

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

БОДНАР ЛЕСЯ АНАТОЛІВНА

УДК: 616.89;617.52;616.89:617.52-052

**НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ В ОСІБ З ДЕФЕКТАМИ ТА
ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА ТА ЇХ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків – 2012

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України»

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Скрипніков Андрій Миколайович**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України», кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Підкоритов Валерій Семенович**, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», відділ клінічної, соціальної і дитячої психіатрії, керівник відділу

доктор медичних наук, професор **Абрамов Володимир Андрійович**, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри

Захист відбудеться 24 жовтня 2012 року о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.64.566.01 при Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

Автореферат розісланий _____ 2012 року.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
к.мед.н., с.н.с.

Л. І. Дяченко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Ніс є однією з найвиразніших частин обличчя з естетичної точки зору. При дослідженні руху очей співрозмовників встановлено, що найбільша увага під час спілкування зосереджується саме на ділянці «очі – ніс – рот» (R. J. Gregory, 2004). Тому дефект чи деформація носа – патологія, яка призводить до психологічної травми, результатом якої є зміна якості життя і соціального функціонування, що проявляється в обмеженні контактів, заниженні самооцінки, зміні особистісних установок та цінностей і спонукає звертатися за допомогою до пластичних хірургів (К. Phillips 2005; Д.Ф. Хритинин, 2008; В. А. Абрамов, 2009; П. В. Волошин, Н. О. Марута зі співав., 2011; В. С. Підкоритов, 2011).

Операції по зміні форми носа на сьогодні є одними з найпопулярніших в пластичній хірургії (L. Fontenelle, 2006; А. Белоусов, 2006; К. Philips, 2010; В. Е. Медведев, 2011). Часто ринопластика стає необхідною для відновлення фізіологічних функцій органу – при складних вроджених вадах, вогнепальних пораненнях, опікових травмах, онкологічній патології тощо (Н. Е. Повстяной, 2003; Ш. А. Боймурадов, 2006; Ю. Ю. Русецкий, 2007). Однак, провідного значення серед мотивів звернення до пластичних хірургів набуває бажання за допомогою зміни форми носа вирішити проблеми особистого та комунікативного характеру, відповідати певному ідеалу краси. Косметичні дефекти і деформації носа, які спонукають до пластичної операції, займають одне з чільних місць (37%) серед косметичних недоліків тіла, поступаючись лише шкірі та волоссю (К. Philips, 2005).

Останніми роками розпочалося активне вивчення психічних характеристик пацієнтів, що звертаються до пластичних хірургів для проведення ринопластики. Однак, такі дослідження частіше є ретроспективними, результати нерідко мають суперечливий характер і стосуються, насамперед, діагностики та лікування психічних розладів після операції, недостатньо висвітлюючи доопераційний період. Більшість дослідників вказують, що частіше пацієнти задоволені ринопластикою (P. Haraldsson, 1999; R. J. Honigman, 2004). У той же час є наукові роботи, в яких наголошується, що значна частина прооперованих не отримують позитивного психологічного та психосоціального ефекту після технічно вдало проведеного оперативного втручання, можуть переключатися на «дефекти» інших частин тіла, залишаються постійно невдоволеними косметичними результатами та вимагають чергових пластик (M. Ercolani, 1999; D. Veale, 2003; M. Alavi, 2011; V. A. Picavet, 2011). Цілком імовірно, що більшість з них страждають на різні психічні розлади.

Тому перед проведенням ринопластики слід правильно оцінити психічний стан пацієнтів та співставити його з тяжкістю косметичного дефекту. Важливо виокремити хворих, які дійсно потребують оперативного втручання, від осіб з

надмірним естетичним відчуттям, неадекватним ставленням до свого косметичного недоліку та психічними порушеннями.

Таким чином, актуальність обраної теми визначається високою частотою звернень до пластичних хірургів з приводу косметичних деформацій носа, нез'ясованістю особливостей психічного стану осіб перед операцією та його впливу на результат ринопластики, що обумовлює перспективність комплексного вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних характеристик, від аналізу та врахування яких залежить вибір оптимальної діагностичної та лікувальної тактики.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана згідно плану науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України» «Психічні порушення невротичного регістру та їх психотерапевтична корекція у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа» (№ державної реєстрації 0110U003030).

Мета дослідження: на основі вивчення особливостей непсихотичних психічних порушень в осіб з косметичними дефектами і деформаціями зовнішнього носа, розробити систему їх психотерапевтичної і медикаментозної корекції.

Для здійснення вказаної мети в роботі були поставлені наступні завдання:

1. З'ясувати поширеність косметичних ринопластик в загальній структурі естетичних пластичних операцій на обличчі та дослідити розповсюдженість непсихотичних психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою.

2. Вивчити та порівняти клініко-психопатологічні характеристики осіб, які звертаються до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики, залежно від наявності чи відсутності у них дефектів та деформацій носа.

3. Вивчити та зіставити патопсихологічні характеристики осіб, які звертаються до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики, залежно від наявності чи відсутності у них дефектів та деформацій носа.

4. Визначити предиктори несприятливих психологічних наслідків та незадоволеності результатами естетичної ринопластики.

5. Розробити систему психотерапевтичної та медикаментозної корекції непсихотичних психічних розладів в осіб, які прагнуть змінити форму носа з естетичною метою, та оцінити її ефективність.

Об'єкт дослідження: непсихотичні психічні розлади в осіб з косметичними дефектами та деформаціями зовнішнього носа.

Предмет дослідження: розповсюдженість, клінічні прояви, принципи психотерапевтичної корекції непсихотичних психічних порушень в осіб з косметичними дефектами та деформаціями зовнішнього носа, предиктори несприятливих психологічних наслідків та незадоволеності результатами естетичної ринопластики.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, клініко-катамнестичний, статистичний.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше вивчені клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики осіб, які звертаються до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики, та показано, що такі пацієнти потребують індивідуальної діагностичної та лікувальної тактики.

За результатами дисертаційної роботи з'ясована поширеність ринопластик в загальній структурі естетичних операцій на обличчі, розповсюдженість несприятливих психічних розладів в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою.

Вперше визначені клініко-психопатологічні особливості кандидатів на естетичну ринопластику, їх психічний, соматичний та неврологічний статуси.

На основі отриманих даних вперше розроблена система психотерапевтичної та медикаментозної корекції виявлених несприятливих психічних порушень.

Вперше запропонована скринінг-анкета для своєчасного виявлення осіб, які з високою ймовірністю будуть незадоволені результатом ринопластики та матимуть після її проведення негативні психологічні наслідки.

Практичне значення отриманих результатів. Встановлено, що в осіб, які звертаються до хірургів для проведення косметичних пластичних операцій на зовнішньому носі, часто мають місце несприятливі психічні порушення, особливості яких слід враховувати для вибору оптимальної лікувальної тактики та прогнозування психологічних наслідків ринопластики.

Для своєчасної діагностики несприятливих психічних порушень у кандидатів на естетичну ринопластику доведена необхідність їх поглибленого огляду лікарем-психіатром із застосуванням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів обстеження.

Практичну цінність має скринінг-анкета, яка розроблена з метою виявлення предикторів несприятливих психологічних наслідків ринопластики та прогнозування незадоволеності її результатами.

В комплексному лікуванні виявлених психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичних міркувань, високу ефективність довела розроблена система поетапної психотерапії з гештальт-підходом в поєднанні з медикаментозними засобами.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні (ПОКПЛ) ім. О.Ф.Мальцева, Полтавського психоневрологічного диспансеру, Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ) ім. М.В.Скліфосовського, комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Основні положення дисертаційної роботи використовуються в навчальному процесі на кафедрах ВДНЗУ

«Українська медична стоматологічна академія» та Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є завершеним науковим дослідженням. Внесок автора полягає в проведенні інформаційно-патентного пошуку, в аналізі та узагальненні даних наукової літератури, в розробці основних завдань дослідження, у виконанні експериментальної частини роботи, самостійному веденні та обстеженні пацієнтів, проведенні клінічних досліджень. Дисертантом особисто систематизовані отримані дані, узагальнені результати дослідження, написані всі розділи роботи, сформульовані висновки та практичні рекомендації, підготовлені до друку наукові праці, впроваджені результати наукових розробок у роботу медичних закладів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи обговорювалися та викладені на X-му Ювілейному з'їзді Всеукраїнського Лікарського Товариства (Євпаторія, 24-27 вересня 2009 року), науково-практичній конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (Харків, 24-25 червня 2010 року), XIII-му конгресі Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (Львів, 1-3 жовтня 2010 року), науковому симпозиумі та пленумі з міжнародною участю «Індикатори надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (Чернівці, 23-25 вересня 2010 року), X-ї міжнародній конференції психіатрів, психотерапевтів, психологів «Современные направления и достижения психиатрии, психотерапии и психологии» (Сімферополь, 2-3 червня 2011 року), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Медична наука-2011» (Полтава, 29-30 листопада 2011 року).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 14 робіт, із них 6 – статей (3 одноосібні) у наукових спеціалізованих виданнях, 8 тез (4 одноосібні) науково-практичних конференцій.

Структура дисертації. Дисертація викладена на 145 сторінках машинопису, з яких 122 сторінки основного тексту, і включає вступ, огляд літератури, розділ, що містить загальну характеристику обстежених осіб та методи дослідження, 4 розділи власних досліджень, аналіз і узагальнення отриманих результатів, висновки, практичні рекомендації, список використаних літературних джерел. Робота ілюстрована 3 таблицями та 13 рисунками. Бібліографічний список містить 226 джерел, з них 104 – зарубіжних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Загальна характеристика обстежених осіб та методи дослідження. Для з'ясування поширеності косметичних ринопластик в загальній структурі естетичних пластичних операцій на обличчі використовували дані офіційної звітної документації, що затверджена МОЗ України, та звітні матеріали

відділення щелепно-лицьової, пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії ПОКЛ ім. М.В.Скліфосовського за 2009 – 2011 роки.

Для вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних характеристик осіб з косметичними дефектами та деформаціями зовнішнього носа протягом 2009 - 2012 років на базі клініки психіатрії, наркології та медичної психології ПОКПЛ ім. О.Ф.Мальцева та щелепно-лицьової, пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії ПОКЛ ім. М.В.Скліфосовського обстежили 150 осіб, які звернулися до пластичного хірурга для проведення косметичної ринопластики. З них у 51 особи (чоловіків – 17, жінок – 34, віком від 19 до 50 років), які мали косметичні дефекти та деформації носа, при первинному інтерв'ю психічних порушень виявлено не було, тому вони склали контрольну групу. Всі інші в залежності від наявності чи відсутності косметичних вад носа були розподілені на дві групи:

– перша група (I) – 69 осіб (чоловіків – 30, жінок – 39, віком від 19 до 50 років) з помітними для оточуючих дефектами і деформаціями зовнішнього носа, які відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи та не порушували фізіологічних функцій органу. Із вроджених деформацій реєструвалися: горбоподібний ніс (n=17; 24,64%), западіння спинки носа (сідлоподібний ніс) (n=8; 11,59%), широке розташування носових кісток (n=8; 11,59%), вроджене викривлення перетинки (n=7; 10,14 %), довгий ніс (n=6; 8,69%), широкі крила носа (n=2; 2,90%), широкий (роздвоєний) кінчик носа (n=1; 1,45%), із набутих – викривлена спинка носа (n=8; 11,59%) та косметичні дефекти кінчика (n=5; 7,25%), спинки (n=2; 2,90%) та крил (n=7; 10,14 %) носа.

– друга група (II) – 30 осіб (чоловіків – 14, жінок – 16) віком від 19 до 30 років, які косметичних вад носа не мали, однак фіксували на ньому невиправдано велику увагу, були категорично ним незадоволені і наполегливо вимагали змінити його форму. В анамнезі таких пацієнтів, як правило, реєструвалися неодноразові звернення до пластичних хірургів, повторні ринопластики, результати яких їх не задовольняли.

Основними мотивами звернення до пластичних хірургів всіх обстежених було бажання досягти ідеального образу та завдяки зміні зовнішності налагодити порушені міжособистісні стосунки, або ж досягти успіху в професійній сфері, використовуючи переваги власної зовнішності.

За віковими, соціально-демографічними характеристиками статистично достовірних відмінностей між обстеженими не було.

Усі пацієнти були попередньо детально ознайомлені з умовами дослідження і підписали індивідуальні поінформовані згоди щодо своєї добровільної участі відповідно вимог Гельсінської декларації.

Діагностична оцінка і систематизація виявлених психічних порушень проводилась у відповідності до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду. Для об'єктивізації отриманих хірургічних та

косметологічних даних користувались консультаціями фахівців відповідного профілю відділення пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії ПОКЛ ім. М. В.Скліфосовського.

Всім пацієнтам проведено всебічне комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та соціально-демографічне обстеження.

Клініко-анамнестичним методом вивчалась перевантаженість анамнезу, особливості розвитку, мотиви звернення до оперативного втручання, підтримка цього рішення з боку родичів та ін..

При клініко-психопатологічному обстеженні аналізувалися скарги, оцінювався стан соматичної, неврологічної і психічної сфери.

Комплексне психодіагностичне обстеження включало використання шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкали реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (Г. В. Большаков і співав., 1996), характерологічного опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека (1981), опитувальника «Тип ставлення до хвороби» (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, 1980) та тесту диференційної самооцінки функціонального стану (САН).

Соціально-демографічне обстеження проводили за спеціально розробленою картою, що містила такі характеристики: вік, рівень освіти, сімейний стан, характер трудової діяльності, матеріальне становище обстежуваних.

Для статистичної обробки результатів дослідження використовували параметричні та непараметричні методи варіаційної статистики. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$. Для розробки прогностичних критеріїв була використана неоднорідна послідовна процедура Вальда-Генкіна (Гублер Е.В., 1973). Обчислення проводили на ПЕОМ IBM PC Pentium з використанням програм «Excel» та «Statistica 7.0 for Windows».

Результати дослідження та їх обговорення. За даними офіційної звітної документації та звітних матеріалів відділення щелепно-лицьової, пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії ПОКЛ ім. М. В.Скліфосовського за 2009 – 2011 роки встановлено, що операції по зміні форми носа в загальній структурі естетичних пластичних оперативних втручань на обличчі склали третину (32,5%) та мали найбільшу питому вагу.

Отримані нами результати підтверджують опубліковані у науковій літературі дані про популярність ринопластики (К. Philips, 2005; L. Fontenelle, 2006; А. Белоусов, 2006; В. Е. Медведєв, 2011) і обумовлюють доцільність вивчення особливостей психічних порушень в осіб, що бажають змінити форму носа з естетичною метою та розробки системи їх психотерапевтичної та медикаментозної корекції.

Встановлено, що у переважної більшості обстежених ($n=99$, 66,00%), які зверталися до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики,

виявлені неспсихотичні психічні порушення, які відрізнялися залежно від наявності чи відсутності дефектів та деформацій носа.

Виходячи з мети та завдань дослідження, спочатку ми проаналізували та порівняли клінічні та анамнестичні дані обстежених осіб. Встановлено, що мотивом звернення для переважної більшості обстежених I групи (n=50; 72,46%) було покращення зовнішнього вигляду, удосконалення обличчя та досягнення ідеального образу. Третина обстежених (n=19; 27,54%) основною причиною оперативного втручання називали покращення соціального функціонування, окремі пацієнти (n=4; 5,80%) вказували на обидві причини.

Майже всіх осіб з деформаціями носа та їхні переживання підтримували рідні (n=63; 91,30%), однак рішення про оперативну корекцію носа поділяли тільки у кожній четвертій родині (n=20; 28,98%).

Більшість пацієнтів (n=42; 60,87%) I групи для проведення ринопластики звернулися до пластичних хірургів вперше, деякі (n=11; 15,94%) – вдруге; кожному четвертому (n=16; 23,18%) раніше виконувалися пластичні операції на інших частинах тіла (підтяжка обличчя, маммопластика, ліпосакція тощо).

При аналізі клінічних та анамнестичних даних осіб II групи встановлено, що вони, хоча й не мали деформацій і дефектів носа, однак зверталися до пластичних хірургів з вимогою зменшити (n=11; 36,67%) або збільшити (n=3; 10%) ніс, хотіли усунути невидимий та надуманий горб (n=2; 6,67%) чи викривлення (n=1; 3,33%), але частіше (n=13; 43,33%) навіть не могли чітко пояснити хірургу свої бажання і наполегливо просили зробити ніс «просто красивим».

Майже всі обстежені II групи вказували на обмеження соціальних контактів, обумовлене «потворністю» та власною неповноцінністю. Невпевненість в собі, постійний страх перед критикою з боку оточуючих перешкождали, на їх думку, успіху в кар'єрі та особистому житті. Тому переважна більшість (n=22; 73,33%) зверталися до пластичного хірурга з метою покращення соціального функціонування.

Жодного з обстежених II групи рідні та друзі не підтримували у рішенні про ринопластику. Вони вважали такий крок зовсім необдуманим, безпідставним та бажанням виділитися, що ще більше погіршувало психічний стан пацієнтів.

Всі обстежені II групи проявляли надмірне занепокоєння з приводу «дефекту» носа та активно прагнули його виправити. Характерно, що більшість пацієнтів (n=17; 56,67%) вдруге звернулися до пластичних хірургів, так як всі попередні спроби зробити свій ніс «досконалим» та «ідеальним» були, на їхню думку, невдалими.

Таким чином, при порівняльному аналізі клініко-анамнестичних відомостей з'ясувалося, що особи, які мали косметичний дефект чи деформацію носа, зверталися до пластичних хірургів переважно вперше, частіше з метою покращення зовнішнього вигляду та удосконалення обличчя, майже завжди

отримували моральну підтримку близьких людей. Обстежені, в яких косметичних вад носа не було, прагнули ринопластики для поліпшення соціального функціонування, зверталися до пластичних хірургів переважно не один раз, не отримуючи психологічного задоволення від проведених попередніх операцій, та не мали підтримки і розуміння від родичів та друзів.

В подальшому ми проаналізували клініко-психопатологічні характеристики осіб, що зверталися до пластичних хірургів з метою проведення косметичної ринопластики. Так, в осіб I групи виявлений широкий спектр непсихотичних психічних розладів, серед яких переважала тривожно-депресивна симптоматика. Найчастіше діагностувався депресивний синдром (n=18; 26,09 %) як самостійно, так і у різних поєднаннях (тривожно-депресивний, депресивно-іпохондричний, астено-депресивний) та тривожний (n=17; 24,64%), рідше – істероформний (n=14; 20,29%), астеноневротичний (n=13; 18,84%) та дисморфофобічний (n=7; 10,14%) синдроми. На нозологічному рівні у 18 (26,09%) обстежених виявили генералізований тривожний розлад (F41.1), у 12 (17,39%) – неврастенію (F48), у 10 (14,49%) – дисоціативний розлад (F44). З однаковою частотою реєстрували іпохондричний розлад (F45.2) та розлади адаптації (F43.2) (по 7 осіб, 10,14%). Рідше діагностували дистимію (F34.1) (n=6; 8,70%), змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) (n=5; 7,25%) та інший уточнений тривожний розлад (F41.8) (n=4; 5,80%).

Натомість в осіб II групи діагностували лише дисморфофобічний синдром (100,00%) в межах іпохондричного розладу (F45.2), оскільки переконаність в наявності дефекту не досягала маячного рівня.

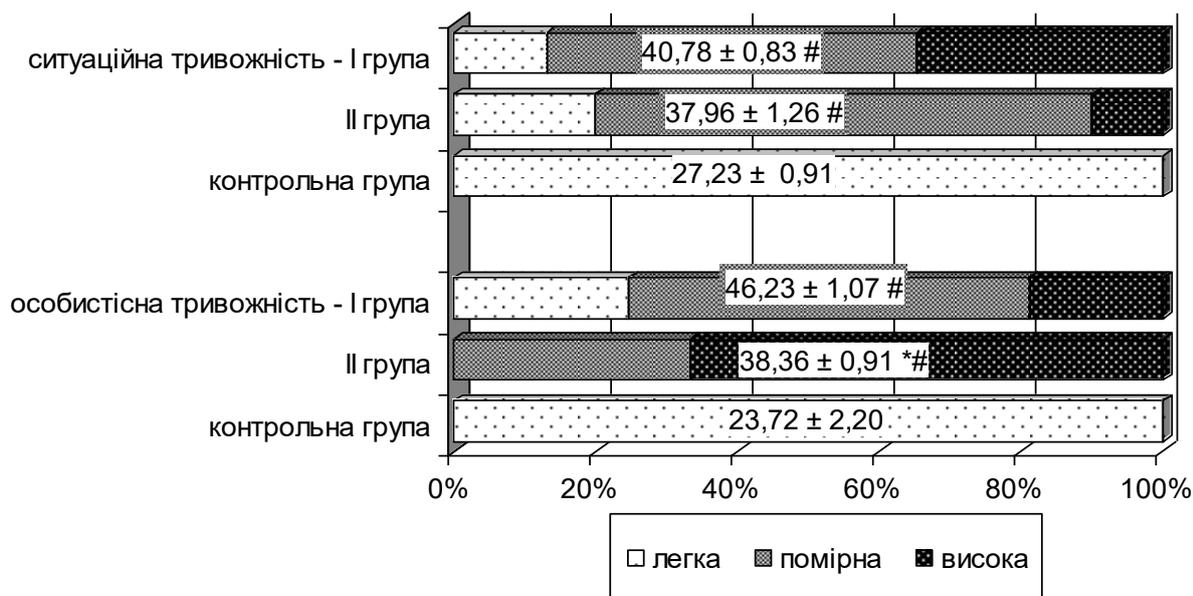
Поряд з клініко-психопатологічними відмінностями на синдромальному та нозологічному рівнях в обстежених обох груп спостерігалися й деякі особливості патопсихологічних характеристик.

Так, аналіз наявності та ступеню вираженості депресії, проведений за шкалою Гамільтона, показав, що депресивна симптоматика була характерною для переважної більшості обстежених II групи (n=24; 80,00%) із середнім бальним показником $16,06 \pm 1,40$. Серед осіб I групи депресивні симптоми реєструвалися достовірно рідше – лише у половини обстежених (n=35; 50,72%) та мали меншу вираженість із середнім значенням $9,75 \pm 0,87$ ($p < 0,05$). В осіб контрольної групи депресивні прояви не реєструвалися взагалі.

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

(n=13; 18,84%), (p<0,05). Всі пацієнти контрольної групи мали низький рівень як ситуаційної, так і особистісної тривожності з середніми значеннями $27,23 \pm 0,91$ та $23,72 \pm 2,20$ відповідно (рис. 1).

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



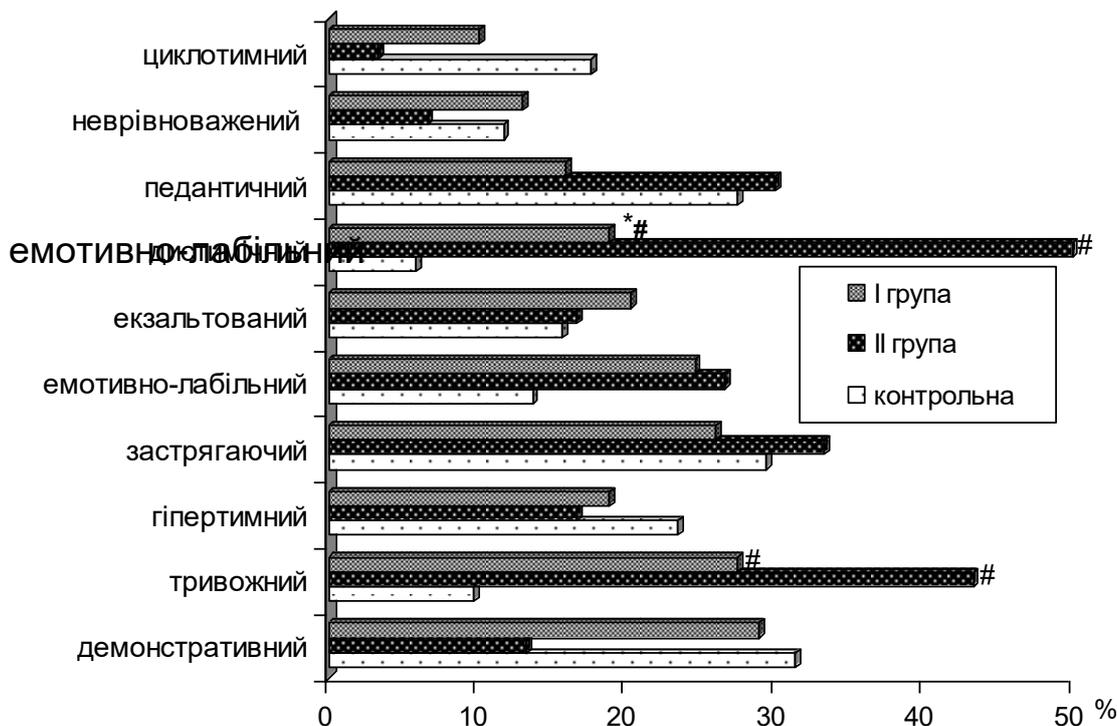
Примітки. * – різниця достовірна порівняно з показниками особистісної тривожності пацієнтів I групи (p<0,05); # – різниця достовірна порівняно з показниками пацієнтів контрольної групи (p<0,05).

Рис. 1. Ситуаційна та особистісна тривожність в обстежених порівнювальних груп

При вивченні типів акцентуацій характеру за допомогою опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека встановлено, що в осіб I та контрольної груп переважала демонстративна (n=20; 28,98% та n=16; 31,37% відповідно), а в осіб II групи – дистимічна (n=15; 50,00%) акцентуація. Домінуючим типам акцентуацій в I та II групах поступалася лише тривожна, яка виявлялася дещо рідше (n=19; 27,54% та n=13; 43,33% відповідно), в контрольній групі – застрягаюча (n=15; 29,41%) (рис. 2). Як видно з рис. 2, інші типи акцентуацій характеру спостерігалися рідше без достовірної різниці між групами.

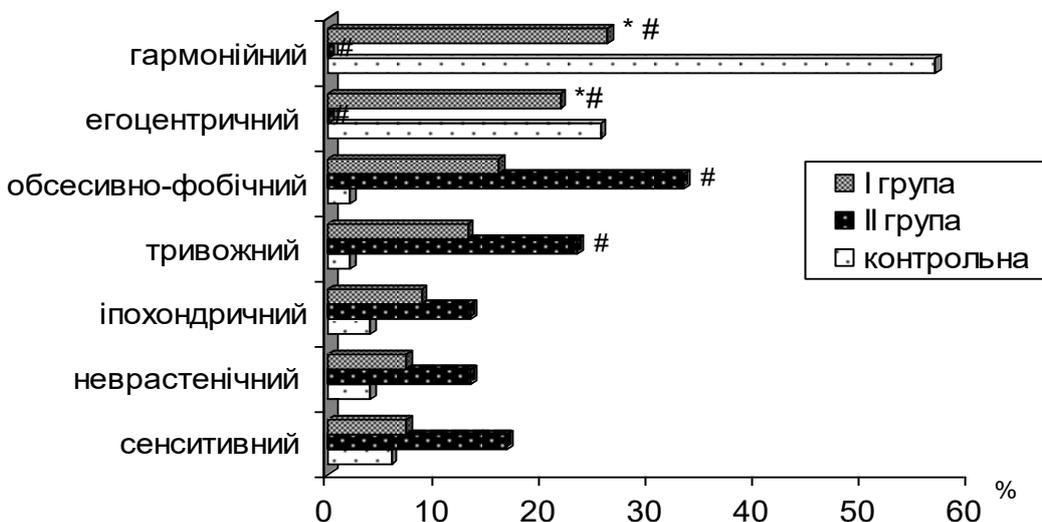
Серед типів відношення до хвороби в обстежених I та контрольної груп найчастіше діагностували гармонійний (n=18; 26,09% та n=27; 52,94% відповідно), дещо рідше – егоцентричний (n=15; 21,74% та n=13; 25,49%

відповідно). Натомість в осіб II групи такі типи відношення не реєструвалися взагалі, а переважали obsесивно-фобічний (n=10; 33,34%) та тривожний (n=7; 23,33%) (рис. 3). Як видно з рис. 3, інші типи відношення до хвороби виявлялися значно рідше без достовірної різниці між групами.



Примітки. * – різниця достовірна порівняно з показниками пацієнтів II групи ($p < 0,05$); # – різниця достовірна порівняно з показниками пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$).

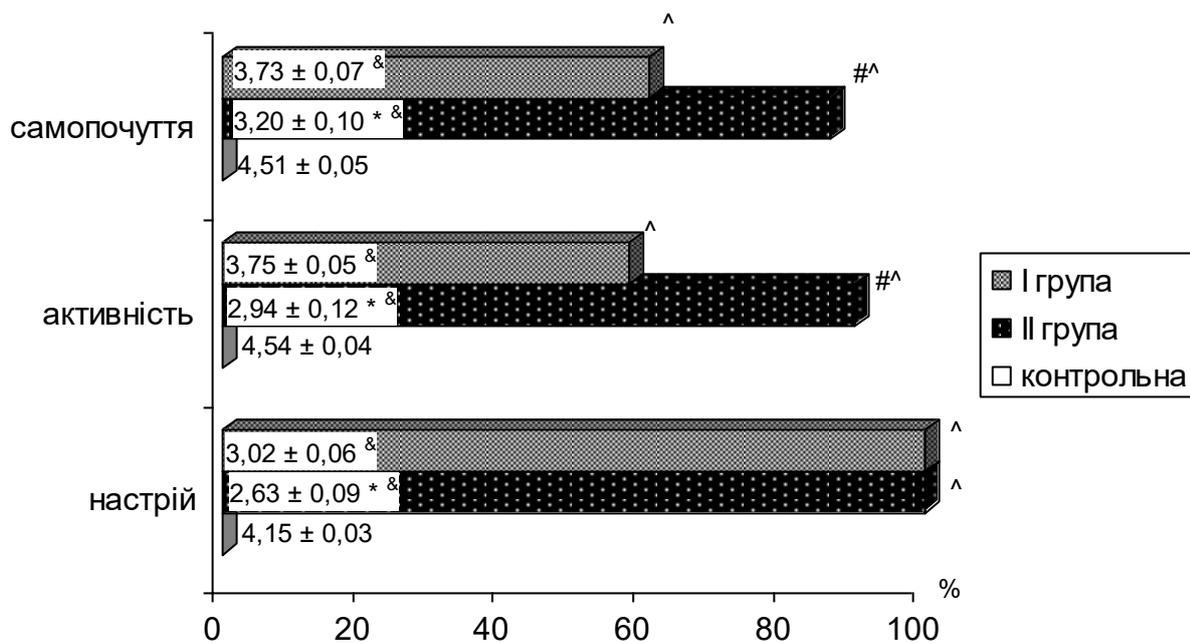
Рис. 2. Типи акцентуацій характеру в обстежених порівнювальних груп



Примітка. * – різниця достовірна порівняно з показниками пацієнтів II групи ($p < 0,05$); # – різниця достовірна порівняно з показниками пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$).

Рис. 3. Типи відношення до хвороби в обстежених порівнювальних груп

Результати оцінки функціонального стану за методикою САН виявили його порушення в обстежених II групи за трьома досліджуваними показниками (рис. 4).



Примітки. * – достовірна різниця між середніми значеннями I та II групи ($p < 0,05$); & – достовірна різниця між середніми значеннями порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$); # – достовірна різниця частоти порушень функціонального стану пацієнтів I та II групи ($p < 0,05$); ^ – достовірна різниця частоти порушень функціонального стану порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

Рис. 4. Порушення функціонального стану обстежених порівнювальних груп

Так, майже в усіх обстежених II групи такі стани як «самопочуття», «активність» та «настрій» були значно порушеними із середніми значеннями $3,20 \pm 0,10$; $2,94 \pm 0,11$; $2,63 \pm 0,09$ відповідно, які виявилися достовірно нижчими за показники I групи ($3,73 \pm 0,07$; $3,75 \pm 0,05$; $3,02 \pm 0,06$ відповідно).

В усіх обстежених контрольної групи «самопочуття», «активність» та «настрій» виявилися не порушеними з середніми значеннями на рівні $4,51 \pm 0,05$; $4,54 \pm 0,04$; $4,15 \pm 0,03$ відповідно.

Таким чином, порівняльний аналіз патопсихологічних характеристик довів, що в обстежених без дефекту чи деформації носа виявлявся глибший ступінь

вираженості депресивної симптоматики, особистісної тривожності, порушень функціонального стану за показниками «самопочуття», «активність» та «настрій», переважала дистимічна акцентуація характеру (в осіб з деформаціями чи дефектами носа – демонстративна), obsесивно-фобічний та тривожний типи відношення до хвороби (в осіб з деформаціями чи дефектами носа – гармонійний та егоцентричний).

Враховуючи відсутність абсолютних показань до оперативного втручання в обстежених нами осіб, які бажали змінити форму носа, їхнє намагання виключно за допомогою пластичної хірургії досягти ідеального образу, владнати проблеми особистісного плану, налагодити порушені міжособистісні стосунки, досягти успіху в професійній сфері, а також отримані результати аналізу клініко-психопатологічних та патопсихологічних характеристик таких пацієнтів, виявилось необхідним розробити для них систему психотерапевтичних заходів, які в поєднанні з медикаментозним впливом зменшили б психопатологічну симптоматику та створили передумови для прийняття рішення про відмову від операції.

Психотерапевтична робота проводилася комплексно, була індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалася на засадах етапності та послідовності.

Під час першого (підготовчого, мотиваційного) етапу індивідуально підбиралися методи корекції, формувалися терапевтичні установки, а також проводилося пасивне навчання пацієнта через надання йому необхідної інформації та емоційної підтримки. На другому (основному) етапі активно використовувалися психотерапевтичні методики у поєднанні з медикаментозним лікуванням для досягнення позитивної динаміки емоційного стану пацієнтів, вивчення та перебудови їх особистісних реакцій, аналізу та зміни способу життя, а також відновлення повноцінності соціального функціонування. При цьому для пацієнтів I групи психотерапія, насамперед, ставила за мету нормалізацію психічного стану перед проведенням ринопластики та виконувала роль психологічного супроводу хірургічного лікування. Для пацієнтів II групи психотерапевтичне лікування було основним, складалося з більшої кількості терапевтичних сеансів, так як проводилося не тільки для зменшення психопатологічної симптоматики, а й для створення передумов для відмови від операції. Третій (заключний, закріплюючий) етап спрямовувався на підтримання досягнутих результатів терапії.

Для кожного етапу застосовувалися відповідні методи психотерапії з пріоритетним використанням гештальт-терапії в індивідуальних та групових формах (групова дискусія, розігрування рольових ситуацій, проєктивний малюнок, індивідуальна терапія в групі, техніка «здійснення кіл», вправа «діалог між частинами власної особистості», робота з полярностями та ін.) та раціональної психотерапії.

До комплексу лікувальних впливів також диференційовано включалися психофармакологічні засоби з обов'язковим урахуванням результатів клініко-психопатологічного і патопсихологічного обстежень. Враховуючи переважання в пацієнтів тривожно-депресивної симптоматики, в рамках медикаментозного лікування широко застосовувалась анксиолітична терапія (короткі курси транквілізаторів, зокрема афобазол, адаптол та антидепресантів з анксиолітичним ефектом – переважно пароксетину та міансерину та збалансованої дії – есциталопрам, флюоксетин). Застосування цих препаратів поряд з редукцією тривоги та неспокою, посилювало прагнення до дружніх групових контактів, сприяло адаптивним формам поведінки, що окрім безпосереднього ефекту, було важливим з точки зору створення сприятливого підґрунтя для психотерапевтичної роботи.

В цілому проведене лікування виявилось ефективним в обстежених обох груп: у 81,16% та 80,00% відповідно. Так, у 14 (20,29%) осіб I групи після курсу терапії повністю нівелювалися психічні порушення, що сприяло їхній добровільній відмові від операції, а у 42 (60,86%) осіб покращився стан емоційно-особистісної сфери, зменшилася психопатологічна симптоматика та залишилося почуття задоволеності результатами ринопластики. У 13 обстежених (18,84%) досягти позитивної зміни психічного стану не вдалося.

В II групі після основного курсу лікування від операції самостійно відмовилися 5 (16,67%) осіб, а для більшості (n=19; 63,33%) виявилось необхідним продовжити психотерапевтичну та медикаментозну корекцію, за результатами якої в подальшому вони також відмовилися від оперативного втручання. 6 (20,00%) обстежених наполягли на проведенні ринопластики та були прооперовані.

Проведене катамнестичне обстеження через рік показало стійку ефективність розробленої системи лікування у 78,26% осіб I та 66,67% II групи.

В подальшому виявилось доцільним проаналізувати психологічні наслідки ринопластики у прооперованих пацієнтів та дослідити задоволеність її результатами. Так, після виконання ринопластики, всі прооперовані II групи (n=6; 100,00%) та майже кожен четвертий I групи (n=13; 23,64%) позитивного психологічного ефекту не отримали. При подальшому обстеженні цих осіб встановлено, що всі вони залишалися стійко переконаними у власній непривабливості, були тривожними, мали знижений настрій, соромилися свого зовнішнього вигляду, обмежували спілкування та звинувачували ніс у всіх негараздах, а 7 (12,73%) обстежених I та 5 (83,33%) II групи повторно зверталися до пластичних хірургів.

Враховуючи відсутність чітких критеріїв, які б дозволили лікарю швидко та об'єктивно визначити наявність предикторів несприятливих психологічних наслідків ринопластики та спрогнозувати незадоволеність пацієнтів результатами вдало проведеної операції, виявилось доцільним на основі отриманих результатів дослідження з використанням неоднорідної послідовної

процедури Вальда-Генкіна (Гублер Е.В., 1973) виокремити такі предиктори та адаптувати їх для зручності використання в практиці у скринінг-анкету (табл. 1).

Розроблена нами скринінг-анкета для виявлення цих предикторів складається з 10 питань, на які, спілкуючись з пацієнтом, лікар відповідає «так» або «ні» та підсумовує відповідні значення діагностичних коефіцієнтів. Якщо отриманий результат в сумі виявиться менше –15 (мінус 15), то прогнозується задоволеність результатом ринопластики та очікуються сприятливі її психологічні наслідки. Якщо ж сума діагностичних коефіцієнтів перевищить 7, то, навпаки, слід передбачати незадоволеність результатом оперативного втручання.

Таблиця 1

Скринінг-анкета для прогнозування психологічних наслідків та задоволеності результатами ринопластики

<i>№ п/ п</i>	<i>Фактори</i>	<i>Градація показника</i>	<i>Діагностичний коефіцієнт</i>	<i>Інформативність</i>
1.	Значне перебільшення або відсутність дефекту чи деформації носа у пацієнта	так	9,0	3,08
		ні	-9,0	
2	Повторні ринопластики в анамнезі	так	4,7	1,33
		ні	-4,7	
3.	Обмежене спілкування пацієнта з рідними, друзями, колегами через власну «неповноцінність»	так	4,5	1,87
		ні	-4,5	
4.	Постійне маскування «дефекту» (яскравий макіяж, окуляри, експерименти з одягом)	так	3,4	1,18
		ні	-3,4	
5.	Стійко знижений настрій у зв'язку з «неповноцінністю»	так	2,9	0,94
		ні	-2,9	
6.	Думки про дефект («неповноцінність») займають у пацієнта більше, ніж 1-2 годин на добу	так	2,9	0,80
		ні	-2,9	
7.	Відмова пацієнта фотографуватися в зв'язку з «неідеальною зовнішністю»	так	2,7	0,56
		ні	-2,7	
8.	Соціальні мотиви ринопластики (щоб сподобатися партнеру, налагодити контакт з колегами, друзями, досягти успіхів у	так	2,5	0,59
		ні	-2,5	

	професійній діяльності, працевлаштуватися тощо)			
9.	Думки про «неповноцінність» перешкоджають щоденній діяльності (виконанню професійних обов'язків, повсякденних побутових справ тощо)	так	1,9	0,54
		ні	-1,9	
10	Постійна тривожність, пов'язана з наявністю дефекту.	так	1,2	0,18
		ні	-1,2	

Так, встановлено, що дисморфофобія, обмеження соціального функціонування, повторні ринопластики в анамнезі з нереалістичними очікуваннями результатів, високий рівень депресії та тривоги можуть бути предикторами несприятливих психологічних наслідків ринопластики та причиною незадоволеності її результатами.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення науково-практичної задачі удосконалення діагностично-лікувальної тактики щодо осіб з несприятливими психічними розладами та дефектами і деформаціями носа. На основі вивчення особливостей несприятливих психічних порушень в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення естетичної ринопластики, розроблена система їх психотерапевтичної та медикаментозної корекції.

2. В загальній структурі косметичних пластичних операцій на обличчї частка ринопластик складає третину – 32,50%. У переважній більшості обстежених (66,00%), які бажають змінити форму носа з естетичною метою, виявлені психічні порушення несприятливого реєстру.

3. Психічний стан обстежених осіб, які прагнуть змінити форму носа з естетичною метою, відрізняється залежно від наявності чи відсутності у них дефектів і деформацій носа. В обстежених, які мають косметичні дефекти і деформації зовнішнього носа, діагностований широкий спектр несприятливих психічних порушень з переважанням депресивного (26,09%), тривожного (24,64%), істероформного (20,29%) синдромів та, відповідно, на нозолічному рівні – генералізованого тривожного розладу (26,09%), неврастенії (17,39%) й дисоціативного розладу (14,49%). В осіб, які не мають косметичних вад носа, однак наполягають на ринопластиці, діагностується іпохондричний розлад (100,00%) з дисморфофобією на синдромальному рівні.

4. Особи без косметичних дефектів і деформацій носа, які наполягають на ринопластиці, порівняно з пацієнтами, що мають косметичні вади носа, характеризуються вищим рівнем вираженості депресивної симптоматики

(16,06±1,40 проти 9,75±0,87, $p<0,05$), особистісної тривожності (46,23±1,07 проти 38,36±0,91, $p<0,05$) та глибшими порушеннями функціонального стану за показниками «самопочуття» (3,20±0,10 проти 3,73±0,07, $p<0,05$), «активність» (2,94±0,11 проти 3,75±0,05, $p<0,05$) і «настрій» (2,63±0,09 проти 3,02±0,06, $p<0,05$), що найчастіше поєднується з дистимічною акцентуацією характеру (50,00%), обсессивно-фобічним (33,34%) і тривожним (23,33%) типами відношення до хвороби, а в осіб з дефектами і деформаціями носа – з демонстративною акцентуацією характеру (28,98%), гармонійним (26,09%) або егоцентричним (21,74%) типами відношення до хвороби.

5. Предикторами несприятливих психологічних наслідків естетичної ринопластики та причиною незадоволеності її результатами визначені: дисморфофобія, обмеження соціального функціонування, повторні ринопластики в анамнезі з нереалістичними очікуваннями результатів, високий рівень депресії та тривоги.

6. Обґрунтовано та розроблено систему комплексної психотерапевтичної корекції, що включає в себе послідовні етапи гештальт-терапії в індивідуальних і групових формах та раціональної психотерапії в поєднанні з медикаментозними засобами. Лікування призначається диференційовано з урахуванням клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей пацієнтів, наявності чи відсутності дефектів та деформацій носа, і для осіб з наявними косметичними вадами спрямовується на нормалізацію психічного стану перед проведенням ринопластики та виконує роль її психологічного супроводу. Для осіб без косметичних вад носа психотерапевтичне лікування є основним, складається з більшої кількості терапевтичних сеансів, так як проводиться не тільки для зменшення психопатологічної симптоматики, а й для створення передумов для відмови від операції.

7. В результаті проведеного комплексного лікування у 20,29% обстежених з дефектами і деформаціями носа повністю нівелювалися психічні порушення, що сприяло відмові від операції; у 60,86% осіб покращився стан емоційно-особистісної сфери, зменшилася психопатологічна симптоматика та залишилося почуття задоволеності результатами ринопластики. Після курсу терапії у 16,67% осіб без косметичних вад носа вдалося досягти редукції психічних розладів та відмовити від оперативного втручання. Однак, для більшості виявилось необхідним продовжити психотерапевтичну та медикаментозну корекцію, за результатами якої 63,33% обстежених також відмовилися від оперативного втручання.

Проведене катамнестичне обстеження через рік показало стійку ефективність розробленої системи лікування у 78,26% осіб з дефектами і деформаціями носа та у 66,67% без косметичних вад.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Враховуючи високу частоту виявлених психічних порушень в осіб, які зверталися до хірургів для проведення косметичних пластичних операцій на зовнішньому носі, для своєчасної їх діагностики та лікування кандидати на естетичну ринопластику повинні оглядатися лікарем-психіатром із застосуванням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів обстеження.

2. Для швидкого прогнозування негативних психологічних наслідків ринопластики та незадоволеності її результатами необхідно проводити скринінг-анкетування, за результатами якого, у разі несприятливого психологічного прогнозу, відмовляти пацієнту в оперативному втручанні.

3. У практичній діяльності лікаря-психіатра, психотерапевта чи лікаря-психолога слід враховувати, що дисморфофобія, обмеження соціального функціонування, повторні ринопластики в анамнезі з нереалістичними очікуваннями результатів та незадоволеністю попередніми оперативними втручаннями, високий рівень депресії і тривоги можуть бути предикторами несприятливих психологічних наслідків естетичної ринопластики, що потребує кваліфікованої психіатричної та психотерапевтичної допомоги.

4. При виявленні психічних порушень в осіб, які бажають змінити форму носа з естетичних міркувань, рекомендовано поетапне комплексне лікування, що поєднує індивідуальну та групові форми гештальт-терапії, раціональну психотерапію та психофармакотерапію.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Боднар Л. А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики / Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. – 2011. – Випуск 1-2 (30-31). – С. 4 – 7.

2. Скрипніков А. М. Психопатологічні порушення невротичного регістру у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа / А. М. Скрипніков, Л. А. Боднар, А. С. Шефель // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2011. – Т. 11, Випуск 2 (34). – С. 156 – 158. (Дисертантом проведено клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження пацієнтів, статистичну обробку результатів дослідження, підготовку статті до друку).

3. Боднар Л. А. Клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа / Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. – 2010. – Випуск 1 – 2 (26 – 27). – С. 22 – 24.

4. Скрипніков А. М. Психологічна оцінка хворих з дефектами та деформаціями зовнішнього носа в до- та післяопераційному періодах / А. М. Скрипніков, Л. А. Боднар // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2010. – Т. 10, Випуск 2 (30). –

С. 109 – 112. *(Дисертантом проведений аналіз літератури за темою, патопсихологічне обстеження хворих, узагальнення та статистична обробка результатів дослідження, підготовлена стаття до друку).*

5. Скрипніков А. М. Ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа / А. М. Скрипніков, Л.А. Боднар // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 1 (21). – С. 120 – 123. *(Автором проведений аналіз літератури за темою, узагальнення та статистична обробка результатів дослідження, підготовку матеріалу до друку).*

6. Боднар Л. А. Оцінка якості життя у пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа / Л. А. Боднар // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. – Т. 8, Випуск 4 (24). Частина 2. – С. 20 – 23.

7. Скрипніков А. М. Типи відношення до хвороби пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів з метою проведення ринопластики / А. М. Скрипніков, Л. А. Боднар // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Медична наука – 2011» 29 – 30 листопада 2011 року, м. Полтава – С. 34 – 35. *(Дисертантом проведений аналіз літератури за темою, психодіагностичне обстеження хворих, узагальнення та статистична обробка результатів дослідження, підготовлений матеріал до друку).*

8. Скрипніков А. М. Особливості акцентуацій характеру в осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа / А. М. Скрипніков, Л. А. Боднар // Проблеми екології та медицини. – 2011. – Том 15. – № 3 – 4 (додаток 1). – С. 142 – 143. *(Дисертантом проведений аналіз літератури за темою, патопсихологічне обстеження пацієнтів, узагальнення та статистична обробка результатів дослідження, підготовлений матеріал до друку).*

9. Скрипніков А. М. Психічні порушення неспсихотичного регістру у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа / А. М. Скрипніков, Л. А. Боднар // Матеріали Х міжнародної конференції психіатрів, психотерапевтів, психологів «Современные направления и достижения психиатрии, психотерапии и психологии» 2 – 3 червня 2011 року, м. Сімферополь / Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 2 (52). – С. 45 – 46. *(Дисертантом проведений аналіз літератури за темою, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів, узагальнення та статистична обробка результатів дослідження, їх наукову інтерпретацію, підготовлені тези до друку).*

10. Боднар Л. А. Особливості психічного та соціального функціонування пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа / Л. А. Боднар // Матеріали XIII конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) 30 вересня – 3 жовтня 2010 року, м. Львів. – С. 327 – 328.

11. Боднар Л. А. Особливості тривожності у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа / Л. А. Боднар // Матеріали наукового

симпозіуму та пленуму з міжнародною участю «Індикатори надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги», 23 – 25 вересня 2010 року, м. Чернівці / Український вісник психоневрології. – 2010. – Том 18, вип. 3 (64). – С. 117.

12. Скрипніков А. М. Деякі особливості клініко-психопатологічного стану пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа / А. М. Скрипніков, Л. А. Боднар // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження», Харків: КС «Курорт Березівські мінеральні води», 24 – 25 червня 2010 року. – С. 212 (*Дисертантом проведений аналіз літератури за темою, клініко-психопатологічне обстеження хворих, узагальнення та статистична обробка результатів дослідження, підготовлений матеріал до друку*).

13. Боднар Л. А. Можливості спрямування когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа / Л. А. Боднар // Матеріали Ювілейного Х-го з'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) 24 – 27 вересня 2009 року, м. Євпаторія. – С. 107 – 108.

14. Боднар Л. А. Особливості психічних розладів непсихотичного регістру у пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа / Л. А. Боднар // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т. 9, Випуск 4 (28). – С. 260 – 261.

АНОТАЦІЯ

Боднар Л.А. Непсихотичні психічні порушення в осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа та їх психотерапевтична корекція. – Рукопис.

Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків, 2012.

У дисертаційній роботі вивчені клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики осіб з косметичними дефектами та деформаціями зовнішнього носа та показано, що такі пацієнти потребують індивідуальної діагностичної та лікувальної тактики.

За результатами дослідження з'ясована поширеність естетичних ринопластик в загальній структурі пластичних операцій на обличчі. Визначені клініко-психопатологічні особливості осіб, які бажають змінити форму носа з естетичною метою, їхній психічний, соматичний та неврологічний статуси. На основі отриманих даних розроблена система психотерапевтичної та медикаментозної корекції виявлених психічних порушень. Вперше визначені предиктори негативних психологічних наслідків ринопластики та незадоволеності її результатами та запропонована скринінг-анкета для своєчасного виявлення пацієнтів, які мають такі предиктори.

Ключові слова: дефекти та деформації носа, клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики, дисморфофобічний синдром, ринопластика, психотерапевтична корекція

АННОТАЦІЯ

Боднар Л.А. Непсихотические психические нарушения у лиц с дефектами и деформациями наружного носа и их психотерапевтическая коррекция. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков, 2012.

В диссертационной работе изучены клиничко-психопатологические и патопсихологические характеристики лиц, которые обращаются к пластическим хирургам с целью проведения ринопластики и показано, что такие пациенты нуждаются в индивидуальной диагностической и лечебной тактике.

По результатам исследования выяснена распространенность эстетической ринопластики в общей структуре пластических операций на лице. Установлено, что среди пациентов, которые обращались к хирургам для проведения эстетических пластических операций на лице, 32,5% желали изменить форму носа. У подавляющего большинства обследованных (66,00%) выявлены психические нарушения непсихотического регистра, которые отличались в зависимости от наличия или отсутствия дефектов и деформаций носа. Так, у обследованных с дефектами и деформациями носа диагностирован широкий спектр непсихотических психических нарушений с преобладанием генерализованного тревожного расстройства (26,09%), неврастении (17,39%) и диссоциативного расстройства (14,49%), чаще всего в сочетании с демонстративной акцентуацией характера (28,98%), гармоническим (26,09%) или эгоцентричным (21,74%) типами отношения к болезни. У лиц, которые дефектов и деформаций носа не имели, но настаивали на проведении ринопластики, диагностировали ипохондрическое расстройство (100,00%) с дисморфофобией на синдромальном уровне, с преобладанием дистимической акцентуации характера (50,00%), обсессивно-фобического (33,34%) и тревожного (23,33%) типов отношения к болезни, более выраженную депрессивную симптоматику, личностную тревожность и глубокие нарушения функционального состояния по показателям «самочувствие» «активность» и «настроение».

На основании полученных данных разработана система психотерапевтической и медикаментозной коррекции выявленных психических нарушений, в результате применения которой в 20,29% обследованных с

дефектами и деформациями носа и в 16,67% без дефектов и деформаций полностью нивелировались психические нарушения, что способствовало их добровольному отказу от ринопластики, а у 60,86% и 63,33% обследованных соответственно улучшилось состояние эмоционально-личностной сферы и уменьшилась психопатологическая симптоматика.

Определены предикторы негативных психологических последствий ринопластики и неудовлетворённости ее результатами (дисморфофобия, ограничение социального функционирования, повторные ринопластики в анамнезе с нереалистичными ожиданиями результатов, высокий уровень депрессии и тревоги) и предложена скрининг-анкета для своевременного выявления пациентов, имеющих такие предикторы.

Ключевые слова: дефекты и деформации носа, клинико-психопатологические и патопсихологические характеристики, дисморфофобический синдром, ринопластика, психотерапевтическая коррекция.

ANNOTATION

Bodnar L. A. Nonpsychotic mental disorders and their psychotherapeutic correction in patients with defects and deformities of the external nose. – Manuscript.

The thesis for the degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.16 – Psychiatry. – State Institution «The Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine», Kharkiv, 2012

The thesis studied clinical-psychopathological and psychopathological characteristics of people who wish to perform rhinoplasty and shown that these patients require individualized diagnostic and treatment strategy.

The study elucidated the prevalence of aesthetic rhinoplasty in the general structure of plastic surgery on face. Clinical and psychopathological features of people who want to reshape the nose of aesthetic purpose, their mental, somatic and neurological status are defined. Based on the data the system of psychological and pharmacological correction of mental disorders is developed. Predictors of negative psychological effects of rhinoplasty and dissatisfaction with its results are identified and screening questionnaire for early detection of patients with these predictors is proposed.

Keywords: defects and deformations of the nose, clinical-psychopathological and psychopathological characteristics, body dysmorphic disorder, rhinoplasty, psychotherapeutic correction.