадках психопатоподібного експлозивного характеру. При цьому пацієнти першої групи вирізнялись залежністю від чужої думки, схильністю до замкненості, прямолінійністю у вчинках та консервативністю у поглядах.

Щодо пацієнтів з відносними показаннями для хірургічної корекції, то у більшості випадків вони не мали такого вираженого негативного ставлення до власної зовнішності і її корекція розглядалась ними лише як один із аспектів вирішення конфліктної ситуації. Серед пацієнтів цієї групи помітно більшою була питома вага осіб із радикалами особистості психопатичного рівня. У переважній своїй більшості вони мали схильність до імпульсивних дій, нерозважливості, спонтанності та радикалізму у рішеннях.

Значення психотерапевтичної корекції значно зросло для пацієнтів з дефектами чи деформаціями обличчя набутого характеру. Спостереження показали, що при формуванні спотворюючих зовнішність дефектів та деформацій внаслідок нещасного випадку чи захворювання, пацієнтів здебільшого хвилював не стан свого здоров'я, а зовнішній вигляд та реакція оточення з цього приводу.

Спільною для представників обох груп пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, була поширеність 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.

Отже, окрім індивідуальної диференціації психокорекційних заходів, яка враховувала особистісні та соціальні фактори, важливим елементом була і їх відмінність залежно від мотивів звертання за медичною допомогою, психологічних та клініко-психопатологічних особливостей обстежених.

План психокорекційної роботи був складений нами із урахуванням цих та інших виявлених особливостей.

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.

Важливим аспектом було гармонійне узгодження між собою комплексу суто медичних, медико-психологічних, медико-соціальних і соціальних міроприємств, що взаємодоповнювали та підкріплювали одне одного сприяючи максимальному виконанню поставлених завдань щодо корекції психопатологічних проявів та гармонізації сприйняття пацієнтами власної зовнішності.

При застосуванні фармакологічних та психотерапевтичних методів лікування ми прагнули до чіткого узгодження їх в рамках єдиної програми психокорекційних заходів. При цьому психофармакологічний вплив переважно

відігравав допоміжну та підготовчу роль до проведення основного етапу психотерапевтичної роботи.

Проведення психокорекційної роботи передбачало послідовне виконання двох етапів.

5.1. Перший (підготовчий) етап психокорекційної роботи з пацієнтами, які готуються до хірургічної корекції зовнішності

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.

Для оптимізації психокорекційної роботи ми намагались проводити максимально раннє виявлення мішеней для психотерапевтичного впливу, оскільки оптимальним є початок психотерапевтичної корекції, що співпадає з фактом формування косметичного недоліку.

Перший етап, як правило, складався з 3-4 індивідуальних занять, під час яких ми здійснювали дезактуалізацію гострої невротичної симптоматики. Паралельно, у рамках підготовки до основного етапу психотерапевтичної допомоги відбувалось призначення медикаментозної терапії.

Значна кількість пацієнтів, що особливо стосується пацієнтів з розладами особистості, сприймали особливості власних дисгармонійних емоційних та поведінкових реакцій у конфліктних ситуаціях у якості нормальної та невід'ємної складової своєї особистості. У зв'язку із цим значна частина із них не вважали за потрібне звертатися за психотерапевтичною допомогою.

У зв'язку з цим, на підготовчому етапі психокорекційної роботи важлива роль надавалась створенню у пацієнтів мотивації щодо звертання за психотерапевтичною допомогою. Цьому сприяла інформаційно-пояснювальна робота, спрямована на ліквідацію відчуття страху та сорому перед звертанням до психіатра, також використовувалась презентація ефективності психотерапевтичної допомоги у пацієнтів з аналогічною патологією.

Інформація, що надавалась пацієнтам, була максимально повною, доступною за змістом, пояснювала наявність тієї чи іншої наявної симптоматики у даного пацієнта, зверталась увага на індивідуальність симптомів, що становили основу неадекватної когнітивної та афективної оцінки оточуючого.

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. Обов'язково враховувався зміст психотравмуючої ситуації та особливості скарг пацієнтів, результати ретельного соматоневрологічного обстеження.

В ході складення індивідуального плану психокорекційних заходів нами проводилось дослідження моделі очікуваних результатів у кожного пацієнта. Поняття «моделі очікуваного результату» тісно пов'язане з поняттям внутрішньої картини хвороби та являє собою створену пацієнтом концепцію оцінки динаміки особистого патологічного стану.

Формування моделі захворювання та пов'язана з цим потреба позбутися його приводять до утворення особистісних життєвих програм, спрямованих на подолання цього хворобливого стану. Наслідком є утворення комплексу домінуючих уявлень, що відображають бажану ступінь корекції зовнішності. Адекватність цих уявлень залежить значною мірою від характерологічних рис особистості, що формують прогностичні навички. До них відносяться уміння точно оцінити конкретну життєву ситуацію, схильність до моно- або

поліварантних типів передбачення майбутнього, можливість планувати особисту діяльність з урахуванням змін об'єктивних життєвих подій. Вагомими параметрами також є ступінь психологічної зрілості, що забезпечує максимально повне використання набутих навичок та життєвого досвіду, передбачення та осмислення наслідків вчиненого, ригідність або гнучкість установок, відношень, ціннісних орієнтирів, афекту, автономність та залежність в прийнятті рішень, а також складність чи простота когнітивних схем в аспекті розуміння та осмислення оточуючих подій.

Специфіка особистісних рис, що визначають прогностичну діяльність, має досить велике значення з точки зору формування схильності до психосоціальної дезадаптації.

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.

Фармакологічний вплив [295-297] спрямовувався переважно на емоційні порушення, які перешкоджали повноцінному контакту з психотерапевтом внаслідок надмірної емоційної напруженості пацієнтів. Таким чином вирішувалось завдання створення ситуації більш конструктивної настроєності та психотерапевтичної сприйнятливості пацієнтів.

У всіх випадках терапевтична тактика визначалась тяжкістю стану і домінуючими психопатологічними синдромами. У кожному випадку детально з'ясовувались причини, що сприяли прийняттю рішення про необхідність усунення косметичного дефекту чи деформації (її особистісно-емоційна цінність), методи та шляхи планованої корекції, тривалість її здійснення та характер лікувального ефекту, на який очікує пацієнт (повна чи часткова корекція).

До комплексу лікувальних впливів диференційовано включались психофармакологічні елементи. Симптоматична терапія домінуючих в клінічній картині проявів проводилась з використанням відповідних медикаментозних засобів: транквілізаторів, седатиків, препаратів нейрометаболічної та цитопротектної дії, анальгетиків.

Вибір фармакотерапії проводився з обов'язковим урахуванням як результатів клініко-психопатологічного, так і патопсихологічного обстежень. В рамках медикаментозного лікування даного контингенту пацієнтів широко застосовувалась анксиолітична терапія (короткі курси бензодіазепінових транквілізаторів, антидепресантів з анксиолітичним ефектом) з огляду на те, що згідно отриманих результатів, одним з найпоширеніших психопатологічних проявів у їх середовищі, є підвищений рівень тривоги.

Також широко використовувались засоби, спрямовані на корекцію депресивних, тривожно-депресивних і тривожно-фобічних розладів. Зокрема, застосування діазепаму і хлордіазепоксиду поряд з редукцією тривоги і неспокою допомагало відновлювати раніше пригнічені реакції на ласку, приязне ставлення, посилювало прагнення до дружніх групових контактів, сприяло адаптивним формам поведінки, що окрім безпосереднього ефекту було важливим з точки зору створення сприятливого ґрунту для подальшої психотерапевтичної роботи.

Фармакотерапія вищевказаних невротичних розладів передбачала застосування згідно індивідуальних показань широкого спектру психотропних засобів – у першу чергу анксиолітиків (феназепам, мебікар, гідазепам), а також антидепресантів (амітриптилін), рідше нейролептиків (сонапакс, сульпірид), вегетокоректора беласпону, стимуляторів (лимонник, елеутерокок) і загальнозміцнюючої вітамінотерапії.

У випадку наявності досить поширеного серед пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя астенічного синдрому призначались загальнотонізуючі засоби рослинного походження (настій біоженьшеню, лимонника, аралії, заманихи, екстракти родіоли рожевої, елеутерокока). Клінічні прояви незначної

вираженості купірували за допомогою седативних засобів рослинного походження: екстракту валеріани, настою собачої кропиви, седативного збору. Досить ефективними виявились призначення комбінованих препаратів «Персен», «Ново-Пасіт», «Седавіт».

У терапії пацієнтів із органічними ураженнями ЦНС обов'язковим було включення до схеми психофармакологічного лікування традиційних методів розсмоктуючої, дегідратаційної та загальнозміцнюючої терапії.

Важлива роль була відведена знеболювальній терапії з огляду на те, що біль є провокуючим фактором для виникнення та посилення вегетативної, афективної та тривожної симптоматики. Даний напрямок терапії призначався та застосовувався у супроводі консультацій хірургів.

Ефективним було застосування загальнозміцнюючої терапії (вітамінів, оксигенотерапії, глюкози, гліцерофосфату), фізіотерапії та лікувальної фізкультури, особливо у пацієнтів із виразними проявами неврастенічної симптоматики.

При застосуванні психотропних препаратів ми обмежувались монотерапією із використанням зручних для вживання лікарських засобів (простота схеми лікування і титрування доз).

Окрім самостійного терапевтичного ефекту, застосування цих психофармакологічних засобів відіграло свою позитивну роль у процесі підготовки до проведення основного комплексу психотерапевтичних заходів.

Медикаментозне лікування пацієнтів проводилось або у поєднанні з психотерапевтичною роботою, або ж (у більшості випадків) на етапі підготовки до основного психотерапевтичного етапу.

Таким чином, на першому етапі головним досягненням було створення ситуації більш конструктивної налаштованості та психотерапевтичної сприйнятливості пацієнтів. При цьому ставилось завдання, аби інтенсивність фармакологічного компоненту лікування не досягала рівня, який міг би призводити до надмірного седативного ефекту з відповідним пригніченням емоційного компоненту спілкування.

Тривалість першого етапу у більшості випадків не перевищувала шести-семи днів.

5.2. Другий етап психокорекційної роботи з пацієнтами, які готуються до хірургічної корекції зовнішності

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

Другий 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-коригуючий етап для пацієнтів з дефектами і деформаціями області обличчя у більшості випадків передбачав проведення індивідуальних психотерапевтичних занять.

При загальних закономірностях побудови системи психотерапевтичної корекції психоемоційного стану та особистісного реагування хворих з непсихотичними розладами психічної сфери, психотерапевтичний вплив при різних формах порушень має свої особливості. Характер і спрямованість психотерапевтичних впливів у кожному конкретному випадку визначались із урахуванням наявної 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, найбільш широко застосованої як в індивідуальній, так і в груповій формах, 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 наявних у них психопатологічних розладів та підготовка до сприйняття власної зміненої зовнішності.

Останній аспект був важливим з огляду на те, що трансформації вигляду обличчя вносять значні зміни до життєвих когнітивних та поведінкових стереотипів і відповідно потребують певного часу для адаптації в нових умовах, адже оперативна корекція навіть «потворних», але звичних рис обличчя може призводити до явищ особистісної дезадаптації.

З цією метою при проведенні психотерапевтичних сеансів ми намагалися вселити в пацієнтів відчуття впевненості в майбутньому загалом та успішності хірургічної корекції зовнішності зокрема. На конкретних прикладах показати, що хірургічна корекція косметичних дефектів окрім покращення самосприйняття власного відображення, часто сприяє налагодженню міжособистісних стосунків, якщо супроводжується зміною певних дезадаптивних поведінкових стереотипів.

Оскільки сумація негативних емоцій, обумовлених пролонгованою психотравмою у вигляді сформованого косметичного дефекту чи деформації

обличчя, сприяла зниженню порогу психогенного реагування, то патогенними виявлялись звичайні тривіальні події. В цьому разі у пацієнтів частіш за все приєднувались паранояльна налаштованість до оточуючих, ідеї відношення надцінного змісту на яких майже завжди пацієнти починали фіксувати свою увагу.

Для корекції неадекватної моделі прогнозу був використаний раціональний метод психотерапії, що становив корекцію суб'єктивно викривлених уявлень пацієнта про свій стан. При цьому використовувались раціональні логічні доводи, що спирались на об'єктивні дані анамнезу, клініки та медичних технологій, які використовуються для корекції косметичних дефектів та деформацій. Специфіка даного методу полягала в аргументованому доказі або спростуванню положень, пов'язаних з уявленням пацієнта про те чи інше питання стосовно його стану.

При використанні раціональної психотерапії здійснювалась корекція непослідовності, протиріччя та відсутності доказів у пацієнта. Основною перевагою даного методу становила активна участь самого пацієнта в процесі лікування.

На даному етапі значена увага надавалась побудуванню адекватної моделі очікуваних результатів, тобто утворенню об'єктивного особистого образу в результаті пластичного хірургічного втручання.

Вагомою частиною психокорекційних заходів стала комплексна програма, спрямована на різноманітні патогенетичні аспекти психічних реакцій, що призводять до формування і закріплення тривожності та невпевненості у собі. За нашими спостереженнями, раціональна психотерапія виявилась найбільш ефективною для пацієнтів з затяжною невротичною депресією, де провідними були астено-депресивний та астено-обсесивний синдроми.

З методів орієнтованих на особистість ми застосовували: індивідуальну та групову раціональну психотерапію. Найбільш часто застосовуваними методами корекції психоемоційного стану стали поведінкова і когнітивна психотерапія.

На завершальному відрізку психокорекційної роботи цього етапу застосовувалось аутогенне тренування.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів другої групи виявив своєрідність структури і проявів психічної патології у їх середовищі, а також значні відмінності характерологічних рис. Згідно результатів проведеного обстеження, основним мотивом рішення про необхідність хірургічної корекції рис обличчя для пацієнтів із відносними показаннями було бажання за допомогою зміни зовнішності вирішити наявні комунікативні проблеми, досягти соціальних успіхів, нівелювати зовнішні прояви старіння.

Основою психокорекційних заходів у даному випадку 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.

Внутрішні психологічні конфлікти пацієнтів даної групи переважно базувались на невідповідності уявлень про статус і значимість власного “Я” у власних очах та сприйнятті оточуючих із реальним станом справ. Ситуацію, як правило, суттєво ускладнювали емоційна та ефektorно-вольова нестійкість, хибність певних стереотипних уявлень, щодо ролі суто зовнішніх ознак для оптимальної соціальної адаптації.

З огляду на вищенаведені патогенетичні та патопластичні аспекти дисгармонійних рис характеру на перший план у роботі з пацієнтами другої групи, було поставлено елементи раціональної психотерапії, пояснення хибності їх поглядів і стереотипних підходів, а також допомога в процесі гармонізації міжособистісних стосунків.

При переважанні рис характеру властивих демонстративному радикалу перевага надавалась раціональній психотерапії, метою якої було з'ясування психогенезу клінічних проявів поведінкових і психічних порушень, визначення

індивідуально значимих конфліктів, розв'язання конфлікту “емоцій і життєвих вражень”, подолання істероїдних механізмів реагування, нівелювання патологічних стереотипів поведінки. При цьому робився акцент на виробленні почуття відповідальності за власні вчинки, здатності до цілеспрямованої діяльності задля досягнення мети, орієнтуванні на досягнення успіху в соціально прийнятних сферах діяльності.

Застосовувались також елементи аутогенного тренування, що спрямовувалось на регуляцію порушень у діяльності вегетативної нервової системи, формування компенсаторних механізмів.

При роботі з пацієнтами, у яких спостерігалась патологічна виразність параноїдного радикалу особистості, застосовувались прийоми раціональної психотерапії, які головним чином спрямовувались на реалізацію і активацію позитивних властивостей особистості та нівелювання негативних її рис.

Корекція порушень поведінки в рамках емоційно-нестійких радикалів характеру проводилась з активним використанням механізмів стимулювання соціально-трудова напрямків активності. Раціональна психотерапія директивного типу передбачала фіксацію уваги пацієнта на негативних рисах його характеру і подоланні тих аспектів поведінки, які до цього перешкоджали його оптимальному соціальному функціонуванню. В рамках групової психотерапії основну увагу спрямовували на формуванні вміння стримувати сильні емоційні прояви, володіти собою у конфліктних ситуаціях.

Ці завдання реалізовувались переважно на основі патогенетичного методу як в індивідуальній, так і в груповій формах. Паралельно проводилась диференційована симптоматична психотерапія (елементи арттерапії, умовно-рефлекторних тренінгових методик), спрямована на подолання психопатологічних проявів.

Метою психокорекційного впливу при роботі з цими пацієнтами була їх відмова від деструктивних моделей реагування і становлення нових стереотипів поведінки, що забезпечували більш адекватну та гармонійну комунікацію з найближчим соціальним оточенням.

Запорукою ефективності здійснюваних психокорекційних заходів була їх етіопатогенетична спрямованість, послідовність (етапність), диференційованість і комплексність. Комплексно застосовувались психотерапевтичні методи лікування, що враховували клініко-психопатологічні особливості кожного конкретного випадку.

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 відносні показання до проведення хірургічної корекції зовнішності, 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.

Глава 6

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОВНІШНОСТІ, НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ

Враховуючи зміни клініко-психопатологічного, психологічного та соціального характеру, що переважно визначені механізмами адаптації до нових умов життя, психотерапевтична корекція щодо пацієнтів з дефектами та деформаціями області обличчя являє собою складний та багатогранний процес. Вплив різноманітних факторів, котрі діють на психоемоційний стан пацієнтів потребував комплексного та максимально оптимізованого психотерапевтичного втручання.

Одним із найскладніших моментів була психологічна та поведінкова адаптація пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя у післяопераційному періоді, особливо у період адаптації до свого нового образу, який переважно оцінювався як «нестандартний».

Окрім правильного раціонального сприйняття своєї зміненої зовнішності пацієнтів необхідно було підготувати до зустрічі, емоційної оцінки та реакції інших людей (родичів, друзів, колег) із найближчого мікросоціального оточення. Відпрацювання адекватного реагування на цікавість, неприязнь, відразу, жалість та інші емоційні прояви з боку оточуючих сприяло формуванню оптимальних міжперсональних взаємовідносин у післяопераційному періоді, що є однією із центральних задач психотерапевтичної роботи з даною категорією пацієнтів.

При проведенні психотерапевтичної корекції пацієнтам з дефектами та деформаціями обличчя в післяопераційному періоді велике значення приділялось соціально-побутовим умовам життя хворого, міжособистісним відносинам в сім'ї, суспільстві, колективі.

В результаті передопераційного обстеження було виявлено, що пацієнти з абсолютними і відносними показаннями до здійснення хірургічної корекції зовнішності мають відмінності у механізмах виникнення та клінічній картині комунікативних порушень, що для значної частини з них були вагомим фактором рішення про необхідність хірургічного втручання та становили небезпеку у якості факторів порушення післяопераційної адаптації.

Пацієнти із абсолютними показаннями до хірургічної корекції зовнішності у переважній своїй більшості відзначались пасивно-обмежувальним типом комунікативної поведінки. Така поведінка, особливо для осіб із вродженими дефектами і деформаціями, була обумовлена бажанням запобігти зацікавлених поглядів, некоректних питань та зауважень стосовно власної зовнішності. Обмеження комунікативної діяльності приводило до аутизації, розвитку невротичних конфліктів, obsesивно-фобічної та депресивної симптоматики.

Щодо пацієнтів із відносними показаннями для проведення хірургічної пластики обличчя, то їм у переважній більшості був властивий оборонно-агресивний тип реагування в конфліктних ситуаціях, що безпосередньо пов'язаний із їх особистісними характеристиками, зокрема, переважанням особистісних радикалів збудливого кола, поширеністю у їх середовищі розладів особистості.

Таким пацієнтам була властива егоцентричність, підвищена вимогливість до власної зовнішності, конфліктність, безапеляційність у твердженнях, нетерпимість до критики, непослідовність у судженнях, схильність надавати особливого змісту вчинкам, словам, діям чи навіть поглядам інших людей. Внаслідок цього проблеми у міжособистісних взаєминах розглядались у тісному зв'язку із станом власної зовнішності, а особливо критично сприймалися вікові зміни зовнішності, що сприймалися у якості загрози соціальній успішності.

Відповідно, 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 реадaptaції в макро- і мікросоціальному середовищі. Метою лікувального впливу психосоціального напрямку була корекція особистісної структури пацієнта, що сприяла відновленню порушеної системи міжперсональних відносин.

Якщо на перших двох етапах переважно використовувались нозо- та антропоцентричні моделі психокорекції, то на третьому етапі переважало використання соціоцентричної психотерапії.

У перші дні одразу після оперативного втручання за допомогою переважно фармакологічного та фізіотерапевтичного впливу вирішувались завдання корекції патологічної симптоматики (астенічної, тривожної, вегетативної), що може бути перешкодою для подальшої ефективної психокорекційної роботи. Виникнення вищезгаданої симптоматики переважно обумовлене негативним впливом безпосередньо церебротоксичної дії засобів для наркозу та самого оперативного втручання, оскільки всім пацієнтам з дефектами та деформаціями обличчя пластичне оперативне втручання проводилось під загальним чи місцевим наркозом.

Симптоматична терапія домінуючих в клінічній картині проявів проводилась з використанням відповідних медикаментозних засобів: седатиків, транквілізаторів, препаратів нейрометаболічної та цитопротектичної дії, анальгетиків.

У цей період частина пацієнтів та оточуючі негативно реагували на результати корекції косметичного недоліку, вважаючи зміни зовнішності невідповідними очікуванням. У таких випадках ми вдавались до раціональних пояснень пацієнтам, що переживання подібного характеру короткочасні та тимчасові, оскільки безпосередньо пов'язані із післяопераційним станом зовнішності. Як правило, цей період тривав від одного до двох тижнів після зняття пов'язки.

Загалом, основна частина третього етапу психокорекційної роботи складалась з 2-3 індивідуальних та 6-8 групових занять. Окрім того пацієнти отримували домашні завдання: їм пропонувалось вести щоденники, у яких занотовувати все що вони робили, відчували, з якими проблемами стикались. Ці самозвіти аналізувались перед сеансами і давали змогу отримувати додаткову інформацію щодо ефективності та правильності психотерапевтичної роботи.

Групові заняття проводились у кількості 4-6 пацієнтів на одну психотерапевтичну групу і тривали в середньому 60-80 хвилин по 2-3 рази на тиждень.

Вибір даного методу лікування ґрунтувався на тому, що психотерапевтична група, сама собою являла модель звичайних соціальних груп (сімейної, виробничої, дружньої), а також сприяла засвоєнню звичних для хворого прийомів та стереотипів поведінки, засобів емоційного реагування. Головне, чого дозволяла досягнути групова психотерапія у таких випадках, - це навчити пацієнтів передбачати наслідки своєї поведінки і оптимальним чином коригувати її у конкретних умовах.

Групова психотерапія дозволяла пацієнтам краще оцінювати власні реакції на життєві труднощі, виявляти індивідуально-непереносимі ситуації, що сприяють декомпенсації, бачити реакції групи на їх поведінку. Періодичні випадки конфронтації з іншими членами групи дозволяли нам використовувати ці ситуації для того, аби зробити їх більш сприйнятливими до лікування і добиватись оптимізації емоційних та поведінкових реакцій.

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.

Основною вимогою було забезпечення можливості відкритого обговорення всієї проблематики кожним із пацієнтів. Наявність у кожного із учасників спільної проблематики сприяла формуванню емпатичних зв'язків поміж членами групи, атмосфери довіри, відвертості, взаєморозуміння.

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, відмовлялись від швидких, заснованих виключно на “емоційній логіці” рішень, що суперечать раціональній оцінці ситуації.

Зокрема, важливе завдання психотерапевтичної роботи, що полягає у відтворенні адекватного емоційного реагування в процесі групової психотерапії реалізувалось нами на основі дотримання наступних послідовних етапів психотерапевтичного впливу:

1. Встановлення емоційного контакту з групою і відчуття підтримки з її боку.
2. Відчуття власної цінності.
3. Поява щирості відносно самого себе та інших членів групи.
4. Вироблення навичок більш вільних проявів власних негативних і позитивних емоцій.
5. Вміння більш точно виражати свій емоційний стан.
6. Розкриття своїх проблем і відповідних їм почуттів.
7. Розуміння неадекватності власних емоційних реакцій.

8. Емоційна корекція власного способу переживань, емоційного реагування, сприйняття стосунків з оточуючими.

В процесі групової психотерапії пацієнти ближче знайомились із психологічними та поведінковими проблемами інших учасників групи, доволі часто вбачаючи їх ідентичність зі своїми власними проблемами. Усвідомлення цього факту допомагало їм подолати відчуття особистої ізольованості, неповторності у негативному аспекті, полегшувало обговорення та аналіз своїх переживань.

В групі ініціювались обговорення біографічних даних деяких учасників, що базувалось на вільному нічим не стриманому відтворенні власних думок та емоцій. Викладення історії свого життя проводилось добровільно за бажанням пацієнта, при цьому на активність пацієнтів, на їх готовність до подібної відвертості значною мірою впливали індивідуально-типологічні особистісні особливості.

Так, демонстративні особистості прагнули до найбільш повного самовираження, були емоційними, детальними у своїх розповідях, хоча і відзначались суб'єктивізмом та вибірковістю у наданні інформації. Їх меншою мірою цікавило обговорення та інтерпретація своїх емоцій та вчинків, особливо при їх критиці та негативній оцінці оточення. Здебільшого даних пацієнтів цікавило бажання привернути увагу до своєї персони. Вони були схильні до домінування та суперництва, як з іншими учасниками групи, так із психотерапевтом.

Психастенічні особистості відзначались деталізацією розповідей, орієнтувались на допомогу слухачів, ефективність якої на їх думку мала залежати від об'єму отриманої інформації.

Принцип дозованої відвертості (тобто право обговорювати деякі свої проблеми не в групі, а в процесі індивідуальної психотерапії) дозволяв зменшити напругу серед учасників групи.

Слід зауважити, що в процесі проведення індивідуальних психотерапевтичних сеансів ми опрацьовували лише проблеми особливої

конфіденційності, а не ті проблеми, що розглядались у процесі групової психотерапії. Подібне комбінування методів групової та індивідуальної психотерапії, що мало на увазі компліментарність, не дозволяло пацієнтам уникати роботи в групі.

Використовувались наступні психотерапевтичні прийоми: відображення (повторення висловів пацієнта без прагнення їх аналізувати), класифікація (вияв найбільш суттєвих моментів), конфронтація (співставлення окремих висловів пацієнта з метою виявлення прихованих для самого хворого установок), інтерпретація (визначення причинно-послідовних зв'язків, інколи неусвідомлених).

З метою покращення розуміння учасниками психотерапевтичних груп моделі своєї поведінки у конфліктних життєвих ситуаціях використовувались рольові ігри.

Теми рольових ситуацій визначались на підставі найбільш поширених та суб'єктивно значимих із виявлених в процесі дискусії фруструючих факторів. Даний психотерапевтичний прийом дозволяв не лише проілюструвати особливості поведінки, переживань, засобів вирішення проблем, а і виконував функцію поведінкового тренінгу. Адже відомо, що досить часто ізольовану інформацію психологічного та медичного змісту важко використати у побуті, а вміння користуватися напрацьованими моделями поведінки дозволяє набутти впевненості, підвищити самооцінку, позбавитися дезадаптуючих поведінкових стереотипів, відновити комунікативні функції, що є основною метою даного етапу психокорекційної роботи.

З метою регулювання емоційного стану пацієнтів під час групових занять використовувалась музикотерапія, з методів сугестивної психотерапії застосовували непряме навіювання, самонавіювання за Куе, аутогенне тренування.

Питання про форми і методи психотерапевтичної допомоги вирішувалось у кожному випадку диференційовано, з урахуванням чисельних індивідуальних особливостей пацієнтів. Але при цьому варто зазначити, що з точки зору

ефективності та доступності застосування у визначених умовах проведення дослідження перевага надавалась використанню елементів раціональної та когнітивно-біхевіоральної психотерапії.

Також ефективним було використання таких методик, як групова дискусія, тренінг впевненої в собі поведінки і соціальних умінь, психогімнастики, проективного 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 комплексної психотерапевтичної корекції найбільший позитивний 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 відносні показання до здійснення пластики обличчя, часткова 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 одного 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 та міжособистісних 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 шиї, 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 обґрунтована 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 реадаптації 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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боровиков А.М. – Показания к расширенной подтяжке лица // 2-й международный конгресс по пласт.рек.эстет. хирургии. - М.: Корда. - 2005. - С. 39-40.
2. Mohl C. Psychiatric consultation in plastic surgery: the psychiatrists perspective. – Psychosomatics, 2004. – P. 25-47.
3. Швырёв С.П. – Омолаживающие операции на лице. С.-Петербург: «Гиппократ», 1998. - С. 579-613.
4. Юрьева Л.М. Кризисные состояния: Монография. – Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. – 164 с.
5. Selye H. Stress without distress. - New York : Hodder, 1974.- P. 170-171.
6. Schneider K. Klinische Psychopathologie.- Stuttgart, 1959.- 176 s.
7. Schetelig H. Psychohygienische Problem des Schulkindes // Sozialpadiatrie, 1984, 6, 1.- s. 41-45.
8. Caplan G. Emotional crises. - In: The encyclopedia of mental health N.Y., 1993, vol. 2, p. 521 - 532.
9. Hollander E., Benzaquen S. Focus on Obsessive Compulsive Spectrum Disorders. Amsterdam 1997. – P.33-44.
10. Schneider K. Die Psychopathischen personlichkeiten. Leipsig, 1998. – P. 34-37.
11. Венгер О.П. Особливості психотравмуючих факторів у хворих з тривожно-фобічними невротичними розладами // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, №1. – С.57-58.
12. Reich J. The interface of plastic surgery and psychiatry. - Clin. Pl. Surg., 1982. - 370 p.
13. Басеро Г., Банье В. – Омоложение взгляда методами эстетической медицины. – М.: Эстет. Мед. – 2003. – С. 287-291.
14. Трифонова С.Ф. Избранные лекции по медицине катастроф. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2001. – 304 с.
15. Фришберг И.А. Эстетическая хирургия лица.- М.: ИКЦ „Академкнига”, 2005. - 276 с.
16. Andreasen N.J. Neuropsychiatric complications in burn patient // Int. J. Psychiatry Med. – 2004. – V.5, №2. – P. 161-171.
17. Василенко О. Тандем косметолог - пластичний хірург: за і проти // Les Nouvelles Esthetiques Україна. - №5(33). - 2005. – С.42-45.
18. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 1995, №1(2). – С. 45–55.
19. Убайдуллаев Х.А. Медицинская реабилитация онкологических больных с дефектами челюстно-лицевой области. – Екатеринбург: Из-во Урал ИНКО. Урал ЦВИ, 2001. – С. 20-49.
20. Гайдук. І.В., Гайдук В.І, Фришберг І.І. Косметическая хирургия . – 2003. – С. 88-90.

21. Anderson J. - The plastic surgery controversy. - Otolaryngol. Head, neck surg., 1987. – P.113-117.
22. Мусалатов Х.А. Медицина катастроф. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 448 с.
23. Ахабадзе А.Ф. – О распространённости среди городского населения заболеваний и косметических недостатков кожи, требующих косметологической помощи // Здоровоохранение российской Федерации. – 1966. – Т.9. - С. 5-10.
24. Вырупаев С.В. Улучшение результатов реабилитации больных с новообразованиями и дефектами головы и шеи. – Уфа, 2005. – С. 48-52.
25. Горбушко В.Б. Комплексное лечение больных с приобретенными дефектами и деформациями ротовой области и лица. - М.: Наука, 2002. — С. 189–251.
26. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. - №2 (1-2). – С. 25-28.
27. Марута Н.О., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Особливості показника якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади // Український вісник психоневрології. - 2003. - Том 11, вип.4(37). – С.65-68.
28. Wright M. The male aesthetic patient. - Arch. Otolaryng. Head Neck Surg., 1987. – P.113-115.
29. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2004. – С.512-520.
30. Михайлов Б.В. Соціальна психіатрія, психотерапія та психопрофілактика в Україні // Укр. вісн. психоневрології. - 1996. - Т.4, вип.4 (10). - С. 39-41.
31. Павленко О.В., Табачникова В.С. Загальні підходи до розуміння стресу й адаптації // Актуальні проблеми терапевтичної стоматології: 2 Науково-практична конференція. – Київ, 2006. – С.113-114.
32. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. – Новосибирск: Наука, 2003. – 224 с.
33. Зимина Е.Н., Юдин В.А. Психологический статус пациентов с косметическими дефектами лица. – М.: Наука, 1997. — С. 30–33.
34. Гарганеев С.В., Балашов П.П. Механизмы дезадаптации подростков и пути её преодоления // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2003, №1 (27). - С.106-109.
35. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. – СПб.: Речь, 2003.
36. Юрьева Л.М. История. Культура. Психические расстройства и расстройства поведения. – К.: Сфера, 2002. – 314 с.
37. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
38. Беленькая Н.Я. – Задача психиатра в косметологии. - М.: Аванта. – 2005. – 12 с.
39. Федотов Д.Д., Борисов И.В. Психические нарушения при ожоговой болезни и их лечение. – М.: ЭКСМО, 2005. – 65 с.

40. Хрусталёва И.Э. – Хирургическая коррекция возрастных изменений верхней трети лица. - М.: Медицина. - 2004. - 236 с.
41. Шамов С.А. - Особенности психических нарушений у больных зрелого возраста с косметическими недостатками лицевой области. – М.: Авэо, 1982, С. 65-170.
42. Лебедев Д.С. Клинико-эпидемиологические и психологические особенности состояний психической дезадаптации // *Архів психіатрії*. – 2004. – Т.10, 2 (37). – С. 42-46.
43. Волошин П.В. Патология нервной системы при ожоговой болезни. – К.: Здоров'я, 1998. – 144 с.
44. Александровская Э.М. Социально-психологические критерии адаптации // В кн.: «Психическое здоровье».- М.: Дакуда, 2004. - 272 с.
45. Insel T.R. Obsessive compulsive disorder – five clinical questions and a suggested approach // *Сorn. Psychiatry* 1982. – P. 241-251.
46. Insel T., Akiskal H. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A fenomenological analysis // *Am. J. Psychiatry*. 1986. P. 1527-1533.
47. Аведисова А.С. Тревожные расстройства. Л.: Медицина, 2002. – 189 с.
48. Бабюк И.А. Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья. – Донецк: Донеччина, 2002. - 216 с.
49. Cottraux J. Obsession et compulsions. - Paris: Press University de France. 1989. – 56 p.
50. Венгер О.П. Соціальні та психологічні фактори формування тривожно-депресивних розладів // *Здобутки клініки та експериментальної медицини*. Тернопіль. Укрмедкнига, 2002. - Вип. 7 – С.28.
51. Зотова О. И. Направленность личности и социальная регуляция поведения молодёжи // *Психология личности и образ жизни*. — М.: Наука, 2000. — С. 30–33.
52. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах.- М., 1984. Т.4: Патопсихология. С. 248-270.
53. Гельфанд В.Б. Нервно-психические расстройства при ожогах у больных пожилого и старческого возраста // *Клин. геронтология*. – 1996. - №3. – С. 33-37.
54. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. — М., 2004. — 98 с.
55. Калинин В.В. Коморбидность в психиатрии: взгляд на проблему // *Медицина сегодня*, 2002. - №7(11) – С. 34-37.
56. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия. – Минск: “Беларуска навука”, 2006. – С. 34-57.
57. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – «Питер», 2002. – 672 с.
58. Колесникова Г.И. Основы психопрофилактики и психокоррекции. М.: Генезис, 2001. – 480 с.
59. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе К.В., Вульф Э., Психиатрия, психосоматика, психотерапия. – М., 2004. – 503 с.
60. Михайлова В.В., Панин М.Г., Климов Б.А. Психологическая оценка больных с врождёнными и приобретёнными челюстно-лицевыми

деформациями в до- и послеоперационный периоды // *Стоматология*. -2002. - №5 - С. 35-39.

61.Неробеев А. И., Шахов А.А. Исследование психологического статуса пациентов, подвергающихся косметическим операциям. – М.:Изд.Мос.универ. - 1998. - 206 с.

62.Новиков В.П., Никифорова А.М. Психологические последствия аварии // *Воен.-мед. журн.* – 1999. - №6. – С. 57-61.

63.Petrilowitsch N. Zur charakterologie der Zwangsneurotiker. - Halle - 1956. – P. 45-87.

64.Jenike M., Baer L. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder // *Am. J. Psychiatry*, 1986; 143. – P. 530-532.

65. Панько Т.В. Принципы психотерапии женщин с сексуальными нарушениями невротического генеза // *Український вісник психоневрології*. - Харків, 2003. – Том 11, вип.1(34). - С. 86-88.

66.Prior M. Relationship between learning difficulties and psychological problems in preadolescent children from a longitudinal sample // *J. Am. Acad. Child & Adolesc. Psychiatry*, 1999, V.38, №4.- p. 429- 436.

67.Stott L.H. Child Development. An Individual Longitudinal Approach. New York: Holt, 1967. – P. 56-67.

68.Rumke H.C. Uber die klinik und Psychopathologie der Zwangerscheinungen. In: Eine bluhende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewahlte Vortrage und Aufsätze. Berlin, 1967. – P. 76-101.

69.Gurman A.S., Kniskern D.P. Handbook of family therapy. – N.Y.: Brunner – Mazel, 1981. – 796 p.

70. Первый В.С. Особенности сексуального поведения у больных невротическими фобиями и соматоформными расстройствами // *Архів психіатрії*. – 2004. – Т.4, – С.120-126.

71. Вельвовский И.З., Липгарт Н.К., Багалея Е.М., Сухоруков В.И. Психотерапия в клинической практике. – Киев, 2004.

72. Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб.:Питер, 2002. – С. 34-37.

73. Сердюк О.І., Михайлов Б.В. Психотерапевтична корекція непсихотичних порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання. - Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2000. — 159 с.

74.Griesinger W. Uber einen wenig bekannten psychopatischen Zustand // *Arch. F. psych.* 1998. – P. 626-635.

75. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. – Донецк, 2004. – 271 с.

76. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.:Питер, 2005. – С. 432-444.

77. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 448 с.

78. Беседин А.Н. Книга практического психолога: Часть 2. – Х.: РИП «Оригинал», фирма «Фортуна – пресс», - 1996. – 424 с.

79. Бульбаш И.Д., Черепяхина Е.Г. Личностные особенности и социальная активность пациентов с последствиями ожоговой травмы // Восьмая научная конференция по проблеме “Ожоги”. – СПб: ВММНО РФ, 1995. - 202 с.
80. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. — 2002. — Т. 10, № 2. — С.121–133.
81. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 512 с.
82. Janet P. Les obsessions et la psychasthenie. Paris: Alcan. 2003. - 782 p.
83. Аведисова А.С. Депрессии и тревога. Диагностика и лечение. Л.: Медицина, 2003. – 240 с.
84. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация.- М.: Медицина, 1998.- 272 с.
85. Cassano G., Micheli S. The panic agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms // American J. of Psychiatry. 1998; 154 (16). – P. 27-38.
86. Ernst K. Die Prognose der Neurosen - Berlin, 2006. – P. 67-69.
87. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Funfte, neu bearbeitete Auflage, - Stuttgart, 1999, - P. 15-37.
88. Ingram I.M. The obsessional personality and obsessional illness // Am. J. Psychiatry. 1961. – P. 1016-1019.
89. Напреенко А.Е., Марчук Т.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Архів психіатрії. – 2001. - №3(26). – С.33-42.
90. Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Теклюк С.В., Коваленко І.В. Досвід раннього виявлення депресивних розладів у загальномедичній мережі // Архів психіатрії. – 2003. – № 4. – С. 40-43.
91. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. М: ГЭОТАР.МЕД, 2004. - С.66-73.
92. Кряжев С.В., Федорова Г.П. Психические изменения при ожоговой травме и основные принципы их терапии // Современная медицина, 1999. - №12. – С. 72-75.
93. Costello E. Information processing far decision making in depressed women // J. Affectiv. Disorder. 1983; №5. – P.239-251.
94. Denu C. Obsessions et psychose. - Encephale 1999; 12. – P. 498-512.
95. Первий В.С. Фобічний синдром при невротичних і соматоформних розладах (діагностика, клініка, профілактика та лікування): Автореф. дис...докт.медичн.наук. – Київ, 2006. – 32 с.
96. Полив'яная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архів психіатрії. - 2002. - 2 (29). - С. 5-9.
97. Falret J. Obsessions intellectuelles et emotives // Archives of neurology. 1899; 2. – P. 274-293.
98. Hartenberg P. Les timides et la timidite. Paris, 1999. – P. 68-77.
99. Heilbronner K. Zwangsvorstellung und Psychose // Zschr. Neurol und Psychiatr. 2002 – P. 301-347.

100. Sternberg L., Teylor R. Exceptional children. - New York: Springer, 1989. - 419 p.
101. Rutter M., Giller H., Hagell A. Antisocial behavior by young people.- Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
102. Saradjian J. Women who sexually abuse children.- New York, 1996.
103. Tobin H.A., Webster R.C. The less than satisfactory rhinoplasty comparison of patient and surgeon satisfaction. - Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg., 1986. – P. 22-25.
104. Шварцзайд Е.Е. Практические проблемы ортопедического лечения больных пожилого и старческого возраста с психическими заболеваниями // Стоматология. – 1996. – №4. – С.48-53.
105. Wittchen H-U. Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research – the NAPE Lecture 1999 / Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000. – 101. – P. 2-10.
106. Адамс С. Деятельность международного комитета по предупреждению и лечению депрессий / Журнал невропат. и психиатр. – 1999. – Т. 90. – Вып. 4. – С. 46-50.
107. Гойда Н.Г., Жданова Н.П., Напреевко О.Г., Домбровська В.В. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку // Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т.10, вип.2. – С. 9-12.
108. Гумницкая Т.Н. Клиника, диагностика и принципы терапии нарушений психической сферы у больных с избыточной массой тела // Український вісник психоневрології. - Харків, 2003. – Том 11, вип.1(34). - С. 77-81.
109. Дзеружинська Н.О., Блажевич Ю.А. Особливості діагностики та лікування депресивних розладів у хворих на соматичну патологію // Архів психіатрії. – 2004. – Т.10 (39). – С. 57-61.
110. Даценко И.Б. Динамика и клинические закономерности формирования органического расстройства личности // Междунар. мед. журнал. – 2005. – Т.11, №1. – С.15-19.
111. Jaspers K. Allgemeine Psychopatologie (Achte unveränderte auflage). Berlin – Heidelberg – New York: Springer Verlag; 1965. – P. 111-113.
112. Petrilowitsch N. Abnorme Personaliteiten. - Basel-New-York, 1966. – P.445-448.
113. Pollit J. D. Obsessional states: A Contribution to Natural History. MD. Thesis, University of London. 1959. – P. 349-357.
114. Богатченко В.П. О психических нарушениях при ожоговой болезни // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1965. - №11. – С. 1662-1666.
115. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: Учебн. Для студентов мед. вузов // 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 416 с.
116. Еу Н. Manuel de psychiatrie. Paris. 1994. – P. 414-421.
117. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства.— М.: «Малибу», 2000. - 400 с.

118. Adcock R.J., Goldberg M.L., Patterson D.L. Staff perceptions of emotional distress in patients with burn trauma // *REHABIL-PSYCHOL.* – 2003. – V. 45, №2. – P. 179-192.
119. Царегородцев Г.И. (ред.) *Философские проблемы теории адаптации.* - М.: Мысль, 2005.- 277 с.
120. Чабан О.С., Несторович Я.М., Венгер О.П., Ящук В.В., Ситник С.І., Гнатюк Р.М. Деякі особливості сучасних факторів в патогенезі невротичних розладів // *Здобутки клініки та експериментальної медицини.* Тернопіль. Укрмедкнига, 2002.- Вип. 7 – С.57.
121. Глушков Р.Г., Андреева Н.И., Алеева Г. Н. Депрессии в общемедицинской практике // *РМЖ*, 2005. - Т. 13, №12. - С. 2-3.
122. Bernstein G.A., Massie E.D., Thuras P.D., Perwien A.R. Somatic symptoms in anxious- depressed school refusers // *J. Am. Acad. Psychiatry.* – 1997, V.36, №5 – p.661- 668.
123. Post, R. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorders // *American Journal of Psychiatry*, 1992 . – P. 1149-1151.
124. Пішель В.Я., Теклюк С.В. Діагностика та терапія депресій у загально медичній практиці: сучасний погляд на проблему // *Архів психіатрії.* – 2004. – Т.10,4 (39). – С. 137-141.
125. Пішель В.Я., Теклюк С.В. Алгоритм діагностики та лікування депресивних розладів у пацієнтів первинної ланки загальномедичної мережі // *Архів психіатрії.* – 2005. – № 2, – С. 87-92.
126. Hollander E., Wong C. Obsessive-compulsive spectrum disorders // *J. Clin. Psychiatry* 1995, - P. 3-6.
127. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей психиатров, психологов и социальных работников. – Донецк: Каштан, 2006. – 268 с.
128. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. — М.: Аксмо, 2005. — 496 с.
129. Medvedev V.E. Typology of seasonal depressions // *European Neuropsychopharmacology.* - 2005. - Vol. 15. - Suppl. 2. - s. 113-114.
130. Hoch P. Pseudoneurotic forms. - *Psychiatr. Q.* 1989; 23 (2). – P. 248-276.
131. Джулай Г.С., Чернин В.В. Качество жизни и отношение к болезни у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями // *Клиническая медицина.* – 2002. - №7. – С. 32-36.
132. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. *Клиническая психиатрия.* В 2 т.: - Пер. с англ. – М.: Медицина, 2004. – Т.1. - 366 с.
133. Колесник В.С. Оценка качества жизни в медицине // *Российский семейный врач.* – 2002. - №1. – С. 23-26.
134. Мясищев В.Н. — *Личность и отношения человека.* — Новосибирск: Наука, 2003. – 224 с.

135. Пиаже Ж. Избранные психологические труды: Пер. с фр.- М., 1969.- 659 с.
136. Абрамова И.В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения // Журн. психиатрии и мед. психологии.- 2002. - №1(8). - С. 42-46.
137. Аронов Д.М., Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями //Кардиология. – 2003. - №5. – С. 92-95.
138. Бурковський Г.В., Кацюбинський А.П. и др.. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике.: Пособие для врачей и психологов. – СПб., 2006. – 68 с.
139. Качалов П.В., Гельфанд В.Б. Психические расстройства при получении ожога и в ожоговом шоке // Организация и клинические вопросы пограничной психиатрии. – М., 1999. – С. 48-56.
140. Крюкова М.А., Никитина Т. И., Сергеева Ю.С. Экстеренная психологическая помощь: Практическое пособие. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004. - 64 с.
141. Марута Н.О., Панько Т.В., Явдак І.О., Семікіна О.Є., Стаднік А.В. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка у процесі лікування // Український вісник психоневрології. - 2002. - Том 10, вип.2(31). – С.113-114.
142. Михайлов Б.В., Черкасов В.Г. Депрессивная симптоматика в структуре посттравматических стрессовых расстройств // Архів психіатрії. – 2003. – Т.1 (32). – С. 38-40.
143. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Кутько И.И. Функциональная диагностика психических заболеваний: Методические рекомендации. Донецк, 2000. - 12 с.
144. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А. Критерий качества жизни в психиатрической практике: Монография. – Харьков: РИФ Арсис ЛТД, 2004. – 240 с.
145. Венгер О.П. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів Дис...канд.медичн.наук. – Харків, 2003. – 20 с.
146. Повстяной Н.Е. Состояние помощи больным с ожогами и их последствиями в Украине // Междунар. мед. журн. – 2003. – №2. – С. 97-101.
147. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985. – 320 с.
148. Москаленко В.Ф., Горбань Є.М., Табачніков С.І. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1. — С. 9–12.
149. Обрубов С.А. Принципы восстановительного лечения после эстетической пластики. – М.: Глаз, 2001. – С. 38-39.
150. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И. Психогения в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 2001. – 115 с.
151. Асанова Л.М., Лаврова Т.Н. Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологические и психосоматические аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – Т.101. – С. 103-115.

152. Bisson J.I., Jenkins P.L., Alexander J.H. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma // *BR-J-Psychiatry*. – 2004. – V. 170. – P. 78-81.
153. Burk J. More than skin deep a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery. – *PRS*, 1985. – P. 76-82.
154. Strauss A.A., Lehtinen L. Psychopathology and education of the brain-injured child. - New York: Grune & Stratton, 1948. - 206 p.
155. Берсенев А.В. Социальные и клинико-динамические аспекты формирования психических расстройств у учащихся средних специальных учебных заведений. Автореф. дис...к.м.н.- М., 2003.- 24 с.
156. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики // *Международ. мед.журн.* – 2004. - №1. – С. 33-37.
157. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Стресс и психопатологические расстройства при ожоговой болезни // *Стресс и психическая патология.* – М., 1998. – С. 104-107.
158. Deutsch H. Some formes of emotional disturbance and their relationship // *Psychoanal. Quarterly* 1992; 11. - P.301-321.
159. Dubois J. Obsessions et thymie // *Encephale* 1998; 6. – P. 12-26.
160. Accardo P. A neurodevelopmental perspective on specific learning disabilities. - Baltimore: Univ. Park press, 1980. - 280 p.
161. Constans I. Worry propensity and the perception of risk. // *Behav Res Ther* 2001; 39(6). - P.721-729.
162. Collard J. Le traitement de l'anxiete nevrotique par le valium // *Encephale*, 1962. – P.571-573.
163. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. - СПб., 2002. – 448 с.
164. Вертрогадова О.П., Степанов И.Л., Банников Г.С. Роль личности в социально-психической дезадаптации при депрессиях // *Матер. между. конф. психиатров.* - М.: РЦ Фармединфо, 2002. – С. 76-78.
165. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М.: Триада-Х., 2003. — 266 с.
166. Beitchman J.H., Young A.R. Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: a review of the past 10 years // *J. Am. Acad. Child & Adolesc. Psychiatry*. – 1997, V.36, №8 – p.1020-1032.
167. Berger E.V. Teilleistungsschwachen.- In.: W. Spiel (Hrsg.) *Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd XII, Zurich, Kindler, 1980. - s. 223-254.
168. Cloninger C., Przybeck T. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. 1994, - P.22-29.
169. Fenton WS, McGlashan. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms // *Am. J. Psychiatr.* 1986, - P. 441-467.
170. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. – К.: Авансис, 2006. - С. 222-286.
171. Попов Ю.В., Вид В.Д. Реакция на стресс. Комментарии к МКБ-10. – М.:«Альта». - 2002. – 256 с.

172. Семке В.Я., Епачинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. СПб.: Питер, 2006. – С. 512-520.
173. Сердюк А.И. Особенности самооценки влияния болезни на социальный статус больных хроническими соматическими заболеваниями // Журн. психиатрии и мед. психологии. - 1998.- №1. - С. 68-69.
174. Табачников С.І., Гриневич Є.Г., Домбровська В.Г. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф // Архів психіатрії. – 2002. – 1(28). – С. 5-8.
175. Табачникова В.С. Особенности адаптационных нарушений у больных с дефектами зубов и зубных рядов // Архів психіатрії. – 2005. – Т.11, № 2 (41), – С. 214-218.
176. Stutte H., Koch H. (Hrsg) Charakteropathien nach fruhkindlichen Hirnschaden.- Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1970.- 100 s.
177. Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment.- New York, 1990.- 256 p.
178. Berger E.V. Minimal cerbrale Dysfunction. - Bern, 1977. - 215 s.
179. Табарина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
180. Табачникова В.С. Особенности психологического состояния больных со стоматологической патологией // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2006. - Т 2(10). – С. 93-97.
181. Табачникова В.С. Роль характерологических и личностных особенностей в нарушении адаптации стоматологических больных // Междунар. мед. журн. – 2006. – Т.12, №3. – С.17-21.
182. Табачникова В.С. Восприятие боли и психологическая адаптация к лечению у стоматологических больных // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т.10, №11(34). – С. 111-115.
183. Батыгина Г.З. Депрессивные расстройства как причина дезадаптации в подростковом возрасте: Дис...канд.психол.наук. – С.-П., 1998. – 172 с.
184. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Динамика невротических расстройств при ожогах лица // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. - №5. – С. 680-682.
185. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Психоневрологические расстройства в остром и отдаленном периодах ожоговой болезни // Клини. медицина. – 1999. - №9. – С. 75-81.
186. Кабанов М.М., Личко А.Е. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. С. 24-56.
187. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. — Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2004. — 159 с.
188. Верthroградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия. Тревога и обсессии. – М.:РАМП, 1998. – С. 113-131.
189. Захаров А.И. Неврозы. – Л.: Медицина, 2004. – 248 с.

190. Нападов М.А., Паламарчук В.М., Хохлов Э.М. Медицинская деонтология и психотерапия в стоматологии. – К.: Здоров'я, 1984. – 88 с.
191. Вельвовский И.З. Психотерапия в общей (соматической) медицине. - М.: Медицина. - 2002. - С. 244-247.
192. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Динамика астенодепрессивного синдрома в течении ожоговой болезни // 6-й Всероссийский съезд психиатров: Тез. докл. – М., 1990. – Т.1. – С. 123-125.
193. Первый В.С. Основные принципы психотерапии невротических расстройств // Таврич. журн. психиатрии. – 2005.- №1.- С. 16-21.
194. Wittchen H-U., Ustun T., Kessler R. Diagnostic mental disorders in the community // Psychol. Med., 1999. – 29. – P. 1021-1027.
195. Вальчук Я.А. Клинико-психопатологические и психологические характеристики тревоги у лиц с расстройствами личности // Архив психіатрії. – 2004. – Т.10, 2 (37). – С.98-101.
196. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Психопатологические расстройства в течении ожоговой болезни // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. - №11. – С. 1679-1682.
197. Положий Б.С., Гурин И.В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами // Рос. психиатр. журн. – 1997. - №1. – С. 21-24.
198. Маркова М.В. Дисморфофобия в психиатрической и общемедицинской практике: вопросы диагностики и лечения // Архив психіатрії. – 2003. – Т.9, №3(34). – С. 136-138.
199. Chouinard G. Obsessive-compulsive disorder // Int.Clin.Psychopharmacol., 1992, P. 37-41.
200. Falret J. La fobie raisonnante // Annales med. psychol., 1996; 7. - P. 389-390.
201. Rümke H.C. Klinik und Psychopatologie der Zwangsphanomene. Zbl, f.d.. ges Neur. U. Psyc. 1953; 123 (4-5). – P. 238-240.
202. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и её нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия, 2003, Т. 13, №2.- С. 15- 23.
203. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.
204. Марута Н.А., Мороз В.В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение): Монография. – Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2006. – 144 с.
205. Ellis A. Does sex therapy really have a future // J. Rational Living. – 1983. – V.18. – P. 3-6.
206. Dubois P. Pathogenie des Etats neurastheniques. Rapport presente an X Congres Francais de medecine. Geneve. 1998. – P. 12-14.
207. Eisen J., Rasmussen S. OCD and compulsive traits. Phenomenology and outcome. - Presented at the 144th Ann. Meeting of APA. New Orleans, 1991. – P. 228-230.

208. Павленко А.В., Табачникова В.С. Профилактика и коррекция адаптационных расстройств в комплексном лечении больных с дефектами зубов и зубных рядов // Архив психиатрии. – 2004. – Т.10, № 2(37). – С. 235-236.
209. Табачникова В.С. Психокоррекция и психопрофилактика невротических расстройств у стоматологических больных // Архив психиатрии. – 2006. – Т.1 (44). – С. 261-265.
210. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в 2-х томах.- М.: Медицина, 1999. - Т. №1. -712 с.
211. Нок К., Кониг W. Neurosenlehre und Psychotherapie. – Jena, 1979. – 220 p.
212. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. – К.: Сфера, 2005. – С. 154-160.
213. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – М.: Глуксо, 2004.
214. Подкорытов В.С. Фармакотерапия при депрессивных расстройствах – актуальная проблема XXI века // Архив психиатрии. – 2001. - №3(26). – С. 12-17.
215. Теклюк С.В. Удосконалення ранньої діагностики та лікування депресивних розладів у пацієнтів загальномедичної амбулаторної практики. Автореф. дис...канд.медичн.наук. – Київ, 2006. – 20 с.
216. Яничак Ф.Д., Девис Д.М., Прескорн Ш.Х. Принципы и практика психофармакотерапии: пер.с англ. – К.: Ника-Центр, 1999. – 728 с.
217. Schneider K. Klinische Psychopatologie fur Artzl. 2 verbesserte und vermehrte Aufl. Leipzig, 1997;25: P. 487- 489.
218. Аведисова А.С. Современная классификация антидепрессантов: возможности повышения эффективности и безопасности // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т.2,№3. – С. 89-93.
219. Красильникова М.Н., Дезорцев В.В., Юлдашев В.Л. Психофармакотерапия психических нарушений при ожоговых поражениях // Новые методы лечения психических заболеваний. – М., 1999. – С. 102-105.
220. Михайлов Б.В. Проблема депресій в загальносоматичній практиці // Архив психиатрии. – 2003. – Т.9,3 (34). – С. 37-41.
221. Chouinard G., Goodman W., Greist J. Results of double-blind placebo controlled trial. of a new reuptake inhibitor, sertraline, in the treatment of obsessive-compulsive disorder // Psychopharmacol.Bull. 1990. - P. 279-284.
222. Jenike M., Baer L. Clomipramine versus fluoxetine in obsessive-compulsive disorder // J.Clin.Pharmacol. 1990, №10. – P. 122-124.
223. Пушкарева Т.Н. К вопросу о роли психосоциальных факторов в развитии тревожных расстройств невротического уровня // Архив психиатрии. - Київ, 2002. - № 2 (29). - С. 29-32.
224. Зборовский А.М. Психические расстройства у пострадавших с ожоговой травмой // Архив психиатрии. - №2(41). – 2005. – С. 28-33.
225. Гусак В.К., Бабюк И.А., Зборовский А.М. Механизмы дестабилизирующего влияния ожоговой травмы на психическое состояние // Вест. неотлож. и восстановит. медицины. – 2002. – Т.1. – С. 50-53.

226. Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie. – 1983, - P. 23-32.
227. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Клинические варианты невротоподобных расстройств при ожоговой болезни // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. - №11. – С. 33-37.
228. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. – СПб: Акмен. - 2001. – 133 с.
229. Качалов П.В., Гельфанд В.Б. Диагностика и терапия нервно-психических расстройств при ожоговой болезни // Новое в терапии и организации помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами. – М., 1998. – С. 84-88.
230. Шестопалова Л.Ф. Реабилитация больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами: принципы и подходы к психокоррекционной работе // Архив психиатрии. – 2001. - №4(27). – С. 83-86.
231. Гельфанд В.Б., Новоселов Г.В. — Психопатологические расстройства в течении ожоговой болезни. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1980. – С. 1679-1681.
232. Черкасов В.Г., Михайлов Б.В., Маркова М.В. Медикаментозная терапия и организационные принципы оказания медицинской помощи больным с посттравматическим стрессовым расстройством // Архив психиатрии. – 2001. - №3(26). – С. 42-44.
233. Schlicksbier M. Stress // Therapiewoche, 1984, № 34, v.52.- s. 7197.
234. Jahrreiss W. Uber Zwangsvorstellungen un Verlauf // Arch. Psychiat. Neurol. 1996. – P.740-788.
235. Silver L.B. The relationship between learning disabilities, hyperactivity, distractibility and behavioral problems //J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1981, V.20, №2.- p. 385- 397.
236. Табачникова В.С. К проблеме верификации состояния страха и тревоги у стоматологических больных // Укр. мед. альманах. – 2005. – Т.8, №4 (додаток). – С. 240-242.
237. Delgado P., Goodman W., Price L. Obsessive-compulsive disorder // Br.J.Psychiatry, 1990. - P. 762-765.
238. Краснов В.Н. Современные подходы к терапии депрессий // РМЖ, 2002. - Т.10, №12-13. - С. 553-555.
239. Морозова М.А., Бениашвили А.Г. Роль ранней терапевтической диагностики тревоги в изменении состояния больных с тяжёлым депрессивным эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. - №1. - С. 81-84.
240. Первый В.С. Современные этиопатогенетические аспекты невротических фобий // Архив психіатрії. – 2004. – Т.4 (29) – С. 50-58.
241. Сердюк О.І. Особливості психотерапевтичної корекції психоемоційного стану хворих на соматичні захворювання у виконанні сімейного лікаря // Сімейна медицина – досягнення і перспективи: Матеріали Всеукр. наук.- практ. конф. - Харків, 2002. - С. 121-122.
242. Barr M.W. Some notes on a sexualisation, with a report of eighteen cases, J. Nerv. & Ment.Dis., Vol.51, 1920. – P. 78-94.

243. Hwang M., Martin A., Lindenmayer J. Obsessive-compulsive features with serotonin reuptake inhibitors // *Am. J. Psychiatry* 1993. – P. 150-154.
244. Beisser A. The paradoxical theory of change // *Gestalt Therapy now CA: Science and Behavior Books*, 1970. – P.77-80.
245. Hollander E., Greenwald S. Uncomplicated and comorbid OCD in epidemiologic sample // *J. of Depression and Anxiety* 1996. – P.111-119.
246. Hoch P., Cattell J. The course and outcome pseudoneurotic. - *Amer. J. Psychiat.* 1993; 119 (2). – P. 106-115.
247. Энтони В.И. Психиатрическая реабилитация – Киев: Сфера, 2001. – 278 с.
248. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // *Социальная и клиническая психиатрия*. – М., 2002. - Т. 12, №3. - С. 97-104.
249. Михайлов Б.В., Сердюк О.І., Соматогенний астеничний симптомокомплекс у хворих на хронічні соматичні захворювання // *Вісн. Вінниц. Держ. Мед. ун-ту*, 2000. - №2. - С. 498-499.
250. Whyte S., Blewett A. Deliberate self-harm (The impact of a specialist DSH team on assessment quality / *Psychiatric Bulletin*, 2001. – 25. – P. 98-101.
251. Wender P.H., Eisenberg L. Minimal brain dysfunction // *American handbook of psychiatry*.- 2nd ed.- New York, 1974, v. 2.- p. 130- 146.
252. Сердюк О.І. Непсихотичні форми порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання (клініка, систематика, критерії діагностики та принципи терапії): Автореф. дис...докт.медичн.наук. – Харків, 2003. – 34 с.
253. Смулевич А.Б., Андрущенко А.В., Романов Д.В. Психофармакотерапія тривожних розстройств пограничного рівня // *РМЖ*, 2006. - Т.14, №5. - С. 3-7.
254. Бабюк І.А., Зборовський А.М., Фисталь Э.Я. К вопросу о коррекции психических расстройств при ожоговой травме в результате техногенных аварий // *Укр. журн. екстрем. медицини ім. Г.О. Можаяєва*. – 2001. – Т.2, №4. – С. 37-40.
255. Бабюк І.А., Михайлов Б.В., Селезнев Г.А., Сердюк А.І., Федосеев В.А., Седнев В.В. Психотерапія и медицинская психология в реабилитации женщин: Клиническое руководство. – Донецк-Харьков: ПРОФИ-Донетчина, 2003. – 284 с.
256. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. - Л.:Медицина, 1985. - 216 с.
257. Михайлов Б.В., Сердюк А.І., Федосеев В.А. Психотерапія в общесоматической медицине. Харьков, 2002. – С. 14-19.
258. Михайлов Б.В., Сердюк О.І. Диференційована психотерапія хворих на хронічні соматичні захворювання // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2000. – Т.8, вип.1. – С. 34-36.
259. Сердюк О.І. Принципи побудови системи психотерапії соматичних хворих // *Укр. вісн. психоневрології*. – 1998. – Т.6, вип.3. – С. 56-58.

260. Чабан О.С., Хаустова Е.А. Терапія депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств лёгкой и умеренной степени // Архив психіатрії. – 2004. – Т.10, №4 (39). – С. 146-153
261. Анн Л.Ф. Психологический тренинг. – СПб.: Питер, 2003. – 271 с.
262. Карвасарский Б.Д., Ледер С. Групповая психотерапия. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
263. Сердюк А.И., В.И.Гризодуб, К.В.Жуков. Психотерапия. Особенности применения в стоматологии. – Харьков, 2004. – 160 с.
264. Perls F. Heschalt therapy verbaten. - Lafoiet, California: Real People Press, 1969. – P.74-78.
265. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy. - NY, 1961, - 89 p.
266. Schults J.H. Das Autogene Treining. – Stuttgart, 1964. – 253 S.
267. Крамер Ч. Мастерство психотерапии. – СПб.: Питер, 2003. – 240 с.
268. Михайлов Б.В., С.И. Табачников, Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия. – Харьков: ОКО, 2002. – 768 с.
269. Михайлов Б.В. Суггестивная психотерапия. Метод.рекомендации.- Харьков, 2002. – С. 44-48.
270. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 296 с.
271. Фёдоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
272. Табачникова В.С. Системный подход к диагностике и коррекции нарушения стоматологического здоровья // Вісн. проблем біол. і медицини. - 2006. – вип.3. - С. 130-134.
273. Табачников С.И., Бабюк И.А., Титиевский С.В. Формирование ценностных отношений и установок врача-психиатра в процессе освоения приемов групповой психотерапии // Актуал. проблемы пограничной психиатрии, психотерапии, мед. психологии. - Харьков, 1999. - С.147-149.
274. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. – М.: «Яхтсмен», 2003. – С. 234-240.
275. Юнг. К.Г. Дух и жизнь. Сборник.— М.: Практика, 1996. – 559 с.
276. Тарас А.Е. Методы эффективной психокоррекции. – Мн.: Харвест, 2004. – 816 с.
277. Александровский Ю.А. Психофармакотерапия: Учебн. Пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр „Академія”, 2005. – 128 с.
278. Петрюк П.Т. Основные современные принципы применения физиотерапии в психиатрии // Архив психиатрии. – 2004. - №4(39). – С. 141-146.
279. Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. - Киев:Здоровье, 1979. – С. 22-28.
280. Moreno J.L. Psychodrama. - NY: Beacon House, 1946. - vol. I. – P. 349-376.

281. Сосин И.Н., Сосин И.К. Физиотерапия при психических заболеваниях // Клиническая физиотерапия: Справочное пособие для практического врача. – К.:Здоров'я, 1998. – С. 549 – 557.
282. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я. Лечение депрессий в амбулаторной практике препаратом Деприм // В сб. "Деприм. Фітопрепарат для корекції настрою. Результати клінічних досліджень". – Киев. – 2000.- С. 4-13.
283. Фільц О. Переваги застосування психотропних засобів рослинного походження з точки зору доказової медицини // Ліки України. – 2004. - №9(86). – С. 106–109.
284. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 617 с.
285. Картер Ф., Рассел К. Психометрическое тестирование. – М.: АСТ Астрель, 2003. – С. 24-30.
286. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб, 2002. – 349 с.
287. Тюрин Ю.Н., Макаров А.А. Анализ данных на компьютере. / Под ред. В.В. Фигурнова. – М.: Финансовая статистика, 2002. – 384 с.
288. Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК) // Составитель и редактор Дж. Э. Купер. – Издательство «Сфера», Киев, 2002. – 441 с.
289. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 2005. – 272 с.
290. Герасименко Л.А. Особенности тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с дефектами и деформациями лица // Медицинская психология. – 2007. – Т.2, №1. – С.21-25.
291. 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.
292. 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.
293. Герасименко Л.О. Доцільність та мотивація проведення естетичних операцій ділянки обличчя // Акт. проблеми сучасної медицини. – 2006. – Т.6, вип.4(16). – С.131.
294. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов // РМЖ, 2005. - Т.13, №12. - С. 852-857.
295. Мосолов С. Н. Новые достижения в терапии психических заболеваний. — М.: БИНОМ, 2002. — 624 с.
296. Соловьёва И.К. Анксиолитики: вчера, сегодня, завтра // РМЖ, 2005. - Т.14, №5. - С. 385-388.

297. Saxena S., Wang D. Augmentation of serotonin reuptake inhibitor treatment for refractory disorder // J. Clin Psychiatry 1996; 57. – P. 303-306.

298. 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.

299. 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.

300. Скрипников 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. Освіта. Медицина. Психологія. Психотерапія. Можливості співпраці». – Полтава, 2006. – С.22.

301. Герасименко Л.А. Применение групповой психотерапии в реабилитации пациентов после проведения пластических операций // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, №4. – С.60-63.