

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский
государственный университет»

На правах рукописи

Палатина Оксана Михайловна

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ**

Специальность 14.01.06 – Психиатрия

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Научный руководитель
Д.м.н., проф. Петрова Н.Н.

Санкт-Петербург – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	10
1.1. Мотивации и факторы, определяющие выбор эстетической операции.....	10
1.2. Психические расстройства среди пациентов клиники пластической хирургии	15
1.3. Дистморфофобия в группе пациентов эстетической хирургии	21
1.4. Личностно-психологические особенности пациентов пластической хирургии.....	27
1.5. Влияние пластической операции на психическое состояние и качество жизни	30
1.6. Современные рекомендации по ведению пациентов пластической хирургии.....	35
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ	40
2.1. Характеристика материала	40
2.2. Методы исследования	43
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ	49
3.1. Социально-демографическая характеристика пациентов пластической хирургии ...	49
3.2. Клинико-психопатологическая и катamnестическая характеристика пациентов пластической хирургии	55
3.3. Возрастные особенности психических расстройств у пациентов пластической хирургии	63
3.4. Сравнительный анализ результатов клинико-шкальной оценки в группах пациентов эстетической и реконструктивной хирургии.....	69
3.5. Клиническая и личностно-психологические характеристики дистморфофобии у пациентов эстетической хирургии.....	79
3.6. Личностно-психологические характеристики пациентов пластической хирургии ...	85
3.7. Характеристика качества жизни пациентов пластической хирургии.....	98
3.8. Факторы, связанные с наличием психических расстройств у пациентов пластической хирургии	107
3.9. Гендерные особенности пациентов пластической хирургии.....	115
3.10. Сравнительная характеристика впервые и повторно оперированных пациентов пластической хирургии	121
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	125
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	135
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	139
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	140
ПРИЛОЖЕНИЯ	176

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Пластическая хирургия является областью, направленной на восстановление утраченных параметров тела (реконструктивная хирургия) или коррекцию нормальной (социально приемлимой и привычной) внешности с целью ее улучшения (эстетическая хирургия) (Олесен Р.М., 2007). С каждым годом повышается доступность и растёт обращаемость в клиники и отделения пластической хирургии (American Society of Plastic Surgeons, 2016). Более 1,8 миллиона эстетических операций, почти 16 миллионов мини-инвазивных эстетических процедур и 5,8 миллионов реконструктивных операций выполнено в США за 2018 год. В 41% случаев «проблемной» зоной является область головы и шеи (Sarwer D.B., 2008; Chuang J., 2012), и многие пациенты обращаются за коррекцией в т. ч. в отделения челюстно-лицевой хирургии. Такие же тенденции наблюдаются в Европе, и России (British Association of Aesthetic Plastic Surgeons, 2009).

Традиционно в пластической хирургии выделяют два направления: эстетическая хирургия и реконструктивная хирургия. По определению Американского общества пластических и реконструктивных хирургов, эстетическая хирургия – это область хирургии, занимающаяся изменением внешнего вида, формы и взаимосвязей анатомических структур любых областей человеческого тела. Эти области должны внешне значительно не отличаться от нормы, а также учитывать этнические и возрастные особенности конкретного человека. Эстетические операции следует выполнять в строго определенных ситуациях, в соответствии с решением компетентного специалиста и таким образом, чтобы не навредить физическому и психическому здоровью человека (Sarwer D.B., 2008).

Целью любой пластической операции является улучшение внешнего вида, а также повышение психологического благополучия (Honigman R.J., 2004), уровня самоуважения и самооценки пациента (Hayashi K., 2007; Sykes J.M., 2009). Другими словами, реконструктивная операция несет в себе цель возвращения к норме (после травм или заболеваний, а также естественных для человеческой жизни изменений, связанных с родами и кормлением ребенка). Эстетические операции направлены на улучшение исходно приемлимой внешности, это попытка «превысить» норму (Олесен Р.М., 2007).

На практике бывает нелегко провести границу между эстетической и реконструктивной пластической хирургией. Большинство реконструктивных операций преследуют именно эстетические цели; некоторые операции приводят к улучшению как функционирования, так и внешнего вида пациента, являясь по существу смешанными при отсутствии единых стандартов (Белоусов А.Е., 1998).

Связь пластической хирургии и психиатрии обусловлена тем, что, по имеющимся данным, до 70% пациентов, перенесших эстетические операции, обнаруживают психические расстройства. В их числе: депрессия, дисморфофобия, тревожно-фобические и ипохондрические расстройства, нарушения пищевого поведения, расстройства личности (Chatelain S. et al, 2020; Sarwer D.B., 2016). Около трети пациентов обнаруживают предрасположенность к аддикции или признаки зависимости (пищевой, алкогольной), особенно среди пациентов, имеющих запрос на пластику контуров тела или бариатрические операции (Баранская Л.Т., 2003; Pavan C., 2017). Отмечается и высокий риск суицидального поведения, и значительное число завершенных суицидов в сравнении с общей популяцией (Witte T. K. et al., 2012).

Проблема усугубляется тем фактом, что нелеченные психические расстройства негативно влияют на субъективную оценку результатов выполненных операций (Phillips K.A., 2002). В литературе указаны факторы риска неудовлетворительной оценки пациентом результатом операции (мужской пол, молодой возраст, нереалистичные ожидания, минимальные дефекты, требовательные пациенты, частые эстетические операции («хирургическая ненасытность», «surgiholics»), актуальные проблемы в отношениях с близкими или членами семьи) (Nettuer J.M., 2015), но нет указаний на характеристики, сопутствующие более высокой частоте психических расстройств.

В области реконструктивной хирургии зачастую исследуются отдельные заболевания (раковые, ожоговые поражения) или зоны вмешательства. Около трети пациентов, страдающих раковым поражением лица и шеи, обнаруживают депрессию, при этом не обнаружено взаимосвязи между глубиной поражения опухолевого процесса и тяжестью депрессии (Adachi Y., 2014). Среди этих пациентов встречаются расстройства адаптации, в т.ч. посттравматическое стрессовое расстройство, ипохондрическое развитие личности и злоупотребление алкоголем (Беловол А.Н., 2012).

С учетом влияния нелеченных психических расстройств на качество и продолжительность послеоперационного периода, на удовлетворенность пациентов результатом операции, а также на риск ухудшения как психического, так и социального благополучия, внимание исследователей направлено на разработку междисциплинарных моделей ведения пациентов пластической хирургии (Копка А., 2016).

Степень разработанности проблемы. В настоящее время имеются зарубежные данные о распространенности и выраженности психических расстройств среди пациентов пластической хирургии, эти сведения

используются при составлении клинических рекомендаций и стандартов ведения пациентов эстетической и реконструктивной хирургии (BAPRAS The Royal College of Surgeons of England, 2010; Medical Board of Australia, 2016; Royal College of Surgeons, 2016; Alberta Health Services, 2017). Имеются отдельные отечественные исследования, посвященные описанию клинических проявлений (Медведев В.Э., 2016) и частоты психических расстройств (Скрипников А.Н., 2006) у пациентов пластической хирургии. Также активно разрабатываются подходы к ведению кардиологических больных с сопутствующей психической патологией (Жидяевский А.Г., Галяутдинов Г.С., Менделевич В.Д. и др., 2020), индивидуализированные подходы с учетом потребностей и особенностей пациентов (Бабин С.М., Случевская С.Ф., 2017).

Однако не предложены алгоритмы комплексного ведения пациентов пластической хирургии в Российской Федерации.

Таким образом, сохраняется актуальность дальнейшего изучения и сравнительного анализа клинико-феноменологических особенностей психических расстройств и психосоциальных характеристик пациентов эстетической и реконструктивной хирургии, а также разработки междисциплинарного подхода к ведению пациентов в клинике пластической хирургии.

Цель, задачи исследования.

изучение психических расстройств, личностно-психологических и психосоциальных характеристик у пациентов, перенесших пластические операции, для оптимизации медицинской помощи. Для достижения цели были поставлены следующие *задачи*:

1. Определить частоту и клинико-феноменологические характеристики психических расстройств у пациентов, перенесших пластические операции.

2. Установить факторы, связанные с развитием психических расстройств у пациентов, перенесших эстетические и реконструктивные операции.

3. Изучить личностно-психологические характеристики пациентов, перенесших пластические операции.

4. Исследовать качество жизни пациентов, перенесших пластические операции, и факторы, влияющие на него.

Дизайн исследования. Настоящее исследование является по виду поисковым, по типу – междисциплинарным; двухвыборочным кросс-секционным. Рандомизацию выборки ограничивало согласие пациента на исследование, однако процент отказов от участия был невелик. Объектом исследования явилась клиническая оценка текущего психического состояния и психосоциальная сфера пациентов, перенесших пластические операции, субъектом – выборка пациентов пластической хирургии (на примере выборки 102 человека). Все пациенты обследовались однократно, в ранний послеоперационный период в хирургическом отделении стационара. Клиническая беседа длилась 40-60 минут. Также оценивались анамнестические сведения, данные истории болезни. Пациенты заполняли психологические тесты и шкалы, что занимало 20-30 минут. По окончании обследования респондентам, в случае необходимости, давались рекомендации обращения за психолого-психиатрической помощью.

Научная новизна. Впервые на основе биопсихосоциального подхода осуществлено комплексное сравнительное изучение психических расстройств в популяции пациентов, перенесших эстетические либо реконструктивные операции. Показано, что пациенты, перенесшие эстетические операции, отличаются от пациентов реконструктивной хирургии по частоте и структуре психических расстройств. Уточнены факторы, связанные с наличием психических расстройств у пациентов, перенесших пластические операции, определена их специфика в зависимости

от характера хирургического вмешательства. На примере пациентов, перенесших эстетические операции, расширены представления о дисморфофобии. Получены новые данные о личностно-психологических особенностях пациентов, перенесших пластические операции. Впервые на популяции пациентов Северо-Западного Федерального округа исследовано качество жизни и факторы, определяющие удовлетворенность своим функционированием у данной группы пациентов.

Теоретическая и практическая значимость работы. Полученные данные позволяют выделять группу риска развития и осуществлять своевременную диагностику психических расстройств у пациентов, перенесших пластические операции, индивидуализировать лечебно-реабилитационные мероприятия, направленные на повышение качества жизни пациентов. Выделенные преобладающие дезадаптивные копинг-стратегии, жизненные ориентиры, личностные характеристики могут быть использованы как «мишени» для дифференцированной психолого-психотерапевтической помощи данной группе больных. Внедрение междисциплинарного подхода с использованием результатов исследования обеспечит повышение качества медицинской помощи этим пациентам, как за счет повышения удовлетворенности пациентов результатами операции, так и за счет нивелирования амплифицирующего влияния сопутствующих психических расстройств и личностно-психологических факторов на эффективность хирургического лечения.

Методология и методы исследования. Для формирования теоретической и методологической базы диссертационного исследования были исследованы труды российских и зарубежных ученых, посвященные вопросам психических, психологических и социальных особенностей пациентов пластической хирургии. В исследовании использован общенаучный подход к использованию методов; катamnестический анализ данных; клинико-феноменологический метод; психометрические методики.

Для решения поставленных задач использованы методы математической статистики.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Наличие психических расстройств у пациентов, перенесших пластические операции, опосредовано клиническими, возрастными и гендерными факторами. Пациенты с психическими расстройствами, перенесшие эстетические операции, отличаются высоким уровнем личностной тревожности, наличием психических нарушений в прошлом, низкой удовлетворенностью отношений с партнером. Психические расстройства у пациентов, перенесших реконструктивные операции, ассоциированы с нарушением социального функционирования, микросоциальной дезадаптацией, женским полом, низким уровнем осмысленности жизни; опосредуются выраженностью косметического дефекта и длительностью лечения.
2. Особенностью психических расстройств у пациентов, перенесших эстетические операции, является значительная частота дисморфофобии, которая опосредует результаты хирургического лечения, в 50% случаев сочетается с депрессией, расстройством личности или нервной анорексией.
3. Пациенты, перенесшие эстетические и реконструктивные операции, различаются по своим личностно-психологическим, социально-демографическим характеристикам и качеству жизни, «мишеням» психолого-психиатрической помощи.
4. Качество жизни пациентов, перенесших пластические операции, ассоциировано с уровнем осмысленности жизни. Клинические, социально-психологические факторы, а также психические расстройства по-разному влияют на качество жизни этих больных.

Достоверность и апробация диссертации. Достоверность результатов обосновывается оптимальным выбором критериев включения пациентов в исследование, достаточным объемом наблюдений, использованием валидных методов, соответствующих поставленной цели и задачам исследования.

По теме диссертации опубликовано 15 работ в специализированных научных изданиях, из них 4 работы в изданиях, рекомендованных ВАК для публикации материалов кандидатских диссертаций. Результаты работы доложены на XIV и XV Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей (с международным участием) «Фундаментальная наука и клиническая медицина — человек и его здоровье» (Санкт-Петербург, 2011, 2012 гг.), 16th ESDAP International Congress (Санкт-Петербург, 2015 г.).

Результаты исследования внедрены в преподавание психиатрии в СПбГУ («Лечебное дело», специалитет, ординатура, аспирантура).

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Мотивации и факторы, определяющие выбор эстетической операции

В настоящее время побуждения к переменам, связанным с изменениями внешности, относят к областям психологической, социальной, психопатологической сфер. Источником, побуждающим к переменам, становятся нарушения в принятии собственного тела. Поэтому понимание

мотиваций пациента к пластической операции помогает не только дифференциально подойти к каждому запросу и предложить соответствующие пути решения, но и проследить пути патогенеза и патоморфоза возможных сопутствующих психических нарушений (Didie E., 2003; Delinsky S.S., 2005).

Мотивации к операции также могут быть отнесены к категории внутренних и внешних. К внутренним мотивациям относят стремление к хирургической операции для повышения уровня самооценки и самопринятия. Внешние мотивации связаны с желанием операции для достижения каких-либо внешних целей: например, чтобы завести новые романтические отношения или улучшить карьеру (Sarwer D.B., 2003). Хотя между внутренней и внешней мотивацией нет четкой границы, считается, что у внутренне мотивированных пациентов больше шансов достичь своих целей при помощи пластической хирургии (Sarwer D.B., 2008). С другой стороны, наличие у пациента внутренних мотиваций говорит о значимой неудовлетворенности своим телом, что при достаточной выраженности является симптомом некоторых психических расстройств (дисморфофобия, депрессия) (Sobanko J.F., 2015).

Известно влияние множества внешних факторов, которые формируют отношение человека к эстетической хирургии. Среди них: средства медиа (телепередачи, реалити-шоу, реклама, информационные ресурсы в Интернет), микро- и макросоциальное окружение. При этом есть указания на «полярное» влияние масс-медиа: с одной стороны, реклама эстетических операций повышает спрос на данные услуги (Matera C., 2015), с другой – пресыщенность информационного пространства социума сообщениями о возможностях и доступности эстетической хирургии может снижать частоту обращения к пластическим хирургам. Показано, что женщины испытывают большее влияние со стороны медиа-средств (Felix G.A.A. et al., 2014). Наличие среди знакомых и близких людей, перенесших пластическую

операцию, повышает возможность обращения человека к пластическим хирургам (Brown A. et al., 2007).

Говоря об источниках внутренней мотивации к проведению эстетической операции, важно упомянуть работу группы отечественных исследователей под руководством Л.Т. Баранской. Они разработали гипотезу о наличии у пациентов эстетической хирургии специфического личностного синдрома, который заключается в мягких ценностно-смысловых искажениях, а также некоторой разрозненности между различными аспектами «Я» («Я» профессиональное, «Я» социальное и т.д.). Это приводит к нарушениям связей между сферами жизнедеятельности во внутренней иерархии без распада самой иерархии (что характерно для тяжелых психических расстройств). Расстройство психодинамического равновесия субъективно оценивается пациентом как неудовлетворенность своим внешним видом, при этом пластическая операция может на некоторое время привести к восстановлению исходного равновесия. Авторы указывают на снижение уровня контроля над поведенческими и эмоциональными реакциями, а также снижение прогностических способностей у данных пациентов. Это приводит к превалированию ситуативно обусловленного реагирования, а критическая оценка таким личностям более доступна уже после совершения действий под влиянием аффективной заряженности (Баранская Л.Т., 2008; Татаурова С.С., 2008).

Soest с соавторами, исследуя норвежских девочек-подростков в течение 13 лет, сообщили, что 4,9% из них были выполнены эстетические пластические операции. При этом выраженность симптомов тревоги и депрессии, факта преднамеренного самоповреждения и парасуицида в анамнезе, незаконного употребления психоактивных веществ (ПАВ) в этой группе были достоверно выше, чем в контрольной. Это может говорить о данных показателях как о возможных предикторах обращения к пластическим хирургам и совершения операции (Soest T. et al, 2011).

Кроме того, уровень самосознания, как личностного, так и общественного, непосредственно влияет на принятие решения об операции (Matera C., 2015). Психологическая раскрепощенность и открытость, а также религиозность, хорошие отношения с родителями, бездетное замужество (для женщин) являются факторами, снижающими вероятность выбора операции (Swami V. et al., 2009; Milothridis P. et al., 2016; Muslu Ü., 2020). Для пациентов, имеющих запрос на эстетическую операцию, характерна неудовлетворенность собственным телом (что непосредственно связано с body image – субъективным восприятием себя), низкая субъективная оценка качества жизни, опыт дразнения в детские и юношеские годы (Ozgur F. Et al., 1998; Ching S. Et al., 2003; Markey C., 2009).

Среди факторов, повышающих вероятность выбора пациентом пластической операции, исследователи выделяют: женский пол, табакокурение, низкую самооценку, недостаточную удовлетворенность жизнью, большое количество времени, затрачиваемое на просмотр телепередач и реалити-шоу об эстетической хирургии, убежденность в собственной физической непривлекательности, низкий уровень религиозности, опыт бытового насилия, опыт приема снотворных и/или противотревожных препаратов, а также контроль веса при помощи диеты за предшествующий год (Schofield M. et al., 2002; Felix G.A.A., 2014). Снижение самооценки в силу разных причин приводит к снижению работоспособности и самоуважения – вкуче эти факторы повышают вероятность запроса на пластическую операцию (Yin Z. et al., 2016).

Как правило, конкретная зона и вид пластической операции, имеют свои особенности мотиваций. Так, основной причиной обращения пациенток по поводу аугментационной (увеличивающей) маммопластики и/или мастопексии, либо липосакции является сексуальная неудовлетворенность и сложности в отношениях с противоположным полом (Ермолаева А., 2002). Напротив, запрос на ринопластику нередко продиктован внутренними

мотивациями (повышение самооценки) (Shulman O., 1998). У данной группы пациентов высока вероятность обнаружения психологических трудностей и расстройств настроения (Piromchai P., 2011).

Для пациентов, обращающихся по поводу омолаживающих операций, существенным является возрастно-лицевой диссонанс, когда психологический возраст отличается от биологического и хронологического. На радикальные косметологические меры (операцию) пациентов часто толкают внешние факторы, когда ситуация на работе или в семье угрожает стабильности и возникает перспектива нарушения привычного уклада жизни. В 9% случаев мотивацией к операции служит несоответствие внешности образу «бразуст матери» (при поздних родах). В отношении омолаживающих операций лица с возрастом снижается влияние личностных и семейных факторов, в то время как нарастает удельный вес профессиональных (в случае, если профессиональный успех связывается с молодым обликом). Выраженный возрастно-лицевой диссонанс (психологический возраст на 10 и более лет опережает или отстает от биологического) является фактором риска обнаружения сопутствующей психопатологии (аффективные расстройства, социофобия, зависимости), а также сниженной критичности (Белопольская Н.Л. и др., 2012).

Эстетическая операция рассматривается некоторыми пациентами как способ выхода из депрессии (Леонов А.Г. и др., 2005). Как и иные социально приемлемые модификации тела, хирургическая коррекция связана с ритуалами исцеления и перехода (Польская Н.А., 2011). Вместе с тем, подобные паттерны в психологическом сообществе определяются как самоповреждающее поведение (Польская Н.А., 2010). В некоторых случаях пациенты решают психологическую проблему путем коррекции какой-либо области тела, символически «отрезая при этом несчастливое прошлое от того, что ожидает их в предстоящей после операции жизни». Часть пациентов испытывает ложное чувство вины из-за того, что произошло в их

жизни (например, смерть близкого человека и проч.). В этом случае пациент как бы приносит себя в жертву и таким образом пытается совладать с переживаниями, «искупить вину». В случае отсутствия облегчения или кратковременного эффекта пациент может неоднократно прибегать к услугам пластического хирурга (Михайлов А.Г. и др., 2007).

Одним из этапов становления аддикции до формирования клинических признаков физической и психической зависимости является аддиктивное поведение – форма девиантного поведения (Левин М.И., 2008). Эстетическая операция, наряду с влечением к модификации тела, может стать поведенческим паттерном, лежащим в основе нехимической аддикции (Егоров А.Ю., 2005).

1.2. Психические расстройства среди пациентов клиники пластической хирургии

По данным литературы, среди пациентов эстетической хирургии около 70% обнаруживают психические нарушения и около трети на момент обращения к хирургу получают психотропную терапию (как правило, антидепрессантами и анксиолитиками) (Sarwer D.B. et al., 2006; Davison S. P. et al., 2017). Проблема усугубляется тем, что нелеченные психические расстройства также негативно влияют на субъективную оценку результатов операции (Phillips K.A.; Dufresne R.G. , 2002). Среди «проблемной» когорты пациентов нередко встречаются: нарциссическое, гистрионное, пограничное и обсессивно-компульсивное расстройство личности (Napoleon A., 1993), тревожные и депрессивные расстройства (Schwitzer J.A. et al., 2015), дисморфофобия (Crerand C.E. et al., 2006).

Кроме того, некоторые исследования сообщают, что у пациентов с клинически очерченной депрессией, выраженными личностными расстройствами и психозами операция может привести к существенному ухудшению психосоциального функционирования (Haraldsson P., 1999; Andretto Amodeo C. , 2007). В частности, сопутствующая депрессия приводит к нарушению баланса про- и противовоспалительных цитокинов, что существенно ослабляет иммунную защиту организма (Sutcgil L. et al., 2007). Формируется «порочный круг»: депрессия может провоцировать соматическое заболевание, так же как хроническое воспаление может способствовать развитию депрессии (Вельтищев Д.Ю., 2013).

Также есть указания, что актуальные психические нарушения или психопатология в прошлом повышают риск послеоперационных осложнений и удлиняют восстановительный период после операции (Rankin M.K., Borah G.L., 2004).

Депрессия в предоперационный период встречается примерно у половины пациентов клиники эстетической хирургии, причем подавленное настроение обнаруживается чаще у пациенток, имеющих запрос на увеличивающую (аугментационную) маммопластику, чем у пациентов, имеющих запросы на операции в других областях тела (Sarwer D.B. et al., 2008). Несмотря на накопленный опыт исследования психического состояния пациентов эстетической хирургии, имеются разнообразные и не всегда согласующиеся результаты. Так, в исследовании В. Е. Медведева и коллег отмечено, что частота тревожных и депрессивных расстройств среди пациентов, обращающихся к врачам с целью коррекции внешности, сопоставима с частотой при сравнении с другими областями медицины, и в популяции в целом (для очерченных форм депрессивных и тревожных расстройств) (Медведев В.Э., 2011).

При прицельном сравнении уровней тревоги и депрессии среди пациентов после ринопластик не обнаружено различий между группами эстетической и реконструктивной хирургии (использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) (Kucur C., 2016). В других исследованиях при оценке в предоперационном периоде определен более высокий уровень тревоги среди пациентов эстетической хирургии, в отличие от пациентов реконструктивной хирургии (личностная тревожность по шкале Спилбергера; различий в показателях ситуативной тревожности не выявлено) (Sonmez A. et al., 2005).

Ряд исследований указывают, что среди пациентов эстетической хирургии расстройства невротического спектра встречаются в 20–30% случаев, в том числе нарушения пищевого поведения, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), ипохондрическое расстройство, социофобия (Honigman R.J. et al., 2004; Медведев В.Э. и др., 2011). Еще одной группой психических расстройств, встречающихся среди пациентов эстетической хирургии, являются расстройства личности. Нарциссическое личностное расстройство распространено среди пациентов эстетической хирургии, особенно у лиц с запросом на омолаживающие процедуры (Dunofsky M., 1997). Распространенность пограничного личностного расстройства среди пациентов эстетической хирургии превышает 9% (Sarwer D.B. et al., 1998). Некоторые исследователи предполагают, что большинство так называемых «ненасытных» в отношении операций пациентов (или полихирургических аддиктов) обнаруживают пограничное личностное расстройство (Knorr N.J. et al., 1967; Groenman N.H., Sauer H.C., 1983). Такие пациенты зачастую не удовлетворены результатами операции, потому обращаются к пластическому хирургу вновь и вновь (Ambro B.T., Wright R.J., 2008; Davis R.E., Bublik M., 2012). Уточнены основные характеристики пациентов эстетической хирургии с пограничным личностным расстройством (Morioka D., Ohkubo F., 2014). Для описанных пациентов

характерны самоповреждающие действия, нередко пирсинг, тату, повышены риски суицида (до 8-10%) (Hayashi K. et al., 2007).

Выраженная тревога в предоперационном периоде может привести к следующим осложнениям после операции: паническая атака, посттравматическое стрессовое расстройство, стойкое тревожное состояние (не менее 4 недель), острая реакция на стресс (Wong B.J.F. et al., 2016). В таких случаях операция становится как бы «последней каплей», которая провоцирует развитие клинически очерченной психопатологической симптоматики.

Напротив, при проведении реконструктивных операций психотравмирующей ситуацией для пациентов является изначальный дефект внешности (вследствие травмы, опухоли и проч.), а операция становится одним из методов лечения и профилактики психических расстройств, в том числе и реактивных состояний. Общепринято, что скорейшая реконструктивная операция улучшает психосоциальные показатели пациентов, либо не приводит к их ухудшению (особенно в случае острых травматических поражений) (Bertolini F. et al., 2000; Al Bayati M.J. et al., 2020; Wachter T. et al., 2020). Однако в некоторых исследованиях не обнаружено разницы в уровнях депрессии среди пациентов, прооперированных по поводу рака молочных желез с последующей пластикой или без таковой (Medeiros M. C. L. et al., 2010).

Имеются сообщения отечественных исследователей о том, что реконструктивная операция имеет более благоприятное воздействие на психо-эмоциональное состояние, если производится отсрочено. Обнаружены повышенные риски ухудшения психического состояния при выполнении реконструктивной операции в кратчайшие после травмы сроки (Дударева А.П., 2009). Противопоставлением является лучшее психическое состояние у пациенток, прооперированных по поводу рака молочных желез, которым

была выполнена одномоментная резекция и реконструктивная маммопластика – в сравнении с аналогичными пациентками с отсроченной маммопластикой (Alberta Health Services, 2017). Таким образом, данный вопрос нуждается в изучении.

Депрессивная симптоматика наиболее часто регистрируется у пациентов пластической хирургии и привлекает к себе значительное внимание со стороны исследователей. Согласно оценкам ВОЗ, депрессия является распространенным заболеванием, нередко сопровождающим тяжелые соматические состояния (Mathers C.D. et al., 2006). По данным исследований, депрессия обычно провоцируется генетическими факторами, стрессовыми ситуациями, социальным давлением или комбинацией всех трех факторов (Lima I.V.M. et al., 2004; Scorza F. A. et al., 2005). Депрессивный синдром широко распространен среди пациентов реконструктивной хирургии, особенно в рамках реактивных состояний (рубрика F43 по МКБ-10) (Сухопарова Е.П., Шаповалов С.Г., 2009). В 22% случаях депрессивная симптоматика обнаруживается через длительное время после окончания лечения заболевания, ее спровоцировавшего (Kanatasa A. et al., 2012). Нередко депрессия остается недиагностированной и нелеченой (Leeuw J.R. et al., 2000; Katz M.R. et al., 2004). Только 20% пациентов реконструктивной хирургии, имеющих жалобы касательно нарушений настроения и обнаруживающих клинически очерченную психопатологическую симптоматику, получают специализированное лечение (Piccinelli M. et al., 1999). Наличие актуальной депрессии ухудшает прогноз основного заболевания (Adachi Y. et al., 2012). Сопутствующая депрессивная симптоматика повышает уровень смертности среди пациентов, страдающих раком (Satin J.R. et al., 2009). В некоторых исследованиях выделены предоперационные факторы риска развития депрессии после операции (Helgeson V.S. et al., 2004; Graves K.D. et al., 2007; Lo C. et al., 2010; Hyphantis

T. et al., 2011; Schleife H. et al., 2012; Mystakidou K. et al., 2013; Iwatani T. et al., 2013).

Для пациентов клиники реконструктивной хирургии характерны следующие психические нарушения: депрессия, ипохондрия, тревожно-фобическая симптоматика с ажитацией, обсессивно-компульсивные расстройства с мрачной тематикой, расстройства адаптации (посттравматическое стрессовое расстройство и другие), алкоголизм (Stellmach R., 1981; Сухопарова Е.П., Шаповалов С.Г., 2009; Wiseman T. et al., 2013).

При исследовании пациентов, участвовавших в военном конфликте и получивших травмы, отмечены возрастные различия. Пациенты в возрасте 20-30 лет чаще обнаруживали чувство вины за то, что покинули поле боя. Пациенты более старшего возраста выявляли депрессию, повышенный уровень стресса, страх перед возвращением на родину (Ghantous Y. et al., 2020).

В нашем исследовании большинство респондентов группы реконструктивной хирургии страдали от хирургических и онкологических заболеваний области лица и шеи. Лицо является ключевой анатомической структурой, связанной с личностной идентификацией (Hern J. et al., 2002). Раковые заболевания области головы и шеи считаются самыми травматичными типами рака (Hammerlid E. et al., 1999; Ren J.Y. et al., 2020). Распространенность большого депрессивного эпизода (что соответствует депрессивному синдрому от умеренной до тяжелой степени выраженности) составляет от 15 до 50% случаев (Lydiatt W.M. et al., 2009). Показаны более высокие суицидальные риски для пациентов с раковыми заболеваниями области лица (Misono S. et al., 2008). Около трети пациентов с поражениями лица остаются неудовлетворенными результатами восстановительных операций – зачастую из-за проявлений стигматизации со стороны

окружающих (Bradbury E.T. et al., 2006). Депрессивные симптомы у данной группы пациентов обнаруживаются на всех этапах онкологического лечения (Haisfield-Wolfe M.E. et al., 2009) и сохраняются до четырех лет после проведенного лечения (Helgeson V.S. et al., 2004; Holland J.C. et al., 2005; Hinnen C. et al., 2008; Henselmans I. et al., 2010). Наиболее рискованным в отношении депрессии является период после верификации диагноза (около полугода) (Adachi Y., 2014). Депрессивные симптомы в предоперационном периоде повышают шанс развития депрессии после операции (Leeuw J.R. et al., 2001).

Распространенность шизофрении (F20 по МКБ-10) в общей популяции и среди пациентов реконструктивной хирургии составляет 0,85-1%, среди пациентов эстетических хирургов – 4,1%. Среди пациентов, обращающихся с запросом на эстетическую операцию и имеющих верифицированное психическое расстройство, частота шизофрении составляет 8,6% случаев (Ishigooka J. et al., 1998). Предположительно, что частота встречаемости шизофрении среди пациентов реконструктивной хирургии сопоставима с общепопуляционными показателями.

1.3. Дисморфофобия в группе пациентов эстетической хирургии

Существенной проблемой является высокая частота дисморфофобии среди пациентов, перенесших эстетические операции, при редкой верификации диагноза. В настоящее время под термином «дисморфофобия» понимается психическое расстройство, когда человек чрезмерно обеспокоен незначительным дефектом или особенностью своего тела (American Psychiatric Association, 2000). В зарубежных источниках в понятие «body dysmorphic disorder» включает невротический и психотический варианты расстройства, однако чаще всего речь идет именно о дисморфофобии

(невротическом уровне) (Feusner J.D. et al., 2003). Нет единого мнения относительно происхождения дисморфофобии: одни исследователи указывают близость этого расстройства к обсессивно-компульсивным расстройствам (Feusner J.D. et al., 2008; Moody T.D. et al., 2017), другие относят к родственным шизофрении состояниям (Коркина М.В., 1984).

Монография М.В. Коркиной явилась сингуляром взглядов отечественной психиатрии на проблемы дисморфофобии. Была отмечена связь переживаний дефекта внешности с депрессией и идеями отношения. Большой акцент в данном труде сделан на частую сопряженность дисморфобического и дисморфоманического синдрома шизофрении (в рамках продрома либо вялотекущей формы) (Коркина М.В., 1984). Следует принимать во внимание культуральные и технические особенности медицины 1980-х годов, когда был выпущен указанный труд: пластические эстетические операции были скорее казуистикой, чем правилом, а также отсутствовали современные стандарты телесной красоты, широко пропагандируемые в средствах массовой информации (Холмогорова А.Б., 2010). Так называемый физический перфекционизм был выделен как термин в 1990-х годах и демонстрирует смещение ценностей в массовых течениях (Тарханова П. М., 2014).

Сложность феномена дисморфофобии отражается и в различиях ее классификации. В современных классификациях (МКБ-10, DSM-V) выделяется небредовая форма дисморфофобии как отдельное заболевание невротического уровня (в МКБ-10 в рубрике соматизированных и соматоформных расстройств, как F45.2 «Ипохондрическое расстройство»; в DSM-V в рубрике ОКР и связанных с ним расстройств). Сопутствующие аффективные и обсессивно-компульсивные переживания принято относить к коморбидным расстройствам. Бредовую форму дисморфофобии в МКБ-10 рекомендовано относить к острому или транзиторному психотическому расстройству (F23), если она длится менее 3 месяцев; хроническая форма

рассматривается как вариант хронического бредового расстройства (F22.8) (Дороженок И.Ю. и др., 2014; American Psychiatric Association, 2016).

Частота встречаемости дисморфофобии среди пациентов пластической хирургии почти на порядок выше, чем в общей популяции. Так распространенность дисморфофобий в общей популяции в США составляет 0,7-2,4% (Valikhani A., Goodarzi M.A., 2017). Можно предположить, что в России распространенность несколько ниже ввиду культуральных, традиционных и религиозных особенностей. При этом распространенность дисморфофобий среди пациентов клиники эстетической хирургии составляет от 6 до 15% (Ahmed I., 2017), и около 12% среди пациентов дерматологических клиник (Phillips K.A., Dufresne R.G., 2002). В недавнем отечественном исследовании бредовая форма дисморфофобии (дисморфомания) была выявлена только в 9% случаев среди пациентов, обратившихся за эстетическими операциями (объем выборки составил 103 человека) (Медведев В.Э., 2016).

Эти данные подчеркивают актуальность исследования дисморфофобии среди пациентов пластической хирургии.

Существуют разные мнения на патогенез дисморфофобии. Современные исследователи включают небредовую дисморфофобию в группу ОКР. Идея близости дисморфофобии с обсессивно-компульсивным расстройством подтверждается данными, что пациенты с дисморфофобией в 37,0% случаев переносят ОКР (обсессивно-компульсивное расстройство) в течение жизни (Gunstad J. et al., 2003). Показано, что до 80% пациентов, которым была выполнена ринопластика и верифицирована дисморфофобия, обнаруживали обсессивно-компульсивную симптоматику (обычно беспокойность относительно внешности) (Ramos T.D. et al., 2019).

Ассоциированность этих расстройств связывают с общностью патогенетических механизмов. Найдены генетические, патофизиологические

и патоморфологические сходства указанных расстройств (National Collaborating Centre for Mental Health, 2006). Обнаружено, что если родственники первой линии страдают обсессивно-компульсивным расстройством, то риск заболеть дисморфофобией в течение жизни у пробанда повышается в 6 раз в сравнении с общей популяцией (Feusner J.D. et al., 2008). При исследовании пациентов с запросом на пластику контуров тела (липосакция, кожная пластика после похудения и проч.), обнаружена корреляция высоких показателей по диагностической шкале дисморфофобии (BDD-Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale) и низкой концентрации лептина в сыворотке крови (пептидный гормон, влияющий на вес, чувство насыщения и энергетический обмен) (Pruksarong C., 2019).

Е.Н. Матюшенко, при исследовании структуры дисморфофобии у пациентов дерматологической клиники, выделила два типа этого расстройства: с экстернально ориентированными психопатологическими расстройствами (дисморфофобия с сенситивными идеями отношения и дисморфофобия с явлениями социальной тревоги) и с интернальным перфекционизмом (Лисицына Т.А. и др., 2013). Дисморфофобия с сенситивными идеями отношения характеризовалась преимущественно обсессивной структурой, с нестойкими идеями отношения, актуализирующимися в контакте с окружающими, с практически тотальным избегающим поведением, ограниченным репертуаром маскирующих ритуалов, с генерализованной тревогой. Дисморфофобия этого типа характерна для личностей сенситивно-шизоидной структуры.

Дисморфофобия с социальной тревогой имеет обсессивно-фобическую структуру. Она включает в себя социальную тревогу, навязчивый страх негативной оценки внешности окружающими (критики или обсуждения), а также ситуационное избегающее поведение (профессиональные и учебные контакты, публичные выступления, неформальное общение). Сенситивные идеи отношения фрагментарны и транзиторны, проявляются в виде

эпизодически возникающего в кругу знакомых лиц ожидания возможных насмешек. Нередки сопутствующие обсессивно-компульсивные расстройства, компульсивные неопасные самоповреждения (экскорииации), регулярное обращение к косметологам. Дистморфофобия этого типа чаще отмечалась у личностей преимущественно гистрионной структуры, также – у лиц с шизо-истероидным, избегающим и ананкастным расстройствами личности.

В рамках психопатологической классификации дистморфофобия с интернальным перфекционизмом приравнивается к сверхценному образованию. Сверхценная ипохондрия характеризуется субъективным недовольством внешностью — «тяга к перфекционистскому идеалу» и активным стремлением к достижению этого идеала. Пациентам свойственны эгоцентризм, самоуверенность. Нередки нарциссическое расстройство личности, чуть реже выявлялись шизоидное и ананкастное личностное расстройство (Личко А.Е., 2010).

Основной проблемой дистморфофобических расстройств является их нераспознанность (Bass C. et al., 2003; Gorbis E., 2004; Phillips K.A. et al., 2008). Большинство пациентов не догадываются о психическом происхождении переживаний, а также стыдятся обратиться за помощью к психиатрам (Castle D.J. et al., 2004); около 50% обращаются в первую очередь к врачам других специальностей: хирургам, дерматологам, стоматологам, косметологам (Gorbis E., 2010).

Мотивом к эстетической операции у пациентов с дистморфофобией зачастую являются психологические конфликты, расстройства настроения, отсутствие общего позитивного «body image» (картины восприятия себя), поэтому высока распространенность неудовлетворенности результатами операции (Honigman R., Castle D.J., 2006; Phillips K.A., Menard W., 2006). Исходом такой неудовлетворенности могут явиться утяжеление течения

заболевания, суицид (Коркина М.В., 1984; Снежневский А.В., 1985; Каплан Г.И., 1994), агрессивное и сутяжное поведение по отношению к лечащему врачу (Phillips K.A., Dufresne R.G., 2002).

Для пациентов, страдающих дисморфофобией, типичны сложности в межличностных взаимодействиях. Осевые симптомы обычно обостряются в социальных ситуациях. Вторичные симптомы включают депрессию, бессонницу и сильную тревогу (Каплан Г.И., 1994). Большинство пациентов с дисморфофобией, наблюдающихся у психиатра, имеют сопутствующую психическую патологию (Тиганов А.С., 1999). Чаще всего встречается сочетание дисморфофобии с обсессивно-компульсивным расстройством (в 30% случаев), социальной фобией (F40.1 по МКБ-10), расстройством личности (около 50%), большим депрессивным эпизодом (60-79%) (Castle D.J. et al., 2004). Нарушения пищевого поведения у пациентов с дисморфофобией встречаются в 32,5% случаев в течение жизни (Ruffolo S.J. et al., 2006). Злоупотребление психоактивными веществами выявляется почти в 40% наблюдений (Phillips K.A., 1991).

Более чем в 75% случаев актуальной дисморфофобии сопутствуют депрессивные размышления о никчемности и бессмысленности жизни (Coles M. E. et al., 2006). Треть пациентов совершала попытки суицида (Veale D. et al., 1996; Phillips K.A. et al., 1998). Риск суицида возрастает при коморбидности дисморфофобии с другими психическими расстройствами (Phillips K.A., Menard W., 2006), особенно нервной анорексией (Witte T. K. et al., 2012). Суицидальные мысли наблюдаются у 45-70% пациентов, попытки самоубийства в анамнезе – у 22-24%. Сообщается о высоком проценте завершенных суицидов среди больных дисморфофобией (на 0,3% выше, чем в общей популяции) (Ahmed I., 2017).

1.4. Личностно-психологические особенности пациентов пластической хирургии

Изучение личностно-психологических характеристик пациентов, перенесших пластические операции, обнаружило ряд особенностей. При этом мало количество исследований, прицельно сравнивающих психосоциальные показатели среди пациентов эстетической и реконструктивной хирургии.

Для пациентов эстетической хирургии характерны повышенные уровни беспокойности собственной внешностью, что в некоторых случаях приводит к неадаптивным поведенческим паттернам (Taylor C.B. et al., 2005). Например, пациенты с дисморфофобией, прибегнувшие к пластической хирургии, имели более выраженные нарушения body image и фиксацию на внешности, чем те, кто также страдал дисморфофобией, но не обращался за хирургической помощью (Callaghan G.M., 2011).

При исследовании уровня осознанности и самопознания в группе пациентов эстетической хирургии показано, что высокий уровень самопознания обычно сочетается с низким уровнем стресса, тревогой и депрессией (Valikhani A., Goodarzi M.A., 2017).

Результаты применения различных психодиагностических методик свидетельствуют о том, что от 17,1 % до 37,6 % пациентов составляют группу «риска» в отношении наличия актуальных психологических и адаптационных сложностей, в которой явно преобладают женщины (более 80 %) (Татаурова С.С. и др., 2008). У таких пациентов, как правило, возникают трудности послеоперационного самопринятия и последующей адаптации к изменениям внешности. Считается, что эти проблемы обусловлены особой пограничной личностной организацией, «ядром» которой является диффузия

самоидентичности (Баранская Л.Т., 2003). В зарубежной литературе подобное явление называют нарушением восприятия собственного тела («body image») (Honigman R., Castle D.J., 2006). Исследователи акцентируют внимание на конфликте между низкой удовлетворенностью собственной внешностью и высоким уровнем значимости внешнего вида для пациентов эстетической хирургии (Makarawung D.J.S. et al., 2020). Вместе с тем эстетическая операция является способом конструирования желаемой идентичности и определения эмоциональных и личностных границ (Польская Н.А., 2014).

Для пациентов с разными вариантами пограничной личностной организации, наряду с отсутствием связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности в виде диффузии самоидентичности, характерны также ослабление способности тестирования реальности, искажение отношений с социальным окружением, примитивные нерефлексируемые защитные реакции низшего уровня: расщепление, проективная идентификация, аутоинвалидация и др. (Баранская Л.Т., 2008). Для данной группы пациентов характерны пограничные типы личностной организации, включающие нарциссические, шизоидные и депрессивные черты (Баранская Л.Т., 2008).

Характерными личностными особенностями пациентов, оперированных по собственному желанию, у которых косметический дефект был минимален, были следующие: трудности коммуникации, замкнутость, подозрительность, неуравновешенность, импульсивность, напряженность, внушаемость, чувство вины. Распространенность этих проявлений среди обследованных была связана с большой значимостью для них внешнего вида, физической привлекательности. Для таких пациентов даже сам контакт с окружающими из-за наличия представлений о косметическом недостатке служил психотравмирующим фактором (Скрипников А.Н., 2006). Определены высокие уровни социальной тревоги у пациентов эстетической

хирургии (Meningaud J.P. et al., 2001), которые определялись спустя 9 месяцев после операции (Meningaud J.P. et al., 2003).

Исследована когорта пациентов, перенесших эстетические пластические операции, с использованием Миннесотского многофакторного личностного опросника (MMPI). Отмечено повышение значений, по сравнению с контрольной группой, по шкалам ипохондрии, депрессии, нарушений поведения, истерии, паранойи, гипомании. Обнаружены следующие личностные особенности: социальная интроверсия, склонность к одиночеству, застенчивость, робость, истерические черты (Lydiatt W.M. et al., 2009).

Для пациентов реконструктивной хирургии характерны повышенные уровни невротизма (Juhl A. A. et al., 2017). Длительность и тяжесть заболевания существенно влияют на выбор предпочитаемых пациентами копинг-стратегий. Другими словами, чем дольше и тяжелее протекает заболевание, тем чаще пациенты прибегают к неадаптивным копинг-стратегиям и тем выраженнее эмоциональный дистресс (Heim E. et al., 1998).

Была исследована когорта пациентов, страдающих раком молочных желез. Выделены следующие группы сравнения: пациенты, которым выполнена тотальная мастэктомия без пластики; пациенты, которым выполнена операция с одномоментной реконструктивной операцией; пациенты, подвергшиеся органосохраняющему лечению; контрольная группа. При оценке субъективного уровня психологического благополучия значимых различий не получено. Уровень сексуальной удовлетворенности был значительно выше у пациенток, перенесших реконструктивные маммопластики (Howes B. et al., 2016).

В сравнительном исследовании, проводившемся на когорте пациенток, которым выполнялась маммопластика (сравнивались группы эстетической, реконструктивной хирургии, и контрольная), обнаружены следующие

результаты. Показано, что качество жизни, уровень самооценки и сексуальной привлекательности, а также удовлетворенность внешним видом молочных желез у пациентов, которым выполнена одномоментная реконструктивная маммопластика по поводу рака молочных желез, не отличались от контрольной группы (здоровых неоперирующихся). При этом пациенты, которым выполнялись эстетические маммопластики, имели более низкие показатели по всем вышеперечисленным пунктам и не отличались от пациентов с вторичной или отсроченной реконструктивной маммопластикой (Duraes E.F.R., 2016).

1.5. Влияние пластической операции на психическое состояние и качество жизни

При том, что наличие у пациента психического расстройства не является абсолютным противопоказанием к проведению пластических операций, их влияние на течение и выраженность основного заболевания по литературным данным противоречивы.

В отдельных случаях (например, в случае отоластики) операция оказывает стойкое положительное влияние на восприятие тела, а также уровень тревоги (Kurt Ozkaya N. et al., 2020). Однако в подавляющем большинстве случаев, при наличии временного улучшения социального функционирования, повышения уровня самооценки, после пластической операции психические нарушения сохраняют свою актуальность (Ercolani M. Et al., 1999; Phillips K.A., 2002; Медведев В.Э., 2011). При этом отмечено, что пациенты, получающее актуальное психотропное лечение, выше оценивают результаты процедуры (Correia-Sa I. et al., 2017).

При обсуждении влияния операции на психическое и психологическое состояние пациента отдельно выделяют дисморфофобию. Обычно операция, если и оказывает положительное воздействие на качество жизни пациента, то лишь ненадолго, либо ухудшает его вследствие обострения осевой симптоматики (Crerand C.E., 2006). Единичное исследование сообщает, что у пациентов с легкой и умеренной выраженностью дисморфофобической (непсихотической) симптоматики пластическая операция не только производит стойкий положительный эффект на субъективную оценку качества жизни, но и способна привести к редукции психопатологической симптоматики (Furnham A., Levitas J., 2012). Последнее утверждение подверглось критике со стороны ведущих экспертов в области изучения дисморфофобии (Crerand C.E. et al., 2014).

В 83% случаев наблюдалось ухудшение либо отсутствие изменений в психическом состоянии пациентов с дисморфофобией, получавших косметологическое, но не психиатрическое лечение (Phillips K.A., Diaz S., 1997). Неудовлетворенность результатами пластической операции распространена среди пациентов, страдающих дисморфофобией, что отчасти можно связать с завышенными и даже нереалистичными ожиданиями от операции (De Brito M.J.A. et al., 2019). Это может привести к тому, что пациенты с дисморфофобией/дисморфоманией самостоятельно попытаются произвести себе корректирующие хирургические манипуляции (Sarwer D.B., Polonsky H.M., 2016). Исходом такой неудовлетворенности также могут явиться утяжеление течения заболевания, суицид (Коркина М.В., 1984; Снежневский А.В., 1985; Каплан Г.И. и др., 1994), агрессивное и сутяжное поведение по отношению к лечащему врачу (Phillips K.A., Dufresne R.G., 2002; Shridharani S.M. et al., 2010; Sweis I.E. et al., 2017).

На сегодняшний день важным фактором оценки результата пластической операции является субъективная удовлетворенность пациента (Cook S. et al., 2006). Данный показатель тесно связан с нарушениями схемы

тела и уровнем неприятия себя (Mattei V., 2015) и мало зависит от пола и возраста (Mellor D. et al., 2010). То есть чем выраженнее нарушения схемы тела, тем, как правило, меньше субъективная удовлетворенность эстетическими процедурами (Sarwer D.B., Spitzer J.C., 2012). При этом сопутствующие психические расстройства, а также нарушения в психосоциальной сфере отрицательно влияют на оценку пациентом результата пластической операции (Soest T. et al., 2011). Выделены следующие факторы риска неудовлетворительной оценки пациентом операции: мужской пол, молодой возраст, нереалистичные ожидания, минимальные дефекты, требовательные пациенты, частые эстетические операции («хирургическая ненасытность», «surgiholics»), актуальные проблемы в отношениях с близкими или членами семьи (Herruer J.M. et al., 2015).

Как правило, наиболее удовлетворенными результатами операции остаются пациенты, которым выполнялась редукционная маммопластика (Blomqvist L. et al., 2010). На втором месте по частоте: блефаропластика, лазерное обновление кожи, круговая подтяжка лица (Hessler J.L. et al., 2010; Sinno S. et al., 2015). В исследовании, проведенном на выборке, состоявшей из 53 человек, показано следующее. С более высокой оценкой результата операции ассоциируется старший возраст, а также актуальное адекватное лечение имеющихся аффективных расстройств. При этом не получено связи субъективной оценки результатов операции со следующими факторами: пол, расовая принадлежность, образование, супружеский статус (в том числе развод), наличие детей и работы, волонтерская активность, депрессивные состояния в прошлом, предыдущий опыт пластических операций, а также наличие знакомых, которым выполнялись пластические операции, и мнение близких (Hessler J.L. et al., 2010).

В большинстве случаев отмечается субъективное повышение самооценки, улучшение эмоционального состояния, субъективного уровня

качества жизни и даже, в некоторой степени, социального функционирования пациентов после пластических операций (Беловол А.Н., 2010; Rankin M. et al., 1998; Honigman R.J. et al., 2004; Bensoussan J. et al., 2014; Morselli P.G. et al., 2016).

Следует отметить, в разных исследованиях оценивались разные составляющие качества жизни и использовались разные инструменты его оценки. В связи с этим некоторые авторы сообщают об отсутствии значимых изменений качества жизни пациентов (в частности – отсутствие улучшений в восприятии тела) (Sarwer D.B. et al., 2008). При исследовании пациентов клиники эстетической хирургии отмечено постепенное снижение уровня удовлетворенности внешностью уже через полгода при устойчивой субъективной оценке общего здоровья. Большая часть пациентов остается удовлетворенной результатом операции, при этом более 85% пациентов по истечении времени выполняют повторные операции (Sarwer D.B. et al., 2011). Однако ряд авторов указывает на объективно неизменный уровень качества жизни и имевшихся ранее депрессивных симптомов (Sarwer D.B. et al., 2008; Leichsenring F. et al., 2011), неизменение или обострение каких-либо психопатологических состояний у пациентов с предшествующими симптомами дисморфофобии, расстройствами личности в послеоперационном периоде (Piromchai P. et al., 2011).

В случае реконструктивной хирургии операция в большинстве случаев приводит к существенному улучшению качества жизни пациента, а также у улучшению в сфере межличностных отношений (социальные взаимодействия, интимная жизнь, работа) (Cook S.A. et al., 2006; Trejo-Ochoa J.L. et al., 2013; Klifto K.M. et al., 2020), в отношении самооценки и восстановлении схемы тела (Soest T. et al., 2009; Wachter T. et al., 2020). Реконструктивные операции считаются методом профилактики депрессии (Veiga D.F. et al., 2010). Социально-экономический статус пациентов положительно коррелирует с уровнем качества жизни (Le N.K. et al., 2020).

Хронический болевой синдром отрицательно влияет на субъективную оценку качества жизни, при этом женщины более чувствительны к этому воздействию (Linsen S. et al., 2009).

Чем быстрее выполняется восстановление функции и эстетики поврежденных тканей, тем ниже риск возникновения у пациента психических нарушений (Dean N.R. et al., 2016). Пациентки, страдавшие раком молочных желез, которым была выполнена одномоментная реконструктивная маммопластика, в сравнении с пациентками с отложенной маммопластикой, обнаруживали не только больший уровень удовлетворенности телом, но имели меньший процент осложнений и более высокий комплаенс (чаще посещали осмотр хирурга) (Stein M.J. et al., 2020). Следует отметить, что на раннем реконструктивном этапе субъективный уровень качества жизни повышается за счет улучшения аффективных показателей даже в тех случаях, когда функция поврежденного органа еще не восстановлена (Yang W. et al., 2014). В дальнейшем существенную роль играет восстановление органической и социальной функции органа (Yang Y. et al., 2014), немаловажен вид хирургического вмешательства и приверженность пациента к сопутствующей терапии (Yang Y. et al., 2016). Однако в случае повышенного уровня по шкале невротизма (опросник NEO-FFI) рекомендовано избегать одномоментных реконструктивных операций (Juhl A. A. et al., 2017). А.П. Дударева в своем исследовании пришла к выводу, что отсроченные реконструктивные операции в области лица позитивнее влияют на психическое состояние пациентов, чем одномоментные (Дударева А.П., 2009).

В недавнем отечественном исследовании в среднем качество жизни пациентов после реконструктивной операции в области лица возросло на 25%. У мужчин качество жизни после операции выше, чем у женщин (это в т.ч. может быть связано с более высокими требованиями женщин к внешности, особенно лицу). Наилучшее влияние реконструктивной операции

на качество жизни отмечалось у неработающих пациентов старшей возрастной группы (60-74 года) (Пешков М.В., Гуревич К.Г., 2016).

1.6. Современные рекомендации по ведению пациентов пластической хирургии

Несмотря на то, что типичный пациент, обращающийся за помощью к пластическому хирургу, имеет относительно благополучный психический статус, распространенность психических нарушений среди данной популяции высока (Hasan J.S., 2000). Результатами многолетних кропотливых исследований явились разработанные для пластических хирургов рекомендации (гайдлайны, стандарты, рекомендации) по тактике ведения пациентов. В разных странах разрабатываются альтернативные подходы к ведению пациентов пластической хирургии. К примеру, в США определена экономическая невыгодность прохождения психиатрической экспертизы до операции (American Society of Plastic Surgeons, 2018). Таким образом, бремя скрининга психопатологии зачастую ложится на пластического хирурга (Белоусов А.Е., 1998).

В стандартах косметической (эстетической) хирургии Великобритании, Австралии, Канады рекомендована оценка психического состояния пациента перед операцией (клиническим психологом или психиатром). Беседы со специалистом в области душевного здоровья могут повысить удовлетворение пациентом результатом пластической операции (Royal College of Surgeons, 2016).

Так, в Великобритании пластические хирурги получают повышение

квалификации, чтобы выявлять психологически уязвимых пациентов и направлять их на консультацию к специалисту в области душевного здоровья (Medical Board of Australia, 2016). Пациенты с запросом на эстетическую ринопластику получают такую консультацию в обязательном порядке (NHS Modernisation Agency, 2016). Разработаны обширные анкеты для пациентов, включающие в себя вопросы о лечении у психиатра в прошлом, актуальных принимаемых препаратах, а также уточняющие запросы пациента и его представления о результате (BAPRAS The Royal College of Surgeons of England, 2014).

Считается, что пластический хирург обязан не только выполнить процедуру на технически высоком уровне, но также и удовлетворить психологический запрос пациента. Выделены предоперационные факторы риска низкой удовлетворенностью пациентом результатом операции. Рекомендовано регулярно получать обратную связь от коллег, а также в спорных случаях прибегать к помощи психиатра (Белоусов А.Е., 1998; Royal College of Surgeons, 2016).

В Австралии все несовершеннолетние пациенты, обращающиеся за к пластическому хирургу, получают консультацию психолога. Между первичной консультацией хирурга и самой операцией должно пройти не менее 7 дней (Medical Board of Australia, 2016).

В США широко используются самоопросники для выявления пациентов, нуждающихся в консультации специалиста в области душевного здоровья. Тщательно разрабатывается информированное согласие на операцию, где обычно описаны не только показания, противопоказания и возможные осложнения, но так же и то, что выполнение процедуры не гарантирует решение психологических проблем (Sethi N., 2016). Большое внимание уделено выявлению и лечению наиболее тяжелого и достаточно распространенного заболевания среди пациентов, перенесших эстетические

операции, – дисморфофобии (Phillips K.A., Dufresne R.G., 2002; Wong B.J.F. et al., 2016), а также расстройств пищевого поведения (American Psychological Association, 2001). Затронуты проблемы повышенного риска суицида у пациентов пластической хирургии, предложены предоперационные факторы, позволяющие выявлять пациентов, рискованных в отношении суицидального поведения (Reddy V., Coffey M. J., 2016). Считается целесообразным использование способов снижения уровня тревожности у пациентов эстетической хирургии (психотерапевтическими либо фармакологическими методами) (Valente S.M., 2002; Sonmez A. et al., 2005).

Несмотря на активное изучение проблем психических расстройств среди пациентов пластической хирургии, на сегодняшний день недостаточно число психиатров, специализирующихся в данной области (Rinzler C.A., 2009). Тем не менее, с годами развивается мультидисциплинарный подход к ведению данных пациентов (Mattei V., 2015). В случае наличия у пациента (как эстетической, так и реконструктивной хирургии) психического расстройства оптимальным считается согласие лечащего врача-психиатра или психотерапевта на проведение у пациента пластической операции (Хеден П., 2000; Sarwer D.B. et al., 2008).

При том, что проблема психических нарушений и психологических особенностей среди пациентов пластической хирургии активно изучается в мире, обращает на себя внимание разнородность результатов, полученных в разных исследованиях. Большое внимание уделяется факторам, влияющим на выбор пациентами пластической операции. К психологическим факторам относят нарушение «body image» с диффузией самоидентичности.

Показано, что декомпенсация личностных черт, повышение уровня нейротизма, тревоги увеличивают риск послеоперационных осложнений, снижают удовлетворенность пациентов результатами операции.

Показано, что среди пациентов эстетической и реконструктивной хирургии преобладают аффективные расстройства невротического уровня. Серьезной проблемой являются повышенные риски суицида. Нелеченая дисморфофобия несет в себе риск значительного ухудшения психического состояния, сутяжного, агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Как правило, пластическая операция приводит к улучшению качества жизни и субъективной оценки социо-психологического функционирования пациентов. В случае наличия психического расстройства этот эффект краток или отсутствует. Имеются противоречивые данные относительно влияния операции на психическое состояние пациентов.

В результате, современный взгляд на проблематику эстетической хирургии следующий. Диффузия самоидентичности, по-видимому, приводит к нарушению связей сознания с телесностью, к нарушению «body image». Это рождает снижение самооценки, стойкую неудовлетворенность собственным телом. Акцент внимания человека с такой организацией психики останавливается именно на неудовлетворенности внешностью (в силу не только индивидуальных особенностей, но и социо-культуральных тенденций). Пластическая операция является попыткой снаружи решить внутренние проблемы, становится паллиативным лечением психологических проблем либо психических нарушений. Этим объясняется временный эффект эстетической операции, а также риск ухудшения психического самочувствия пациента вследствие выраженной фрустрации из-за несоответствия ожиданий, возлагаемых на пластическую операцию, и реальности (неизменности самочувствия и самоощущения).

Тем не менее, в настоящее время не показано убедительных закономерностей развития психических расстройств у пациентов эстетической хирургии. Обнаружена связь частоты и качества психических нарушений и психологических особенностей с типом пластической

операции, однако нет понимания сути этой связи.

В случае реконструктивной пластической хирургии принято считать, что пациенты данной группы не имеют изначальных выраженных проблем самоидентичности, описанных выше. Однако имеется фактор пластической операции, что позволяет рассматривать их как группу сравнения. С другой стороны, существуют свои особенности социо-психологического и психического функционирования среди пациентов реконструктивной хирургии. Как правило, вид заболевания (например, новообразование или травма) и масштабы дефекта внешности являются существенными психотравмирующими факторами, вызывающими значительную распространенность тревожно-депрессивных расстройств, снижающими качество жизни и уровень социо-психологической адаптации пациентов, а также ухудшающими результаты хирургического лечения.

В настоящее время невелико количество исследований, сравнивающих психо-социальные показатели среди пациентов эстетической, и реконструктивной хирургии. Недостаточно сведений о происхождении, патогенезе и патоморфозе психических расстройств у пациентов пластической хирургии. В Российской Федерации не разработаны алгоритмы и стандарты ведения пациентов клиники пластической хирургии. Имеющиеся относительно малочисленные исследования сообщают об отдельных рекомендациях, однако не имеют единой системы.

Остается актуальной потребность не только в продолжении исследования популяции пациентов пластической хирургии, но также в комплексном исследовании пациентов в нашей стране с последующей разработкой практических рекомендаций и алгоритмов мультидисциплинарного ведения данных пациентов по результатам ряда исследований в данном направлении.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

2.1. Характеристика материала

Исследование проводилось на клинических базах: КДО №1 СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», отделение челюстно-лицевой хирургии клиники челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Критерии включения в исследование:

- возраст более 18 лет;
- подписание добровольного согласия на участие в исследовании;
- недавно выполненная пластическая операция (обследование проводилось в период с 2 по 7 день после операции).

Критерии невключения:

- возраст менее 18 лет;
- наличие соматической патологии в состоянии декомпенсации;
- острые психотические расстройства.

Критерии исключения:

- отказ пациента от исследования.

Проведение исследования одобрено на заседании независимого Этического комитета при Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

от 21.10.14 (протокол №154).

Первоначально в исследование было включено 124 пациента. Не вошли в исследование 22 пациента, которые отказались от участия. Пациенты эстетической хирургии заметно чаще отказывались от участия в исследовании (18 случаев против 4 – в группе сравнения, $p=0,03$). В итоге анализировались данные 102 пациентов в возрасте от 21 до 66 лет, средний возраст составил $36,97 \pm 1,14$ года, из которых 16 пациентов (15,7%) составили мужчины, 86 пациентов (84,3%) – женщины (Таблица 1). Пациенты были разделены на две группы сравнения: пациенты эстетической (58 пациентов) и реконструктивной (44 пациента) хирургии. Эстетические пластические операции выполнялись по собственному желанию пациента, при этом параметры внешности не выходили за рамки общепринятой социальной нормы. Реконструктивные пластические операции выполнялись по медицинским показаниям при добровольном согласии пациента для устранения объективного дефекта внешности (вследствие новообразований, травм, врожденных дефектов).

Таблица 1 – Распределение пациентов по гендерному признаку

Показатель	Группа эстетической хирургии		Группа реконструктивной хирургии	
	Абс.	%	Абс.	%
Женский пол	56	96,6	30	68,2
Мужской пол	2	3,4	14	31,8
Итого	58	100,0	44	100,0

Средний возраст пациентов группы эстетической хирургии составил $34,10 \pm 1,23$ года, в группе преобладали женщины. Средний возраст пациентов группы реконструктивной хирургии составил $40,75 \pm 1,97$ года,

отношение женщин к мужчинам составило 2:1. Имели постоянную работу 72,8% пациентов в обеих группах.

Распределение пациентов по возрастным группам (согласно классификации ВОЗ) представлено в Таблице 2. В группе эстетической хирургии преобладали пациентки в возрасте 25-35 лет (58,6% случаев против 31,8% случаев в группе реконструктивной хирургии, $p=0,009$). Для пациентов реконструктивной хирургии характерно более равномерное распределение по половому признаку и возрасту в сравнении с первой группой. Достоверно чаще пациенты старше 44 лет обращались за помощью реконструктивных, а не эстетических хирургов.

Таблица 2 – Распределение пациентов по возрастным периодам

Возрастные периоды	Группа эстетической хирургии, n=58		Группа реконструктивной хирургии, n=44	
	Абс.	%	Абс.	%
Молодой возраст (18-44)	50	86,2*	26	59,1
Средний возраст (45-59)	8	13,8	14	31,8*
Пожилой возраст (60-74)	0	0	4	9,1*

Примечание: * – $p<0,05$

62,1% пациентов эстетической хирургии и 61,4% пациентов реконструктивной хирургии не имели ранее опыта пластической операции. Распределение пациентов в зависимости от области хирургического вмешательства приведено в Таблице 3.

Таблица 3 – Характеристика хирургического лечения в группах сравнения

Область хирургического вмешательства	Группа эстетической хирургии		Группа реконструктивной хирургии	
	Абс.	%	Абс.	%
Лицо и шея	22	37,9	42	95,5
Молочные железы	29	50,0	1	2,25
Кожа и/или жировая ткань	5	8,6	1	2,25
Голень	2	3,5	0	0,0
Всего	58	100,0	44	100,0

2.2. Методы исследования

Дизайн исследования предполагал однократное исследование актуального состояния пациентов клиники пластической хирургии для выделения значимых особенностей и составления общего психологического портрета данных групп пациентов. Все пациенты были обследованы в ранний послеоперационный период (со вторых по шестые сутки после выполнения операции) в хирургическом отделении многопрофильного стационара.

В исследовании использовались клинико-психопатологический метод с анализом анамнестических данных, метод клинико-шкальной оценки: Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала депрессии Гамильтона (НАМ-D21, 21 пункт), шкала obsessions и compulsions NIMH, визуально-аналоговая шкала качества жизни (ВАШ КЖ), шкала тревожности

Спилбергера. Применялись методика исследования копинг-поведения Хайма и тест смысловых ориентаций – СЖО. Личностно-психологические особенности исследовались в соответствии с клинической классификацией А.Е. Личко (1977) (Личко А.Е., 2010). Диагностика психических расстройств проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 (Милевский М.М., 2009). Использовалась специально разработанная анкета (Приложение 1).

Для скрининга психических нарушений применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Эта шкала разработана для определения выраженности эмоционального дистресса вследствие соматического неблагополучия. Шкала заполняется непосредственно испытуемыми, т.е. является субъективной. Помимо быстроты заполнения испытуемым, шкала выбрана для исследования, т.к. отражает уровень эмоционального дистресса в ответ на соматическую патологию, что актуально для нашей выборки. Она имеет 2 субшкалы для оценки выраженности тревоги и депрессии, каждая из которых предполагает по 7 вопросов – всего 14 вопросов. При этом в шкалу умышленно не включены симптомы, которые могут иметь неоднозначную интерпретацию и являться признаком соматического заболевания (например, головокружение, головная боль). В шкале преобладают вопросы, направленные на выявление ангедонического компонента депрессии. Суммарный показатель по указанным подшкалам для случаев с отсутствием патологии составляет 7 баллов, для сомнительных случаев 8-10 баллов и для клинически очерченных расстройств – 11 баллов и более (Zigmond A., Snaith R., 1983).

Для объективной оценки степени депрессивной симптоматики использовалась клиническая градуированная шкала депрессии Гамильтона. Шкала применяется для оценки выраженности симптомов депрессии. В исследовании мы использовали вариант, включающий 21 пункт (симптом). Шкала выбрана в качестве объективного инструмента, позволяющего оценить выраженность тревоги, депрессии, а также соматических

компонентов эмоционального дистресса. Условной норме соответствуют значения 0-7 баллов, 8-13 баллов соответствуют легкому, 14-18 баллов умеренному, 19-22 тяжелому и 23 балла и более - крайне тяжелому депрессивному расстройству (Hamilton M., 1960).

Ввиду распространенности обсессивно-компульсивных расстройств и близкой к данной группе дисморфофобии была использована шкала для клинической оценки выраженности обсессивно-компульсивного поведения - общая обсессивно-компульсивная шкала Национального института психического здоровья (NIMH GOCS). Шкала достаточно надежна для скрининга, ее результаты положительно коррелировали с результатами обсессивно-компульсивной шкалы Йеля-Брауна (Y-BOCS), вместе с этим выбранная шкала требует меньше времени для заполнения, что является преимуществом в случае предложения ее в качестве инструмента скрининга (Tek C. et al., 1995; Rapp A.M. et al., 2016). Шкала включает 8 пунктов, оценивающие обсессивные мысли, ритуалы, уровень тревоги, влияние obsessions и compulsions на общее функционирование, на поведение. Максимальный балл по шкале составил 15. Минимально выраженные симптомы, не выходящие за пределы нормы, соответствовали значениям от 0 до 3 баллов, слабо выраженное (субклиническое) обсессивно-компульсивное поведение – 4-6 баллов, клинически выраженное (умеренное) – 7-9 баллов, выраженное и очень выраженное обсессивно-компульсивное поведение – 10-12 и 13-15 баллов, соответственно (Insel T.R. et al., 1983).

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) (Visual Analogue Scale, VAS) представляет собой метод прямой оценки качества жизни. Она чаще применяется из-за своей простоты и наглядности. ВАШ является интегральным показателем качества жизни. Она представляет собой градуированную шкалу от 0 до 100 баллов, где «0» означает наихудшее, а «100» — наилучшее качество жизни. Респондент делает отметку на

«термометре» на том уровне, который отражает его качество жизни на момент заполнения (Reips U.-D., Funke F., 2008).

Шкала тревожности Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) - это информативный способ самооценки уровня тревожности на момент исследования (реактивная тревожность) и в целом (личностная тревожность как устойчивая характеристика человека). Разработана Спилбергером Ч.Д., адаптирована Ханиным Ю.Л. (Ханин Ю.Л., 1976). Шкала Спилбергера включает 40 вопросов: 20 вопросов для оценки реактивной тревоги (опросник А) и 20 вопросов, характеризующих личностную тревожность (опросник Б). В части «А» респонденту предлагается ответить на вопросы с учетом самочувствия на данный момент (реактивная тревожность, 1–20 вопросы), в части «Б» вопросы направлены на обычное состояние испытуемого (личностная тревожность, 21–40 вопросы). На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа в зависимости от степени интенсивности реактивной тревожности (вовсе нет; пожалуй, так; верно; совершенно верно) и по частоте выраженной личностной тревожности (почти никогда; иногда; часто; почти всегда). Результирующий балл считается по формуле для каждой подшкалы (реактивной, и личностной тревожности). Показатель до 30 баллов расценивается как низкая тревожность или отсутствие таковой, 31-44 балла - умеренная тревожность, 45 и более баллов - высокая тревожность.

Пластическая операция (особенно в группе эстетической хирургии) так же может рассматриваться как копинг, нередко повторяющийся и имеющий потенциальные риски для здоровья. Для исследования копинг-стратегий выбрана методика Э. Хайма (E.Heim). Методика включает 26 ситуационно-специфических вариантов копинга трех основных сфер психической деятельности: когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-механизмы. В методике представлены 10 вариантов когнитивных копинг-стратегий, 8 вариантов эмоциональных копинг-

стратегий, 8 вариантов поведенческих копинг-стратегий. В целом копинг-стратегии распределены в зависимости от степени адаптивности на три группы: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные (Карвасарский Б.Д., 1998).

Для исследования роли осмысленности жизни в психосоциальном портрете пациентов пластической хирургии, а также возможном лучшем понимании мотиваций данных пациентов к операции использован тест «Смыслжизненные ориентации» (методика СЖО) Д.А. Леонтьева. Пр помощи методики можно проанализировать хронологическую составляющую смысла жизни: он может быть определяться человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. Тест СЖО является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test , PIL) Дж. Крамбо и Л. Махолика. Он включает, помимо общего показателя осмысленности жизни, ещё пять субшкал, отражающих три конкретных смысложизненных ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля-Я и локус контроля-жизнь). Бланк теста содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности. Баллы по каждой шкале сравниваются со среднепопуляционными показателями, которые приняты за норму (Леонтьев Д.А., 2000).

Таким образом, в исследование включены методики, которые не требуют большого количества времени при заполнении и позволяют проводить скрининг психических нарушений.

Для создания математических моделей межгрупповых различий использовался метод статусметрии (Разоренова Т.С., 1998). Статистический анализ данных был выполнен с применением лицензированной программы IBM SPSS Statistics 22.0 – компьютерной программы статистической

обработки, предназначенной для проведения прикладных исследований в медицинских и социальных науках. На первом этапе была выполнена статистическая оценка данных всего пула больных. Вычислялись средние значения показателей (M) и их стандартные отклонения (DS), а также частотное распределение, среднеквадратичная ошибка. Распределение метрических признаков проверялись на нормальность при помощи критерия Колмогорова-Смирнова с учетом исправленной Лиллиефорса (Разоренова Т.С., 1998). Анализ взаимосвязи между признаками выполнялся с использованием корреляционного анализа Пирсона (r) или Спирмена (ρ) (Гржибовский А.М., 2008). Достоверность различий между группами (p) для выборок с нормальным распределением рассчитывалась на основе t -критерия Стьюдента. Переменные, принадлежащие к интервальной или порядковой шкалам с распределением, отличным от нормального или гетерогенностью дисперсий, сравнивались с помощью непараметрических методов (U -тест Манна-Уитни, для расчета значения (p) – двусторонней асимптотической значимости). Вычисление различий долей (процентов) производилось по ϕ критерию углового преобразования Фишера. Распределения показателей сравнивались с помощью критерия χ^2 Пирсона. Сравнение средних значений трех и более групп производилось с использованием однофакторного дисперсионного анализа ANOVA, апостериорного теста Дункана. Выделение факторов производилось с использованием факторного анализа. Построение моделей производилось при помощи уравнения линейной регрессии (Елисеева И.И., 2001).

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1. Социально-демографическая характеристика пациентов пластической хирургии

Пациенты группы эстетической хирургии достоверно чаще имели высшее образование (или являлись студентами старших курсов) по сравнению с пациентами группы реконструктивной хирургии ($p=0,0083$), причем это различие касается пациентов молодого возраста (до 44 лет включительно, $p=0,029$), что отражает социальный статус пациентов групп сравнения (Таблица 4). Не работали (в том числе находились на пенсии по возрасту) 22,4% пациентов первой группы и 31,8% пациентов – второй группы.

Таблица 4 – Социальная характеристика пациентов

Показатель	Группа эстетической хирургии, %	Группа реконструктивной хирургии, %	Достоверность различий (p)
Имеют высшее образование	81,0	52,3	0,0083
Работают	77,6	68,2	0,18
Не работают	22,4	31,8	0,18
Состоят в браке	53,4	56,8	0,83
Имеют детей	63,8	68,2	0,82
1 ребенок в семье	31,0	38,7	0,53
2 ребенка в семье	22,4	22,7	0,99
3 ребенка в семье	10,4	6,8	0,73

Следует отметить, что работающие пациенты, которым выполнялись эстетические операции, в 73,3% случаев имели коммуникативную профессию. Коммуникативный характер профессии среди пациентов группы сравнения встречался реже – в 46,4% случаев ($p=0,049$).

Путем анкетирования исследовано отношение пациентов к мнению окружающих. Значимых различий в отношении к мнению окружающих между группами получено не было (Таблица 5). Пациенты эстетической хирургии несколько чаще декларировали независимость от мнения окружающих (22,2% случаев против 9,7% случаев в группе реконструктивной хирургии), а также придавали высокую значимость мнению окружающих (20,4% против 12,9% случаев, соответственно). Пациенты реконструктивной хирургии, по большей части, сообщали об умеренной значимости для них мнения окружающих (77,4% против 57,4% случаев).

При исследовании широты социальных связей пациентам предлагалось оценить свою общительность по следующим градациям: «практически не общаюсь с людьми, нет друзей», «несколько знакомых/приятелей, есть эмоционально близкий друг», «широкий круг общения, несколько друзей». Пациенты эстетической хирургии отличались широким кругом социальных связей. Треть пациентов реконструктивной хирургии сообщала об ограниченном круге общения на момент исследования (Таблица 5).

Корреляционный анализ различных переменных показал, что работающие пациенты эстетической хирургии были более чувствительными к мнению окружающих ($p=0,285$, $p=0,034$). Для пациентов реконструктивной хирургии значимость мнения окружающих с возрастом повышалась ($p=0,476$, $p=0,004$). Чувствительные к социальному мнению пациенты реконструктивной хирургии нередко имели опыт повторных браков ($p=0,404$, $p=0,018$).

Таблица 5 – Значимость мнения окружающих и субъективная оценка широты круга общения у пациентов пластической хирургии

Показатель	Значение показателя	Группа эстетической хирургии		Группа реконструктивной хирургии		Достоверность различий, p
		Абс.	%	Абс.	%	
Субъективная оценка мнения окружающих	не значимо	13	22,4	4	9,1	-
	умеренно значимо	33	56,9	34	77,3	0,037
	существенно значимо	12	20,7	6	13,6	-
Широта круга общения	ограниченный	1	1,7	13	29,5	0,00005
	умеренный	25	43,1	20	45,5	-
	широкий	32	55,2	11	25	0,0026

Исследовалась субъективная оценка взаимоотношений пациентов с сексуальным партнером и детьми (по пятибалльной шкале), а также удовлетворенность сексуальной жизнью (Таблица 6). Пациенты обеих групп, в целом, были удовлетворены своими отношениями с членами семьи. Актуальные романтические отношения подтверждали 74,1% (43 пациента) пациентов группы эстетической хирургии и 79,5% (35 пациентов) пациентов группы реконструктивной хирургии. Показатель субъективной оценки отношений с супругом составил в группе эстетической хирургии $4,12 \pm 0,14$ балла, в группе реконструктивной хирургии – $4,18 \pm 0,17$ балла. Показатель субъективной оценки отношений с детьми составил в группе эстетической хирургии $4,72 \pm 0,74$ балла, в группе реконструктивной хирургии – $4,34 \pm 0,14$ балла. В среднем, пациенты эстетической хирургии были больше удовлетворены отношениями со своими детьми ($p=0,026$), чем пациенты реконструктивной хирургии.

Пациенты реконструктивной хирургии заметно чаще отказывались отвечать на вопросы об удовлетворенности сексуальной жизнью (23,5%

против 6,9% случаев, $p=0,029$). Не найдено связи между уровнем удовлетворенности сексуальной жизнью пациентов эстетической хирургии и оперируемой областью.

Таблица 6 – Субъективные показатели межличностных отношений у пациентов пластической хирургии

Показатель	Значение показателя	Группа эстетическо й хирургии		Группа реконструктивно й хирургии	
		Абс.	%	Абс.	%
Субъективная оценка отношений с партнером /супругом	плохие (1 балл)	1	2,3	0	0
	неудовлетворительные (2 балла)	1	2,3	1	2,9
	удовлетворительные (3 балла)	7	16,4	7	20
	хорошие (4 балла)	17	39,5	11	31,4
	отличные (5 баллов)	17	39,5	16	45,7
Субъективная оценка отношений с детьми	плохие (1 балл)	0	0	0	0
	неудовлетворительные (2 балла)	0	0	0	0
	удовлетворительные (3 балла)	0	0	3	13,6
	хорошие (4 балла)	10	27,0	9	40,9
	отличные (5 баллов)	27	73,0*	10	45,5*
Субъективная удовлетворенность сексуальной жизнью	Отсутствует	11	19	8	18,2
	Частичная	19	32,7	17	38,6
	Полная	28	48,3	19	43,2

Примечание: * – значение $p<0,05$

Корреляционный анализ Спирмена показал, что гармоничные отношения с сексуальным партнером у пациентов эстетической хирургии в 40% случаев сочетались с наличием в прошлом опыта брачных отношений

($p=0,362$), а также с наличием зарегистрированного брака ($p=0,299$) и субъективной удовлетворенностью пациентом сексуальной жизнью ($p=0,396$). Количество детей было положительно связано с оценкой пациентами качества отношений с супругой/супругом ($p=0,353$).

В группе реконструктивной хирургии наличие постоянного места работы сочеталось с наличием стабильных романтических (брачных или внебрачных) отношений ($p=0,448$).

Анализ частоты и структуры пластических операций и эстетических процедур показал следующее. Пациенты эстетической хирургии заметно чаще пользовались услугами косметолога ($p=0,001$). Среди пациентов группы эстетической хирургии наиболее востребованными оказались аугментационная маммопластика, мастопексия и антивозрастные операции (блефаропластика, круговая подтяжка лица) (70,7% случаев, Таблица 7). Редко встречались отоластика (коррекция формы ушных раковин – 1,7% случаев), мандибулопластика (коррекция нижней челюсти и подбородка – 3,5% случаев), круроластика (коррекция формы голеней – 3,5% случаев)

37,9% пациентов эстетической хирургии повторно переносили пластические операции. В среднем, пациенты переносили 2 операции на разных областях тела. В 13,8% случаев пациенты переносили повторные операции в одной и той же области, причем в 62,5% случаях – вследствие возникших хирургических осложнений, в 12,5% случаев – ввиду появившихся возрастных изменений в ранее оперированной области, в 25,0% случаев – из-за субъективной неудовлетворенности результатами предыдущей пластики. Следует отметить, что в последнюю подгруппу (субъективной неудовлетворенности), в основном, вошли пациенты, перенесшие операции в области носа, в то время как в остальных случаях речь идет об операциях в области молочных желез.

Таблица 7 – Типы пластических операций среди пациентов эстетической хирургии

Тип операции	Абсолютное значение	%
Маммопластика и мастопексия	29	50,0
Антивозрастные операции	12	20,7
Коррекция контуров тела (липосакция, дерматоластика)	4	6,9
Риноластика	8	13,8
Другие типы	5	8,6
Всего	58	100,0

43,1% пациентов эстетической хирургии планировали новую пластическую операцию уже до выписки из стационара. При этом половина из них (20,7%) имели конкретные планы на будущие хирургические вмешательства.

Среди пациентов группы реконструктивной хирургии причиной операции в 27,3% случаев явились острые травмы области лица и шеи, в 72,7% случаев – длительно развивавшиеся процессы, при этом у 22,7% пациентов были верифицированы злокачественные новообразования, у 50,0% – доброкачественные опухоли или врожденные аномалии развития. В 59,1% случаев поражение оценивалось как неглубокое, размеры косметического дефекта не превышали 5х5 см, затрагивали кожу и прилегающие мягкие ткани, не отмечалось значимого влияния на функции пораженного органа, косметический дефект устранялся за 1-2 хирургические операции. В остальных случаях (40,9%) имело место поражение глубоких мягких тканей, костных структур с нарушением жизненно важных функций (дыхание, глотание), что, как правило, требовало серии восстановительных операций. Размер области поражения 5х5 см выбран в качестве условной

границы согласно рекомендациям министерства здравоохранения Российской Федерации, где опухоли, превышающие вышеуказанные размеры, вне зависимости от других параметров, рассматриваются как более опасные для жизни и здоровья индивида (Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2018).

Пациенты, лечившиеся по поводу рака, в 87,5% случаев имели обширные и глубокие поражения тканей лица и шеи, пациенты, лечившиеся по поводу острых травм – в 80,0% случаев, соответственно. Пациенты, проходившие лечение по поводу доброкачественных образований, напротив, в 84,6% случаев имели поверхностные и относительно небольшие поражения тканей.

В подгруппе с пациентов реконструктивной хирургии, лечившихся по поводу травматических поражений, преобладали пациенты молодого возраста (80,0% случаев), в подгруппе злокачественных новообразований – пациенты в возрасте 45-59 лет (87,5% случаев).

3.2. Клинико-психопатологическая и катamnестическая характеристика пациентов пластической хирургии

Указания на отягощенную наследственность (среди родственников первой и второй линии родства) имелись в 22,4% случаев в группе эстетической хирургии и в 32,8% случаев в группе реконструктивной хирургии (Таблица 8). В группе эстетической хирургии несколько чаще была зарегистрирована отягощенность психическими расстройствами у родственников первой линии (родители и родные бабушки и дедушки) ($p=0,077$), среди них: шизофрения, умственная отсталость, делирий, вызванный употреблением алкоголя; психические расстройства, вызванные

употреблением психоактивных веществ (ПАВ); посттравматическое стрессовое расстройство, деменция.

Таблица 8 – Психопатологическая отягощенность наследственности у пациентов пластической хирургии

Показатели	Группа эстетической хирургии		Группа реконструктивной хирургии	
	Абс.	%	Абс.	%
Психические расстройства	5	8,6	1	2,3
Завершенный суицид	0	0	3	6,8
Злоупотребление алкоголем	8	13,8	10	22,7
Итого	13	22,4	14	31,8

Анамнестические указания (со слов пациентов) на наличие психических расстройств в прошлом имелись у 31% пациентов из группы обследованных пациентов эстетической хирургии и у 20,5% - из группы пациентов реконструктивной хирургии (Таблица 9). Дисморфофобия была отнесена к разделу катамнестических расстройств в случае эпизодического течения (либо однократного эпизода в пубертатном возрасте). Анамнестические сведения относительно частоты встречаемости психических расстройств и их лечения в прошлом собраны со слов пациентов.

Таблица 9 – Структура психических нарушений, перенесенных пациентами пластической хирургии в прошлом

Психические расстройства	Группа эстетической хирургии		Группа реконструктивной хирургии	
	Абс.	%	Абс.	%
Депрессивный синдром	5	8,7	3	6,8
Тревожный синдром	2	3,4	2	4,6
Обсессивно-компульсивный синдром	2	3,4	0	0
Тревожно-депрессивный синдром после психотравмирующей ситуации	6	10,3	3	6,8
Дисморфофобический синдром	3	5,2	0	0
Синдром аффективной неустойчивости	0	0	1	2,3
Итого	18	31,0	9	20,5

Несмотря на клинические признаки психических нарушений, по данным самоотчетов только половина пациентов эстетической хирургии, имевших психические нарушения, прибегали к лечению: треть обращалась к специалистам в области психического здоровья и лишь 16,7% (5,2% случаев из всей группы эстетической хирургии) – к психиатру (Таблица 10). В группе пациентов реконструктивной хирургии 6,8% пациентов обращались за помощью к врачам-интернистам или применяли самолечение (в 2,3% случаев пациент обращался к психологу и одновременно прибегал к самостоятельному приему противотревожных лекарственных средств).

Таблица 10 – Лечение психических расстройств в анамнезе у пациентов пластической хирургии

Показатели	Группа эстетической хирургии, n=58	Группа реконструктивной
------------	------------------------------------	-------------------------

			хирургии, n=44	
	Абс.	%	Абс.	%
Наличие психических нарушений в прошлом	18	31,0	9	20,5
Лечение психических нарушений в прошлом	9	15,5	3	6,8
Самолечение	2	3,4	1	2,3
Интернист	1	1,7	2	4,5
Психолог	1	1,7	1	2,3
Психотерапевт	2	3,4	0	0,0
Психиатр	3	5,3	0	0,0

До момента настоящего обследования 15,5% пациентов эстетической хирургии имели опыт приема психотропных лекарственных препаратов, чаще транквилизаторов (10,3% случаев) и антидепрессантов (5,2% случаев), отмечены случаи комбинированной фармакотерапии, включавшей применение антиконвульсантов и антипсихотиков (Таблица 11).

Таблица 11 – Психотропная терапия у пациентов группы пластической хирургии в анамнезе

Группы используемых препаратов	Группа эстетической хирургии		Группа реконструктивной хирургии	
	Абс.	%	Абс.	%
Транквилизаторы	6	10,3	2	4,5
Антидепрессанты	3	5,2	1	2,3
Нормотимики	1	1,7	0	0,0
Антипсихотики	1	1,7	0	0,0
Комбинированная фармакотерапия	3	5,2	0	0,0

В двух случаях проводилась комбинированная фармакотерапия несколькими психотропными препаратами: в одном случае пациент получал лечение тремя лекарственными препаратами (нормотимик, антипсихотик, антидепрессант), еще в одном случае – антидепрессант и транквилизатор. Пациенты реконструктивной хирургии сообщили, что принимали ранее психофармакотерапию в 6,8% случаев: в 4,5% - транквилизаторы и в 2,3% - антидепрессанты.

В Таблице 12 приведена частота психических расстройств у пациентов пластической хирургии на момент исследования в сравнении с распространенностью психических расстройств в общей популяции (Тиганов А.С., 1999; Михайлов А.Г. и др., 2007; Усачева Е.Л. и др., 2013; Росстат, 2015; Bulik С.М. et al., 2006). Обращает на себя внимание значительная частота психических расстройств у пациентов эстетической хирургии в целом. Из приведенной таблицы видна отчетливая тенденция к большей частоте психических расстройств в целом (преимущественно расстройств настроения (F3 по МКБ-10) и невротических расстройств (F4)) в группе эстетической хирургии (79,3% случаев) в сравнении с группой реконструктивной хирургии (40,9% случаев, $p=0,0008$) и общей популяцией (до 32% случаев).

Таблица 12 – Психические расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 среди пациентов, перенесших пластические операции, в сравнении с общей популяцией

Психические расстройства по МКБ -10	Частота, %		
	Группа эстетической хирургии, n=58	Группа реконструктивной хирургии, n=44	Общая популяция
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06)	1,7	6,8	0,82
Шизотипическое расстройство (F21)	0	2,3	0,14.. 0,42
Расстройства настроения (F3)	24,1	9,1	3..12
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	55,2*	31,8*	10..20*
Ипохондрическое расстройство (F45.2, Дисморфофобия)	17,2*	0*	1..2*
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	19*	0*	5*
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)	3,4*	20,5*	0,015.. 12 ^a
Расстройства приема пищи (F50)	3,4	0	1,2
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	15,5*	2,3*	10,3..13,5
Отсутствие психических расстройств	19,0*	47,7*	30..70 ^{a*}
Коморбидные психические расстройства	17,2*	0*	45..61 ^b

Примечание: * – $p < 0,05$; ^a – в общей медицинской популяции, ^b – в психиатрической практике

Межгрупповые различия представлены в Таблице 13. На момент осмотра ни у одного пациента не было выявлено острой психотической симптоматики. Среди пациентов эстетической хирургии заметно чаще встречались «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4 по МКБ-10). Среди них обращает на себя внимание распространенность дисморфофобии (F45.2 «Ипохондрическое расстройство»), генерализованного тревожного расстройства (F41.1). Среди пациентов реконструктивной хирургии преобладали «Расстройства приспособительных реакций» (F43.2). Частота других невротических расстройств (F41.2 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство», F41.3 «Другое смешанное тревожное расстройство», F48.0 «Неврастения», F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство») достоверно не различалась в группах сравнения.

Заметна тенденция к преобладанию аффективных расстройств в группе эстетической хирургии в сравнении с группой реконструктивной хирургии, включая биполярное аффективное расстройство и циклотимию.

В группе эстетической хирургии чаще встречаются расстройства личности (F6 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»). Для пациентов эстетической хирургии характерны гистрионное (F60.4 – в 5,2% случаев) и тревожное (F60.6 – в 6,9% случаев) личностные расстройства. Кроме того, диагностировано расстройство типа зависимой личности (F60.7) и невротическое развитие личности (F62.1) (по 1,7% случаев).

В группе реконструктивной хирургии только в одном случае (2,3%) было верифицировано пограничное расстройство личности (F60.31). Данный пациент лечился в отделении челюстно-лицевой хирургии в связи с травмой лица (вследствие драки).

В 17,2% случаев в группе эстетической хирургии обнаружено сочетание психических расстройств. Типичной оказалась коморбидность

расстройства личности или дисморфофобии с аффективными нарушениями (по 60,0% случаев от всех случаев сочетания психических расстройств). В 6,9% случаев расстройство личности сочеталось с генерализованным тревожным расстройством или смешанным тревожным и депрессивным расстройством; в 3,5% случаев циклотимии сопутствовало генерализованное тревожное расстройство; вместе с дисморфофобией выявлялись атипичная депрессия (F32.8, 1,7%), зависимое расстройство личности (F60.7, 1,7%), нервная анорексия (F50.0 «Нервная анорексия», 1,7%); в 1,7% случаев обнаружено сочетание трех расстройств: дисморфофобии, тревожного расстройства личности и атипичной нервной анорексии (индекс массы тела был выше 17,5 при наличии типичных симптомов нервной анорексии) (Карвасарский Б.Д. и др., 1998).

Таблица 13 – Сравнение частоты психических расстройств у пациентов эстетической и реконструктивной хирургии

Психические расстройства в соответствии с МКБ -10	%		Абсолютные значения		Хи-квадрат Фишера, р
	Группа эстетической хирургии	Группа реконструктивной хирургии	Группа эстетической хирургии, n=58	Группа реконструктивной хирургии, n=44	
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06)	1,7	6,8	1	3	>0,1
Шизотипическое расстройство (F21)	0	2,3	0	1	>0,1
Расстройства настроения (F3)	24,1	9,1	14	4	0,066

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	55,2	31,8	31	14	0,027
Ипохондрическое расстройство (Дисморфофобия, F45.2)	17,2	0	10	0	0,0045
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	19	0	11	0	0,0021
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)	3,4	20,5	2	9	0,0087
Расстройства приема пищи (F50)	3,4	0	2	0	>0,1
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	15,5	2,3	9	1	0,040
Отсутствие психических расстройств	19	47,7	12	21	0,0026
Сочетание психических расстройств	17,2	0	10	0	0,012

3.3. Возрастные особенности психических расстройств у пациентов пластической хирургии

Обнаружено, что для пациентов эстетической хирургии молодого возраста характерны невротические расстройства, расстройства личности, генерализованное тревожное расстройство, дисморфофобия, а также сочетание психических расстройств (Таблица 14). С возрастом нарастал удельный вес аффективных нарушений и расстройств адаптации при уменьшении частоты невротических и тревожных расстройств.

Таблица 14 – Сравнение частоты психических расстройств в разных возрастных группах среди пациентов, перенесших пластические операции

Психические расстройства по МКБ -10	Частота, %		
	Молодой возраст (18-44 лет), n=50	Средний возраст (45-59 лет), n=8	Пожилой возраст (60-74 года), n=0
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06)	0,0	12,5	0,0
Шизотипическое расстройство (F21)	0,0	0,0	0,0
Расстройства настроения (F3)	22,0*	37,5*	0,0
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	60,0*	25,0*	0,0
Дисморфофобия (F45.2)	20,0	0,0	0,0
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	22,0	0,0	0,0
Расстройство адаптации (F43.2)	2,0	12,5	0,0
Расстройства приема пищи (F50)	4,0	0,0	0,0
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	18,0	0,0	0,0
Отсутствие психических расстройств	18,0	25,0	0,0
Сочетание психических расстройств	20,0	0,0	0,0

Примечание: * – $p < 0,05$

Отмечено преобладание, по сравнению с другими возрастными группами, расстройств адаптации среди пациентов среднего возраста, что согласуется с аналогичными исследованиями альтернативных выборок пациентов (Perkonigg A. et al., 2018). Во всех случаях психотравмирующей

ситуацией были сложности в отношениях с супругом (развод или серьезный конфликт).

Из Таблицы 15 видно, что среди пациентов реконструктивной хирургии молодого возраста заметно реже выявлялись психические расстройства в целом ($p=0,12$), несколько чаще, чем в других возрастных группах, встречались расстройства адаптации (26,3% против 9,1% и 0,0% случаев, соответственно). Стоит отметить, что пациенты молодого возраста, как правило, лечились в отделении реконструктивной хирургии в связи с острой травмой, нередко угрожавшей жизни, в то время как пациенты старшего возраста обращались по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований. Можно предположить, что фактор реальной острой витальной угрозы, а также внезапно возникшее уродующее изменение внешности предопределили превалирование расстройств адаптации среди данной подгруппы пациентов (нозогенные реакции).

Пациенты среднего возраста отличались преобладанием расстройств настроения и расстройств тревожного круга (54,6% против 31,6% случаев среди пациентов молодого возраста ($p=0,16$) и 25,0% среди пациентов пожилого возраста). Заметна тенденция повышения частоты F3 «Расстройств настроения» в группе среднего возраста ($p=0,11$) в сравнении с пациентами молодого и пожилого возраста. Пациенты пожилого возраста в половине случаев обнаруживали органические психические расстройства, которые не были выявлены среди пациентов молодого возраста ($p=0,023$) и редко встречались у пациентов среднего возраста (9,1% случаев, $p=0,15$).

Таблица 15 – Частота психических расстройств в разных возрастных группах среди пациентов реконструктивной хирургии

Психические расстройства по МКБ -10	Частота, %		
	Молодой возраст (18-44 лет), n=26	Средний возраст (45-59 лет), n=14	Пожилой возраст (60-74 года), n=4
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06)	0,0*	7,1	50,0*
Шизотипическое расстройство (F21)	0,0	7,1	0,0
Расстройства настроения (F3)	3,9	21,4	0,0
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	30,7	35,7	25,0
Дисморфофобия (F45.2)	0,0	0,0	0,0
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	0,0	0,0	0,0
Расстройство адаптации (F43.2)	26,9	14,2	0,0
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	3,9	0,0	0,0
Отсутствие психических расстройств	61,5*	28,5*	25,0
Сочетание психических расстройств	0,0	0,0	0,0

Примечание: * – $p < 0,05$

Наиболее ярко различия по частоте и виду психических расстройств между группами эстетической и реконструктивной хирургии проявляются среди пациентов молодого возраста (Таблица 16). В группе эстетической хирургии заметно чаще регистрировались F3 «Расстройства настроения» (раздел по МКБ-10), F4 «Невротические, связанные со стрессом и

соматоформные расстройства», среди них – дисморфофобия (F45.2), генерализованное тревожное расстройство (F41.1). В 20,0% случаев имело место сочетание психических расстройств. Среди пациентов молодого возраста сравниваемых групп пациенты реконструктивной хирургии отличались относительно частым развитием расстройств адаптации (F43.2; 26,9% случаев против 0,0%, соответственно) и заметно более низкой частотой психических расстройств в целом (36,8% случаев против 82,0% случаев, соответственно).

Значимых различий по частоте психических расстройств среди пациентов эстетической и реконструктивной хирургии старше 44 лет обнаружено не было.

Таблица 16 – Сравнение частоты психических расстройств в разных возрастных группах среди пациентов пластической хирургии

Психические расстройства по МКБ -10	Молодой возраст (18-44 лет)		Средний возраст (45-59 лет)	
	Группа эстетической хирургии (n=50), %	Группа реконструктивной хирургии (n=26), %	Группа эстетической хирургии (n=8), %	Группа реконструктивной хирургии (n=14), %
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06)	0,0	0,0	12,5	7,1
Шизотипическое расстройство (F21)	0,0	0,0	0,0	7,1
Расстройства настроения (F3)	22,0*	3,9*	37,5	21,4
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	60,0*	30,7*	25,0	35,7

Дисморфофобия (F45.2)	20,0*	0,0*	0,0	0,0
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	22,0*	0,0*	0,0	0,0
Расстройство адаптации (F43.2)	0,0*	26,9*	12,5	14,2
Расстройства приема пищи (F50)	4,0	0,0	0,0	0,0
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	18,0	3,9	0,0	0,0
Отсутствие психических расстройств	18,0*	61,5*	12,5	28,5
Сочетание психических расстройств	20,0*	0,0*	0,0	0,0

Примечание: * – $p < 0,05$

Молодые пациенты реконструктивной хирургии, напротив, характеризовались относительно низкой частотой психических нарушений с преобладанием расстройств адаптации (тревно-депрессивные реакции (F43.2), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)), а также смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2).

Пациенты среднего возраста (45-59 лет) обеих групп отличались высокой частотой психических расстройств (87,5 и 71,5% случаев в группах эстетической и реконструктивной хирургии, соответственно). В обеих группах отмечена тенденция увеличения частоты расстройств настроения (F3 по МКБ-10) среди пациентов среднего возраста по сравнению с пациентами молодого возраста. Также характерны невротические (F41.2) и реактивные

(F43.2) тревожно-депрессивные расстройства. Пациенты пожилого возраста (60-74 года) в нашем исследовании реже обращались за помощью к пластическим хирургам. Среди этой возрастной группы характерны органические поражения головного мозга.

3.4. Сравнительный анализ результатов клинико-шкальной оценки в группах пациентов эстетической и реконструктивной хирургии

Согласно самооценке пациентов, уровень тревоги в группе эстетической хирургии составил $6,58 \pm 0,62$ балла, депрессии – $3,35 \pm 0,41$ балла по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. Показатели в группе реконструктивной хирургии также соответствовали низким уровням тревоги и депрессии ($6,36 \pm 0,66$ балла и $3,52 \pm 0,48$ балла, соответственно). Достоверных различий по этим показателям между группами не обнаружено. Клинически выраженная тревога (>10 баллов по Госпитальной шкале тревоги и депрессии) наблюдалась в 6,5% случаев в группе эстетической хирургии и в 4,0% случаев в группе реконструктивной хирургии. По результатам обследования по данной шкале, депрессия не достигла клинической выраженности ни в одном случае среди пациентов пластической хирургии, при этом, согласно клинико-шкальной оценке, депрессия была выявлена в половине случаев, что свидетельствует о расхождении результатов субъективной и объективной шкальных оценок и актуальности клинико-психопатологического обследования пациентов пластической хирургии.

Среди пациентов эстетической хирургии с верифицированной депрессией (51,7 % случаев) в 23,3% случаев депрессивная симптоматика достигла средней степени тяжести согласно шкале Гамильтона (Рисунок 1). В группе реконструктивной хирургии частота депрессии составила 47,7%:

выявлено 23,8% случаев депрессии средней степени и по 4,8% случаев тяжелой и крайне тяжелой депрессии. В обеих группах преобладало легкое депрессивное расстройство согласно градации по шкале депрессии Гамильтона: 76,7% случаев в группе эстетической хирургии и 66,7% случаев в группе реконструктивной хирургии. Средние баллы по шкале составили в группе эстетической хирургии – $11,1 \pm 0,46$ балла, в группе реконструктивной хирургии – $11,95 \pm 0,89$ балла, что соответствовало депрессии легкой степени.

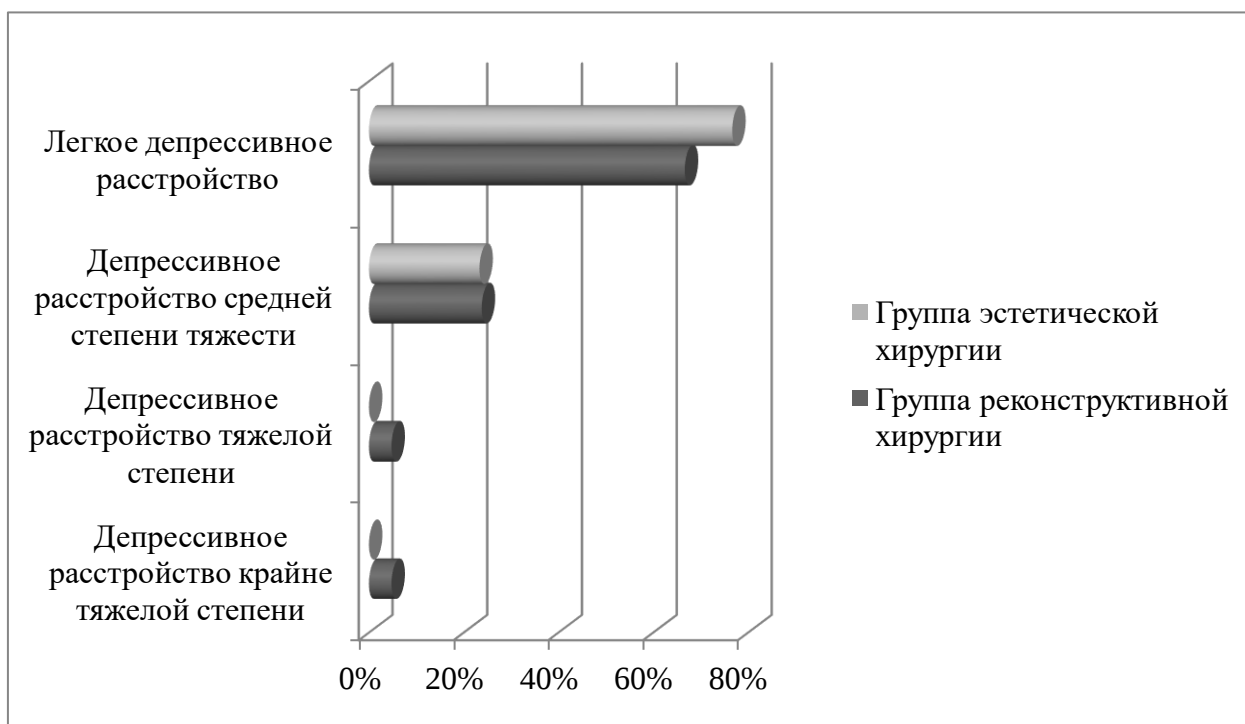


Рисунок 1 – Выраженность депрессии у пациентов пластической хирургии по шкале Гамильтона

В большинстве случаев депрессивная симптоматика относилась к диагностическим рубрикам F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (около 60% случаев в обеих группах) и F3 «Расстройства настроения» (Таблица 17). В группе эстетической хирургии в 40% случаев депрессивная симптоматика наблюдалась в рамках эндогенных

расстройств: биполярное аффективное расстройство (F31), рекуррентное депрессивное расстройство (F33), депрессивный эпизод (F32), циклотимия и дистимия (F34 «Устойчивые расстройства настроения»). Среди пациентов эстетической хирургии отмечена тенденция к преобладанию расстройств настроения в целом (40,0% против 19,0%, соответственно, $p=0,13$). В группе реконструктивной хирургии несколько чаще встречалось рекуррентное депрессивное расстройство (14,3% против 3,3% случаев), в то время как в группе эстетической хирургии – депрессивный эпизод (16,7% против 0% случаев, соответственно). Это можно объяснить возрастными особенностями обеих групп (пациенты реконструктивной хирургии, в среднем, были старше) и рекуррентной депрессии (дебют заболевания обычно в возрасте старше 30 лет).

В 42,9% случаев в группе реконструктивной хирургии было обнаружено расстройство адаптации, что указывало на психогенный характер расстройств настроения (F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство», F43.2 «Расстройство приспособительных реакций»). Как правило, психотравмирующей ситуацией являлся факт хирургического заболевания и связанные с ним изменения внешности. При этом в группе сравнения «Расстройство приспособительных реакций» встречалось заметно реже (6,7% случаев, $p=0,01$).

Сочетание психических расстройств достоверно чаще встречалось в группе эстетической хирургии, чем в группе сравнения (33,3% и 0% случаев, соответственно, $p=0,003$). Нередко аффективное расстройство в группе эстетической хирургии сочеталось с дисморфофобией (F45.2 «Ипохондрическое расстройство», 16,7% случаев), расстройством личности (F6 «Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте», 26,7% случаев).

Таблица 17 – Диагностическая структура депрессии и коморбидных ей расстройств у пациентов пластической хирургии

Диагноз по МКБ -10	Частота, %	
	Группа эстетической хирургии, n=30	Группа реконструктивной хирургии, n=21
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0)	3,3	9,5
Шизотипическое расстройство (F21)	0,0	4,8
Расстройства настроения (F3)	40,0	19,0
Биполярное аффективное расстройство (F31)	3,3	0,0
Депрессивный эпизод (F32)	16,7**	0,0**
Реккурентное депрессивное расстройство (F33)	3,3	14,3
Устойчивые расстройства настроения (F34)	16,7	4,8
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	60,0	61,9
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	13,3	0,0
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	23,3	14,3
Расстройство адаптации (F43.2)	6,7*	38,1*
Дисморфофобия (F45.2)	16,7**	0,0**
Расстройства пищевого поведения (F50)	6,7	0,0
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	26,7**	4,8**
Сочетанная психопатология	33,3*	0,0*

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,07$

Структура депрессии у пациентов пластической хирургии исследовалась путем клинического интервью (согласно рекомендациям к шкале депрессии Гамильтона), результаты представлены в Рисунке 2.

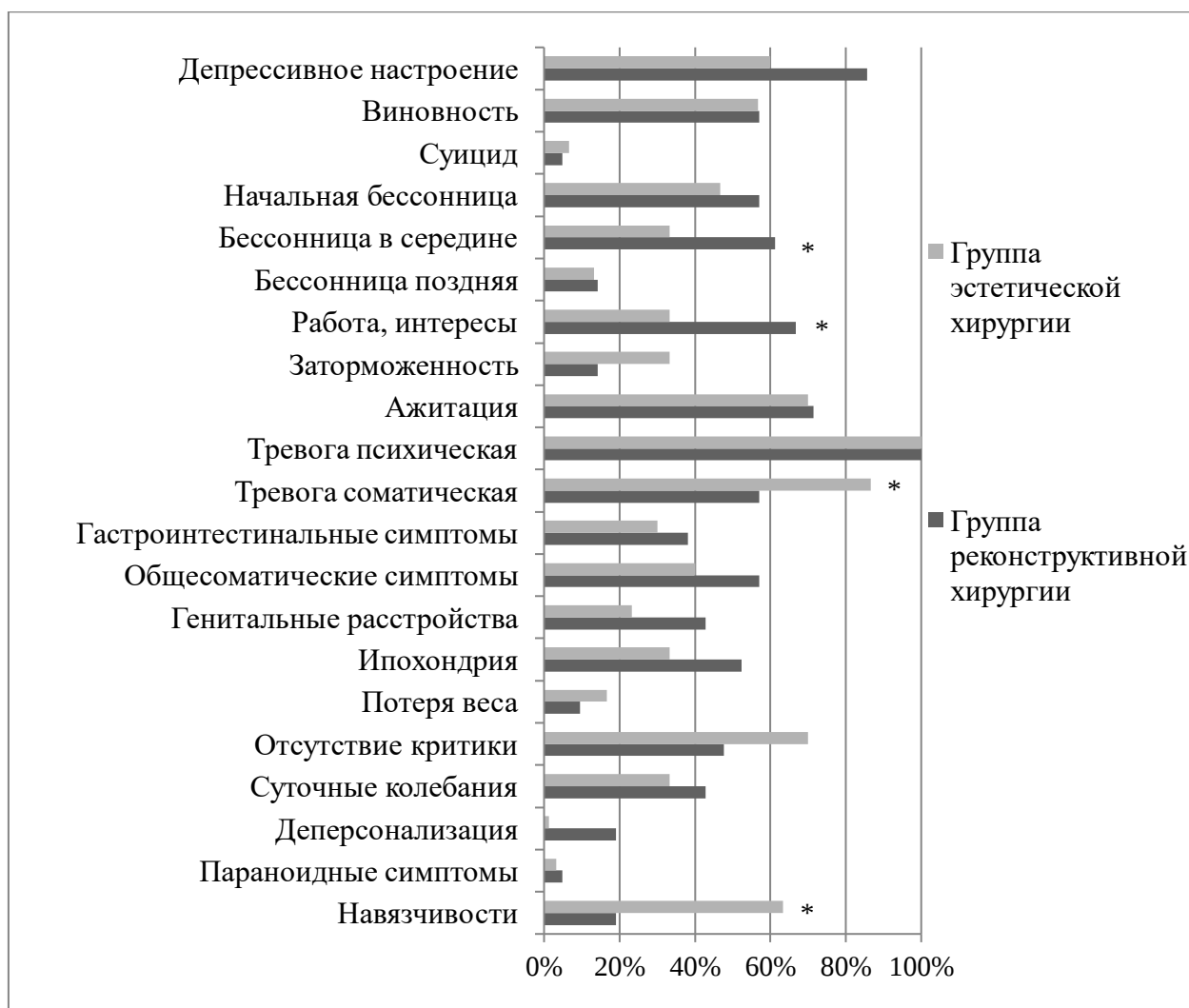


Рисунок 2 – Частота встречаемости симптомов по шкале Гамильтона у пациентов пластической хирургии

Примечание: * – $p < 0,05$

Депрессия в исследуемых группах отличалась преобладанием тревожного и вегетативного компонентов. Пациентам группы эстетической

хирургии свойственны соматические проявления тревоги (86,7% против 57,1% случаев в группе реконструктивной хирургии, $p=0,024$), менее критичное отношение к имеющимся психическим нарушениям (70,0% против 47,6% случаев, $p=0,15$). Заметно чаще выявлялся обсессивный компонент депрессии: 63,3% против 19,0% случаев, $p=0,004$.

Для пациентов группы реконструктивной хирургии были характерны отчетливый меланхолический компонент депрессии (85,7% против 60,0% случаев, $p=0,064$), поверхностный сон (подшкала «Бессонница в середине»: 61,2% против 33,3% случаев, $p=0,052$), ангедония (подшкала «Работа, интересы»: 66,7% против 33,3% случаев, $p=0,025$), ипохондрия (52,4% против 33,3%, $p=0,24$).

Выраженность отдельных депрессивных проявлений отражена на Рисунке 3. Пациенты эстетической хирургии отличаются большей выраженностью соматических проявлений тревоги ($1,23 \pm 0,14$ балла против $0,81 \pm 0,19$ балла по подшкале «Тревога соматическая» в группе реконструктивной хирургии, $p=0,051$), меньшей критичностью ($0,8 \pm 0,11$ балла против $0,52 \pm 0,13$ балла по подшкале «Отсутствие критики», $p=0,1$). Сoglасуется с результатами исследования по шкале NIMH более высокий показатель по подшкале «Навязчивости» в группе эстетической хирургии ($0,63 \pm 0,01$ балла против $0,24 \pm 0,12$ балла, соответственно, $p=0,004$). Для пациентов реконструктивной хирургии характерны более высокие показатели гипотимии ($1,57 \pm 0,23$ балла против $1,1 \pm 0,21$ балла, соответственно, $p=0,12$), ангедонии ($0,90 \pm 0,17$ балла против $0,37 \pm 0,10$ балла, соответственно, $p=0,009$), психических проявлений тревоги ($1,62 \pm 0,15$ балла против $1,3 \pm 0,085$ балла, соответственно, $p=0,075$).

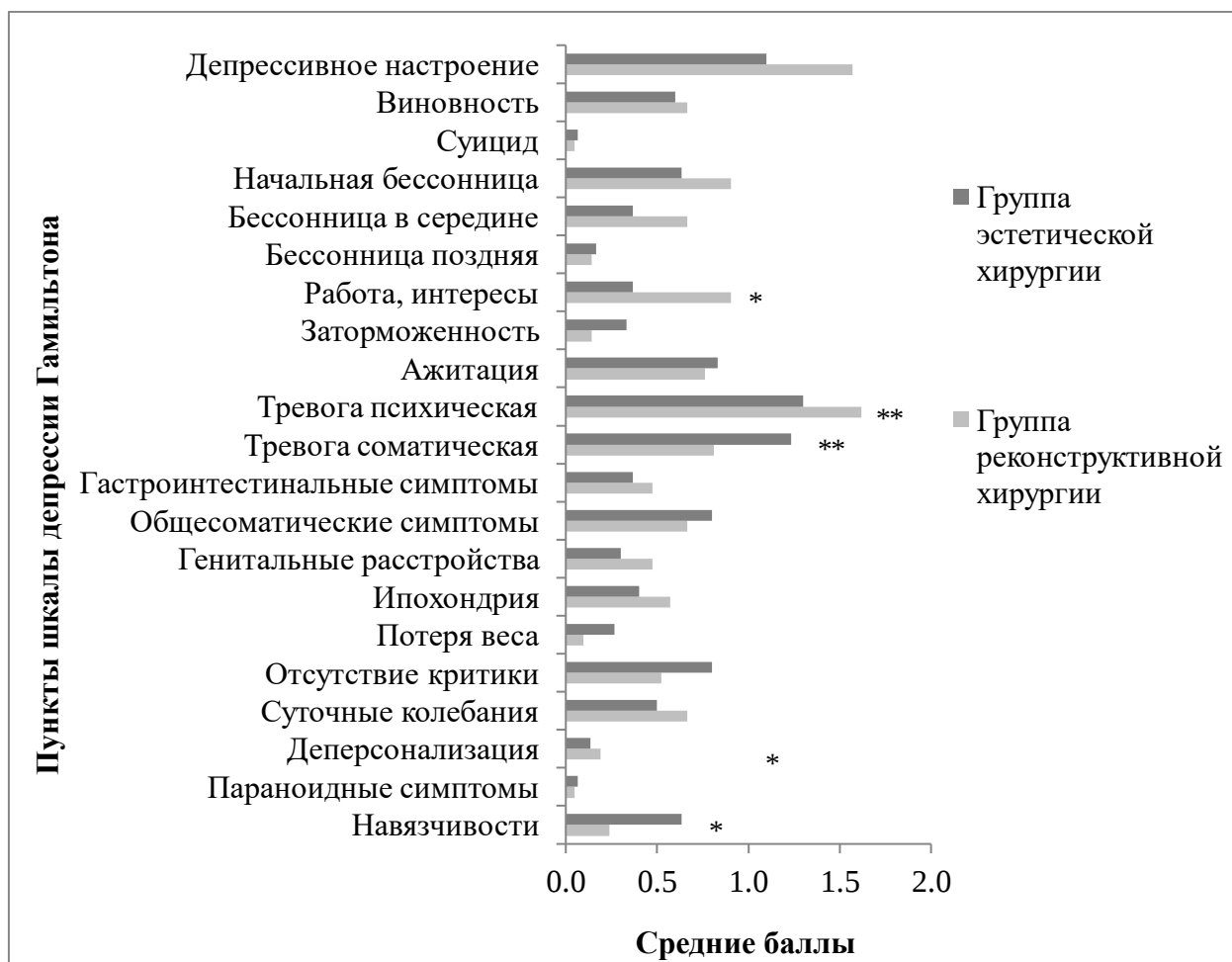


Рисунок 3 – Выраженность симптомов депрессии по шкале Гамильтона у пациентов пластической хирургии

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,08$

Следует отметить, что в шкале депрессии Гамильтона пункту «Суточные колебания» присваивается 1 балл в случае наличия ухудшения состояния в первой половине дня, и 2 балла, если пациент отмечает ухудшение состояния к вечеру. Таким образом, более высокие баллы по этому пункту свидетельствуют скорее об актуальной астенической симптоматике в структуре депрессии, нежели об эндогенном характере депрессии (с ухудшениями в первой половине дня). Пациенты эстетической хирургии с равной частотой (по 16,7% случаев) отмечали регулярное

ухудшение состояния в первой, либо во второй половине дня. Пациенты реконструктивной хирургии несколько чаще сообщали об ухудшения самочувствия к вечеру (23,8% случаев), чем с утра (19,0% случаев). Значимых различий между группами по данному параметру не получено.

Выраженность актуальной на момент исследования тревоги оценивалась по подшкале ситуативной тревожности шкалы Спилбергера. У пациентов пластической хирургии выраженность ситуативной (реактивной) тревожности, в среднем, соответствовала умеренному уровню: в группе эстетической хирургии - $36,65 \pm 1,46$ балла, в группе реконструктивной хирургии – $40,16 \pm 2,59$ балла по шкале Спилбергера ($p=0,22$).

В группе реконструктивной хирургии высокий уровень реактивной тревожности встречался чаще, чем в группе сравнения (40,0 против 22,6%, $p=0,15$). В группе эстетической хирургии преобладал умеренный уровень реактивной тревожности (58,1 против 36,0%, $p=0,11$) (Рисунок 4).

Клинически пациенты с высоким уровнем реактивной тревожности отличались умеренным уровнем внутреннего напряжения, двигательными проявлениями беспокойства (перебирание пальцев, частая смена позы во время беседы), временами ускоренным темпом речи. Встречались различные реакции на расспросы: повышенный уровень беспокойства относительно соматического состояния (ипохондрические тенденции), повышение напряжения и даже возникновения некоторой подозрительности.

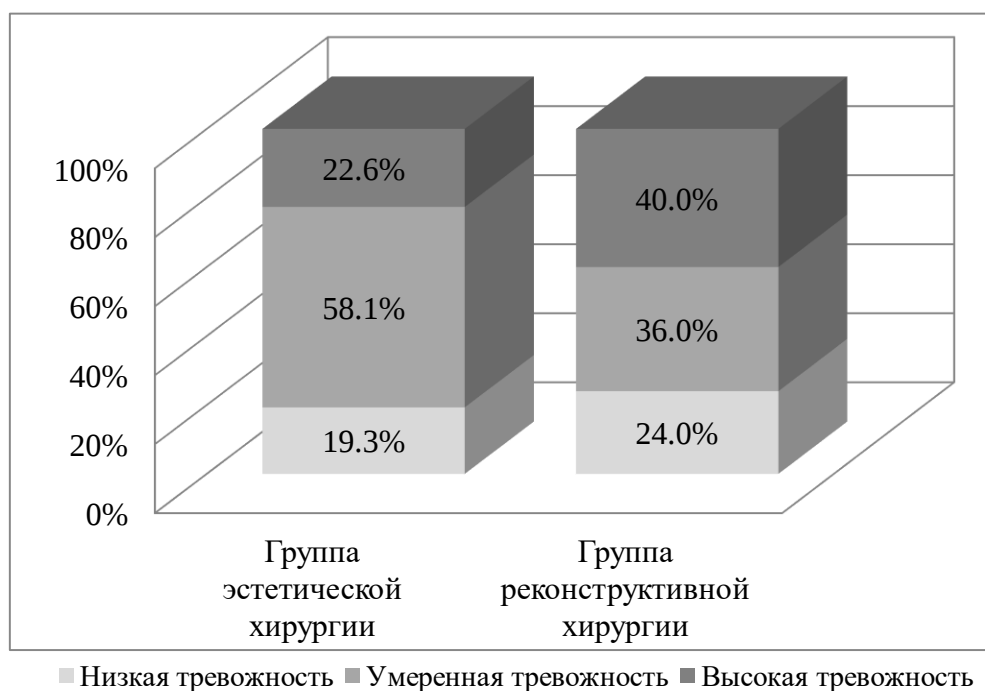


Рисунок 4 – Число пациентов с различными уровнями реактивной тревожности в группах пластической хирургии

Показатель по обсессивно-компульсивной шкале NIMH не выходил за пределы нормы (3 балла) и составил в группе эстетической хирургии $2,12 \pm 0,35$ балла, а в группе реконструктивной хирургии – $1,11 \pm 0,42$ балла. При этом разница средних показателей между группами была достоверна ($p=0,009$). Навязчивости достигали значимого уровня в 27,6% случаев (клиническая и субклиническая выраженность обсессивно-компульсивного поведения – градации по шкале NIMH) в группе эстетической хирургии и в 8,9% случаев в группе реконструктивной хирургии ($p=0,009$) (Рисунок 5).

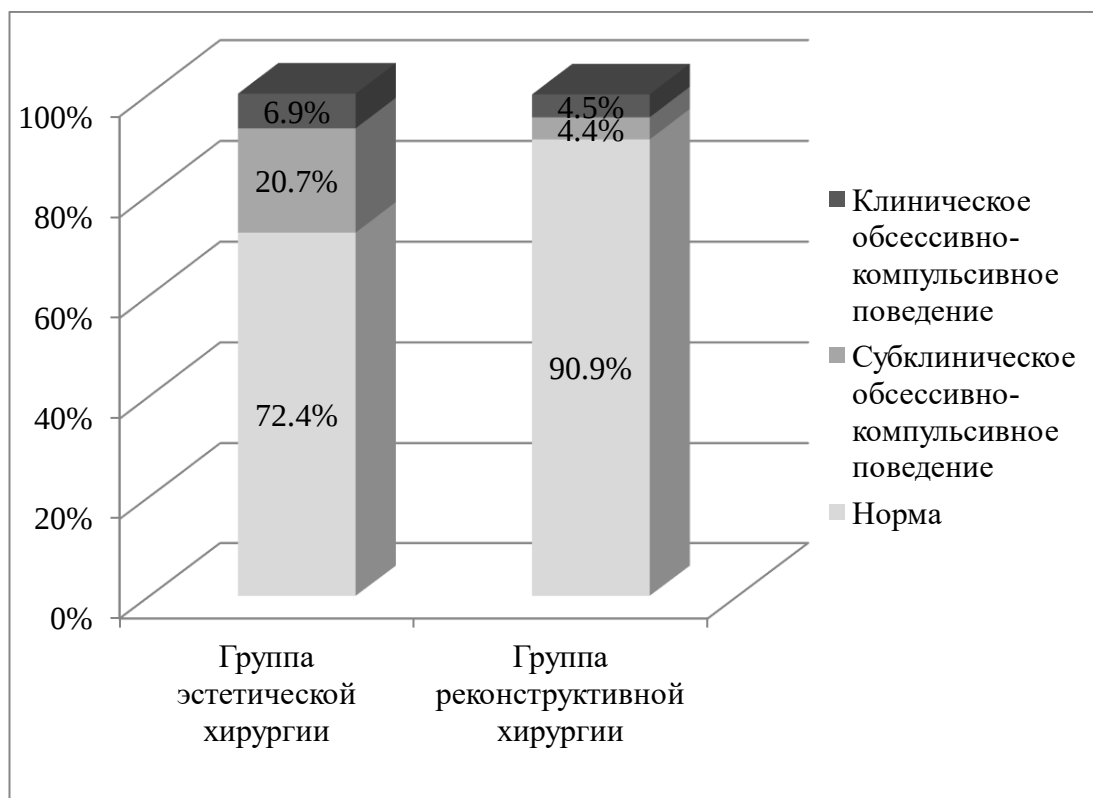


Рисунок 5 – Частота обсессивно-компульсивных нарушений среди пациентов пластической хирургии по NIMH

Методом корреляционного анализа изучались взаимосвязи между показателями тревоги, депрессии и обсессивно-компульсивных нарушений. Для пациентов эстетической хирургии типична ассоциированность депрессии с тревогой и обсессивно-компульсивными нарушениями. Результат анализа обнаружил достоверные связи между показателями депрессии по шкале Гамильтона и обсессивно-компульсивной симптоматики по шкале NIMH ($r=0,417$, $p=0,001$); между показателями депрессии по шкале Гамильтона и ситуативной тревоги по шкале Спилберга ($r=0,521$, $p=0,038$).

У пациентов реконструктивной хирургии наличие депрессии сочеталось с низкой оценкой качества жизни ($r=-0,426$, $p=0,021$). Депрессия в большинстве случаев была ассоциирована с повышением ситуативной ($r=0,761$, $p<0,01$) и личностной тревожности ($r=0,614$, $p<0,01$).

Таким образом, для пациентов пластической хирургии характерен умеренный уровень ситуативной тревожности. В половине случаев пациенты обеих групп обнаруживали депрессию. Депрессия у пациентов пластической хирургии имела разную природу (в группе эстетической хирургии преобладали расстройства настроения, а в группе реконструктивной хирургии – расстройства адаптации), неоднородную структуру и различную выраженность отдельных симптомов. Вместе с этим выраженность депрессии для большинства пациентов в обеих группах была сопоставима и соответствовала легкому уровню. Для пациентов эстетической хирургии характерно сочетание депрессии с тревогой и обсессивно-компульсивными симптомами. Пациенты реконструктивной хирургии обнаруживали сочетание тревоги и депрессии, которые отрицательно влияли на качество жизни.

3.5. Клиническая и личностно-психологические характеристики дисморфофобии у пациентов эстетической хирургии

Дисморфофобия была диагностирована в 17,2% случаев среди пациентов, перенесших эстетические операции, и не встречалась среди пациентов реконструктивной хирургии. Все пациенты с дисморфофобией оказались молодыми женщинами (возраст составил $31,2 \pm 1,3$ года). В 70,0% наблюдений дисморфофобические нарушения прослеживались с пубертатного возраста. В нашем исследовании от дебюта расстройства до верификации диагноза, в среднем, проходило $16,1 \pm 5,3$ года. Это подтверждает актуальность проблемы своевременного выявления данного заболевания.

В 40,0% случаев «точкой приложения» дисморфофобических

переживаний была область лица, в 40,0% случаев – «женские» зоны (молочные железы, кожа живота, контуры тела), в 20,0% случаев – нетипичные или относительно редкие для пластических операций зоны (круропластика – установка импланта в область голени; мандибулопластика – коррекция нижней челюсти). Хотя нижняя челюсть является частью лица – наиболее популярной зоной, однако запрос на мандибулопластику был относительно редким в сравнении с частотой блефаропластик и ринопластик. Следует отметить, что из всех эстетических операций в нетипичных областях (ушные раковины, голени) в 66,6% случаев у пациентов диагностировалась дисморфофобия ($p=0,07$).

Пациенты с дисморфофобией, в сравнении с пациентами эстетической хирургии без дисморфофобии, заметно чаще имели запрос на ринопластику и гораздо реже – на увеличивающую маммопластику и/или мастопексию (укорочение связок молочных желез без использования имплантов) (Таблица 18). В целом, дисморфофобией страдала каждая десятая пациентка с запросом на аугментирующую маммопластику или мастопексию, каждая четвертая с запросом на липосакцию и дерматопластику, каждая вторая, которым выполнена ринопластика, и две трети пациентов с запросами на операции в нетипичных областях.

Частота операций в подгруппе пациентов с дисморфофобией составила, в среднем, $2,4 \pm 0,52$ случая. Число пластических операций увеличивалось с возрастом ($p=0,592$, $p=0,072$). Пациенты с дисморфофобией заметно чаще выполняли повторные пластические операции в той же области из-за неудовлетворенности результатами предыдущего вмешательства (30,0% случаев против 6,1% случаев среди остальных пациентов группы эстетической хирургии, $p=0,05$).

Таблица 18 – Удельный вес оперативных вмешательств у пациентов с дисморфофобией в группе пациентов эстетической хирургии

Тип операции	Пациенты с дисморфофобией		Пациенты без дисморфофобии	
	Абс.	%	Абс.	%
Операции в нетипичных областях	2	20	1	2,1
Мандибулопластика	1	10	1	2,1
Ринопластика	4	40*	4	8,3*
Пластика контуров тела	1	10	3	6,3
Маммопластика	2	20*	27	56,2*
Блефаропластика, круговая подтяжка лица	0	0	12	25
Итого	10	100	48	100

Примечание: * — $p \leq 0,05$

Склонность к частым эстетическим процедурам (хирургические операции, микрохирургические косметологические процедуры) определена у 20,0% пациентов с дисморфофобией и только у 6,3% пациентов группы эстетической хирургии без дисморфофобии ($p=0,2$). В критерии оценки входили: регулярные косметологические (татуаж, инъекции ботекса, гиалуроновой кислоты и т.п.) и/или хирургические эстетические процедуры, количество эстетических операций в анамнезе, регулярность вмешательств (более одной операции в год), а также планирование новой операции на момент обследования.

Пациенты эстетической хирургии склонны решать межличностные проблемы при помощи эстетической хирургии (41,3% пациентов при опросе

назвали эту мотивацию к операции ведущей), что соответствует социальному критерию аддиктивного поведения (Худяков А.В., 2003). В 14,3% случаев пациенты эстетической хирургии без дисморфофобии сообщали о серьезных семейных конфликтах незадолго до операции (пациенты с дисморфофобией – в 40,0% случаев, $p=0,08$) (Таблица 19). Обращает на себя внимание, что пациенты эстетической хирургии с дисморфофобией заметно чаще прибегали к использованию неадаптивных копингов, чем другие пациенты эстетической хирургии (50,0% против 15,0%, $p=0,024$), что соответствует психологическому критерию аддиктивного поведения. Среди пациентов, имевших хотя бы два признака аддиктивного поведения, описанных выше, пациенты с дисморфофобией обнаруживали сопутствующую депрессию заметно чаще других пациентов эстетической хирургии (40,0% против 9,1%, $p=0,024$).

Таблица 19 – Критерии аддиктивного поведения (А.В. Худяков, 2003) применительно к пациентам эстетической хирургии

Признаки	Пациенты без дисморфофобии, %	Пациенты с дисморфофобией, %
Решение межличностных проблем при помощи эстетической хирургии	46,8	20,0
Использование неадаптивных копинг-стратегий	15,0*	50,0*
Типы неадаптивного копинга	подавление эмоций (Э), смирение (К)	активное избегание (П), смирение (К)
Повторные операции под наркозом (>2)	11,4	30,0
Семейные конфликты накануне	14,3	40,0
Сопутствующее употребление ПАВ	24,4	30,0

Сочетание 3 признаков	4,5	20,0
Сочетание 2 признаков и депрессии	9,1*	40,0*

Примечание: * – $p < 0,05$; Э – эмоциональный, П – поведенческий, К – когнитивный копинг

В нашем исследовании структуры дисморфофобии регистрировались клинические варианты, выделенные в соответствии с типологией Е.Н. Матюшенко (Матюшенко Е.Н., 2013): с преобладанием социальной тревоги (60,0% случаев), с сенситивными идеями отношения (20,0% случаев), с интернальным перфекционизмом (20,0% случаев). Следует отметить, что в 20,0% случаев дисморфофобии с социальной тревогой имело место сочетание признаков других клинических вариантов: например, пациент с преобладанием социальной тревоги, но и с интернальным перфекционизмом, либо с умеренными идеями отношения.

Ассоциированные расстройства личности (F6 «Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте») имелись у 20,0% пациентов, в том числе истероидное (F60.4, 10,0% случаев), избегающее (F60.6, 10,0% случаев). Среди пациентов эстетической хирургии без дисморфофобии и среди пациентов реконструктивной хирургии расстройства личности встречались заметно реже. Депрессия наблюдалась в 50,0% случаев пациенток с дисморфофобией (легкое депрессивное расстройство – 30,0%, умеренное – 20,0%), в том числе в 10,0% случаев – циклотимия (F34.0) и в 10,0% – атипичный депрессивный эпизод (F32.8). В среднем, преобладала депрессивная симптоматика легкой степени (средний балл согласно шкале Гамильтона составил $10,2 \pm 1,16$ балла). Расстройства пищевого поведения (F50, типичная и атипичная формы нервной анорексии) были выявлены в 20,0% случаев и только у пациенток с дисморфофобией из группы эстетической хирургии ($p = 0,027$).

Нарушения пищевого поведения (F50 «Расстройства приема пищи») были обнаружены в 20,0% случаев. Среди пациентов эстетической хирургии без дисморфофобии в одном случае (2,1%) отмечалась повышенная обеспокоенность весом и стремление похудеть, однако симптомы не достигали патологического уровня. Нервная анорексия существенно чаще встречалась в данной подгруппе в сравнении с другими пациентами эстетической хирургии (0,0% случаев, $p=0,027$).

Для пациентов с дисморфофобией характерно использование адаптивных копинг-стратегий в эмоциональной сфере. В то же время отмечено более частое по сравнению с другими группами (пациенты реконструктивной хирургии и пациенты эстетической хирургии без дисморфофобии) применение неадаптивных копингов в поведенческой сфере (11,1% против 0,0% и 0,0%, $p=0,046$) – «Активное избегание». Пациенты группы дисморфофобии чаще прибегают к анализу проблемы и ее последствий, поиску соответствующей информации, расспросу врачей, обдумыванию («проблемный анализ»). Из относительно адаптивных копинг-стратегий характерны «Конструктивная активность» и «Придача смысла» – формы поведения, направленные на позитивное подкрепление себя в преодолении трудностей, придание особого смысла их преодолению. Неадаптивные копинг-стратегии в выделенной подгруппе – «Активное избегание» и «Смирение» – формы поведения, направленные на активное или пассивное избегание решения проблем.

Таким образом, анализ данных методом Хи-квадрата Фишера показал, что пациенты с дисморфофобией чаще имеют запрос на операции в области нижней челюсти, носа, голени. В структуре дисморфофобии у пациентов эстетической хирургии, в сравнении с аналогичными пациентами дерматологической клиники, обнаружено преобладание дисморфофобии с социальной тревогой. Подтверждена высокая распространенность коморбидных дисморфофобии психических нарушений, среди которых, при

сравнении с остальными пациентами эстетической хирургии, обращает на себя внимание значительная частота нервной анорексии. Факт повторной пластической операции в одной области при отсутствии осложнений в 30% случаев указывает на вероятность наличия у пациента дисморфофобии.

3.6. Личностно-психологические характеристики пациентов пластической хирургии

Акцентуации характера оценивались с использованием клинической классификации А.Е. Личко (1980), их частота представлена на Рисунке 6.

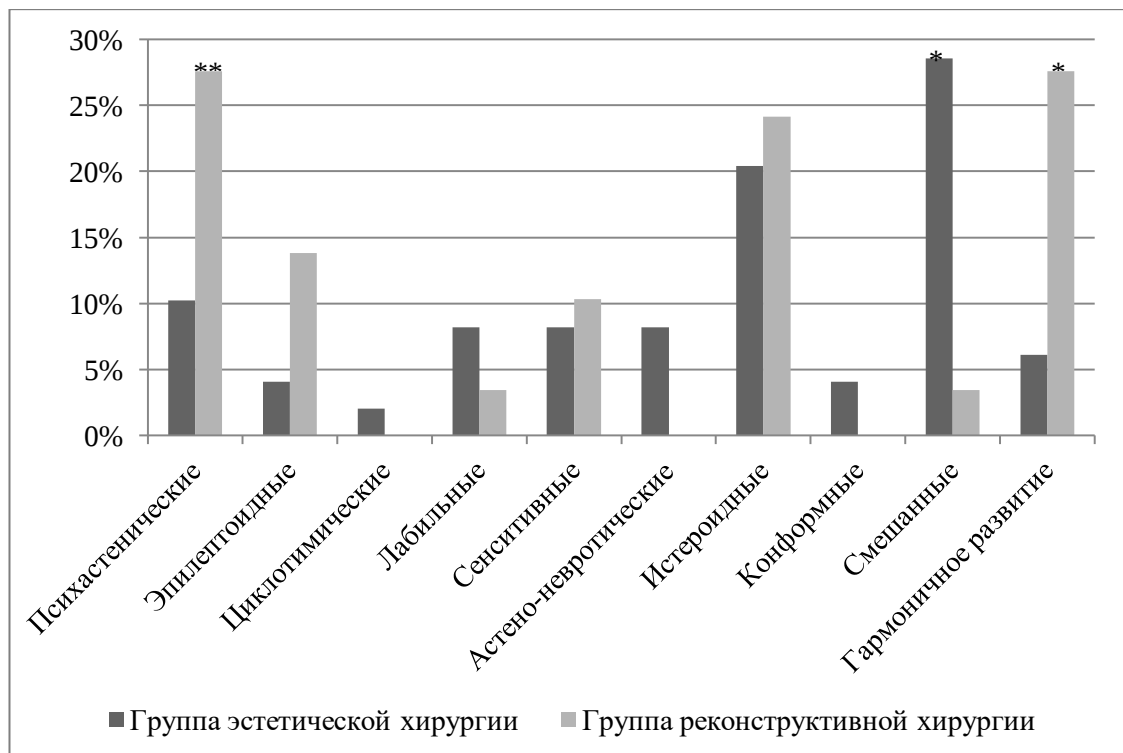


Рисунок 6 – Частота личностно-психологических особенностей пациентов пластической хирургии (по классификации А.Е. Личко)

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p = 0,06$

Для пациентов эстетической хирургии в 20,4% случаев характерна истероидная акцентуация, а с учетом истероидных черт в составе смешанных

акцентуаций – в 46,9% случаев. Заметно чаще, по сравнению с пациентами реконструктивной хирургии, встречались смешанные акцентуации (28,6% случаев против 3,4% случаев, соответственно, $p=0,007$). Типично дисгармоничное сочетание демонстративных и тревожных черт (в 22,5% случаев в группе эстетической хирургии в целом, Рисунок 7).

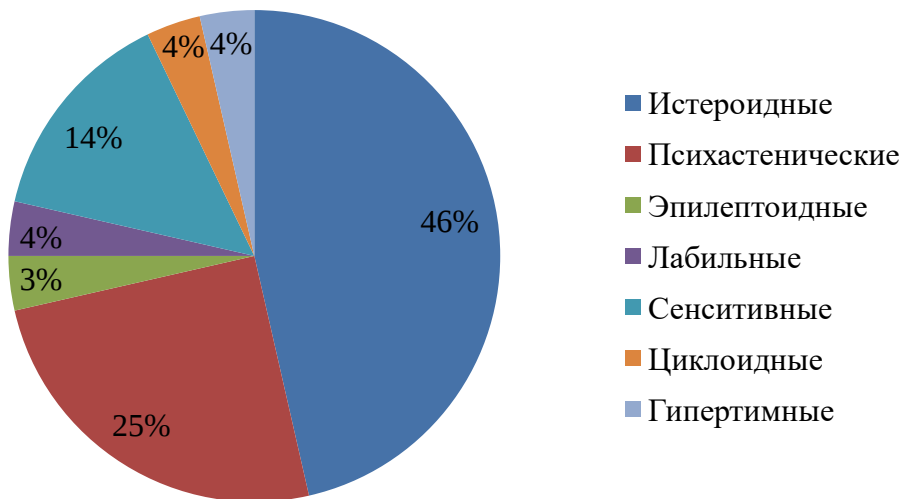


Рисунок 7 – Структура смешанных акцентуаций характера в группе эстетической хирургии

Среди пациентов реконструктивной хирургии заметно чаще, чем среди пациентов эстетической хирургии, встречались гармоничное развитие личности (27,6 и 6,1% случаев, соответственно, $p=0,016$), психастеническая акцентуация (27,6% случаев против 10,2% случаев, соответственно, $p=0,06$). В 24,1% случаев зарегистрирована истероидная акцентуация. В одном случае (3,5%) выявлена смешанная акцентуация характера, с сочетанием истероидных и астено-невротических черт.

В 48,3% случаев пациенты эстетической хирургии сообщали о субъективной неудовлетворенности той или иной частью тела как основной причиной, нередко связывали эстетические изменения с повышением

самооценки в будущем (Таблица 20). В 39,7% случаев присутствовало сочетание мотиваций. Наиболее частым вариантом было сочетание субъективной неудовлетворенности внешностью со стремлением повысить сексуальную привлекательность (в 43,5% случаев всех смешанных мотиваций).

Таблица 20 – Виды мотиваций к операции в группе эстетической хирургии

Вид мотиваций	Абс.	Частота, %
Внутренние мотивации	28	48,3
Внешние мотивации	7	12
Смешанные мотивации	23	39,7

Sarwer D.B. и коллеги, а также и Honigman R.J. с коллегами, исследуя мотивации к эстетическим операциям, подразделяют мотивации на внешние, ориентированные на внешнюю выгоду от операций, и внутренние, имеющие целью повышение самооценки и улучшение восприятия своего тела (Honigman R.J. et al., 2004; Sobanko J.F. et al., 2015; Furnham A., Levitas J., 2012). Несмотря на неоднозначность отнесения мотиваций к какому-либо полюсу, субъективную неудовлетворенность внешности рекомендовано относить к внутренним мотивациям; а желание супруга, желание презентабельнее выглядеть на работе, повышение сексуальной привлекательности (для привлечения возможного сексуального партнера) – к внешним. Смешанным вариантом в исследовании считалось сочетание нескольких мотивов из разных групп: к примеру, субъективная неудовлетворенность и повышение сексуальной привлекательности.

Отдельное изучение личностной тревожности по шкале Спилбергера обнаружило, что средние значения общего показателя соответствовали умеренному уровню в обеих исследуемых группах, составив в группе

эстетической хирургии – $42,37 \pm 1,60$ балла, в группе реконструктивной хирургии – $40,60 \pm 2,39$ балла.

Распределение частоты встречаемости различных уровней личностной тревожности показало: в группе реконструктивной хирургии, преимущественно за счет показателей пациентов мужского пола, чаще встречался низкий уровень личностной тревожности (24,0% против 3,3%, $p=0,039$), в то время как среди пациентов эстетической хирургии преобладали случаи с умеренным уровнем тревожности (70,0% против 44,0%, $p=0,061$). Высокий уровень личностной тревожности встречался в 36,4% случаев в группе реконструктивной хирургии и в 26,7% случаев в группе эстетической хирургии (Рисунок 8).

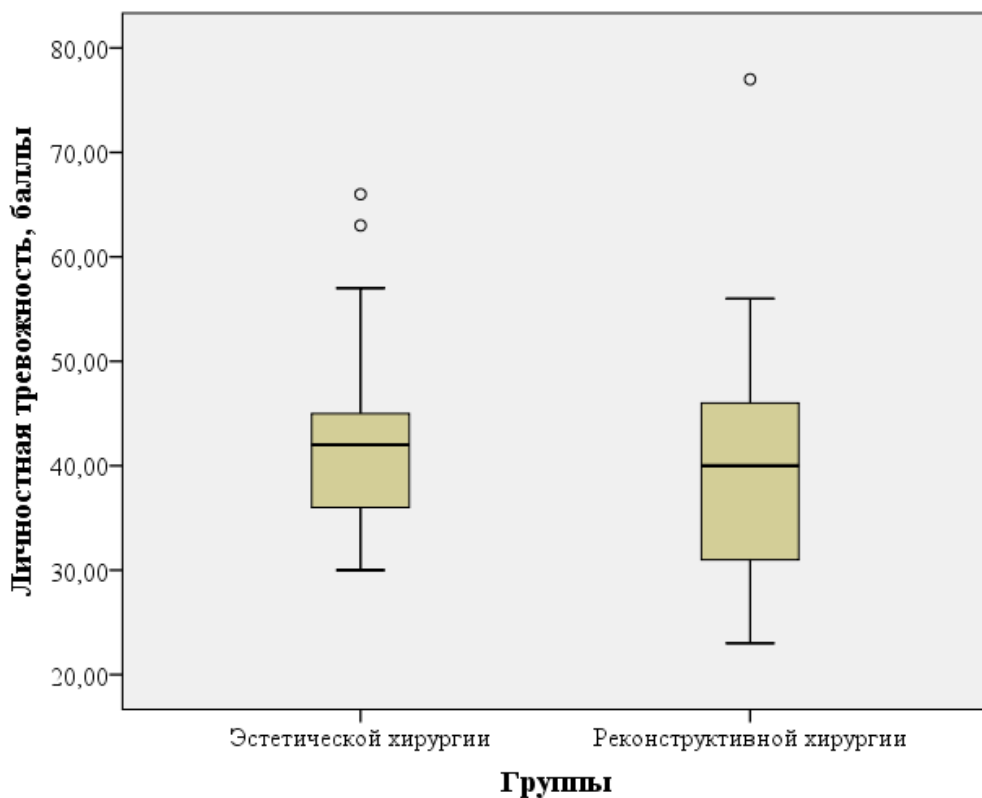


Рисунок 8 – Выраженность личностной тревожности среди пациентов пластической хирургии

Таким образом, пациенты эстетической хирургии, в основном, имеют умеренный уровень личностной тревожности, в то время как пациенты

реконструктивной хирургии отличаются большей вариабельностью выраженности личностной тревожности.

Корреляционный анализ в группе реконструктивной хирургии показал взаимосвязь высокого уровня личностной тревожности с низким уровнем качества жизни по ВАШ КЖ ($\rho=-0,463$, $p=0,026$), низкой удовлетворенностью сексуальной жизнью ($\rho=-0,504$, $p=0,014$) и высокой зависимостью от мнения окружающих ($\rho=0,486$, $p=0,014$). В группе эстетической хирургии не было найдено взаимосвязей между качеством жизни, сексуальной удовлетворенностью и уровнем личностной тревожности. Уровень личностной тревожности в группе эстетической хирургии возрастал вместе с субъективной значимостью мнения окружающих ($\rho=0,521$, $p=0,004$).

Результат исследования системы смысложизненных ориентаций (с использованием теста СЖО) продемонстрировал, что общий показатель осмысленности жизни у пациентов пластической хирургии достоверно выше общепопуляционных значений – как за счет общего показателя, так и за счет всех шкал по отдельности (Таблица 21).

Таблица 21 – Характеристика системы смысложизненных ориентаций у пациентов пластической хирургии

Показатели теста СЖО	Группа эстетической хирургии	Группа реконструктивной хирургии	Нормативные показатели (баллы)	Сравнение средних с нормативными показателями, p	
	(баллы) $M \pm m$	(баллы) $M \pm m$		Группа эстетической хирургии	Группа реконструктивной хирургии
Цели	$33,68 \pm 1,14$	$34,91 \pm 1,21$	29,38	0,0007	0,0001
Процесс	$32,14 \pm 1,09$	$32,57 \pm 1,38$	28,8	0,0071	0,0062
Результат	$27,43 \pm 0,85$	$28,0 \pm 0,91$	23,3	< 0,0001	< 0,0001

Локус контроля – Я	21,39±0,9 0	23,04±0,79	18,58	0,0016	< 0,0001
Локус контроля – Жизнь	31,32±1,2 2	32,83±1,28	28,7	0,0356	0,0024
Общий показатель осмысленности жизни	108,5±3,1 6	111,22±3,38	95,76	0,0002	0,0002

Сравнение показателей среднего значения и стандартного отклонения произведено с использованием t-критерия с учетом объемов выборок.

Следует отметить, что обследование проводилось в ранний послеоперационный период, когда ближайшие цели в жизни были достигнуты (выполнена операция), при высокой оценке настоящего (неосложненный послеоперационный период) и удовлетворенности результатами достигнутых целей. Данный факт мог повлиять на результаты методики.

При рассмотрении отдельных шкал обнаружено, что сниженный (по сравнению с общей популяцией) показатель «Локус контроля – Жизнь» обнаружили 30,8% пациентов группы эстетической хирургии, что интерпретируется как убеждение, что они не свободны в принятии основополагающих решений и воплощении их в жизнь. 35,7% пациентов группы реконструктивной хирургии обнаружили неудовлетворенность собственной жизнью (сниженный показатель по подшкале «Процесс»). Снижение общего показателя осмысленности жизни выявлено в 26,9% случаев в группе эстетической хирургии и в 21,4% случаев в группе реконструктивной хирургии.

Проводился корреляционный анализ показателей. При анализе взаимосвязей в группе эстетической хирургии уровня осмысленности жизни с показателями тревоги и депрессии обнаружено слабое отрицательное влияние тревоги на текущую эмоциональную насыщенность и

заинтересованность в жизни (подшкала «Процесс» СЖО; $r = -0,415$ для реактивной тревожности и $r = -0,431$ для личностной тревожности, $p < 0,05$) (Таблица 22).

Таблица 22 – Результаты корреляционного анализа показателей смысложизненных ориентаций (по тесту СЖО) в группе эстетической хирургии

Показатели	«Цели»	«Процесс»	«Результат»	«Локус контроля – Я»	«Локус контроля – Жизнь»	Общий показатель осмысленности жизни
Ситуативная тревожность (шкала Спилбергера)	-	-0,415	-	-	-0,441	-0,393
Личностная тревожность (шкала Спилбергера)	-	-0,431	-	-	-	-
Качество жизни (ВАШ)	-	0,630	0,489	0,479	0,526	0,564

Примечание: - – $p > 0,05$

Повышение ситуативной тревожности коррелируют с уровнем фатализма (отрицательная корреляция в подшкалой «Локус контроля – жизнь», $r = -0,441$, $p = 0,024$). Имеется влияние выраженности ситуативной тревоги на общую осмысленность жизни ($r = -0,393$, $p = 0,047$). При сравнении показателей по тесту СЖО между пациентами эстетической хирургии, обнаруживавших психические расстройства и без них, достоверных различий получено не было.

Наиболее тесные связи осмысленности жизни имеются с оценкой качества жизни (по всем подшкалам и общему показателю, кроме показателя

«Цели», $r = 0,479-0,630$ при $p < 0,05$). Таким образом, чем выше осмысленность жизни индивида, тем выше он оценивает свое качество жизни.

Наличие постоянного места работы положительно влияет на формирование стойких жизненных целей и позитивную оценку прошлого. При сравнении результатов обследования работающих и неработающих пациентов группы эстетической хирургии по подшкале «Цели» наблюдались более высокие результаты среди работающих пациентов ($35,32 \pm 1,11$ и $30,25 \pm 1,80$ балла, соответственно, $p = 0,076$); так же – по подшкале «Результат» ($28,82 \pm 0,81$ и $21,0 \pm 1,08$ балла, соответственно, $p = 0,001$). Следовательно, работающие пациенты эстетической хирургии имеют более прочные цели в жизни, большую уверенность в будущем и более позитивную оценку прошлого жизненного опыта.

Для пациентов реконструктивной хирургии так же характерна тесная связь осмысленности жизни и качества жизни: средняя и высокая положительная корреляция обнаружены по всем подшкалам и общему показателю, кроме «Локус контроля - Жизнь», $r = 0,672-0,817$ при $p < 0,05$ (Таблица 23).

Чем больше детей имел пациент реконструктивной хирургии, тем выше он/она был заинтересован своей жизнью (коэффициент корреляции с подшкалой «Процесс», $r = 0,54$, $p = 0,046$). В группе реконструктивной хирургии не было обнаружено взаимосвязи между осмысленностью жизни и наличием постоянного места работы.

Психически здоровые пациенты реконструктивной хирургии имели более высокие показатели по подшкалам «Процесс», «Результат», а также общий показатель СЖО в сравнении с пациентами этой группы, имевшими клинические признаки психических расстройств ($p < 0,05$). При этом показатели СЖО ни в одном случае не опускались ниже среднепопуляционных значений. Таким образом, психические расстройства у пациентов реконструктивной хирургии снижают заинтересованность,

эмоциональную насыщенность, результативность, общую осмысленность жизни, а также негативно влияют на оценку прошлого. Наибольшим негативным влиянием на общую осмысленность жизни обладал повышенный уровень личностной тревожности ($r = -0,624$, $p = 0,017$), а также наличие депрессии ($r = -0,594$, $p = 0,025$) (Таблица 23).

Таблица 23 – Результаты корреляционного анализа показателей смысловых ориентаций (по тесту СЖО) в группе реконструктивной хирургии

Показатели	«Цели»	«Процесс»	«Результат»	«Локус контроля – Я»	«Локус контроля – Жизнь»	Общий показатель осмысленности жизни
Качество жизни (ВАШ)	0,672	0,817	0,722	0,755	-	0,816
Депрессивная симптоматика (шкала Гамильтона)	-	-0,612	-	-0,650	-	-0,594
Личностная тревожность (шкала Спилберга)	-	-	-	-	-0,670	-0,624

Примечание: - – $p > 0,05$

Из вышесказанного можно заключить, что для пациентов пластической хирургии в целом характерен высокий уровень осмысленности жизни. Треть пациентов группы эстетической хирургии отличалась неуверенностью в принятии основополагающих решений и воплощении их в жизнь. Треть пациентов группы реконструктивной хирургии обнаружила неудовлетворенность собственной жизнью. Сниженный по сравнению с

общей популяцией уровень осмысленности жизни выявлен в 26,9% случаев в группе эстетической хирургии и в 21,4% случаев в группе реконструктивной хирургии. В группе эстетической хирургии выявлено негативное влияние уровня реактивной тревожности на показатели осмысленности жизни, в то время как в группе реконструктивной хирургии снижение показателей коррелировало с повышением уровня личностной тревожности и выраженностью депрессии.

В целом, все пациенты пластической хирургии характеризуются преобладанием адаптивного копинг-поведения (Рисунок 9). Использование неадаптивных копинг-стратегий характерно для 10,3% и 11,1% пациентов обеих исследуемых групп, достоверных различий между приоритетом конкретных неадаптивных стратегий не получено.

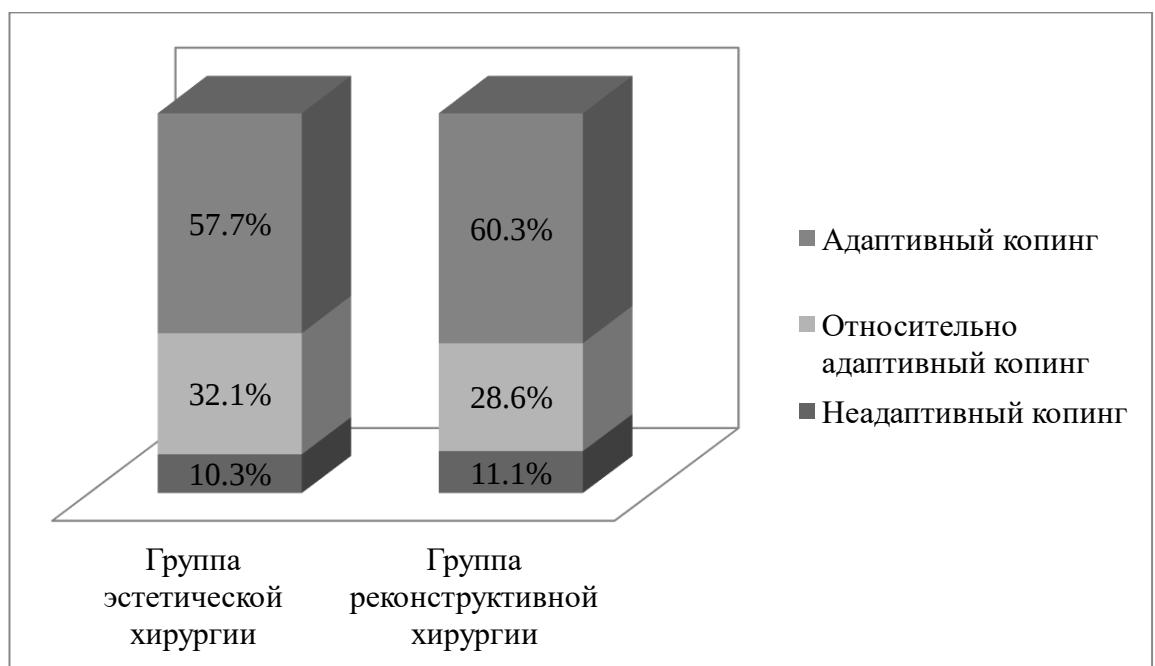


Рисунок 9 – Частота копинг-стратегий у пациентов пластической хирургии

Для пациентов пластической хирургии (как эстетической, так и реконструктивной) характерно использование относительно адаптивных и неадаптивных когнитивных копинг-стратегий, в то время как их поведение

обычно соответствует социально адаптивным критериям. Распределение по вариантам преобладавших копинг-стратегий представлено в Таблице 24.

Таблица 24 – Частота копинг-стратегий среди пациентов пластической хирургии по методике Э. Хайма

Копинг-стратегии			Группа эстетической хирургии, %	Группа реконструктивной хирургии, %
Поведенческие копинг-стратегии	Адаптивные	Альтруизм	0	4,5
		Сотрудничество	46,6*	20,5*
		Обращение	15,5	20,5
	Относительно адаптивные	Компенсация	19**	29,5**
		Отвлечение	6,9	0
		Конструктивная активность	0	0
	Неадаптивные	Активное избегание	3,4*	15,9*
		Отступление	8,6	9,1
Когнитивные копинг-стратегии	Адаптивные	Сохранение самообладания	15,5	20,5
		Проблемный анализ	19	25
		Установка собственной ценности	12,1	4,5
	Относительно адаптивные	Относительность	12,1	9,1
		Религиозность	0*	11,4*
		Придача смысла	31*	9,1*
	Неадаптивные	Игнорирование	0	4,5
		Смирение	6,9	4,5
		Диссимуляция	0*	11,4*
		Растерянность	3,4	0
Эмоциональные копинг-стратегии	Адаптивные	Протест	3,4	0
		Оптимизм	62,1**	79,5**
	Относительно адаптивные	Эмоциональная разрядка	8,6**	0**
		Пассивная кооперация	15,5**	4,5**
	Неадаптивные	Подавление эмоций	6,9	15,9

		Покорность	0	0
		Самообвинение	0	0
		Агрессивность	3,4	0

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p \leq 0,1$

Пациенты реконструктивной хирургии заметно чаще, чем пациенты эстетической хирургии, прибегают к неадаптивным поведенческим ($p = 0,037$) и когнитивным ($p = 0,013$) копинг-стратегиям. Не получено взаимосвязи между наличием психического расстройства и использованием неадаптивных копинг-стратегий.

При сравнении частоты использования поведенческих копинг-стратегий можно отметить следующее. Для пациентов эстетической хирургии характерно использование адаптивных копингов (62,1% случаев), заметно чаще они прибегали к «Сотрудничеству». Это говорит о заинтересованности в плане лечения и обращению к сотрудничающей модели взаимодействия между врачом и пациентом. Пациенты реконструктивной хирургии несколько чаще, чем в группе сравнения, прибегали к «Компенсации» – поведению, характеризующемуся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью других дел, помогающих на время снизить уровень фрустрации. Заметно чаще в этой группе обнаружен паттерн активного избегания решения проблем (копинг «Активное избегание»).

Оценка когнитивного копинга обнаружила редкое, в сравнении с эмоциональной и поведенческой сферами, использование адаптивных копинг-стратегий пациентами обеих групп сравнения (46,6% случаев среди пациентов эстетической хирургии и 50% случаев среди пациентов реконструктивной хирургии). Пациенты эстетической хирургии заметно чаще склонны придавать особый смысл операции и таким образом преодолевать жизненные трудности («Придача смысла»). Пациенты

реконструктивной хирургии в 11,4% случаев опираются на веру в Бога при преодолении трудностей («Религиозность»).

Эмоциональная копинг-стратегия «Оптимизм» характерна для пациентов обеих групп, что говорит об оптимистичной оценке при решении текущих трудностей. Пациенты реконструктивной хирургии характеризуются еще более, по сравнению с первой группой, оптимистичной оценкой перспектив, что может говорить о завышенных ожиданиях от операции (частота копинга «Оптимизм» составила 79,5% случаев, в группе эстетической хирургии – 62,1% случаев, $p = 0,082$). Пациенты эстетической хирургии заметно чаще используют относительно адаптивные эмоциональные копинг-стратегии: 24,1% случаев против 4,5% случаев, соответственно ($p = 0,011$). При этом в группе эстетической хирургии несколько реже использовался неадаптивный эмоциональный копинг (10,3% случаев), чем в группе реконструктивной хирургии (15,9% случаев, $p > 0,1$).

Следует отметить, что для пациентов эстетической хирургии типична заинтересованность в хирургическом вмешательстве, что соответствует значительной частоте конструктивной поведенческой копинг-стратегии «Сотрудничество» (46,6%, $p = 0,007$), с приданием операции особого смысла (относительно адаптивный когнитивный копинг «Придача смысла» – 31% случаев, $p = 0,008$) при стойкой уверенности в благоприятном исходе трудной ситуации (конструктивный эмоциональный копинг «Оптимизм» – 62,1% случаев). Таким образом, вышесказанное подтверждает тезис, что большое число пациентов эстетической хирургии стремятся посредством пластической операции решить свои психологические проблемы.

Пациенты реконструктивной хирургии характеризуются оптимистичной оценкой перспектив, что может говорить о завышенных ожиданиях (конструктивный эмоциональный копинг «Оптимизм» – 79,5% случаев, $p = 0,082$). При этом в 25% случаев для них характерно использование неадаптивных поведенческих копингов, что проявляется избеганием и отказом от решения проблем. Они склонны к преуменьшению

значимости имеющихся проблем, к отказу от преодоления трудностей из-за неверия в собственные силы («Диссимуляция» и другие неадаптивные формы когнитивного копинга). Выбор данных копинг-стратегий может объяснять низкую обращаемость пациентов реконструктивной хирургии за психолого-психиатрической помощью при наличии достаточной критики к имеющимся психопатологическим симптомам.

3.7. Характеристика качества жизни пациентов пластической хирургии

Среди всей выборки пациентов пластической хирургии средний балл качества жизни по шкале ВАШ составил $74,53 \pm 1,95$ балла. Значимые различия уровня качества жизни между группами сравнения отсутствовали.

Принято считать, что значение 50 баллов по ВАШ КЖ является переходным между удовлетворительной и хорошей, и неудовлетворительной оценкой качества жизни (Shmueli A., 2005). Наиболее распространена в популяции оценка качества жизни в диапазоне значений от 71 до 80 баллов. Уровень качества жизни был выше среднего и составил в группе эстетической хирургии – $75,72 \pm 2,13$ балла, в группе реконструктивной хирургии – $72,93 \pm 3,58$ балла по ВАШ. Значение моды в обеих группах равнялось 80,0 баллам.

В исследовании пациенты, перенесшие реконструктивные операции, отличались значительной частотой неудовлетворительной оценки качества жизни (менее 50 баллов по ВАШ), в то время в группе эстетической хирургии преобладала хорошая оценка качества жизни (значение ВАШ от 71 до 80 баллов). Около трети пациентов в обеих группах оценивали свое качество жизни как высокое (Рисунок 10).

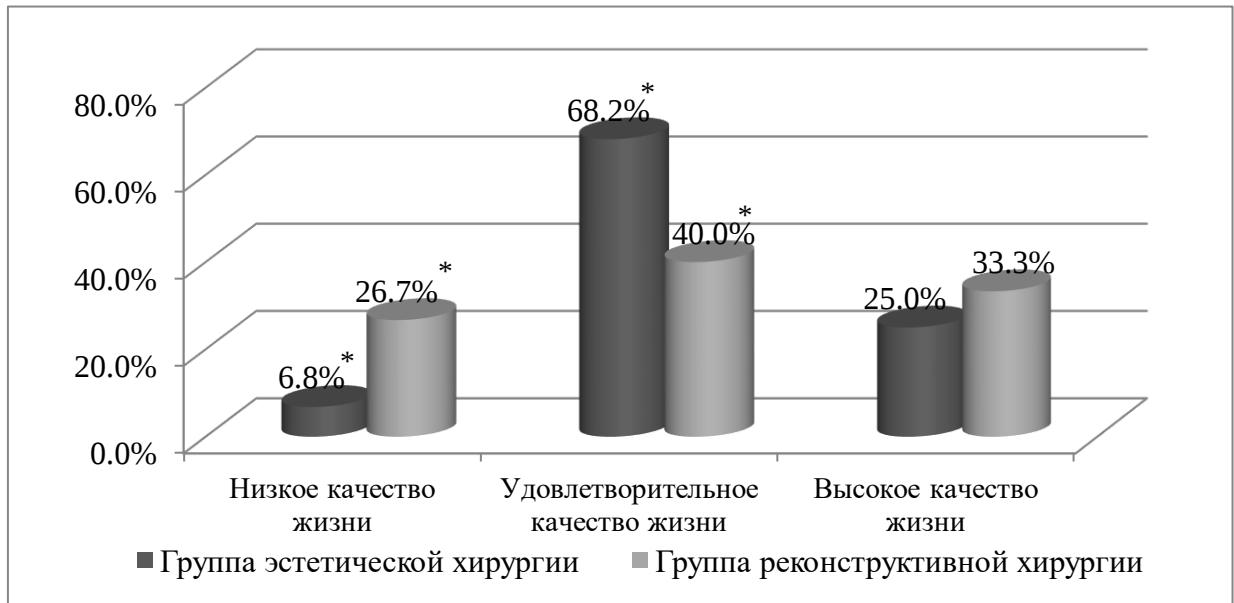


Рисунок 10 – Характеристика качества жизни среди пациентов пластической хирургии

Примечание : * – $p < 0,05$

Для выявления факторов, связанных с качеством жизни пациентов пластической хирургии, проводился корреляционный анализ (с использованием коэффициента корреляции Спирмана) по следующим параметрам: возраст, уровень образования, отягощенность вредными привычками, семейное положение, количество детей, субъективная оценка приверженности к мнению окружающих, субъективная оценка удовлетворенности сексуальной жизнью, субъективная оценка коммуникабельности (широты круга общения), количество произведенных пластических операций, зона оперативного вмешательства (для пациентов эстетической хирургии), глубина и объем поражения тканей (для пациентов реконструктивной хирургии), осмысленность жизни (тест СЖО), уровни тревоги и депрессии (шкалы тревожности Спилбергера и депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Не было выявлено взаимосвязей качества жизни и возраста, пола, уровня образования, наличия сопутствующих вредных привычек (в основном, табакокурение), семейного положения, приверженности мнению окружающих, сексуальной удовлетворенности, общего количества произведенных пластических операций в каждой из групп.

В группе эстетической хирургии высокая оценка качества жизни часто сочеталась с высокой осмысленностью жизни (общий показатель по тесту СЖО), наличием в семье нескольких детей, а также с субъективной удовлетворенностью отношениями с романтическим партнером (Таблица 25).

Таблица 25 – Результаты корреляционного анализа показателя качества жизни (по ВАШ КЖ) у пациентов эстетической хирургии

Показатель	Значение коэффициента корреляции Спирмена, ρ	Уровень достоверности, p -значение
Высокий уровень осмысленности жизни (общий показатель теста СЖО)	0,564	0,003
Наличие в семье нескольких детей	0,46	0,003
Планирование следующей пластической операции	0,372	0,021
Удовлетворенность отношениями с романтическим партнером	0,308	0,06
Несколько пластических операций	0,301	0,063
Старший возраст	0,284	0,08

Пациенты с высоким качеством жизни, как правило, имели планы на следующую пластическую операцию. Отмечена тенденция улучшения качества жизни с возрастом, а также с количеством выполненных пластических операций. В группе пациентов эстетической хирургии

характерологические особенности, актуальное психическое расстройство, выраженность тревоги и депрессии не оказывали значимого влияния на качество жизни пациентов.

В группе реконструктивной хирургии также отмечена сильная корреляция осмысленности жизни с качеством жизни (Таблица 26). Другими словами, более чем в 80% случаев в данной группе высокая оценка качества жизни сочеталась с высоким уровнем осмысленности жизни.

Таблица 26 – Взаимосвязь уровня качества жизни (по ВАШ КЖ) с различными показателями в группе реконструктивной хирургии

Показатель	Значение коэффициента корреляции Спирмена, ρ	Уровень достоверности, p -значение
Высокий уровень осмысленности жизни (общий показатель теста СЖО)	0,816	0,001
Широкий круг общения	0,424	0,031
Наличие постоянного места работы	0,404	0,041
Несколько пластических операций	-0,313	0,098
Наличие актуального психического расстройства	-0,408	0,017
Сопутствующая депрессивная симптоматика (шкала Гамильтона)	-0,371	0,062
Повышенный уровень ситуативной тревожности (шкала Спилбергера)	-0,46	0,027
Повышенный уровень личностной тревожности (шкала Спилбергера)	-0,463	0,026
Сопутствующая депрессивная симптоматика (ГШТиД)	-0,495	0,027
Сопутствующая тревожная симптоматика (ГШТиД)	-0,522	0,018

Пациенты, высоко оценивавшие качество жизни, нередко имели

постоянное место работы, а также с широкий круг социальных связей. Так, средний балл по ВАШ КЖ у работающих пациентов реконструктивной хирургии составил $80,0 \pm 3,20$ балла, у неработающих – $59,5 \pm 6,77$ балла ($p=0,016$).

Пациенты реконструктивной хирургии, оценившие свой круг общения как ограниченный (мало знакомых, практически нет друзей), обнаруживали более низкий уровень качества жизни ($55,0 \pm 8,38$ балла), нежели пациенты со средним и широким кругом общения ($79,92 \pm 4,36$ балла и $76,78 \pm 4,48$ балла, соответственно, $p=0,044$).

Пациенты реконструктивной хирургии, обнаружившие гармоничное развитие личности, указывали на более высокое качество жизни, чем пациенты с верифицированными акцентуациями характера: средние баллы составили $87,14 \pm 2,86$ балла и $68,05 \pm 4,39$ балла, соответственно, $p=0,02$. Качество жизни пациентов реконструктивной хирургии с психическими расстройствами существенно ниже, чем у пациентов без расстройств ($63,39 \pm 6,39$ и $81,33 \pm 1,92$ балла, соответственно, $p=0,046$) – в группе сравнения подобных взаимосвязей не найдено. Тревожные и депрессивные расстройства заметно ухудшают качество жизни пациентов реконструктивной хирургии (Таблица 26). Отмечена тенденция к снижению качества жизни по мере увеличения перенесенных пластических операций, что косвенно отражает степень тяжести соматического состояния и указывает на выраженность дефекта внешности.

При проведении факторного анализа (с ортогональным углом вращения) признаков, коррелировавших с оценкой качества жизни, в группе эстетической хирургии выделены 2 основных фактора: уровень осмысленности жизни (показатели по тесту СЖО), возраст и семейное благополучие (субъективная оценка отношений с супругом, количество детей). Результаты нагрузок на повернутые факторы представлены в Таблице

27. Мера адекватности анализа достигала приемлемого (показатель меры адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина составил 0,716, р-значение критерия сферичности Бартлетта менее 0,001). Следовательно, уровень осмысленности жизни и уровень семейного благополучия могут независимо влиять на качество жизни в группе пациентов эстетической хирургии. С другой стороны, с возрастом улучшается оценка отношений с супругом и количество детей. Таблицы расчетов представлены в приложении 2.

Таблица 27 – Факторы, влияющие на качество жизни пациентов эстетической хирургии

Показатели	Выделенные факторы		
	1	2	3
Возраст	,245	,759	,153
Наличие детей	-,052	,784	,026
Наличие планов на пластические операции	,135	,259	,119
Личностная тревожность	-,578	,272	,357
ВАШ КЖ	,635	,166	-,073
СЖО – Цели	,694	,207	,141
СЖО – Процесс	,903	,078	,021
СЖО – Результат	,873	,096	,276
СЖО – Локус контроля «Я»	,942	,091	-,024
СЖО – Локус контроля «Жизнь»	,904	,194	-,380
СЖО – Общий показатель	,990	,136	-,032
Субъективная оценка отношений с романтическим партнером	,056	,802	-,292
Метод выделения факторов: метод максимального правдоподобия Метод вращения: варимакс с нормализацией Кайзера. Вращение сошлось за 5 итераций.			

Исследовалась оценка качества жизни у пациентов с разной глубиной поражения в группе реконструктивной хирургии (Таблица 28). Достоверных различий между группами сравнения не было найдено ($p=0,14$).

Таблица 28 – Характеристика качества жизни в зависимости от глубины и объема поражения тканей у пациентов реконструктивной хирургии

Выраженность косметического дефекта	Количество пациентов, n=44		Оценка качества жизни по ВАШ, баллы		
	Абсолютное значение	%	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение	Среднеквадратичная ошибка
1	17	38,6	77,92	15,88	4,58
2	9	20,5	69,5	10,69	4,36
3	7	15,9	86,25	16,01	8,00
4	11	25,0	65,67	20,38	5,88

Примечание: 1 – незначительный косметический дефект размером до 5*5 см, корректирующийся одной операцией; 2 – поверхностный косметический дефект размером до 5*5см, требующий в дальнейшем пластики; 3 – обширный дефект мягких тканей (более 5*5 см) или глубокий дефект, требующий пластики костной ткани; 4 – глубокий дефект, нарушающий физиологические функции (дыхание, глотание), для пластики которого требуется серия операций

Более низкие показатели качества жизни в подгруппе 4 можно объяснить большей выраженностью обсессивно-компульсивной (2,58 балла по NIMH, в то время как в других подгруппах менее 1,0 балла) и депрессивной симптоматики (уровень был самым высоким среди

сравниваемых подгрупп и составил 9,5 баллов по шкале Гамильтона). Подгруппа 3 отличалась более высоким уровнем ситуативной тревожности (48,0 баллов по шкале Спилбергера, что несколько выше показателей по другим подгруппам). Возможно, актуальное тревожное состояние пациентов в момент осмотра повлияло на оценку качества жизни. В подгруппе 1 (пациенты реконструктивной хирургии с незначительным косметическим дефектом) отмечался самый низкий показатель выраженности тревожно-депрессивных расстройств (3,83 балла, в других подгруппах – более 8 баллов по шкале Гамильтона, $p < 0,07$).

Был проведен регрессионный анализ (методом линейной регрессии) для выявления признаков, влиявших на значение ВАШ КЖ пациентов реконструктивной хирургии. Построена следующая модель: $\underline{Y = 0,911 \cdot X_8 - 0,875 \cdot X_{11} + 9,645}$. Y – предполагаемое значение качества жизни по ВАШ, X_8 – общий показатель осмысленности жизни по тесту СЖО, X_{11} – значение ситуативной тревожности по тесту Спилбергера. Значения коэффициентов: $p(X_8) = 0,002$, $p(X_{11}) = 0,033$, $p(\text{константа}) = 0,757$. Полученная формула подтверждает положительное влияние осмысленности жизни и отрицательное влияние ситуативной тревоги на качество жизни.

Проведен анализ качества жизни у пациентов с разными психическими расстройствами в группах сравнения (Таблица 29). В группе эстетической хирургии вид психического расстройства не влиял на уровень качества жизни. В группе реконструктивной хирургии пациенты с верифицированным диагнозом органического поражения головного мозга (F06), расстройства настроения (F3), расстройства адаптации (F43.2) обнаруживали более низкий уровень качества жизни, чем пациенты с другими психическими расстройствами ($p = 0,027$).

Таблица 29 – Показатели качества жизни у пациентов пластической хирургии в зависимости от сопутствующего психического расстройства

Диагноз по МКБ-10	Средний балл по ВАШ КЖ	
	Группа эстетической хирургии	Группа реконструктивной хирургии
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06)	75	50
Шизотипическое расстройство (F21)	-	70
Расстройства настроения (F3)	74,8	50
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	71,67	66,56
Дисморфофобия (F45.2)	79,5	-
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	80	-
Расстройство адаптации (F43.2)	50	53,33
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	80,25	76
Отсутствие психических расстройств	74,17	81
Сочетание психических расстройств	75	-

Примечание: - – данное расстройство или сочетание расстройств не представлено в группе

3.8. Факторы, связанные с наличием психических расстройств у пациентов пластической хирургии

При анализе данных производился поиск признаков, сопутствующих актуальным психическим расстройствам, у пациентов пластической хирургии. Это было сделано для облегчения проведения первичного скрининга психических нарушений непрофильными специалистами (например, пластическими хирургами).

Пациенты эстетической хирургии с диагностированными психическими расстройствами, в отличие от психически здоровых пациентов этой группы, характеризовались умеренным уровнем личностной тревожности (по шкале Спилбергера), большей выраженностью депрессии (по шкале Гамильтона), тревоги (по ГШТиД) и обсессивно-компульсивной симптоматики (по шкале NIMH) (Таблица 30). Данные пациенты несколько чаще сообщали о психических расстройствах в прошлом. При исследовании различий по социально-демографическим показателям обнаружено, что пациенты, имевшие актуальные психические расстройства, заметно реже были удовлетворены отношениями с романтическим партнером (по 5-балльной шкале).

Достоверных различий по другим показателям (социально-демографическим, психологическим) не было обнаружено.

Таблица 30 – Сравнительная характеристика пациентов, перенесших эстетические операции, в зависимости от наличия психических расстройств

Критерии	Пациенты эстетической хирургии		Достоверность различий, p
	С диагностированными психическими расстройствами	Психически здоровые	
Удовлетворенность отношениями с романтическим партнером, баллы	3,09	4,27	0,021
Психические расстройства в прошлом, %	38,1	9,1	0,082
Личностная тревожность (шкала Спилбергера), баллы	43,92±1,75	34,6±1,47	0,007
Выраженность депрессии (шкала Гамильтона), баллы	8,81±0,56	3,64±0,56	0,002
Выраженность обсессивно-компульсивной симптоматики (шкала NIMH), баллы	2,51±0,41	0,45±0,37	0,018
Выраженность тревоги (Госпитальная шкала), баллы	7,12±0,69	4,33±1,05	0,074

Пациенты реконструктивной хирургии с психическими расстройствами обращали на себя внимание низкой удовлетворенностью качеством жизни, меньшей социальной активностью ($p = 0,088$), значительной частотой одиночества, значительной выраженностью косметического дефекта (Таблица 31). Среди них преобладали женщины.

Пациенты данной подгруппы чаще сообщали о хронической психотравмирующей ситуации, связанной с выраженными дефектами тела (42,9% против 5,9% случаев, соответственно, $p=0,028$), нарушенной социальной адаптацией в виде потери работы и сокращения круга общения, о психических расстройствах в прошлом. Они, как правило, нуждались в длительном хирургическом лечении и во время исследования имели конкретные планы на будущие пластические процедуры.

При сравнении клинико-шкальных показателей пациенты реконструктивной хирургии с сопутствующими психическими расстройствами обнаружили более низкие (по сравнению с психически здоровыми пациентами реконструктивной хирургии) баллы по подшкале «Процесс» ($32,78 \pm 1,81$ против $38,2 \pm 1,59$ балла, $p=0,013$) и общему показателю теста смысловых ориентаций (Таблица 31).

При сравнении характерологических особенностей обнаружено, что психически здоровые пациенты, перенесшие реконструктивные операции, значительно чаще обнаруживали гармоничное развитие личности.

При исследовании психометрических и психологических особенностей выделены следующие различия. Пациенты реконструктивной хирургии с актуальными психическими расстройствами склонны к более частому использованию неадаптивных когнитивных копинг-стратегий в целом ($p=0,11$), а также неадаптивной поведенческой стратегии «Активное избегание» ($p=0,074$). Среди психически здоровых пациентов данной группы отмечена тенденция к более оптимистичной оценке ситуации (90,9% случаев против 66,7%, соответственно, $p=0,28$).

Таблица 31 – Сравнительная характеристика пациентов, перенесших реконструктивные операции, в зависимости от наличия психических расстройств

Критерии	Пациенты реконструктивной хирургии		Достоверность различий, p
	С психическими расстройствами, n=23	Без психических расстройств, n=21	
Женский пол, %	81,3	46,7	0,066
Качество жизни (ВАШ КЖ), баллы	63,92	81,33	0,046
Круг общения	Узкий	Средний	0,024
Официальный брак, %	31,3	80,0	0,011
Выраженность косметического дефекта	Умеренный и выраженный	Поверхностный	0,027
Планы на пластические операции, %	81,3	20,0	0,001
Хроническая психотравмирующая ситуация, %	25,0	0,0	0,006
Психические расстройства в прошлом, %	44,8	6,7	0,037
Гармоничное развитие личности, %	6,3	46,7	0,017
Осмысленность жизни (общий показатель СЖО), баллы	101,44±4,99	120,20±4,59	0,029
Личностная тревожность (шкала Спилбергера), баллы	46,00±3,48	35,62±2,74	0,027
Реактивная тревожность (шкала Спилбергера), баллы	45,58±3,94	35,15±2,87	0,041
Выраженность тревоги	8,25±1,00	4,62±0,55	0,001

(Госпитальная шкала), баллы			
Выраженность депрессии (шкала Гамильтона), баллы	10,28±1,31	3,56±0,75	0,0001

С учетом высокой частоты депрессии среди пациентов пластической хирургии, а также исходя из значительного влияния депрессии на психосоциальное функционирование и качество жизни пациентов, на прогноз течения соматического заболевания, была построена модель предсказания развития депрессии.

У пациентов эстетической хирургии наличие депрессии ассоциировано с наличием тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств. Построена модель, позволяющая предсказать депрессию у пациента эстетической хирургии: $\underline{Y=0,642 \cdot X1 + 0,22 \cdot X3 - 1,762}$, где $X1$ – ситуативная тревожность по шкале Спилбергера, $X3$ – обсессивно-компульсивная симптоматика по шкале NIMH (таблица 2 в приложении 2). Значимость коэффициентов: $p(X3) = 0,048$, $p(X1) = 0,024$.

В группе реконструктивной хирургии развитию депрессии способствовали: старший возраст ($\rho = 0,646$, $p = 0,013$), низкий уровень осмысленности жизни ($\rho = -0,650$, $p = 0,012$ для общего показателя СЖО), обширный объем поражения тканей ($\rho = 0,542$, $p = 0,001$), длительный временной промежуток до проведения хирургического лечения ($\rho = 0,553$, $p = 0,04$), перспектива последующих пластических операций ($\rho = 0,347$, $p = 0,044$), низкий уровень социальной активности ($\rho = -0,387$, $p = 0,024$) и удовлетворенности сексуальной жизнью ($\rho = -0,375$, $p = 0,035$), женский пол ($p = 0,029$), предшествующая психотравмирующая ситуация ($p = 0,012$), в т.ч. хроническая психотравмирующая ситуация ($p = 0,039$).

При использовании уравнения линейной регрессии была построена аналогичная модель, прогнозирующая наличие депрессии у пациента реконструктивной хирургии: $Y = 0,279 \cdot X3 + 4,626 \cdot X22 - 5,962$, где $X3$ – выраженность ситуативной тревожности по шкале Спилбергера, $X22$ – наличие или отсутствие психических нарушений в прошлом (таблица 3 в приложении 2). Значимость коэффициентов: $p(X3) < 0,001$, $p(X22) = 0,008$.

С учетом связи психического состояния пациентов реконструктивной хирургии с глубиной поражения и тяжестью хирургического заболевания, были проанализированы частота психических расстройств и показатели клинико-шкальной оценки в зависимости от причины обращения в хирургическое отделение (острая травма, доброкачественные онкологические заболевания и не нарушающие функции органов врожденные аномалии развития, злокачественные онкологические заболевания).

Пациенты, лечившиеся по поводу рака, в сравнении с пациентами, оперированными по поводу доброкачественных новообразований, заметно чаще обнаруживали хронические эмоциональные расстройства (F3 «Расстройства настроения»: 37,5% случаев против 3,8% случаев, $p = 0,03$) и психические расстройства в целом (87,5% случаев против 34,6% случаев, соответственно, $p = 0,01$). Среди пациентов, лечившиеся по поводу острых травм, расстройства адаптации (F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») встречались почти в четыре раза чаще, чем в подгруппе доброкачественных новообразований (50,0% случаев против 11,5% случаев, соответственно, $p = 0,02$) и подгруппе раковых заболеваний (50,0% против 12,5% случаев, $p = 0,15$).

При исследовании показателей тревоги и депрессии среди пациентов реконструктивной хирургии обнаружено, что пациенты, обратившиеся по поводу доброкачественных образований (доброкачественные опухоли или не

нарушающие функции органов врожденные аномалии развития) составили 59,1% случаев всех исследованных пациентов группы реконструктивной хирургии. Они отличались низким уровнем депрессии (средний балл по шкале Гамильтона составил $5,54 \pm 0,73$, $p=0,001$ по сравнению с пациентами, лечившихся по поводу рака) и тенденцией к более высокой оценке качества жизни (средний балл по ВАШ КЖ составил $79,69 \pm 4,04$, в то время как другие пациенты оценивали свое качество жизни, в среднем, не выше 69 баллов, $p=0,106$).

Пациенты, получавшие лечение по поводу острой травмы, составили 22,7% пациентов реконструктивной хирургии (механическая, электрическая травмы, ожоги, сочетанные травмы). Они нередко переносили легкий депрессивный эпизод (средний балл по шкале Гамильтона составил $9,0 \pm 1,8$ балла). Показатель ситуативной и личностной тревожности (по шкале Спилбергера) соответствовал умеренному уровню (средние баллы составили $36,6 \pm 5,34$ и $37,2 \pm 5,47$ соответственно).

Пациенты, обратившиеся в хирургическое отделение в связи с лечением злокачественных новообразований, составили 18,2% пациентов группы реконструктивной хирургии. Они обращали на себя внимание максимальной выраженностью тревоги и депрессии в сравнении с другими пациентами реконструктивной хирургии. Так, средний балл по шкале Гамильтона составил $12,5 \pm 2,19$, что соответствует легкому депрессивному эпизоду. Этот показатель достоверно отличался от показателя среди пациентов с доброкачественными образованиями ($p=0,009$) и был несколько выше показателя пациентов с травмами ($p=0,087$). Пациенты, проходившие лечение по поводу злокачественных новообразований, отличались высоким уровнем ситуативной тревожности: средний балл по шкале Спилбергера составил $50,0 \pm 6,52$ против $37,21 \pm 2,77$ баллов среди пациентов с доброкачественными образованиями ($p=0,045$) и $36,6 \pm 5,34$ балла среди пациентов с травмами ($p=0,16$). Уровень личностной тревожности у данных

пациентов так же достигал высокого уровня и составил $47,83 \pm 7,01$ балла по шкале Спилбергера против $38,71 \pm 2,27$ баллов среди пациентов с доброкачественными образованиями ($p = 0,12$) и $37,21 \pm 5,47$ балла среди пациентов с травмами ($p = 0,28$).

В группе эстетической хирургии при оценке частоты депрессии и всех психических расстройств в целом в зависимости от типа пластической операции была обнаружена высокая частота психических расстройств во всех подгруппах (Таблица 32).

Таблица 32 – Частота психических расстройств в зависимости от типа эстетической операции

Тип операции	Частота клинической депрессии		Частота психических расстройств	
	%	Абс.	%	Абс.
Маммопластика/мастопексия (n=29)	51,7	15	79,3	23
Блефаропластика (n=11)	54,5	6	72,7	8
Ринопластика (n=8)	50,0	4	75,0	6
Липосакция, кожная пластика (n=2)	50,0	2	100,0	4
Мандибулопластика (n=2)	50,0	1	100,0	2
Круропластика (n=2)	50,0	1	100,0	2
Отопластика (n=1)	0,0	0	0,0	0
Круговая подтяжка лица (n=1)	100,0	1	100,0	1

Половина пациентов, которым были выполнены маммопластика, блефаропластика или ринопластика, обнаруживали клиническую депрессию (согласно критериям депрессивного эпизода МКБ-10).

Не было обнаружено значимых различий между описанными подгруппами в выраженности тревоги и депрессии. При сравнении пациентов, которым была выполнена маммопластика или мастопексия, с другими пациентами эстетической хирургии, обнаружен более низкий показатель личностной тревожности у пациентов после маммопластики: уровень личностной тревожности составил $39,06 \pm 1,31$ балла (средний уровень тревожности по шкале Спилбергера) против $47,33 \pm 3,04$ балла (высокий уровень тревожности по шкале Спилбергера), соответственно ($p=0,022$). Также отмечена тенденция к большей выраженности obsessions у пациентов, оперировавшихся в других областях, в сравнении с пациентами, оперированными в области молочных желез: $2,72 \pm 0,59$ против $1,52 \pm 0,36$ балла по NIMH, соответственно ($p=0,16$). Остальные показатели были сопоставимы.

3.9. Гендерные особенности пациентов пластической хирургии

Принимая во внимание имеющуюся гендерную неоднородность в группе реконструктивной хирургии, где соотношение мужчин к женщинам составило 1:2 (соответственно 31,8% (30 человек) против 68,2% (14 человек) случаев), целесообразно исследование различий между пациентами мужского и женского пола в данной группе. Среди пациентов эстетической хирургии преобладали женщины (56 женщин и 2 мужчин, 96,6% против 3,4%, соответственно). Эти данные согласуются с общемировыми, где распространенность обращения мужчин за эстетической операцией составляет 5-10%. Однако в нашем исследовании объем выборки пациентов мужского пола в группе эстетической хирургии очень мал (2 пациента). Это значительно снижает мощность статистических расчетов и увеличивает вероятность, что наблюдаемая разница – случайность, а не

результат наличия различий между пациентами мужского и женского пола в группе эстетической хирургии. Следовательно, в данном подразделе рассматриваются гендерные особенности пациентов группы реконструктивной хирургии и сравнение показателей пациентов женского пола обеих групп.

60,1% женщин (21 человек) и 8,1% мужчин (4 человека) обнаруживали признаки психических нарушений ($p=0,02$). В Таблице 33 отражены показатели выраженности психических нарушений среди пациентов.

Таблица 33 – Гендерные различия показателей тревожных, депрессивных и обсессивно-компульсивных нарушений у пациентов реконструктивной хирургии

Показатель	Пол	Среднее значение, баллы	Р-значение	Интерпретация среднего значения
Шкала депрессии Гамильтона	Женский	12,29	0,172	Легкий депрессивный эпизод
	Мужской	10,5		
Госпитальная шкала, тревога	Женский	7,19	0,121	Норма
	Мужской	4,89		Норма
Госпитальная шкала, депрессия	Женский	4,38	0,014	Норма
	Мужской	2,00		Норма
Реактивная тревожность (шкала Спилбергера)	Женский	43,50	0,085	Умеренная тревожность
	Мужской	34,22		Умеренная тревожность
Личностная тревожность (шкала Спилбергера)	Женский	44,56	0,024	Умеренная тревожность
	Мужской	33,56		Умеренная тревожность
NIMH	Женский	1,27	0,79	Норма
	Мужской	0,91		Норма

В среднем, среди пациентов реконструктивной хирургии женщины несколько чаще обнаруживают депрессию, чем мужчины. При этом выраженность депрессии была сопоставима. Женщины склонны к более выраженной тревоге и имеют достоверно более высокий уровень личностной тревожности по сравнению с мужчинами данной группы.

В целом, среди пациентов группы реконструктивной хирургии с диагностированными психическими расстройствами подавляющее большинство составили женщины (82,6% против 17,4%, соответственно). С сопоставимой частотой встречались F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (39,1% случаев среди женщин и 27,3% случаев среди мужчин), в том числе – F43.2 «Расстройство адаптации» (26,1% против 27,3% случаев, соответственно).

Пациенты обеих групп, несмотря на различия в частоте и выраженности психических нарушений, в среднем, высоко оценивали качество своей жизни: $70,0 \pm 4,84$ балла среди женщин и $78,5 \pm 4,60$ балла среди мужчин по ВАШ КЖ ($p = 0,27$).

В исследованной группе женщины были старше мужчин: средний возраст составил $43,73 \pm 2,34$ года и $34,36 \pm 3,08$ года соответственно ($p = 0,025$). Это можно было бы объяснить разными причинами обращения женщин и мужчин в данном исследовании: мужчины чаще всего получали лечение в связи с травмами или доброкачественными новообразованиями, в то время как женщины оперировались в связи с хроническими онкологическими заболеваниями. Однако различия не являются достоверными: мужчины получали реконструктивное хирургическое лечение по поводу травм в 35,7% случаев (против 16,7% случаев среди женщин, $p = 0,25$), а женщины получали лечение по поводу хронических онкологических заболеваний незначительно чаще мужчин (23,3% против 7,1%, соответственно, $p = 0,402$). Частота

лечения пациентов по поводу хронических неонкологических заболеваний среди женщин и мужчин была сопоставима.

При исследовании психологических особенностей, помимо различий в уровне личностной тревожности, обнаружены особенности личности (Рисунок 11). Для женщин характерна психастеническая и истероидная акцентуации, в то время как большая часть мужчин обнаруживали гармоничное развитие.

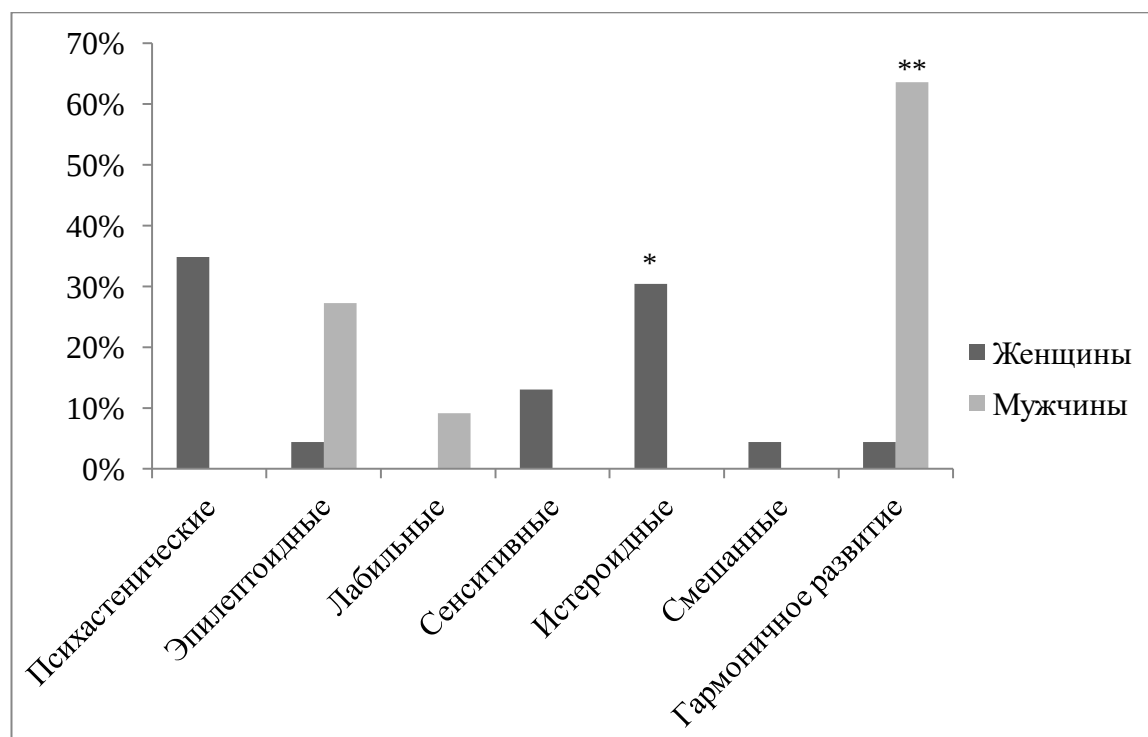


Рисунок 11 – Частота акцентуаций характера у пациентов реконструктивной хирургии в зависимости от пола.

Примечание: * – $p = 0,6$; ** – $p < 0,05$

При сравнении социо-демографических показателей отмечены следующие различия: женщины высказывали несколько большую

озабоченность мнением окружающих ($p = 0,055$), что может быть связано с культуральными особенностями; мужчины достоверно выше оценивали свои отношения с романтическим партнером ($p = 0,021$).

Таким образом, при рассмотрении гендерных особенностей среди пациентов реконструктивной хирургии выявлено следующее. Для женщин характерен старший по сравнению с мужчинами возраст, а также большая озабоченность мнением окружающих. Женщины чаще обнаруживали психические нарушения в целом и тревожно-депрессивные расстройства в частности. В трети случаев женщины имели психастеническую или истерическую акцентуацию характера. Мужчины отличались гармоничной структурой личности, относительно невысоким уровнем как личностной, так и ситуативной тревожности, большей удовлетворенностью актуальными романтическими отношениями.

При сравнении пациентов женского пола в группах эстетической (56 человек) и реконструктивной (30 человек) хирургии обнаружено следующее. Частота психических расстройств, показатели тревоги и депрессии сопоставимы с аналогичными при сравнении пациентов пластической хирургии обоих полов (Таблица 34). Для подгруппы пациенток реконструктивной хирургии, в сравнении с группой реконструктивной хирургии (обоих полов), характерна более высокая частота психических расстройств в целом (70,0% против 52,3% случаев, соответственно), расстройств настроения в частности (13,3% против 9,1% случаев, соответственно), однако достоверных различий в частотах встречаемости психических расстройств не получено.

Таблица 34 – Частота психических расстройств у пациенток
пластической хирургии

Психические расстройства по МКБ -10	Частота, %	
	Группа эстетической хирургии, n=56	Группа реконструктивной хирургии, n=30
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06)	1,8	3,3
Шизотипическое расстройство (F21)	0,0	3,3
Расстройства настроения (F3)	25,0	13,3
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	53,6*	30,0*
Ипохондрическое расстройство (Дисморфофобия, F45.2)	17,9*	0,0
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	17,9*	0,0*
Расстройство адаптации (F43.2)	3,6*	20,0*
Расстройства приема пищи (F50)	3,6	0,0
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	16,1	3,3
Отсутствие психопатологии	17,9	30,0
Сочетанная психопатология	17,8	0,0

Примечание: * – $p < 0,05$

3.10. Сравнительная характеристика впервые и повторно оперированных пациентов пластической хирургии

Впервые прооперированные пациенты группы эстетической хирургии (36 человек) отличались от повторно оперированных (22 человека, которым было выполнено 2 и более эстетических операции) более высоким уровнем депрессии по Госпитальной шкале (при том, что в обеих подгруппах средние значения не выходили за пределы нормы: $4,0 \pm 2,24$ балла и $2,0 \pm 1,69$ балла, $p = 0,018$). Средний возраст, уровень образования и широта круга общения, уровень качества жизни, частота психических расстройств и показатели тревоги и депрессии по шкале Гамильтона и Спилбергера не различались (Таблица 35). Повторно оперированные пациенты чаще состояли в зарегистрированном браке, имели большее количество браков в течение жизни, а также – большее количество детей. Повторно прооперированные пациенты чаще сообщали об актуальных психотравмирующих ситуациях (40,9% случаев против 17,1% случаев, $p = 0,06$).

Таблица 35 – Сравнительная характеристика впервые и повторно оперированных пациентов эстетической хирургии

Критерии	Пациенты эстетической хирургии		Достоверность различий, p
	Впервые оперированные	Повторно оперированные	

Зарегистрированный брак, %	36,1	81,8	0,003
Количество браков в течение жизни	0,78	1,4	0,011
Количество детей	0,81	1,5	0,017
Наличие актуальной психотравмирующей ситуации, %	17,1	40,9	0,066
Выраженность депрессии (Госпитальная шкала), баллы	4,0±2,24	2,0±1,70	0,018

Не было получено различий между впервые и повторно прооперированными пациентами эстетической хирургии по следующим показателям: возраст, уровень образования, наличие вредных привычек, значимость мнения окружающих, удовлетворенность сексуальной жизнью, субъективная оценка отношений с брачным партнером и детьми, наличие работы, частота косметологических нехирургических процедур, средние сроки от решения до выполнения операции, планы на будущие пластические операции, наличие психических нарушений в прошлом и настоящем, наличие психотравмирующей ситуации в течение последних 3 месяцев до операции, уровни тревожности (шкала Спилбергера), депрессии (шкала Гамильтона), обсессивно-компульсивной симптоматики (шкала NIMH), оценки качества жизни (ВАШ), осмысленности жизни (тест СЖО).

При проведении корреляционного анализа обнаружена умеренная положительная связь количества операций с количеством браков (коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,561$ при $p = 0,007$) при отсутствии взаимосвязи количества операций с количеством детей (все повторно прооперированные пациенты были женского пола). Из этого можно сделать

вывод, что не физические изменения, связанные с рождением детей, лежали в основе мотиваций к операции. Можно предположить, что пациенты стремились улучшить внешность, чтобы решить эмоциональные проблемы в личных отношениях.

При исследовании копинг-стратегий по методике Хайма выявлено, что среди поведенческих и эмоциональных стратегий в группах сравнения доминировали стратегии «Сотрудничество» (поведенческая; 47,1% и 44,4% случаев, соответственно) и «Оптимизм» (эмоциональная; 64,7% и 55,6% случаев). При этом когнитивных копинг-стратегий в группах сравнения имели тенденцию к различиям. Первично оперированные пациенты были склонны придавать особый смысл операции и трансформации тела (копинг «Придача смысла», 35,3%). Повторно оперированные пациенты реже прибегали к указанной стратегии (22,2% случаев) и чаще использовали анализ имеющихся трудностей (копинг «Проблемный анализ», 33,3% случаев против 11,8% случаев).

При сравнении впервые и повторно оперированных пациентов группы реконструктивной хирургии по аналогичным параметрам обнаружено, что повторно оперированные пациенты отличались большей частотой хронической психотравмирующей ситуации (хирургическое заболевание), большей глубиной поражения тканей, а также более высокой частотой приверженности вредным привычкам (табакокурение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических препаратов) (Таблица 36).

Не было обнаружено различий в частоте и выраженности психических нарушений. В то же время обнаружена значимая корреляция между количеством операций и глубиной поражения тканей ($r=0,784$, $p<0,001$) в группе пациентов реконструктивной хирургии. Ранее были выявлены достоверные различия: пациенты с психическими расстройствами чаще имели глубокий объем поражения тканей. Следовательно, связь количества

пластических операций и наличия психических расстройств у пациентов реконструктивной хирургии нелинейная.

Таблица 36 – Сравнительная характеристика впервые и повторно оперированных пациентов реконструктивной хирургии

Критерии	Пациенты реконструктивной хирургии		Достоверность различий, р
	Впервые оперированные	Повторно оперированные	
Отсутствие вредных привычек, %	76,2	30,8	0,014
Объем поражения тканей	Поверхностный	Умеренный и глубокий	0,013
Наличие хронической психотравмирующей ситуации	0	30,8	0,015

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В большинстве исследований группы пациентов эстетической и реконструктивной хирургии рассматриваются отдельно (Piccinelli M. et al., 1999; Dowling N.A. et al., 2013; Adachi Y. et al., 2014; Buturak V. et al., 2016). Лишь в единичных исследованиях проводилось сравнение групп пациентов в зависимости от типа операции (например, ринопластика) (Скрипников А.Н., Герасименко Л.А., 2006; Solvi A.S. et al., 2009; Naraghi M., Atari M., 2015; Shauly O. et al., 2020). В нашем исследовании впервые осуществлен комплексный сравнительный анализ клинико-феноменологических и психосоциальных особенностей пациентов эстетической и реконструктивной хирургии. Пациенты отделения реконструктивной хирургии были гетерогенной группой, как по глубине поражения тканей, так и по заболеваниям, приведшим к необходимости выполнения операции.

Большинство обследованных пациентов имели достаточно высокие социальные показатели (наличие постоянного места работы, высшего образования, семьи, преимущественно высокая субъективная оценка отношений с членами семьи), что согласуется с данными литературы (Медведев В.Э., 2016). Пациенты эстетической хирургии чаще имели широкий круг общения, высшее образование и коммуникативный характер работы в сравнении с пациентами реконструктивной хирургии. В литературе отмечено, что пациенты, обращающиеся за помощью к пластическим хирургам с запросом на эстетическую операцию, чаще по роду деятельности вынуждены носить официальную форму («белые воротнички»), занимаются интеллектуальным высокооплачиваемым трудом (Schofield M. et al., 2002).

Пациенты эстетической хирургии декларировали наличие удовлетворенности сексуальной жизнью, при этом взаимосвязи уровня удовлетворенности интимной жизнью и оперируемой областью найдено не было. Это противоречит мнению, что сексуальная неудовлетворенность

является превалирующей мотивацией к выполнению маммопластик (Didie E., Sarwer D., 2003; Felix G.A.A. et al., 2014). В нашем исследовании в 34,5% случаев мотивацией к операции являлось желание повысить сексуальную привлекательность, однако достоверной связи с конкретным типом операции не было выявлено.

У пациентов эстетической хирургии в 78,3% случаев преобладала внутренняя мотивация (субъективная неудовлетворенность какой-либо частью тела). Эти данные согласуются с результатами исследования, выделяющего в качестве ведущих мотиваций эстетических вмешательств повышение самооценки, стремление к идеальному телу (Solti A.S. et al., 2010), а также с исследованиями, сообщавшими о расстройствах психодинамического равновесия, о расхождении между реальным и идеальным «Я» у этих пациентов (Медведев В.Э. и др., 2011; Багненко Е.С., 2012).

По данным анамнеза, в прошлом 5,1% пациентов эстетической хирургии и 4,5% пациентов реконструктивной хирургии получали психофармакотерапию. Психические расстройства на момент обследования обнаруживали 81% и 52,3% пациентов, соответственно. В исследовании в США было показано, что 33,6% пациентов эстетической хирургии и 46,3% пациентов реконструктивной хирургии получают психофармакотерапию (в основном, антидепрессантами, анксиолитиками) (Дударева А.П., 2009). Таким образом, по нашим данным, пациенты пластической хирургии в Санкт-Петербурге заметно реже обращаются за помощью к специалистам в сфере психического здоровья (психиатру, психотерапевту) несмотря на наличие психических нарушений. Эти данные могут частично объяснять низкую выявляемость психических расстройств у пациентов пластической хирургии, а также указывать на соотношение частоты показаний к лечению и реально получаемой психиатрической помощи.

Выявленная частота психических расстройств среди пациентов эстетической хирургии (81% случаев) превышает таковую в последних

зарубежных публикациях (47%) (Wildgoose P. et al., 2013; Jang B., Bhavsar D., 2017), но не достигает результатов отечественных исследований (свыше 90% случаев) (Медведев В.Э., 2016). В сравнении с зарубежными исследованиями, наши результаты отличаются большей частотой депрессии (51,7% против 22-30% случаев, соответственно) и тревожных расстройств (частота тревожных расстройств в целом составила 34,6%, в том числе ГТР – 19%). По данным других исследователей, ГТР встречается примерно в 18% случаев (Wildgoose P. et al., 2013). Возможно, эти расхождения связаны с особенностями выборки пациентов пластической хирургии в мегаполисе Российской Федерации, либо с методологией исследований. К примеру, в одном исследовании из тревожных расстройств анализировалось только ГТР (Wildgoose P. et al., 2013).

Результаты исследования подтверждают актуальность дисморфофобии для пациентов эстетической хирургии (Медведев В.Э., 2016; Ahmed I., 2017; Ribeiro R.V.E., 2017). По нашим данным, частота дисморфофобии составила 17,2% случаев, с преобладанием варианта дисморфофобии с явлениями социальной тревоги среди пациентов эстетической хирургии по сравнению с пациентами дерматологической клиники (60,0% против 26,6%, $p=0,062$). Характерно отсутствие выраженных нарушений социальной адаптации при дисморфофобии с сенситивными идеями отношения, которые описаны у дерматологических пациентов (Матюшенко Е.Н., 2011).

Частота коморбидных дисморфофобии психических расстройств (50%), в целом, соответствует данным литературы (Phillips K.A., McElroy S.L., 2000; Phillips K.A., Dufresne R.G., 2002; Phillips K.A., Stout R.L., 2006; Fang A., Hofmann S.G., 2010). Выявлена атипичная структура депрессии у пациентов эстетической хирургии с дисморфофобией: наличие тревоги, навязчивостей. Для обследованных больных были не характерны жалобы на сниженное настроение. Гипотимия часто была «маскирована» вегетативными и тревожными проявлениями; как правило, отсутствовала моторная и

идеаторная заторможенность. Такая атипичная депрессия сходна с категорией А по типологии А.Б. Смулевича и коллег (депрессии, формирующиеся путем видоизменения психопатологических проявлений аффективных расстройств) (Смулевич А.Б., 2003).

Несмотря на низкую частоту послеоперационных осложнений, 30,0% пациентов с дисморфофобией не были удовлетворены результатами пластической операции и обращались в клинику с запросом на повторные операции в той же области, что косвенно указывает на глубину нарушений схемы тела (body image) (Phillips K.A. et al., 2005). Считается, что чем больше выражены нарушения схемы тела, тем ниже субъективная удовлетворенность эстетическими процедурами, которым зачастую подвергаются пациенты с дисморфофобией (Sarwer D.B., Spitzer J.C., 2012). В исследовании, проведенном среди пациентов пластической хирургии в Нигерии, выделены следующие факторы риска наличия у пациента дисморфофобии: возраст до 50 лет, наличие клинически очерченной тревожной или депрессивной симптоматики (Akinboro A.O. et al., 2019). Однако полученные факторы представляются недостаточно информативными, так как значительная часть пациентов эстетической хирургии отличается молодым возрастом и наличием эмоциональных расстройств.

Исходя из анамнестических сведений, в нашем исследовании 50,0% обследованных пациентов с дисморфофобией обращались за помощью к пластическим хирургам повторно в связи с обострением психопатологической симптоматики, что согласуется с данными литературы (Crerand C.E. et al., 2006). Склонность к частым эстетическим процедурам (микрохирургические косметологические, хирургические операции) выявлена у 20,0% пациентов с дисморфофобией и только у 6,3% пациентов группы эстетической хирургии ($p=0,2$).

Установленная частота расстройств личности среди пациентов эстетической хирургии, а также типы преобладающих расстройств

(гистрионное, тревожное) согласуется с данными литературы (Dakanalis A. et al., 2013).

В нашем исследовании впервые проведен анализ частоты и структуры психических расстройств у пациентов пластической хирургии в зависимости от возраста и пола. Полученные результаты подтверждают данные зарубежных источников о пациентах молодого возраста как группе риска психических расстройств (Herruer J.M. et al., 2015). Обнаружено большее разнообразие и более выраженная тяжесть психических расстройств среди пациентов эстетической хирургии молодого возраста по сравнению с пациентами среднего возраста.

Отдельно были исследованы особенности дисморфобии у пациентов эстетической хирургии. Известно, что дисморфофобия чаще всего манифестирует в подростковом возрасте. В нашем исследовании средний возраст пациентов с дисморфофобией составил около 30 лет, что согласуется с сообщениями зарубежных исследований о среднем возрасте пациентов эстетической хирургии с дисморфофобией (Ribeiro R.V.E., 2017; Kattan A.E. et al., 2020). При этом манифестация заболевания у подавляющего большинства отмечалась в подростковом возрасте, имели место обострения дисморфофобии после рождения ребенка. Средний возраст обследованных пациентов с дисморфофобией можно объяснить достижением финансовых возможностей осуществления пластических операций в более старшем возрасте, чем подростковый. Данное утверждение касается дисморфофобии умеренной выраженности, протекающей непрерывно.

Значительный удельный вес расстройств настроения в среднем возрасте (в нашем исследовании в подавляющем большинстве – депрессия) соответствует естественной динамике монополярной депрессии, манифестация которой обычно наблюдается в возрасте старше 30 лет (Тиганов А.С., 1999).

Ряд исследований, посвященных гендерным различиям среди пациентов пластической хирургии, показал, что при использовании опросника SCL-90 женщины демонстрировали более высокие показатели подшкал тревоги, обсессивно-компульсивных симптомов, депрессии и общих психопатологических симптомов по сравнению с мужчинами (Naraghi M., Atari M., 2016). Другое исследование показало различия в частоте психических расстройств у пациентов эстетической хирургии в зависимости от пола. В группе пациентов бариатрической хирургии отмечена сходная частота психических нарушений в целом, а также тревожных, депрессивных расстройств и нарушений, относящихся к рубрикам биполярного аффективного расстройства (Duarte-Guerra L.S., 2018).

При анализе показателей пациентов реконструктивной хирургии в зависимости от пола выделены сходные тенденции: мужчины отличались низкой частотой психических расстройств в целом (8,1% случаев против 60,9% случаев, $p=0,02$). Среди женщин несколько чаще встречались невротические расстройства (39,1% против 27,3%, $p=0,45$). Полученные данные согласуются с гендерной структурой невротических расстройств с преобладанием лиц женского пола, что связывают, в том числе, с высоким уровнем личностной тревожности у женщин и большей частотой депрессивных реакций в ответ на психотравмирующие ситуации (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002).

В общей популяции характерно значительное преобладание женщин среди пациентов с расстройством адаптации (отношение женщин к мужчинам от 8:1 до 3:1, соответственно) (Кузнецов В.Н., Соловьев А.Г.). В нашем исследовании расстройства адаптации встречались среди пациентов реконструктивной хирургии женского и мужского пола с равной частотой (26,1% и 27,3% случаев, соответственно). В целом, в исследованной группе пациентов реконструктивной хирургии сохраняется общепопуляционная закономерность относительно большей частоты аффективных нарушений у женщин (56,5% случаев против 27,3% случаев в подгруппе мужчин).

В доступной литературе данные об изучении гендерных особенностей психических расстройств среди пациентов реконструктивной хирургии отсутствуют.

В нашем исследовании показано, что для пациентов эстетической хирургии характерны следующие варианты неадаптивных копинг-стратегий: активное избегание, подавление эмоций и смирение. Копинг-стратегии, направленные на избегание стрессовых ситуаций, чаще, в сравнении с нормативной выборкой, использовали клиенты косметологической практики (Багненко Е.С., 2012). В литературе избегание и фиксация на внешности рассматривают как значимые предикторы более тяжелых нарушений схемы тела (Callaghan G.M. et al., 2011).

В группе реконструктивной хирургии отмечена тенденция к более частому использованию поведенческой неадаптивной копинг-стратегии «Активное избегание» среди пациентов с верифицированным психическим расстройством ($p=0,074$).

Анализируя преобладающие адаптивные варианты копинг-стратегий в группах сравнения, можно отметить, что пациенты чаще использовали эмоциональный конструктивный копинг «Оптимизм», отражающий оптимистичную оценку будущего (результата операции). Это согласуется с данными об увеличении частоты использования стратегии «Положительная переоценка» среди пациентов дерматологической клиники старшего возраста (Багненко Е.С., 2012).

Пациенты эстетической хирургии, в основном, имеют умеренный уровень личностной тревожности (по шкале Спилбергера), что согласуется с данными литературы (Del Aguila E. et al., 2019). Пациенты реконструктивной хирургии отличаются большей вариабельностью выраженности личностной тревожности (36,4% пациентов обнаруживали высокий уровень личностной тревожности по шкале Спилбергера, а 27,3% - низкий, в то время как в 70% случаев в группе эстетической хирургии выявляли умеренную тревожность).

Клинически высокий уровень личностной тревожности обычно проявлялся умеренным уровнем внутреннего напряжения, длительной тревожной симптоматикой, сочетался с психастеническими характерологическими чертами. Это, по-видимому, связано с гетерогенностью группы в отношении хирургического заболевания. В исследовании, в котором изучалась группа пациентов после реконструктивной маммопластики в связи с раком молочных желез, значения личностной тревожности соответствовали умеренному уровню (Alves M.M.A. et al., 2007).

Считается, что для пациентов эстетической хирургии характерно низкое качество жизни (Ozgur F. et al., 1998; Ching S. et al., 2003; Markey C., Markey P., 2009). В группе дерматологических эстетических пациентов отмечен высокий исходный уровень качества жизни (Багненко Е.С., 2012). В нашем исследовании пациенты эстетической хирургии продемонстрировали высокий показатель качества жизни при отсутствии взаимосвязи с психическими расстройствами. В группе реконструктивной хирургии качество жизни заметно ниже среди пациентов с психическими расстройствами по сравнению с психически здоровыми пациентами. Эти данные согласуются с результатами исследований о том, что сопутствующие психические расстройства при соматических заболеваниях ухудшают качество жизни пациентов (Петрова Н.Н., 2002).

В нашем исследовании общий показатель осмысленности жизни среди пациентов пластической хирургии был достоверно выше общепопуляционных значений, что согласуется с данными литературы (Багненко Е.С., 2012). Отмечено, что пациенты эстетической хирургии с высоким уровнем самопознания имели низкие уровни тревоги и депрессии (Valikhani A., Goodarzi M.A., 2017), однако в нашем исследовании данных взаимосвязей не получено. В исследовании выделены тесные взаимосвязи осмысленности жизни с удовлетворенностью жизнью, а также различия ценностных ориентаций в группах сравнения.

Склонность к повторным операциям в одной области и к частым эстетическим процедурам в целом указывают на пациентов эстетической хирургии как на группу риска формирования «хирургической ненасытности» (поведенческий паттерн в настоящее время остается феноменологически до конца не определенным) (Herguer J.M. et al., 2015). Несмотря на повышенный интерес общественности к феномену зависимости от пластических операций, в научном мире имеется крайне ограниченное количество публикаций на данную тему (Ritvo E., 2010). Единичные статьи более чем 30-летней давности указывают, что среди пациентов, выполнявшим частые эстетические операции, распространено пограничное расстройство личности (Knorr N.J. et al., 1967; Groenman N.H., Sauer H.C., 1983), что отличается от наших результатов. Данные могут расходиться в связи с разным объемом и методологией исследования. Тем не менее, проблема множественных операций у одного и того же пациента («multiple operations on the same patient») остается актуальной и в общей хирургии (Cohen F.L., Roberts G.W., 2012).

Одной из возможных причин большого числа эстетических операций у одного и того же пациента может быть поведенческая аддикция, где поведенческим аналогом ПАВ является эстетическая операция. Аддикция к эстетическим процедурам по сути близка к аддикции к модификации тела, которая является разновидностью «социально приемлемых» аддикций (Ворошилин С. И., 2015). В общепринятые современные классификации включены диагностические критерии для конкретных нехимических аддикций (например, для гемблинга), а некоторые аддикции отсутствуют (любовная аддикция, аддикция к спортивным упражнениям, к модификациям тела и др.). Поэтому при анализе аддиктивных признаков мы опирались на общепризнанные монографии в данной области. Пациенты в нашем исследовании не обнаруживали полного соответствия критериям Гриффитса, общих для поведенческих аддикций (Griffiths M.D., 1996). Однако 6,9%

пациентов обнаруживали критерии аддиктивного поведения (сопутствующие эмоциональные нарушения, заострение личностных особенностей, использование неадаптивных копинг-стратегий, наличие актуальных стрессовых ситуаций) (Худяков А.В., 2003).

С учетом параллелизма числа повторных эстетических операций и аффективных и обсессивно-компульсивных расстройств, можно предположить, что пластическая операция для обследованных пациенток является неконструктивной стратегией совладания с фрустрирующей ситуацией по типу избегания. Это отвечает теоретическим предпосылкам, что аддиктивное поведение используется как копинг-стратегия (Смирнов А.В., 2015). По данным литературы, использование копинг-стратегии «Избегание» также увеличивают вероятность того, что человек решится на эстетическую операцию (Yazdandoost R. et al., 2017). Однако в нашем исследовании эта копинг-стратегия была выявлена только у 7,7% пациентов, которым были выполнены эстетические операции.

Таким образом, настоящее исследование выявило наличие показаний к оказанию специализированной психолого-психиатрической помощи среди пациентов пластической хирургии.

Отмечено преобладание дисморфофобии с социальной тревогой, что может быть особенностью пациентов эстетической хирургии в сравнении с пациентами дерматологической клиники. Выделена большая частота операций в одной области при отсутствии медицинских осложнений именно у пациентов с дисморфофобией, что может послужить своеобразным клиническим «маркером» пациентов с дисморфофобией среди общей субпопуляции пациентов эстетической хирургии.

Выделенные возрастные и гендерные особенности психических расстройств среди пациентов пластической хирургии, а также признаки, сопутствующие психическим расстройствам у данных пациентов, могут лечь в основу определения групп риска.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В работе выполнен сравнительный анализ психопатологических и психосоциальных характеристик пациентов пластической хирургии с выделением групп эстетической и реконструктивной хирургии, в том числе в сопоставлении с данными отечественных и зарубежных исследований. Выявлены особенности частоты, структуры и факторов психических расстройств в данных группах пациентов. Получены новые данные о дисморфофобии на примере пациентов эстетической хирургии. Изучены взаимосвязи тревоги и депрессии с характеристиками психологического и социального функционирования.

Выводы

1. У пациентов, перенесших пластические операции, установлена высокая частота непсихотических психических расстройств (68,6%), в структуре которых преобладала депрессия, с большей её встречаемостью среди пациентов, перенесших эстетические операции, по сравнению с пациентами, перенесшими реконструктивные операции (соответственно, 82,5% и 51,6%).

2. Психические расстройства у пациентов, перенесших эстетические операции, и пациентов, перенесших реконструктивные операции, различались по структуре и факторам риска.

2.1. Для пациентов, перенесших эстетические операции, характерны вариабельность и сочетание психических расстройств, среди которых преобладали генерализованное тревожное расстройство, дисморфофобия, депрессия, расстройства личности. С возрастом нарастает частота расстройств настроения (F3) и снижается частота расстройств невротического спектра (F4). К факторам риска развития психических расстройств у этих больных относятся: высокий уровень личностной

тревожности, наличие психических расстройств в прошлом, низкая удовлетворенность отношениями с партнером.

2.2. Для пациентов, перенесших эстетические операции, характерна хроническая, своевременно не диагностированная дисморфофобия с преобладанием социальной тревоги (60% случаев). Для них типичны склонность к частым эстетическим процедурам, запрос на операции в нетипичных областях ($p=0,07$), сочетание психических расстройств (50% случаев, $p=0,002$).

2.3. Пациенты, перенесшие реконструктивные операции, отличаются значительной частотой расстройств адаптации (20,5%), особенно характерных для больных в возрасте от 18 до 44 лет. С возрастом нарастает встречаемость расстройств аффективного спектра. Выделены следующие факторы риска развития психических расстройств: высокий уровень личностной тревожности ($p=0,027$), хроническая психотравмирующая ситуация ($p=0,006$), психические расстройства в прошлом ($p=0,037$), наличие акцентуации характера ($p=0,017$); женский пол ($p=0,066$), отсутствие брачных отношений ($p=0,011$), ограничение общения ($p=0,024$), низкий уровень осмысленности жизни (по тесту СЖО) (0,029), выраженность косметического дефекта ($p=0,027$).

2.4. Депрессия в группе пациентов, перенесших эстетические операции, характеризуется наличием соматизированной тревоги (86,7%, $p=0,024$), сопутствующей обсессивно-компульсивной симптоматикой (63,3%, $p=0,004$). В структуре депрессии у пациентов, перенесших реконструктивные операции, преобладают гипотимия (85,7%, $p=0,06$), ангедония (66,7%, $p=0,025$), нарушения сна (61,2%, $p=0,05$).

3. Пациенты в обеих группах различаются по личностно-психологическим характеристикам. Пациенты, перенесшие эстетические операции, отличаются сочетанием тревожно-избегающих и демонстративных характерологических черт. Высокая осмысленность жизни

ассоциирована с наличием постоянного места работы, низким уровнем личностной тревожности. В группе пациентов, перенесших реконструктивные операции, чаще встречается гармоничное развитие личности. Низкий уровень осмысленности жизни ассоциирован с аффективными расстройствами.

4. Пациенты, перенесшие эстетические операции, отличаются, в основном, удовлетворительной оценкой качества жизни, которая в значительной степени определяется наличием детей ($p=0,46$, $p=0,003$). Пациенты, перенесшие реконструктивные операции, в 26,7% случаев оценивают качество своей жизни как низкое. Значимым фактором повышения качества жизни у этих пациентов является наличие постоянного места работы ($p=0,404$, $p=0,041$) и широкого круга общения ($p=0,424$, $p=0,031$). Сопутствующие психические расстройства не оказывают влияния на качества жизни пациентов, перенесших эстетические операции, и ухудшают качество жизни пациентов, перенесших реконструктивные операции.

На основании проведенного анализа клинико-психопатологических, социо-психологических особенностей пациентов пластической хирургии предложены следующие **практические рекомендации**:

1. Пациентам пластической хирургии целесообразно проводить диагностику психических расстройств в связи с их высокой встречаемостью и негативным влиянием на качество жизни.

2. К группе риска наличия психических расстройств в клинике эстетической хирургии относятся пациенты с высоким уровнем личностной тревожности, а также пациенты с психическими нарушениями в прошлом.

3. У пациентов эстетической хирургии необходимо исключать дисморфофобию, вероятность наличия которой возрастает у пациентов, претендующих на операции в нетипичных областях (крупнопластика,

мандибулопластика), на ринопластику; с повторными эстетическими операциями в одной и той же области, не связанные с возникшими осложнениями; с расстройствами пищевого поведения, в том числе в анамнезе.

4. Для пациентов реконструктивной хирургии факторами риска развития психического расстройства являются: женский пол, отсутствие брачных отношений, хроническая психотравмирующая ситуация, средний и глубокий объем поражения тканей с длительным хирургическим лечением, психические расстройства в прошлом, ограничения межперсонального общения, низкий уровень осмысленности жизни.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАШ КЖ – визуально-аналоговая шкала качества жизни

ГТР – генерализованное тревожное расстройство

ДР – депрессивное расстройство

КЖ – качество жизни

МКБ-10 – международная классификация болезней, 10-ый пересмотр

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство

ПАВ – психоактивное вещество

ПРЛ – пограничное расстройство личности

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory

NIMH – National Institute of Mental Health

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова, А.С. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве / А.С. Аведисова, М.П.Марачев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 112(3). – С. 18-23.
2. Александровский, Ю.А. Краткий психиатрический словарь. / Ю.А. Александровский. – Москва: РЛС-2009, 2008. – 128 с.
3. Бабин, С.М., Случевская, С.Ф. Концепция «recovery» и индивидуализированный подход к оценке потребностей пациентов // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2017. – 340 с.
4. Багненко, Е.С. Психологические характеристики женщин с косметологическими проблемами и их динамика в процессе лечебной коррекции: автореф. дис... канд. мед. наук: 19.00.04 / Багненко Елена Сергеевна. – СПб., 2012. – 189 с.
5. Баранская, Л.Т. Клинико-психологическая характеристика пациентов клиник эстетической хирургии / А.Е. Ткаченко, Л.Т. Баранская, А.Г. Леонов [и др.]. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2003. – № 2. – С. 63-69.
6. Баранская, Л.Т. Клинико-психологический анализ ценностно-смысловой направленности личности пациентов эстетической хирургии / Л.Т. Баранская // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 57-62.
7. Баранская, Л.Т. Развитие специфического личностного синдрома у пациентов эстетической хирургии / Л.Т. Баранская // Известия Уральского государственного университета. Сер. 1. Проблемы образования, науки и культуры. – 2008. – № 60. – Вып. 24. – С. 26-34.

8. Беловол, А.Н. Современные методики оценки качества жизни пациентов в медицинской косметологии / А.Н. Беловол, С.Г. Ткаченко, Е.В. Коляда // ДЕРМАТОЛОГИЯ ТА ВЕНЕРОЛОГИЯ. – 2012. – № 3 (57). – С. 5-15.
9. Белопольская, Н.Л. Лицевой возраст и мотивации омоложения лица у женщин в эстетической хирургии / Н.Л. Белопольская, В.И. Белопольский, Е.М. Шафирова // ЗНАНИЕ. ПОНИМАНИЕ. УМЕНИЕ. – 2012. – №2. – С. 214-220.
10. Белоусов, А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов. – СПб.: "ГИППОКРАТ", 1998. – 740 с.
11. Бородкина, Е.В. Осмысленность жизни как фактор субъективного благополучия / Е.В. Бородкина // Молодой ученый. – 2009. – №2. – С. 90-93.
12. Вельтищев, Д.Ю. Некоторые психотропные и соматотропные эффекты сертралина (Золофта) при лечении депрессий у больных общей медицинской практики / Д.Ю. Вельтищев // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 3. – С. 3-7.
13. Ворошилин, С. И. Аномальное влечение к модификации собственного тела как поведенческая зависимость / С. И. Ворошилин // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – № 4. – С. 9–15.
14. Голомидова, Т.М. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы и классификации / Т.М. Голомидова // Научное сообщество студентов XXI столетия. ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. LX междунар. студ. науч.-практ. конф. – Новосибирск, 2017. – № 12 (60). – С. 154-156.
15. Гржибовский, А.М. Корреляционный анализ / А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2008. – №9. – С. 50-60.
16. Дороженюк, И.Ю. Дисморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса / И.Ю. Дороженюк, Е.Н. Матюшенко, О.Ю. Олисова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – №1. – С. 42-47.

17. Дороженюк, И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня / И.Ю. Дороженюк // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – № 2. – С. 3–8.
18. Дударева, А.П. Психические расстройства непсихотического уровня у пациентов с приобретенными челюстно-лицевыми деформациями (клинические и терапевтические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Дударева Анна Петровна. – М., 2009. – 26 с.
19. Егоров, А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А. Ю. Егоров // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65-77.
20. Ермолаева, А. Скрытая мотивация пациентов эстетической хирургии: некоторые подходы к анализу проблемы / А. Ермолаева // Эстетическая медицина. – 2002. – Т. 1. – № 4. – С. 288-292.
21. Жидяевский, А.Г., Менделевич, В.Д., Галяутдинов, Г.С., и др. Особенности психических расстройств и их коррекции у пациентов с кардиальной патологией / А.Г. Жидяевский, В.Д. Менделевич, Г.С. Галяутдинов, К.Р. Ибрагимова, Э.Б. Закирова // Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101. – №2. – С. 212-225.
22. Здравоохранение в России: статистический сборник / Федер. служба гос. статистики (Росстат). – [Офиц. изд.]. – 2015. – 174 с.
23. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: из синопсиса по психиатрии : в 2 т. Т.1 / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; пер. В. Б. Стрелец. – М.: Медицина, 1994. – 670 с.
24. Классификации болезней в психиатрии и наркологии: пособие для врачей / под ред. М.М. Милевского // М.: Триада-Х. – 2009. – 183с.
25. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии: пособие для врачей / Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В. Васильева [и др.]. – СПб., 1998. – 26 с.
26. Коркина, М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.

27. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая Медицина, 2011. – 459с.
28. Кузнецов, В.Н. Социально-экологические аспекты гендерных различий лиц с расстройствами адаптации / В.Н. Кузнецов, А.Г. Соловьев // Экология человека. – 2008. – № 1. – С. 31-33.
29. Левин, М.И. Теории аддиктивного поведения / М.И. Левин, А. Фенько // Финансы и бизнес. – 2008. – № 3. – С. 10–22.
30. Леонов, А.Г. Эстетическая хирургия и психология: проблемы экологической валидности / А.Г. Леонов, Л.Т. Баранская, С.И. Блохина // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2005. – №2. – С.87-91.
31. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
32. Лисицына, Т.А. Стрессовые факторы и депрессивные расстройства при ревматических заболеваниях / Т.А. Лисицына, Д.Ю. Вельтищев, Е.Л. Насонов, Д.А. Леонтьев // Научно-практическая ревматология. – 2013. – № 2. – С. 98-103.
33. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – СПб.: Речь, 2010 – 256 с.
34. Марачев, М.П. Атипичная депрессия при биполярном и монополярном аффективном расстройстве (клиника и фармакотерапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Марачев Максим Павлович. – М., 2013. – 22 с.
35. Матюшенко, Е.Н. Дисморфофобия в дерматологической практике (аспекты клиники, типологии и терапии): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Матюшенко Екатерина Николаевна. – М., 2013. – 25 с.
36. Матюшенко, Е.Н. Дисморфофобия в дерматологической практике / Е.Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3–4. – С. 11–17.

37. Медведев, В.Э. Дисморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность / В. Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – №1. – С. 49-55.
38. Медведев, В.Э. Дисморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность / В.Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – № 1 (8). – С. 49–55.
39. Медведев, В.Э. Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога / В.Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2016. – № 6. – С. 49–54.
40. Медведев, В.Э. Распространенность психопатологических и патопсихологических расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования) / В.Э. Медведев, В.А. Виссарионов, К.Е. Авдошенко, С.Е. Мартынов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – №1. – С. 18–21.
41. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
42. Михайлов, А.Г. Некоторые вопросы мотивации пациентов в эстетической хирургии / А.Г. Михайлов, Т.М. Рыбинская, Е.Н. Леванова // Трудный пациент. – 2007. – Т. 5. – №6–7. – С. 44–45.
43. Нуллер, Ю.Л. Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. – Л.: Медицина, 1988. – 264 с.
44. Олесен, Р.М. Пластическая хирургия для "чайников" / Р.М. Олесен, М.Б.В. Олесен. – М.: «Диалектика», 2007. – 288 с.
45. Петрова, Н.Н. Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии / Н.Н. Петрова // Нефрология и диализ. – 2002. – Т.4. – № 1. – С. 9–14.
46. Петрова, Н.Н. Психические расстройства и комплаенс больных с хронической сердечной недостаточностью / Н.Н. Петрова, Ю.В. Пилевина // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 3. – С. 26–31.

47. Пешков, М.В. Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью / М.В. Пешков, К.Г. Гуревич // Российский медико–биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – № 1. – С. 123-128.
48. Польская, Н.А. Акты самоповреждения в ритуальных практиках / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета новой серии. – Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2011. – Т. 11. – Вып. 3. – С. 88–91.
49. Польская, Н.А. Взаимосвязь склонности к модификациям тела с копинг–стратегиями / Н.А. Польская // Вопросы психологии. – 2007. – № 6. – С. 43–53.
50. Польская, Н.А. Особенности самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета новой серии. – Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – Т. 10. – Вып. 1. – С. 92–97.
51. Польская, Н.А. Эмоционально–личностные корреляты модификаций тела / Н.А. Польская // Известия Саратовского университета новой серии. – Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2014. – Т. 14. – Вып. 2. – С.84–90.
52. Разоренова, Т.С. Статусметрия как инструмент построения функциональных моделей классификации и анализа состояний сложных объектов / Т.С. Разоренова // Научно–технические ведомости СПбГТУ. – 1998. – № 2–3. – С. 132–137.
53. Рекомендации по стандартизации: Прикладная статистика: Правила проверки согласия опытного распределения с теоретическим: Ч.II: Непараметрические критерии / Новосибирский государственный технический университет. – М.: издательство стандартов, 2002. – 64 с.
54. Руководство по психиатрии: В 2 Т. Т.1, Т.2 / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 1496 с.
55. Саркомы мягких тканей: Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – М.: 2018. – 33 с.

56. Скрипников, А.Н. Психотерапевтическая помощь пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи / А.Н. Скрипников, Л.А. Герасименко // Медицинская психология. – 2006. – Т. 2. – С. 62–64.
57. Смирнов, А.В. Базовые психологические компоненты аддиктивного поведения в структуре интегральной индивидуальности: дис... док. псих. наук: 19.00.01 / Смирнов Александр Васильевич. – Екатеринбург, 2015. – 489 с.
58. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
59. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208с.
60. Соколова, Е.Т. Клинико-психологические основания эффективности эстетической хирургии (при поддержке РГНФ, грант №06–06–0060) / Е.Т. Соколова, Л.Т. Баранская // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — № 3. — С. 26–37.
61. Справочник по психиатрии / под ред. Снежневского А.В. – М.: Медицина, 1985. – 290 с.
62. Стилиди, И.С. Влияние возраста на уровень тревожности и когнитивные функции у пациентов, страдающих колоректальным раком / И.С. Стилиди, А.Ю. Котюкова, В.К. Лядов // Онкологическая колопроктология. – 2017. – № 1. – С. 42–45.
63. Сухопарова, Е.П. Восстановление груди, как наиболее конструктивный механизм психологической реабилитации женщин после мастэктомии / Е.П. Сухопарова, С.Г. Шаповалов // Материалы IX Международного конгресса "Реконструктивная, пластическая и эстетическая хирургия молочной железы". – Казань, 2009. – С. 162–163.
64. Тарханова, П. М. Физический перфекционизм как фактор эмоциональной дезадаптации у современной молодежи: дис ... канд. псих. наук: 19.00.13 / Тарханова Полина Михайловна. – М., 2014. – 181 с.

65. Татаурова, С.С. Технология психологической поддержки пациентов эстетической хирургии / С.С. Татаурова, Л.Т. Баранская, С.В. Вихарев // Известия Уральского государственного университета. – 2008. – № 60. – С. 75–81.

66. Тювина, Н.А. Биполярное аффективное расстройство: особенности течения и поддерживающая фармакотерапия / Н.А. Тювина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №1. – С. 87–95.

67. Усачева, Е.Л. Эпидемиология расстройств шизотипического спектра и некоторые показатели качества жизни больных / Е.Л. Усачева, О.Ф. Панкова, Р.О. Макаров // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2013. – № 6. – С. 38–41.

68. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л.: ЛНИИФК, 1976. – 10 с.

69. Хеден, П. Энциклопедия пластической хирургии / П. Хеден. – М.: Астрель, 2000. – 328 с.

70. Холмогорова, А.Б., Дадеко, А.А. Физический перфекционизм как фактор расстройств аффективного спектра в современной культуре. [Электронный ресурс] / А.Б. Холмогорова, А.А. Дадеко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 3. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).

71. Худяков, А.В. Клинико–социальный анализ формирования и профилактика зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних: автореф. дис. ... д-р мед. наук: 14.00.45 / Худяков Алексей Валерьевич. – М., 2003. – 48 с.

72. Эконометрика: Учебник / Под ред. И.И. Елисеевой. – М.: Финансы и статистика, 2001. – 449 с.

73. A psychoneuroimmunological review on cytokines involved in antidepressant treatment response / B. Janssen, R.N. Caniato, J.C. Verster, B.T.

Baune // *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* – 2010. – № 25. – P. 201–215. DOI: 10.1002/hup.1103.

74. A systematic review of the factors predicting the interest in cosmetic plastic surgery / P. Milothridis, L. Pavlidis, A.B. Haidich, E. Panagopoulou // *Indian J Plast Surg.* – 2016. – № 49. – P. 397–402. DOI: 10.4103/0970-0358.197224.

75. Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors / V. Swami, T. Chamorro-Premuzic, S. Bridges, A. Furnham // *Body Image.* – 2009. – № 6. – P. 7–11. DOI:10.1016/j.bodyim.2008.09.004.

76. Adachi, Y. Combination use of Beck Depression Inventory and the two-question case-finding instrument as a screening tool for depression in the workplace / Y. Adachi, B. Aleksic, R. Nobata [et al.] // *BMJ Open.* – 2012. – № 2. – P. 596. DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000596.

77. Adachi, Y. Preoperative level of depression is a predictor of postoperative levels of depression in patients with head and neck cancer / Y. Adachi, H. Kimura, N. Sato // *Jpn J Clin Oncol.* – 2014. – № 44(4). – P. 311–317. DOI: 10.1093/jjco/hyu002.

78. Ahmed, I. Body dysmorphic disorder [Text: electronic] / I. Ahmed // *Medscape.* – 2019. – URL: <http://emedicine.medscape.com/article/291182-overview>.

79. Ambro, B.T. Psychological considerations in revision rhinoplasty / B.T. Ambro, R.J. Wright // *Facial Plast Surg.* – 2008. – № 24. – P. 288–292. DOI: 10.1055/s-0028-1083083.

80. American Society of Plastic Surgeons. 2016 national plastic surgery statistics [Text: electronic] / American Society of Plastic Surgeons // ASPS – 2017. – URL: <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics>

81. American Society of Plastic Surgeons. 2018 national plastic surgery statistics [Text: electronic] / American Society of Plastic Surgeons // ASPS – 2018. – URL: <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2018/plastic-surgery-statistics-report-2018.pdf>.

82. Andretto Amodeo, C. The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche / C. Andretto Amodeo. – // *Aesthetic Plast Surg.* – 2007. – № 31. – P. 406–410. DOI: 10.1007/s00266-006-0241-2.

83. Assessment of Wellbeing and Anxiety-related Disorders in Those Seeking Rhinoplasty: A Crowdsourcing-based Study / O. Shauly, J. Calvert, G. Stevens [at el.] // *Plast Reconstr Surg Glob Open.* – 2020. – №8 (4). – P.2737. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002737.

84. Awareness and experiences of cosmetic treatment providers with body dysmorphic disorder in Saudi Arabia / A.E. Kattan, N.H. Alnujaim, O. Barasain [at el.] // *Peer J.* – 2020. – № 8. – P. 8959. DOI: 10.7717/peerj.8959.

85. Bass, C. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists / C. Bass, R. Peveler, A. House // *The British Journal of Psychiatry.* – 2001. – V.179. – P. 11–14. DOI: 10.1192/bjp.179.1.11.

86. Bensoussan, J. Quality of life before and after cosmetic surgery / J. Bensoussan, M. Bolton, S. Pi // *CNS Spectrums.* – 2014. – № 19(4). – P. 282–292. DOI: 10.1017/S1092852913000606.

87. Bertolini, F. Pre- and postsurgical psycho-emotional aspects of the orthognathic surgery patient / F. Bertolini, V. Russo, G. Sansebastiano // *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg.* – 2000. – № 15(1). – P. 16–23.

88. Blomqvist, L. Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life / L. Blomqvist, A. Eriksson, Y. Brandberg // *Plast Reconstr Surg.* – 2000. – № 106(5). – P. 991–997. DOI: 10.1097/00006534-200010000-00005.

89. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data / M.E. Coles, K. A. Phillips, W. Menard [at el.] // *DEPRESSION AND ANXIETY.* – 2006. – № 23. – P. 26–33. DOI: 10.1002/da.20132.

90. Body dysmorphic disorder in patients attending a dermatology clinic in Nigeria: sociodemographic and clinical correlates / A.O. Akinboro, A O. Adelufosi, O. Onayemi, S.O. Asaolu // *Anais brasileiros de dermatologia.* – 2019. – № 94(4). – P. 422–428. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20197919.

91. Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment / American Psychological Association. – USA, 2001. – 505 p.

92. Bot, M. Inflammation and treatment response to sertraline in patients with coronary heart disease and comorbid major depression / M. Bot, R.M. Carney, K.E. Freedland // J Psychosom Res. – 2011. – № 71 (1). – P. 13–17. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.11.006.

93. Bradbury, E.T. Psychological and social factors in reconstructive surgery for hemi-facial palsy / E.T. Bradbury, W. Simons, R. Sanders // J Plast Reconstr Aesthet Surg. – 2006. – № 59 (3). – P. 272–278. DOI: 10.1016/j.bjps.2005.09.003.

94. Breast reconstruction following prophylactic therapeutic mastectomy for breast cancer: clinical practice guideline BR-016. – V. 2. – Canada: Alberta Health Services, 2017. – 44 p.

95. British Association of Aesthetic Plastic Surgeons. Over 36,400 Surgical Procedures in the UK in 2009 [Text: electronic] / British Association of Aesthetic Plastic Surgeons. – 2009. – URL: https://baaps.org.uk/media/press_releases/1589/over_36400_surgical_procedures_in_the_uk_in_2009.

96. Bulik, C.M. Распространенность, наследуемость и проспективные факторы риска нервной анорексии / C.M. Bulik, P.F. Sullivan, F. Tozzi [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2006. – № 63. – С. 305–312 (перевод в журнале "Обзор современной психиатрии", вып. 29, 2006г.).

97. Caligor, E. Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges / E. Caligor, K.N. Levy, F.E. Yeomans // American Journal of Psychiatry. – 2015. – № 172. – P. 415–422. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14060723.

98. Castle, D.J. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep / D. J. Castle, K. A. Phillips, R. G. Dufresne // Journal of

Cosmetic Dermatology. – 2004. – № 3 (2). – P. 99–103. DOI: 10.1111/j.1473-2130.2004.00105.x.

99. Castle, D.J. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? / D.J. Castle, R.J. Honigman, K.A. Phillips // The Medical journal of Australia. – 2002. – № 176(12). – P. 601–604.

100. Chuang, J. Overview of Facial Plastic Surgery and Current Developments // J. Chuang, C. Barnes, B.J.F. Wong // Surg J (N Y). – 2016. – №2(1). – P. 17-28. DOI: 10.1055/s-0036-1572360.

101. Cohen, F.L. Multiple operations on the same patient / F.L. Cohen, G.W. Roberts // Surgical Neurology International. – 2012. – № 3. – P. 238-243.

102. Commissioning guide: Massive Weight Loss Body Contouring / BAPRAS The Royal College of Surgeons of England. – London, 2014. – 28 p.

103. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance / S.J. Ruffolo, K.A. Phillips, W. Menard [at el.] // Int. J. Eat. Disord. – 2006. – № 39. – P. 11–19. DOI: 10.1002/eat.20219.

104. Comparison of preoperative anxiety in reconstructive and cosmetic surgery patients / A. Sonmez, N. Biskin, M. Bayramicli, A. Numanoglu // Ann Plast Surg. – 2005. – № 54 (2). – P. 172–177. DOI: 10.1097/01.sap.0000143608.79685.e3.

105. Comparison of preoperative quality of life in breast reconstruction, breast aesthetic and non-breast plastic surgery patients: A cross-sectional study / E.F.R. Duraes, P. Durand, L.C. Duraes [at el.] // J Plast Reconstr Aesthet Surg. – 2016. – Vol. 69. – Is. 11. – P. 1478–1485. DOI: 10.1016/j.bjps.2016.08.002.

106. Cook, S. A. Is Cosmetic Surgery an Effective Psychotherapeutic Intervention? : A Systematic Review of the Evidence / S.A. Cook, R. Rosser, P. Salmon // Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. – 2006. – № 59 (11). – P. 1133–1151. DOI: 10.1016/j.bjps.2006.03.047.

107. Crerand, C.E. Surgical and Minimally Invasive Cosmetic Procedures Among Persons With Body Dysmorphic Disorder / C.E., Crerand, W., Menard,

K.A. Phillips // *Ann Plast Surg.* – 2010. – № 651. – P. 11–16. DOI: 10.1097/SAP.0b013e3181bba08f.

108. Crerand, C.E. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery / C.E. Crerand, M.E. Franklin, D.B. Sarwer // *Plast Reconstr Surg.* – 2006. – № 118(7). – P. 167–180. DOI: 10.1097/01.prs.0000242500.28431.24.

109. Crerand, C.E. Reply to: 'Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty' / C.E. Crerand, K.A. Phillips // *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* – 2014. – Vol. 67. – Is. 12. – P. 1754–1755. DOI: 10.1016/j.bjps.2014.06.013.

110. Cytokines plasma levels during antidepressant treatment with sertraline and transcranial direct current stimulation: results from a factorial, randomized controlled trial / A.R. Brunoni, R. Machado-Vieira, C. Zarate, L. Valiengo // *Psychopharmacol.* – 2014. – № 231 (7). – P. 1315–1323. DOI: 10.1007/s00213-013-3322-3.

111. Dakanalis, A. 2811 – Personality and body image disorders in cosmetic surgery settings: prevalence, comorbidity and evaluation of their impact on post-operative patient's satisfaction / A. Dakanalis, V.E. Di Mattei, A.M. Zanetti [et al.] // *European Psychiatry.* – 2013. – Vol. 28. – Suppl. 1. – P. 1. DOI:10.1016/S0924-9338(13)77397-8.

112. Davis, R.E. Psychological considerations in the revision rhinoplasty patient / R.E. Davis, M. Bublik // *Facial Plast Surg.* – 2012. – № 28. – P. 374–379. DOI: 10.1055/s-0032-1319837.

113. Davison, S. P. Psychoactive Drugs in Plastic Surgery / S.P. Davison, B.D. Baglien, K.D. Hayes // *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open.* – 2017. – № 5(3). – P. 1-6. DOI: 10.1097/GOX.0000000000001282.

114. De Brito, M.J.A. Invited Response on: Body Dysmorphic Disorder: There is an "Ideal" Strategy? / M.J.A. De Brito, F.X. Nahas, M. Sabino Neto // *Aesthetic Plast Surg.* – 2019. – №43 (4). – P. 1115-1116.

115. Dean, N.R. A five year experience of measuring clinical effectiveness in a breast reconstruction service using the BREAST-Q patient reported outcomes

measure: A cohort study / N.R. Dean, T. Crittenden // *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* – 2016. – Vol. 69. – Is. 11. – P. 1469–1477. DOI: 10.1016/j.bjps.2016.08.015.

116. Del Aguila, E. Personality Traits, Anxiety, and Self-esteem in Patients Seeking Cosmetic Surgery in Mexico City / E. Del Aguila, J.R. Martinez, J.L. Pablos // *Plastic and reconstructive surgery. Global open* – 2019. – №7 (10) – P. 2381. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002381.

117. Delinsky, S.S. Cosmetic surgery: A common and accepted form of self-improvement? / S.S. Delinsky // *J Appl Soc Psychol.* – 2005. – № 35. – P. 2012–2028. DOI:10.1111/j.1559-1816.2005.tb02207.x.

118. Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder / K.A. Phillips, W. Menard, C. Fay, R. Weisberg // *Psychosomatics.* – 2005. – № 46 (4). – P. 317–325. DOI: 10.1176/appi.psy.46.4.317.

119. Dépistage rapide du Body Dysmorphic Disorder en consultation de chirurgie plastique en France [Quick screening for Body Dysmorphic Disorder in a plastic surgery population in France] / S. Chatelain, M. Mimoun, M. Chaouat [at el.] // *L'Encephale.* – 2020. – №46 (3). – P. 190-192. DOI: 10.1016/j.encep.2019.10.006.

120. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)/ American Psychiatric Association. – Washington DC, 2016. – 991 p. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth text revision ed.) / American Psychiatric Association. – Washington DC, 2000. – 943 p.

121. Didie, E. Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery / E. Didie, D. Sarwer // *J Women's Health.* – 2003. – № 12. – P. 241–253. DOI:10.1089/154099903321667582.

122. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress / K.D. Graves, S.M. Arnold, C.L. Love [at el.] // *Lung Cancer.* – 2007. – № 55. – P. 215–224. DOI: 10.1016/j.lungcan.2006.10.001.

123. Dowling, N.A. A comparison of the psychological outcomes of cosmetic surgical procedures / N.A. Dowling, A.C. Jackson, R.J. Honigman // *Plastic Surgery*. – 2013. – № 31 (4). – P. 176–184. DOI: 10.5171/2013.979486.

124. Dunofsky, M. Psychological characteristics of women who undergo single and multiple cosmetic surgeries / M. Dunofsky // *Ann Plast Surg*. – 1997. – № 39. – P. 223–228. DOI: 10.1097/00000637-199709000-00001.

125. Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction / C.B. Taylor, M. Youngblood, D. Catellier, R. Veith // *Arch Gen Psychiat*. – 2005. – № 62. – P. 792–798. DOI: 10.1001/archpsyc.62.7.792.

126. Evidence-Based Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder / A.M. Rapp, R.L. Bergman, J. Piacentini, J.F. McGuire // *Journal of Central Nervous System Disease*. – 2016. – Vol. 8. – P. 13–29. DOI: 10.4137/JCNSD.S38359.

127. Face-Lift Satisfaction Using the FACE-Q / S. Sinno, J. Schwitzer, L. Anzai, C.H. Thorne // *PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY* – 2015. – № 136 (2). – P. 239–242. DOI: 10.1097/PRS.0000000000001412.

128. Facial Plastic and Reconstructive Surgery: A comprehensive study guide / B.-J.F. Wong, M. G. Arnold, J.O. Boeckmann (eds) / – Springer, Cham, 2016. – 433 p.

129. Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery / A. Brown, A. Furnham, L. Glanville, V. Swami // *Aesthet Surg J*. – 2007. – № 27. – P. 501–508. DOI: 10.1016/j.asj.2007.06.004.

130. Fang, A. Relationship between Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder / A. Fang, S.G. Hofmann // *Clinical psychology review*. – 2010. – № 30 (8). P. 1040–1048. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.08.001.

131. Feusner, J.D. The Pathophysiology of Body Dysmorphic Disorder / J.D. Feusner, J. Yaryura-Tobias, S. Saxena // *Body Image*. – 2008. – № 5 (1). – P. 3-12. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.11.002.

132. Five-year follow-up of cosmetic rhinoplasty / M. Ercolani, B. Baldaro, N. Rossi, G. Trombini // *Journal of psychosomatic research*. – 1999. – Vol. 47 (3). – P. 283–286. DOI: 10.1016/s0022-3999(99)00041-0.

133. Flint, A.J. Effect of age on the frequency of anxiety disorders in major depression with psychotic features / A.J. Flint, C. Peasley-Miklus, E. Papademetriou // *Am J Geriatr Psychiatry*. – 2010. – № 18 (5). – P. 404–412. DOI: 10.1097/jgp.0b013e3181c294ac.

134. Furnham, A. Factors that motivate people to undergo cosmetic surgery / A. Furnham, J. Levitas // *Can J Plast Surg*. – 2012. – № 20(4). – P. 47–50.

135. Gender-related patterns of psychiatric disorder clustering among bariatric surgery candidates: A latent class analysis / L.S. Duarte-Guerra, B.M. Coelho, M.A. Santo [at el.] // *J Affect Disord*. – 2018. – №240. – P. 72-78. DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.036.

136. Goldberg, D. Prescribing antidepressants in primary care and hospital practice / D. Goldberg // *WPA Bull on Depression*. – 2003. – № 7 (26). – P. 3–6.

137. Golshani, S. Personality and Psychological Aspects of Cosmetic Surgery / S. Golshani, A. Mani, S. Toubaei // *Aesth Plast Surg*. – 2016. – № 40. – P. 38–47. DOI: 10.1007/s00266-015-0592-7.

138. Gorbis, E. Addiction to plastic surgeries [Text: electronic] / E. Gorbis // *Westwood Institute For Anxiety Disorders*. – 2004. – URL: <http://www.hope4ocd.com>

139. Gorbis, E. The fatal addiction to plastic surgery. Diagnosing and Treating BDD Successfully for a Lifetime. – *Anxiety Disorders Association of America, 30th Annual Conference*. – Baltimore, Maryland, 2010.

140. Griffiths, M.D. Behavioral addiction: an issue for everybody? / M.D. Griffiths // *Journal of Workplace Learning*. – 1996. – V. 8. – № 3. – P. 19–25.

141. Groenman, N.H. Personality characteristics of the cosmetic surgical insatiable patient / N.H. Groenman, H.C. Sauer // *Psychother Psychosom*. – 1983. – № 40. – P. 241–245.

142. GUIDELINES FOR REGISTERED MEDICAL PRACTITIONERS WHO PERFORM COSMETIC MEDICAL AND SURGICAL PROCEDURES / Medical Board of Australia. – Australia, 2016. – 6 p.

143. Gunstad, J. Axis I Comorbidity in body dysmorphic disorder / J. Gunstad, K.A. Phillips // *Compr Psychiatry*. – 2003. – № 44 (4). – P. 270–276. DOI: 10.1016/S0010-440X(03)00088-9.

144. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. – 1960. – Vol. 23. – P. 56–62.

145. Hammerlid, E. A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients / E. Hammerlid, M. Ahlner-Elmqvist, K. Bjordal // *Br J Cancer*. – 1999. – № 80. – P. 766–774.

146. Haraldsson, P. Psychosocial impact of cosmetic rhinoplasty / P. Haraldsson // *Aesthetic Plast Surg*. – 1999. – № 23. – P. 170–174.

147. Harth, W. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery / W. Harth, B. Hermes // *J Dtsch Dermatol Ges*. – 2007. – № 5(9). – P. 736–743. DOI: 10.1111/j.1610-0387.2007.06293.x.

148. Hasan, J.S. Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview / J.S. Hasan // *Ann Plast Surg*. – 2000. – № 44(1). – P. 89–96. DOI: 10.1097/00000637-200044010-00017.

149. Hayashi, K. Importance of a psychiatric approach in cosmetic surgery / K. Hayashi, H. Miyachi, N. Nakakita // *Aesthet Surg J*. – 2007. – № 27. – P. 396–401. DOI: 10.1016/j.asj.2007.05.010.

150. Heim, E. Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer / E. Heim, L. Valach, L. Schaffner // *Psychosom Med*. – 1997. – № 59(4). – P. 408–418.

151. Helgeson, V.S. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change/ V.S. Helgeson, P. Snyder, H. Seltman // *Health Psychol*. – 2004. – № 23 (1). –P. 3–15. DOI: 10.1037/0278-6133.23.1.3.

152. Henselmans, I. Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis / I. Henselmans, V.S. Helgeson, H. Seltman // *Health Psychol.* – 2010. – № 29. – P. 160–168. DOI: 10.1037/a0017806.

153. Hern, J. Assessing psychological morbidity in patients with nasal deformity using the CORE questionnaire / J. Hern, J. Hamann, P. Tostevin // *Clin Otolaryngol Allied Sci.* – 2002. – № 27. – P. 359–364. DOI: 10.1046/j.1365-2273.2002.00595.x.

154. Herruer, J.M. Negative predictors for satisfaction in patients seeking facial cosmetic surgery: a systematic review / J.M. Herruer, J.B. Prins, N. van Heerbeek [at el.] // *Plast Reconstr Surg.* – 2015. – № 135(6). – P. 1596–1605. DOI: 10.1097/PRS.0000000000001264.

155. Hessler, J.L. Predictors of Satisfaction With Facial Plastic Surgery: Results of a Prospective Study / J.L. Hessler, C.A. Moyer, J.C. Kim // *Arch Facial Plast Surg.* – 2010. – № 12 (3). – P. 192–196. DOI: 10.1001/archfacial.2009.69.

156. Higgins, S. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder – An Update / S. Higgins, A. Wysong // *International Journal of Women's Dermatology.* – 2018. – № 4. – P. 43–48. DOI: 10.1016/j.ijwd.2017.09.007.

157. High Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Moderate to Severe Appearance-Related Obsessive-Compulsive Symptoms Among Rhinoplasty Candidates / T.D. Ramos, M.J.A. de Brito, V.Y. Suzuki [at el.] // *Aesthetic Plast Surg.* – 2019. – № 43(4). – P. 1000-1005. DOI: 10.1007/s00266-018-1300-1.

158. Hinnen, C. Course of distress in breast cancer patients, their partners, and matched control couples / C. Hinnen, A.V. Ranchor, R. Sanderman // *Ann Behav Med.* – 2008. – № 36. – P. 141–148. DOI: 10.1007/s12160-008-9061-8.

159. Holland, J.C. Pathways for psychosocial care of cancer survivors / J.C. Holland, I. Reznik // *Cancer.* – 2005. – № 104(11). – P. 2624–2637. DOI: 10.1002/cncr.21252.

160. Hong, K. New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder / K. Hong , V. Nezgovorova, E. Hollander // F1000Research. – 2018. – № 7. – P. 361. DOI: 10.12688/f1000research.13700.1.

161. Honigman, R. Aging and cosmetic enhancement / R. Honigman, D.J. Castle // Clinical Interventions in aging. – 2006. – № 1 (2). – P. 115–119. DOI: 10.2147/ciia.2006.1.2.115.

162. Honigman, R.J. Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery / R.J. Honigman, K.A. Phillips, D.J. Castle // Plastic reconstructive surgery. – 2004. – № 113(4). – P. 1229–1237. DOI: 10.1097/01.prs.0000110214.88868.ca.

163. Honigman, R.J. The PreFACE: A preoperative psychosocial screen for elective facial cosmetic surgery and cosmetic dentistry patients / R.J. Honigman, A.C. Jackson, N.A. Dowling // Ann Plast Surg. – 2011. – № 66 (1). – P. 16–23. DOI: 10.1097/SAP.0b013e3181d50e54.

164. Howes, B. Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case–controlled cohort study / B. Howes, C. Xu, B. Fosh [at el.] // Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. – 2016. – Vol. 69. – Is. 9. – P. 1184–1191. DOI: 10.1016/j.bjps.2016.06.004.

165. Hyphantis, T. Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study / T. Hyphantis, V. Paika, A. Almyroudi [at el.] // J Psychosom Res. – 2011. – № 70. – P. 411–421. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.011.

166. Impact of socioeconomic status on psychological functioning in survivorship following breast cancer and reconstruction / N.K. Le, K.S. Gabrik, F. Chouairi [at el.] // Breast J. – 2020. – V. 26. – I. 9. – P. 1695–1701. DOI: 10.1111/tbj.13849.

167. Impact on quality of life with breast reconstructive surgery after mastectomy for breast cancer / J.L. Trejo–Ochoa, A. Maffuz–Aziz, F.M. Said–Lemus [at el.] // *Ginecol Obstet Mex.* – 2013. – № 81 (9). – P. 510–518.

168. Information for Commissioners of Plastic Surgery Services. Referrals and Guidelines in Plastic Surgery / NHS Modernisation Agency. – 2016. – 24 p.

169. Insel, T.R. Obsessive – compulsive disorder. A double–blind trial of clomipramine and clorgyline / T.R. Insel, D.L. Murphy, R.M. Cohen [at el.] // *Arch Gen Psychiatry.* – 1983. – № 40. – P. 605–612.

170. Is the glass half empty or half full? a prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study / L.D. Kubzansky, D. Sparrow, P. Vokonas, I. Kawachi // *Psychosom Med.* – 2001. – № 63 (6). – P. 910– 916. DOI: 10.1097/00006842-200111000-00009.

171. Ishigooka, J. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery / J. Ishigooka, M. Iwao, M.Suzuki // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – 1998. – № 52 (3). – P. 283–287.

172. Islam, S. The prevalence of psychological distress in a sample of facial trauma victims. A comparative cross–sectional study between UK and Australia / S. Islam, M. Ahmed, G.M. Walton // *J Craniomaxillofac Surg.* – 2012. – № 40 (1). – P. 82–85. DOI: 10.1016/j.jcms.2011.01.014.

173. Iwatani, T. Predictive factors for psychological distress related to diagnosis of breast cancer / T., Iwatani, A. Matsuda, H. Kawabata // *Psychooncology.* – 2013. – № 22. – P. 523–529. DOI: 10.1002/pon.4589.

174. Jang, B. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Elective Plastic Surgery Procedure Patients / B. Jang, D. Bhavsar // *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open.* – 2017. – № 5 (9). – P. 84–85.

175. Jang, B. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Elective Plastic Surgery Patients / B. Jang, D.R. Bhavsar // *Eplasty.* – 2019. – № 19. – P. 6.

176. Kamrani, M. The Relationship between Body Image Coping Strategy and Eating Disorders among Iranian Adolescent Girls / M. Kamrani, M. Farid // *Bali Medical Journal.* – 2016. – № 5 (1). – P. 17–22. DOI:10.15562/bmj.v5i1.151.

177. Katz, M.R. Screening for depression in head and neck cancer / M.R. Katz, N. Kopeck, J. Waldron // *Psychooncology*. – 2004. – № 13. – P. 269–280. DOI: 10.1002/pon.734.

178. Kearney, L. Cosmetic surgical practice: are we complying with professional standards? / L. Kearney, C. de Blacam, A.J. Clover // *Aesthetic Plast Surg*. – 2015. – № 39 (3). – P. 449–451. DOI: 10.1007/s00266-015-0485-9.

179. Kellett, S. Outcomes from psychological assessment regarding recommendations for cosmetic surgery / S. Kellett, S. Clarke, P. McGill // *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. – 2008. – № 61 (5). – P. 512–517. DOI: 10.1016/j.bjps.2007.08.025.

180. Klifto, K.M. Differences between Breast Cancer Reconstruction and Institutionally Established Normative Data Using the BREAST-Q Reconstruction Module: A Comparative Study / K.M. Klifto, P. Aravind, M. Major // *Plast Reconstr Surg*. – 2020. – № 145(6). – P. 1371-1379. DOI: 10.1097/PRS.0000000000006810.

181. Knorr, N.J. The “insatiable” cosmetic surgery patient / N.J. Knorr, M.T. Edgerton, J.E. Hoopes // *Plast Reconstr Surg*. – 1967. – № 40. – P. 285–289.

182. Krebber, A.M. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments / A.M. Krebber, L.M. Buffart, G. Kleijn // *Psychooncology*. – 2014. – № 23 (2). – P. 121–130. DOI: 10.1002/pon.3409.

183. Kucur, C. Psychological Evaluation of Patients Seeking Rhinoplasty / C. Kucur, O. Kuduban, A. Ozturk // *The Eurasian Journal of Medicine*. – 2016. – № 48 (2). – P. 102–106. DOI: 10.5152/eurasianjmed.2015.103.

184. Landry, M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substances use disorder / M. Landry // *J. Psychoact. Drugs*. – 1987. – V. 19. – N 4. – P. 379–381.

185. Leeuw, J.R. Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck cancer: the influence of pre-treatment physical and depressive symptoms, coping, and social support / J.R. Leeuw, A. de Graeff, W.J. Ros // *Head*

Neck. – 2000. – № 22. – P. 799–807. DOI: 10.1002/1097-0347(200012)22:8<799::aid-hed9>3.0.co;2-e.

186. Leeuw, J.R. Prediction of depression 6 months to 3 years after treatment of head and neck cancer / J.R. Leeuw, A. de Graeff, W.J. Ros // *Head Neck*. – 2001. – № 23. – P. 892–898. DOI: 10.1002/hed.1129.

187. Leichsenring, F. Borderline personality disorder / F. Leichsenring, E. Leibing, J. Kruse // *Lancet*. – 2011. – № 377. – P. 74–84. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5.

188. Lima, I.V.M. Genetica dos transtornos afetivos / I.V.M. Lima, E.B. Sourgey, H.P. Vallada Filho // *Rev Psiquiatr Clin*. – 2004. – №31. – P. 31–39.

189. Linsen, S. Craniomandibular pain, bite force, and oral health-related quality of life in patients with jaw resection / S. Linsen, U. Schmidt-Beer, R. Fimmers // *J Pain Symptom Manage*. – 2009. – № 37 (1). – P. 94–106. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.12.019.

190. Lo, C. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer / C. Lo, C. Zimmermann, A. Rydall // *J Clin Oncol*. – 2010. – № 28. – P. 3084–3089. DOI: 10.1200/JCO.2009.26.9712.

191. Lydiatt, W.M. A review of depression in the head and neck cancer patient / W.M. Lydiatt, J. Moran, W.J. Burke // *Clin Adv Hematol Oncol*. – 2009. – № 7. – P. 397–403. DOI:10.1001/jamaoto.2013.3371.

192. Makarawung, D.J.S. Body Image as a Potential Motivator for Bariatric Surgery: a Case–Control Study / D.J.S. Makarawung, V.M. Montpellier, F. van den Brink // *Obes Surg*. – 2020. – N. 30 (10). – P. 3768-3775. DOI: 10.1007/s11695-020-04685-z.

193. Markey, C. Correlates of young women's interest in obtaining cosmetic surgery / C. Markey, P. Markey // *Sex Roles*. – 2009. – № 61. – P. 158–166. DOI:10.1007/s11199-009-9625-5.

194. Matera, C. Beyond Sociocultural Influence: Self-monitoring and Self-awareness as Predictors of Women's Interest in Breast Cosmetic Surgery / C.

Matera, A. Nerini, C. Giorgi // *Aesthetic Plastic Surgery*. – 2015. – № 39 (3). – P. 331–338. DOI:10.1007/s00266-015-0471-2.

195. Mathers, C.D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 / C.D. Mathers, D. Loncar // *Plos Med*. – 2006. – № 3. – P. 442. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442.

196. Mattei, V. The Impact of Cosmetic Plastic Surgery on Body Image and Psychological Well-Being: A Preliminary Study / V. Mattei // *Int J Psychol Behav Anal*. – 2015. – № 1. – P. 103–108. DOI:10.15344/2455-3867/2015/103.

197. Measuring outcomes in aesthetic surgery / S. Ching, A. Thoma, R. McCabe, M. Antony // *Plast Reconstr Surg*. – 2003. – № 111. – P. 468–480. DOI: 10.1097/01.PRS.0000036041.67101.48.

198. Medeiros, M. C. L. Depression and conservative surgery for breast cancer / M. C. L. Medeiros, M. S. Neto, L. E. F. Abila // *Clinics*. – 2010. – № 65 (12). – P. 1291–1294. DOI:10.1590/S1807-59322010001200011.

199. Mellor, D. Body Image and Self-Esteem Across Age and Gender: A Short-Term Longitudinal Study / D. Mellor, M. Fuller-Tyszkiewicz, M.P. McCabe // *Sex Roles*. – 2010. – № 63. – P. 672–681. DOI:10.1007/s11199-010-9813-3.

200. Meningaud, J.P. Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery patients: multicentre prospective study / J.P. Meningaud, L. Benadiba, J.M. Servant // *J Craniomaxillofac Surg*. – 2001. – № 29 (3). – P. 177–180. DOI: 10.1054/jcms.2001.0213.

201. Meningaud, J.P. Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery / J.P. Meningaud, L. Benadiba, J.M. Servant // *J Craniomaxillofac Surg*. – 2003. – № 31 (1). – P. 46–50. DOI: 10.1016/s1010-5182(02)00159-2.

202. Misono, S. Incidence of suicide in persons with cancer / S. Misono, N.S. Weiss, J.R. Fann // *J Clin Oncol*. – 2008. – № 26. – P. 4731-4738. DOI: 10.1200/JCO.2007.13.8941.

203. Moody, T.D. Appearance evaluation of others' faces and bodies in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder / T.D. Moody, V.W. Shen, N.L.

Hutcheson // *International Journals of Eating Disorders*. – 2017. – № 50 (2). – P. 127–138. DOI: 10.1002/eat.22604.

204. Morioka, D. Borderline personality disorder and aesthetic plastic surgery / D. Morioka, F. Ohkubo // *Aesthetic Plast Surg*. – 2014. – № 38 (6). – P. 1169–1176. DOI: 10.1007/s00266-014-0396-1.

205. Morselli, P.G. Eumorphic Plastic Surgery: Expectation Versus Satisfaction in Body Dysmorphic Disorder / P.G. Morselli, A. Micai, F. Boriani // *Aesthetic Plast Surg*. – 2016. – № 40(4). – P. 592-601. DOI: 10.1007/s00266-016-0655-4.

206. Muslu, Ü. The Effect of Religious Beliefs on the Attitude of Aesthetic Surgery Operation in Islam / Ü. Muslu, E. Demir // *Journal of religion and health*. 2020 – № 59(2). P. 804–815. DOI: 10.1007/s10943-019-00767-0.

207. Mystakidou, K. Geriatric depression in advanced cancer patients: the effect of cognitive and physical functioning / K. Mystakidou, E. Parpa, E. Tsilika // *Geriatr Gerontol Int*. – 2013. – № 13. – P. 281–288. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2012.00891.x.

208. Napoleon, A. The Presentation of Personalities In Plastic–Surgery / A. Napoleon // *Annals of Plastic Surgery*. – 1993. – № 31 (3). – P. 193–208.

209. Naraghi, M. Comparison of patterns of psychopathology in aesthetic rhinoplasty patients versus functional rhinoplasty patients / M. Naraghi, M. Atari // *Otolaryngol Head Neck Surg*. – 2015. – № 152 (2). – P. 244–249. DOI: 10.1177/0194599814560139.

210. Naraghi, M. Gender Differences in Aesthetic Rhinoplasty Patients: A Study on Psychopathological Symptoms / M. Naraghi, M. Atari // *Open Journal of Medical Psychology*. – 2016. – № 5 (1). – P. 1–6. DOI:10.4236/ojmp.2016.51001.

211. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Obsessive–Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder / National Collaborating Centre for Mental Health (UK). – Leicester (UK): British Psychological Society, 2006. – 350 p.

212. Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão? / F. A. Scorza, A.B.G. Guerra, E.A. Cavalheiro, H.M. Calil // *Brazilian Journal of Psychiatry*. – 2005. – № 27 (3). – P. 249–253. DOI: 10.1590/S1516-44462005000300017.
213. Ozgur, F. Life satisfaction, self-esteem, and body image / F. Ozgur, D. Tuncali, G. Gursu // *Aesthetic Plast Surg*. – 1998. – № 22. – P. 412–419. DOI: 10.1007/s002669900226.
214. Papadopoulos, N.A. Quality of life following aesthetic plastic surgery: a prospective study / N.A. Papadopoulos, L. Kovacs, S. Krammer [et al.] // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* – 2007. – № 60 (8) – P. 915–921. DOI: 10.1016/j.bjps.2007.01.071.
215. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty / G.A.A. Felix, M.J.A. de Brito, F.X. Nahas [et al.] // *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. – 2014. – № 67 (5). – P. 646–654. DOI: 10.1016/j.bjps.2014.01.002.
216. Pavan, C. Psychological and Psychiatric Traits in Post-bariatric Patients Asking for Body-Contouring Surgery / C. Pavan // *Aesthetic Plast Surg*. – 2017. – №41(1). – P. 90-97. DOI: 10.1007/s00266-016-0752-4.
217. Perkonigg, A. Prevalence and correlates of ICD-11 adjustment disorder: Findings from the Zurich Adjustment Disorder Study / A. Perkonigg, L. Lorenz, A. Maercker // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2018. – № 18 (3). – P. 209–217. DOI: 10.1016/j.ijchp.2018.05.001
218. Personality Traits as Predictors of Quality of Life and Body Image after Breast Reconstruction / A.A. Juhl, T.E. Damsgaard, M. O'Connor [et al.] // *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*. – 2017. – № 5(5). – P. 1341. DOI: 10.1097/GOX.0000000000001341.
219. Personality traits in aesthetic surgery patients / V. Buturak, E. Sar, O. Oguzturk, A.K. Gunes // *Cukurova Med J*. – 2016. – № 41(3). – P. 554–558.
220. Peterson, C. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence / C. Peterson, M.E. Seligman // *Psychol Rev*. – 1984. – № 91 (3). – P. 347–374.

221. Peterson, C. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study / C. Peterson, M.E. Seligman, G.E. Vaillant // *J Pers Soc Psychol.* – 1988. – № 55 (1). – P. 23–27.
222. Phillips, K.A. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder / K.A. Phillips, C.G. Gunderson, G. Mallya // *J Clin Psychiatry.* – 1998. – № 59. – P. 568–575.
223. Phillips, K.A. Associations in the Longitudinal Course of Body Dysmorphic Disorder with Major Depression, Obsessive Compulsive Disorder, and Social Phobia / K.A. Phillips, R.L. Stout // *Journal of psychiatric research.* – 2006. – № 40 (4). – P. 360–369. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2005.10.001.
224. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: A Guide for Primary Care Physicians / K.A. Phillips, R.G. Dufresne // *Primary care.* – 2002. – № 29 (1). – P. 99–107.
225. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: Recognizing and Treating Imagined Ugliness / K.A. Phillips // *The American Journal of Psychiatry.* – 1991. – № 148 (9). – P. 1138–1149.
226. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSM-V / K.A. Phillips, S. Wilhelm, L.M. Koran // *Depression and anxiety.* – 2010. – № 27 (6). – P. 573–591. DOI: 10.1002/da.20709.
227. Phillips, K.A. Body Dysmorphic Disorder: Treating an Underrecognized Disorder / K.A. Phillips, E.R. Didie, J. Feusner, S. Wilhelm // *The american journal of psychiatry.* – 2008. – Vol. 165. – P.:1111–1118. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08040500.
228. Phillips, K.A. Gender differences in body dysmorphic disorder / K.A. Phillips, S. Diaz // *J Nerv Ment Dis.* – 1997. – № 185. – P. 570–577.
229. Phillips, K.A. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder / K.A. Phillips, S.L. McElroy // *Compr Psychiatry.* – 2000. – № 41. – P. 229–236. DOI: 10.1053/comp.2000.7429.

230. Phillips, K.A. Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach / K.A. Phillips // *CNS Spectrums*. – 2002. – № 7. – P. 453–460. DOI: 10.1017/s109285290001796x.
231. Phillips, K.A. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study / K.A. Phillips, W. Menard // *Am J Psychiatry*. – 2006. – № 163 (7). – P. 1280–1282. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.7.1280.
232. Piccinelli, M. Anxiety and depression disorders 5 years after severe injuries: a prospective follow-up study / M. Piccinelli, M. Patterson, I. Braithwaite // *J Psychosom Res*. – 1999. – № 46 (5). – P. 455–464.
233. Piromchai, P. Psychological Status in Patients Seeking Rhinoplasty / P. Piromchai, S. Suetrong, S. Arunpongpaisal // *Clinical Medicine Insights Ear, Nose and Throat*. – 2011. – № 4. – P. 31–35. DOI: 10.4137/CMENT.S7859.
234. Predicting consideration of cosmetic surgery in a college population: a continuum of body image disturbance and the importance of coping strategies / G.M. Callaghan, A. Lopez, L. Wong (and etc.) // *Body Image*. – 2011. – № 8(3). – P. 267–274. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.04.002.
235. Predictors of satisfaction in patient with silicone breast implants and its association with drug intake habits / I. Correia-Sa, M.N.D.S. Cordeiro, J. Amarante, M. Marques // *Acta Chirurgica Belgica*. – 2017. – Vol. 117, Iss. 2. – P. 1–10. DOI: 10.1080/00015458.2016.1258784.
236. Preoperative anxiety in surgeries of the breast: a comparative study between patients with suspected breast cancer and that undergoing cosmetic surgery / M.M.A. Alves, A.J. Pimentel, J.A.M. Marcolino [at el.] // *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2007. – № 57(2). – P. 147–156. DOI: 10.1590/s0034-70942007000200003.
237. Preoperative identification of psychiatric illness in aesthetic facial surgery patients / J.R. Thomas, A.P. Sclafani, M. Hamilton, E. McDonough // *Aesthetic Plast Surg*. – 2001. – № 25. – P. 64–67.
238. Prevalence and correlates of depression among patients with head and neck cancer: a systematic review of implications for research / M.E. Haisfield–

Wolfe, D.B. McGuire, K. Soeken (and ect.) // *Oncol Nurs Forum*. – 2009. – № 36 (3). – P. 107-125. DOI: 10.1188/09.ONF.E107-E125.

239. Pro- and anti-inflammatory cytokine balance in major depression: effect of sertraline therapy / L. Sutçigil, C. Oktenly, U. Musabak, A. Bozkurt // *Clin Develop Immunol*. – 2007. – № 4. – P. 50–61. DOI: 10.1155/2007/76396.

240. Professional Standards for Cosmetic Practice / Royal College of Surgeons. – London, 2013. – 40 p.

241. Professional Standards for Cosmetic Surgery / Royal College of Surgeons. – London, 2016. – 21 p.

242. Prospective Evaluation of Psychological Healing in Adults Who Underwent Otoplasty for Prominent Ear / K.N. Ozkaya, D.G. Mert, M. Bitgen, M. Çepni // *Aesthetic Plast Surg*. – 2020. – №44 (5). – P. 1537-1544. DOI: 10.1007/s00266-020-01758-3.

243. Pruksapong, C. Association of Body Dysmorphic Disorder with Leptin Levels in Patients with Normal Weight Undergoing Liposuction: A Matched Case Study /C. Pruksapong // *Plast Reconstr Surg Glob Open*. – 2019. – № 7(10). – P. 2482. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002693.

244. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review / S.M. Shridharani, M. Magarakis, P.N. Manson, E.D. Rodriguez // *Plast Reconstr Surg*. – 2010. – № 126. – P. 2243–2251. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181f445ae.

245. Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients / S. Mulken, A.E. R. Bos, R. Uleman [at el.] // *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. – 2012. – № 65 (3). – P. 321–327. DOI: 10.1016/j.bjps.2011.09.038.

246. Psychosocial and Health Behavioural Covariates of Cosmetic Surgery: Women's Health Australia Study / M. Schofield, R. Hussain, D. Loxton, Z. Miller // *Journal of Health Psychology*. – 2002. – № 7 (4). – P. 445–457. DOI: 10.1177/1359105302007004332.

247. Psychosocial changes after cosmetic surgery: a 5-year follow-up study / T. Soest, I.L. Kvaalem, K.C. Skolleborg, H.E. Roald // *Plast Reconstr Surg.* – 2011. – № 128 (3). – P. 765–772. DOI: 10.1097/PRS.0b013e31822213f0.

248. Quality of Life and Aesthetic Plastic Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis / R. Dreher, C. Blaya, J.L.C. Tenorio [et al.] // *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open.* – 2016. – № 4 (9). – P. 862. DOI: 10.1097/GOX.0000000000000833.

249. Quality-of-Life Outcomes after Cosmetic Surgery / M. Rankin, G.L. Borah, A.W. Perry, P.D. Wey // *Plastic & Reconstructive Surgery.* – 1998. – № 102 (6). – P. 2139–2145. DOI: 10.1097/00006534-199811000-00053.

250. Rankin, M.K. Anxiety Disorders in Plastic Surgery / M.K. Rankin, G.L. Borah // *Plastic and Reconstructive Surgery.* – 2004. – № 113 (7). – P. 2199–2201. DOI: 10.1097/00006534-199708000-00046.

251. Reddy, V. Surgery and Suicide: A Clinical Guide for Plastic Surgeons / V. Reddy, M. J. Coffey // *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open.* – 2016. – № 4 (8). – P. 828. DOI: 10.1097/GOX.0000000000000810.

252. Reips, U.-D. Interval level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS Generator/ U.-D. Reips, F. Funke // *Behavior Research Methods.* – 2008. – № 40 (3). – P. 699–704. DOI:10.3758/BRM.40.3.699.

253. Ren, J.Y. Evaluation and Factors of Quality of Life Among Patients With Neurofibromatosis Type 1–Associated Craniofacial Plexiform Neurofibromas / J.Y. Ren, Y.H. Gu, C.J. Wei // *J Craniofac Surg.* – 2020. – № 31(2). – P. 347-350. DOI: 10.1097/SCS.00000000000006015.

254. Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications / I.E. Sweis, J. Spitz, D.R. Jr Barry, M. Cohen // *Aesthetic Plast Surg.* – 2017. – №41(4). – P. 949-954. DOI: 10.1007/s00266-017-0819-x.

255. Ribeiro, R.V.E. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis /

R.V.E. Ribeiro // *Aesthetic Plast Surg.* – 2017. № 41(4). – P. 964-970. DOI: 10.1007/s00266-017-0869-0.

256. Rinzler, C.A. *The Encyclopedia of Cosmetic and Plastic Surgery (Facts on File Library of Health & Living)* / C.A. Rinzler. – New York, 2009. – 279 p.

257. Ritvo, E. *Never-ending Cosmetic Surgeries – The Patient With Body Dysmorphic Disorder: An Expert Interview* [Text: electronic] / E. Ritvo // *Medscape*. – 2010. – July. – URL: <https://www.medscape.com/viewarticle/725216>.

258. Sahin, C. *Patient Selection in Plastic Surgery: Recognizing Body Dysmorphic Disorder* / C. Sahin. // *Archives of Clinical Experimental Surgery*. – 2013. – № 2. – P. 109–115. DOI: 10.5455/aces.20120722123102.

259. Sansone, R.A. *Cosmetic Surgery and Psychological Issues* / R.A. Sansone, L.A. Sansone // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2007. – № 4 (12). – P. 65–68.

260. Sarwer, D.B. *Body Image and Body Contouring Procedures* / D.B. Sarwer, H.M. Polonsky // *Aesthet Surg J.* – 2016. – № 36 (9). – P. 1039–1047. DOI: 10.1093/asj/sjw127.

261. Sarwer, D.B. *Body Image Dysmorphic Disorder in Persons Who Undergo Aesthetic Medical Treatments* / D.B. Sarwer, J.C. Spitzer // *Aesthetic Surgery Journal*. – 2012. – № 32 (8). – P. 999–1009. DOI: 10.1177/1090820X12462715.

262. Sarwer, D.B. *Cosmetic Breast Augmentation and Suicide* / D.B. Sarwer, G.K. Brown, D.L. Evans // *The american journal of psychiatry*. – 2007. – № 164 (7). – P. 1006–1013. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.7.1006.

263. Sarwer, D.B. *Two-year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery* / D.B. Sarwer, A.L. Infield, J.L. Baker // *Aesthet Surg J.* – 2008. – № 28 (3). – P. 245–250. DOI: 10.1016/j.asj.2008.02.003.

264. Sarwer, D.B. *Weight Loss and Changes in Body Image* / D.B. Sarwer, R. Dilks, J. Spitzer // New York: Guilford Press, 2011. – 527 p. DOI: 10.1016/j.soard.2010.07.015.

265. Sarwer, D.B. Physical appearance and cosmetic medical treatments: Physiological and sociocultural influences / D.B. Sarwer, L. Magee, V. Clark // *J Cosmet Dermatol.* – 2003. – № 2. – P. 29–39. DOI: 10.1111/j.1473-2130.2003.00003.x.

266. Satin, J.R. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis / J.R. Satin, W. Linden, M.J. Phillips // *Cancer.* – 2009. – № 115. – P. 5349–5361. DOI: 10.1002/cncr.24561.

267. Schleife, H. Anxiety, depression, and quality of life in German ambulatory breast cancer patients / H. Schleife, C. Sachtleben, C. Finck Barboza // *Breast Cancer.* – 2012. – № 21 (2). – P. 208–213. DOI: 10.1007/s12282-012-0378-6.

268. Schwitzer, J.A. Assessing Patient-Reported Satisfaction with Appearance and Quality of Life following Rhinoplasty Using the FACE-Q Appraisal Scales / J.A. Schwitzer, S.R. Sher, K.L. Fan // *Plast Reconstr Surg.* – 2015. – № 135 (5). – P. 830–837. DOI: 10.1097/PRS.0000000000001159.

269. Serotonin reuptake inhibitor antidepressants (SSRIs) against atherosclerosis / G. Wozniak, A. Toska, M. Saridi, O. Mouzas // *Med Sci Monit.* – 2011. – № 17 (9). – P. 205–214. DOI: 10.12659/msm.881924.

270. Sethi, N. Ethics and the facial plastic surgeon / N. Sethi // *Eur Arch Otorhinolaryngol.* – 2016. – № 273. – P. 2323–2327. DOI: 10.1007/s00405-015-3745-z.

271. Shmueli, A. The Visual Analog rating Scale of health-related quality of life: an examination of end-digit preferences / A. Shmueli // *Health Qual Life Outcomes.* – 2005. – № 3. – P. 71. DOI:10.1186/1477-7525-3-71.

272. Shulman, O. Motivation for rhinoplasty: changes in 5970 cases, in three groups, 1964 to 1997 / O. Shulman, M. Westreich, J. Shulman // *Aesthetic Plast Surg.* – 1998. – № 22 (6). – P. 420–424.

273. Sobanko, J.F. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting / J.F. Sobanko, A.J. Taglienti, A.J.

Wilson // *Aesthet Surg J.* – 2015. – № 35 (8). – P. 1014–1020. DOI: 10.1093/asj/sjv094.

274. Soest, T. Predictors of cosmetic surgery and its effects on psychological factors and mental health: a population-based follow-up study among Norwegian females / T. Soest, I.L. Kvalem, L. Wichstrom // *Psychological medicine.* – 2011. – № 25. – P. 1–10. DOI: 10.1017/S0033291711001267.

275. Soest, T. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems / T. Soest, I.L. Kvalem, H. E. Roald // *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* – 2009. – № 62 (10). – P. 1238–1244. DOI: 10.1016/j.bjps.2007.12.093.

276. Solvi, A.S. Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery / A.S. Solvi, K. Foss, T. Soest // *An International Journal of Surgical Reconstruction* – 2010. – № 63 (4). – P. 673–680. DOI: 10.1016/j.bjps.2009.01.024.

277. Sousa, A. Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery / A. Sousa // *Br J Oral Maxillofac Surg.* – 2008. – № 46(8). – P. 661–664. DOI: 10.1016/j.bjoms.2008.07.192.

278. Stein, M.J. Quality-of-Life and Surgical Outcomes for Breast Cancer Patients Treated with Therapeutic Reduction Mammoplasty Versus Mastectomy with Immediate Reconstruction / Stein M.J., Karir A., Arnaout A. // *Ann Surg Oncol.* – 2020. – №69 (9). – P.1184-1191. DOI: 10.1016/j.bjps.2016.06.004

279. Stellmach, R. Facial plastic surgery as preventive measures for psychic lesions / R. Stellmach // *Munchen medizinische Wochenschrift.* – 1981. – №. 123 (26). – P. 1073–1077.

280. Sykes, J.M. Managing the psychological aspects of plastic surgery patients / J.M. Sykes // *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* – 2009. – № 17. – P. 321–325. DOI: 10.1097/MOO.0b013e32832da0f9

281. Taler, M. Immunomodulatory effect of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) on human T lymphocyte function and gene expression / M.

Taler, I. Gil-Ad, L. Lomnitski // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2007. – № 17 (12). – P. 774–780. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2007.03.010.

282. Tek, C. Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity / C. Tek, B. Ulug, B.G. Rezaki // *Acta Psychiatr Scand.* – 1995. – № 91(6). – P. 410–413.

283. The Face of War: Maxillofacial Patients in the Syrian Civil War / Y. Ghantous, H. Bahouth, A. Rachmiel [at el.] // *The Journal of craniofacial surgery.* – 2020. – №31 (5). – P. 1330-1333. DOI: 10.1097/SCS.00000000000006321.

284. The identification of mood and anxiety concerns using the patients concerns inventory following head and neck cancer / A. Kanatasa, N. Ghazalib, D. Lowec, S.N. Rogers // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2012. – № 41. – P. 429–436. DOI: 10.1016/j.ijom.2011.12.021.

285. The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: quantifying clinical need / S.A. Cook, R. Rosser, H. Toone [at el.] // *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* – 2006. – № 59(1). – P. 54–64. DOI: 10.1016/j.bjps.2005.08.004.

286. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization / D.B. Sarwer, T.A. Wadden, M.J. Pertschuk, L.A. Whitaker // *Clin Psychol Rev.* – 1998. – № 18. – P. 1–22. DOI: 10.1016/s0272-7358(97)00047-0.

287. The Relationship between Body Dysmorphic Disorder Behaviors and the Acquired Capability for Suicide / T. K. Witte, E. R. Didie, W. Menard, K.A. Phillips // *Suicide and Life–Threatening Behavior.* – 2012. – № 42 (3). – P. 318–331. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00093.x.

288. Trauma in Iraq's Wars: Assessment and Management of Craniofacial Injury / M.J. Al Bayati, G. J. Samaha, A. J. Al Bayati [at el.] // *The Journal of craniofacial surgery.* – 2020. – №31 (5). – P. 1434-1437. DOI: 10.1097/SCS.00000000000006600.

289. Valente, S.M. Anxiety among clients for plastic surgery / S.M. Valente // *Plast Surg Nurs.* – 2002. – № 22 (2). – P. 55–62. DOI: 10.1097/00006527-200222020-00003.

290. Valikhani, A. Contingencies of Self–Worth and Psychological Distress in Iranian Patients Seeking Cosmetic Surgery: Integrative Self–Knowledge as Mediator / A. Valikhani, M.A. Goodarzi // *Aesthetic Plast Surg.* – 2017. – №41(4). – P. 955-963. DOI: 10.1007/s00266-017-0853-8

291. Veale, D. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases / D. Veale, A. Boocock, K. Gournay // *The British Journal of Psychiatry.* – 1996. – № 169. – P. 196–201.

292. Veale, D. Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual / D. Veale – UK, Wiley: 2010. – 490 p.

293. Veiga, D.F. Quality of life and self–esteem outcomes after oncoplastic breast–conserving surgery / D.F. Veiga, J. Veiga–Filho, L.M. Ribeiro // *Plast Reconstr Surg.* – 2010. – № 125. – P. 811–817. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181ccdac5.

294. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder / J.D. Feusner, J. Townsend, A. Bystritsky, S. Bookheimer // *Arch Gen Psychiatry.* – 2007. – № 64 (12). – P. 1417–1425. DOI: 10.1001/archpsyc.64.12.1417.

295. Wachter, T. Aesthetic outcomes after surgical repair of pectus excavatum in females: Differences between patients and professional evaluators / T. Wachter, B. Del Frari, M. Edlinger // *Arch Plast Surg.* – 2020. – № 47(2). – P.126-134. DOI: 10.5999/aps.2019.00318.

296. Wang, Q. Avoiding Psychological Pitfalls in Aesthetic Medical Procedures / Q. Wang, C. Cao, R. Guo // *Aesth Plast Surg.* – 2016. – № 40. – P. 954–961. DOI: 10.1007/s00266-016-0715-9.

297. Wildgoose, P. Psychological screening measures for cosmetic plastic surgery patients: a systematic review / P. Wildgoose, A. Scott, A.L. Pusic // *Aesthet Surg J.* – 2013. – № 33 (1). – P. 152–159. DOI: 10.1177/1090820X12469532.

298. Wiseman, T. Mental health following traumatic physical injury: an integrative literature review / T. Wiseman, K. Foster, K. Curtis // *Injury*. – 2013. – № 44 (11). – P. 1383–90. DOI: 10.1016/j.injury.2012.02.015.
299. Yang, W. Health-related quality of life after mandibular resection for oral cancer: Reconstruction with free fibula flap / W. Yang, S. Zhao, F. Liu // *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*. – 2014. – № 19 (4). – P. 414–418. DOI: 10.4317/medoral.19399.
300. Yang, Y. Assessment of quality of life and sociocultural aspects in patients with ameloblastoma after immediate mandibular reconstruction with a fibular free flap / Y. Yang, F. Li, W. Li // *Br J Oral Maxillofac Surg*. – 2014. – № 52 (2). – P. 163–167. DOI: 10.1016/j.bjoms.2013.10.012.
301. Yang, Y. Factors that affect the quality of life of patients with oral cancer who have had their defects reconstructed immediately after excision of the tumour / Y. Yang, F. Li, W. Li // *Br J Oral Maxillofac Surg*. – 2016. – № 54 (4). – P. 410–414. DOI: 10.1016/j.bjoms.2015.12.004.
302. Yaseen, Y.A. Adjustment disorder: Prevalence, sociodemographic risk factors, and its subtypes in outpatient psychiatric clinic / Y.A. Yaseen // *Asian J Psychiatr*. – 2017. – № 28. – P. 82–85. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.03.012.
303. Yazdandoost, R. Body Image Coping Strategies among Aesthetic Surgery Patients in Iran / R. Yazdandoost, N. Hayatbini, M.J. Fatemi // *World J Plast Surg*. – 2017. – № 6 (2). – P. 159–163.
304. Yin, Z. Self-esteem, Self-efficacy, and Appearance Assessment of Young Female Patients Undergoing Facial Cosmetic Surgery: A Comparative Study of the Chinese Population / Z. Yin, D. Wang, Y. Ma // *JAMA Facial Plast Surg*. – 2016. – № 18 (1). – P. 20–26. DOI: 10.1001/jamafacial.2015.1381.
305. Your Guide to breast reconstruction / BAPRAS The Royal College of Surgeons of England. – London, 2010. – 30 p.
306. Zatzick, D. A national US study of posttraumatic stress disorder, depression, and work and functional outcomes after hospitalization for traumatic

injury / D. Zatzick, G.J. Jurkovich, F.P. Rivara // *Ann Surg.* – 2008. – № 248 (3). – P. 429–437. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318185a6b8.

307. Zigmond, A. The hospital anxiety and depression scale / A. Zigmond, R. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1983. – № 67 (6). – P. 361–370.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Авторский опросник для занесения полученных сведений.

Опросник.

1. Дата опроса.
2. Ф. И. О. пациента.
3. Возраст.
4. Образование: 1 = среднее, 2 = среднеспециальное, 3 = неоконченное высшее, 4 = в/о.
5. Работает: 1 = да, 2 = нет.
6. Работает по специальности: 1 = да, 2 = нет.
7. Труд преимущественно: 1 = умственный, 2 = физический, 3 = умственный и физический примерно в равных пропорциях.
8. Профессия:
9. Вредные привычки: 0 = отрицает, 1 = курила, 2 = курит, а = злоупотребляет алкоголем, б = употребляет алкоголь умеренно, + = употребляет наркотики, * = употребляла наркотики
10. Тип конституции: 1 = астенический, 2 = нормостенический со склонностью к астении, 3 = нормостенический, 4 = гиперстенический.
11. Семейное положение: 1 = не замужем, 2 = состоит в гражданском браке, 3 = замужем.
12. Количество браков (всего).
13. Количество детей.
14. Характер взаимоотношений с мужем: а = нормальные, б = напряженные; субъективная характеристика; балльная оценка (2-5).

15. Характер взаимоотношений с детьми: а = нормальные, б = напряженные; субъективная характеристика, балльная оценка (2-5).
16. Характер взаимоотношений в семье родительской: а = нормальные, б = напряженные, в = хорошие с матерью, плохие с отцом.
17. Тип воспитания: 1 = гипоопека, 2 = гиперопека, 3 = кумир семьи, 4 = по типу Золушки (притворная любовь), 5 = «жестокое воспитание», 6 = воспитание в условиях повышенной моральной ответственности, 7 = гармоничное воспитание, 0 = отказывается говорить о родителях.
18. Количество родных братьев-сестер, разница в возрасте: а = старший брат, б = старшая сестра, в = младший брат, г = младшая сестра, д = «двойняшка»
19. Характер взаимоотношений по степени доверительности с родными братьями-сестрами (2-5).
20. Актуальность мнения окружающих: 1 = незначительная, 2 = умеренная, 3 = значительная.
21. Субъективная оценка социальной активности респондента:
1 = социально изолирован, не любит общаться с людьми;
2 = социально пассивен, имеет несколько знакомых/приятелей;
3 = социально активен, широкий круг общения.
22. Сексуальная ориентация: 1 = гетеросексуальность, 2 = бисексуальность, 3 = гомосексуальность.
23. Регулярность половой жизни реципиента: 1 = отсутствие половой жизни 1 год и более; 2 = нерегулярная, но чаще 1 раза в год; 3 = регулярная.
24. Удовлетворенность сексуальной жизнью: 1 = нет, 2 = частичная, 3 = да.
25. Возраст начала активной половой жизни:
26. Актуальность сексуальной жизни: 1 = актуальна, 2 = нет.
27. Количество произведенных в прошлом пластических операций в той же области, что и эта (того же типа):

28. Причины первой пластики: 1 = по медицинским показаниям, 2 = по собственному желанию

29. Мотивации первой пластики:

30. Как долго думал/решался на первую операцию, гг.

31. Основная причина нынешней пластики: 1 = субъективная неудовлетворенность молочными железами, 2 = желание мужа, 3 = по медицинским показаниям, 4 = повышение сексуальной привлекательности, 5 = профессиональная потребность, 6 = желание продлить молодость, 7 =

32. Что не устраивает в молочных железах: 1 = форма, 2 = объем, 3 = размер, 4 = параметры соска, 5 = параметры ареолы, 6 = асимметрия желез, 7 = кожные покровы, 8 = др.

В носе: 1 = кончик, 2 = крылья, 3 = ровность спинки, 4 = размер в общем, 5 = другое.

В веках: 1 = объем (нависают), 2 = форма, 3 = морщины, 4 = большой объем (мешает не только эстетически, но мед. показаний на операцию нет/они относительные), 4 = др.

В «проблемной» области (зона «галифе» и подколенные области): 1 = увеличение в объеме, 2 = ПЖК по типу «апельсиновой корки» и

В прикусе, зубах: 1 = выступание вперед нижней челюсти, 2 = внешний вид прикуса, 3 = неудобства в пережевывании пищи.

Какова объемы поражения (для группы реконструктивной хирургии): 1 = незначительный косметический дефект (р-ры), не требующий дополнительной коррекции, 2 = поверхностный косметический дефект, требующий в дальнейшем пластики (р-ры дефекта), 3 = глубокий дефект, требующий пластики мягких тканей и/или костей, 4 = глубокий дефект, для пластики которого требуется серия операций

33. Как долго думал/решался на нынешнюю операцию, годы.

34. Косметические операции в анамнезе, количество и вид: а = биогели (вколы), б = ботекс, в = татуаж, г = др.

35. Другие эстетические хирургические операции в анамнезе, количество и вид: а = ринопластика, б = блефаропластика, в = липосакция, г = подтяжка лица, д = маммопластика, е = другой вид (указать).

36. Причина повторной пластики: 1 = неудовлетворенность результатами предыдущей пластики, 2 = побочные эффекты, 3 = новые причины (указать).

37. Осложнения пластики:

38. Как давно была сделана последняя перед нынешней маммопластика: 1 = более 2 лет назад, 2 = 1-2 года назад, 3 = менее 1 года назад, 4 = 3-6 месяцев назад, 5 = менее 3 месяцев назад.

39. Планируемые в будущем операции: 1 = блефаропластика, 2 = ринопластика, 3 = круговая подтяжка век, 5 = круговая подтяжка лица, 6 = маммопластика, 7 = планирует делать, но пока не имеет конкретных идей.

40. Отягощенность наследственности психическими заболеваниями: 1 = да, 2 = нет.

41. Наличие сопутствующих соматических заболеваний на данный момент или в анамнезе (1 = ЧМТ, 2 = ЦНС, 3 = эндокринопатии, 4 = употребление гормональных контрацептивов, 5 = осложнения беременностей и родов, 6 = инфекции с неврологическими осложнениями, 7 = интоксикации, 8 = системные заболевания с поражением ЦНС, 9 = заболевания с важной роли нервно-стрессорной компоненты в этиологии и патогенезе (язвенная болезнь желудка, заболевания сердечно-сосудистой системы и др.), 10 = изменения настроения в ПМС, 11 = аллергические заболевания, 12 = заболевания позвоночника (остеохондроз, грыжа и проч.)) .

42. Описать любые психотравмы за последние 6 месяцев.

43. Психические расстройства в анамнезе: 1 = да (указать), 2 = нет.

44. Лечение психических расстройств в прошлом: 1 = да (уточнить), 2 = нет.

45. Ведущий синдром:

46. Диагноз по МКБ-10.

47. Особенности личности: 1 = акцентуация, 2 = расстройство личности.
48. Предполагаемый диагноз по МКБ-10.
49. Акцентуация личности, тип (по Личко): 1 = гипертимный, 2 = психастенический, 3 = шизоидный, 4 = эпилептоидный, 5 = циклоидный, 6 = лабильный, 7 = сенситивный, 8 = астено-невротический, 9 = неустойчивый, 10 = паранойяльный, 11 = истероидный, 12 = конформный, 13 = смешанный, 14 = синтонный.
50. Психический статус на момент осмотра.
51. Субъективные впечатления после общения с респондентом.

Приложение 2. Результаты проведения факторного анализа при исследовании качества жизни (показатель ВАШ КЖ) у пациентов эстетической хирургии

Таблица 1. Показатели меры выборочной адекватности Кайзера-Майера-Олкина и критерий Бартлетта

Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина (КМО).		0,716
Критерий сферичности Бартлетта	Примерная Хи-квадрат	254,030
	ст.св.	66
	Знач.	0,000

Таблица 2. Объясненная совокупная дисперсия

Компонент	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
Возраст	5,956	49,631	49,631	5,956	49,631	49,631
Наличие детей	2,313	19,277	68,909	2,313	19,277	68,909
Наличие планов на пластические операции	1,203	10,023	78,931	1,203	10,023	78,931
Личностная тревожность	,784	6,534	85,465			
ВАШ КЖ	,579	4,822	90,286			
СЖО – Цели	,420	3,499	93,786			
СЖО – Процесс	,322	2,686	96,472			
СЖО – Результат	,181	1,505	97,977			
СЖО – Локус контроля «Я»	,102	,853	98,830			
СЖО – Локус контроля «Жизнь»	,078	,651	99,482			
СЖО – Общий показатель	,051	,424	99,906			
Субъективная оценка отношений с романтическим партнером	,011	,094	100,000			
Метод выделения факторов: метод главных компонент.						

Таблица 3. Повернутая факторная матрица

Показатели	Выделенные факторы		
	1	2	3
Возраст	,245	,759	,153
Наличие детей	-,052	,784	,026
Наличие планов на пластические операции	,135	,259	,119
Личностная тревожность	-,578	,272	,357
ВАШ КЖ	,635	,166	-,073
СЖО – Цели	,694	,207	,141
СЖО – Процесс	,903	,078	,021
СЖО – Результат	,873	,096	,276
СЖО – Локус контроля «Я»	,942	,091	-,024
СЖО – Локус контроля «Жизнь»	,904	,194	-,380
СЖО – Общий показатель	,990	,136	-,032
Субъективная оценка отношений с романтическим партнером	,056	,802	-,292
Метод выделения факторов: метод максимального правдоподобия Метод вращения: варимакс с нормализацией Кайзера. Вращение сошлось за 5 итераций.			

Приложение 3. Результаты проведения регрессионного анализа при исследовании факторов, влияющих на выраженность депрессии в группах сравнения.

Таблица 1. Результат проведения линейной регрессии в группе эстетической хирургии для определения выраженности депрессии (по шкале Гамильтона).

Коэффициенты ^а						
Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	т	Знач.
		В	Стандартная Ошибка	Бета		
2	(Константа)	-1,7617	3,247		-,543	,592
х3	SpST	0,2202	,092	,397	2,406	,024
х1	NIMH	0,6418	,310	,342	2,071	,048
а. Зависимая переменная: Hamilton						

Примечания: SpST – выраженность ситуативной тревожности по шкале Спилбергера, NIMH – выраженность обсессивно-компульсивной симптоматики по шкале NIMH GOCS.

Таблица 2. Результат проведения линейной регрессии в группе реконструктивной хирургии для определения выраженности депрессии (по шкале Гамильтона).

Коэффициенты ^а						
Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	т	Знач.
		В	Стандартная Ошибка	Бета		
2	(Константа)	-5,962	2,573		-2,317	,032
X3	SpST	,279	,065	,618	4,329	,000
X22	PsyPast	4,626	1,545	,428	2,994	,008
а. Зависимая переменная: Hamilton						

Примечания: SpST – выраженность ситуативной тревожности по шкале Спилбергера; PsyPast – наличие или отсутствие психопатологии в прошлом (присваивается значения 1 или 0 соответственно).