**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИко-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення особливостей психологічної та фізичної реабілітації осіб з дефектами і деформаціями обличчя**

**1.1. Привабливість як естетичний компонент соціальної перцепції**

У підрозділі представлено аналіз психологічних підходів до сприйняття зовнішності, а також аналіз атрактивності особистості. Розглянуто фізіономічний, диспозиційний, конфігураційний та системний підходи до розуміння сприйняття людини за виразом обличчя.

Показано, що привабливість як психологічна категорія у науковому пізнанні розкривається через осмислення феномену атрактивності, яка зумовлена невербальними особливостями спілкування і виступає як характеристика особистості, що притягує до себе оточуючих людей, привертає до себе увагу та прихильність.

Однією із найбільш наочних і доступних характеристик людини, що проявляються в результаті її соціальної взаємодії, є фізичний образ, тобто її зовнішність, а привабливість зовнішності набуває в процесі соціальної перцепції статусу необхідності та стає умовою успішності особистості.

Соціальне сприйняття протягом існування всього людства існує як важливий компонент перцепції та пізнання людини людиною, що пов’язана з історичними, фізіологічними та психічними сферами людського буття.

Естетичне сприйняття являє собою складне явище, яке обумовлено історично, хоча і змінюється, враховуючи ситуативний характер мінливості суспільної думки.

Краса та фізична привабливість є досить самобутніми феноменами, які впливають на лише на комунікативний аспект міжособистісних стосунків, а мають більш глибинне відображення в людській психіці.

Концепт краси постає в єднанні протилежностей, тобто мається на увазі одночасна самобутність та залежність від соціуму. Естетичне сприйняття зовнішності постає провідним елементом під час соціальної перцепції, а категорії краси та фізичної привабливості суттєво впливають як на емоції, так і на судження осіб, які сприймають інформацію під час комунікації.

Привабливість є окремим предметом досліджень багатьох фахівців з соціальної психології, які в останній час утворюють самостійний напрямок психологічної науки – психологію краси та зовнішності.

Серед цих досліджень окремої уваги заслуговують здобутки з психології зовнішності Н. Рамсі та Д. Харкорта, психології краси В. Суемі та А. Фернхема, психокосметології К.С. Лисецького, В.О. Барабанщикова.

Окремі дослідження привабливості представлені у контексті вивчення зовнішнього вигляду як способу самопрезентації.

Так, зокрема, О.І. Агєічевою вивчено оцінку привабливості телеведучого глядачами з різними психологічними характеристиками, М.В. Бураковою показано взаємозв’язок між зовнішністю та гендерною ідентичністю жінок.

А.В. Єрмолаєвою вивчено закономірності самосприйняття зовнішності жінкою-лідером, Ю.О. Гоцевою вивчено особливості інграціації як стратегії самопред’явлення підлітками-дівчатами, що по суті є прагненням виглядати привабливою.

К.Г. Нестеровою-Маліковою здійснено оцінку атрактивності зовнішнього вигляду жінки-підприємця як фактору, що визначає готовність до співпраці з нею. С.М. Журавльовою визначено вплив іміджу жінок на їх адаптивність та атрактивність.

Б.Г. Мещеряковим, Д.В. Ющенковою вивчено особливості сприймання очей як предикторів фізичної атрактивності жіночого обличчя, а О.О. Бодальовим та В.М. Панфьоровим досліджено вплив зовнішньої привабливості на ставлення до людини.

В аналізі досліджень з психології краси, проведеному К.І. Фоменко, визначено, що існує два основних підходи до вивчення сприйняття людиною власної зовнішності:

1. Тіло – об’єкт, що має певну форму та розміри. Предмет психології зовнішності полягає в когнітивному компоненті сприйняття зовнішності (якісні характеристики сприйняття тіла).

2. Тіло – носій особистих і соціальних значень, цінностей, тому предметом психології зовнішності виступає емоційне ставлення до зовнішності (значимість, цінність тіла, задоволеність зовнішністю).

Перший підхід в експериментальній психології зовнішності представлений роботами з вивчення точності сприйняття людиною свого тіла.

Як правило, ці дослідження засновані на використанні різних апаратурних методик (дзеркал з мінливою кривизною, рухливих рамок, перекручених фотографій, теле- і відеотехніки, графічних редакторів тощо).

У результаті таких експериментів було отримано дані про залежність точності самосприйняття від стану свідомості випробуваного, віку, культурних стереотипів, коефіцієнту розумового розвитку, самооцінки [2; 5; 12].

Для розуміння психологічних механізмів сприйняття та оцінки власної зовнішності існує феномен тілесного образу (body image), який має трьохкомпонентну структуру:

1) перцептивний компонент – представлений уявленнями людини про власну зовнішність;

2) оцінковий компонент – характеризується установками щодо свого тіла;

3) поведінковий компонент – відображає міру впливу сприйняття свого тіла на поведінку індивіда.

Зарубіжні дослідження [17; 18; 19; 20; 21] тілесного образу вказали на наступне:

1) до 70% дівчаток підліткового віку незадоволені хоча б одним аспектом своєї зовнішності;

2) протягом підліткового віку задоволеність своєю зовнішністю у хлопчиків збільшується, а у дівчаток зменшується;

3) існує позитивний зв’язок між самооцінкою зовнішності і об’єктивними оцінками привабливості людини;

4) тілесний образ є динамічним утворенням: найбільш різке відхилення від тілесного ідеалу спостерігається жінок під час вагітності;

5) тілесний образ найбільш мінливий у тих, хто займається активно стратегіями вдосконалення зовнішності;

6) пік незадоволеності своєю зовнішністю у жінок припадає на 18-30 років, а у чоловіків – на 18-21 рік; в 51-60 років незадоволеність тілесним образом знижується незалежно від статі і доходить до мінімуму в 61 рік.

А.А. Демідовим та Д.А. Дівеєвим визначено чотири основні підходи до точності сприйняття людини за виразом її обличчя: фізіономічний, диспозиційний, конфігураційний, системний [7].

Фізіогномічний підхід склався понад 2500 років тому та представлений мистецтвом фізіономіки, яка і в наш час не втрачає своєї актуальності, хоча і вийшла за рамки наукових досліджень.

Сутність фізіономічного підходу полягає у тому, що існує взаємозв’язок між елементами обличчя та рисами характеру. Представниками даного підходу є античні філософи (Піфагор, Платон, Плутарх, Аристотель, Тацит, Гален, Гіппократ), середньовічні вчені (Авіценна, І.Д. Скотт, Леонардо да Вінчі, Ф. Бекон та інші), однак розквіт фізіономіки припадає на 18-19 століття, коли Ч. Беллом, Ч. Дарвіном, Г. Дюшеном, І.Г. Лафатером, І.О. Сікорським було систематизовано досвід вивчення співвідношення між рисами обличчя та якостями характеру.

Диспозиційний підхід стверджує, що прямого зв’язку між рисами обличчя та рисами особистості не існує.

Сприйняття психологічних властивостей комунікатора здійснюється шляхом ментального конструювання його образу.

Як головні детермінанти побудови образу іншої людини виступають соціальні установки, стереотипи, атрибуції, проекції особистості, що спостерігає.

Прикладами встановлених диспозиційним підходом здобутків є наступні психологічні закономірності: наприклад, людина в окулярах виглядає більш освіченою та розумною, або чолові, що має бороду, виглядає більш мужнім, агресивним, маскулінним, домінантним, сильним, самовпевненим.

У конфігураційному підході як фізичні характеристики особистості розглядаються не окремі елементи та співвідношення між ними, а інтегральні характеристики, або ґештальти, такі як привабливість, патерн «дитячого обличчя», маскулінність/фемінність обличчя.

Зокрема у дослідженні Л. МакАртура показано, що рисами дитячого обличчя є високе чоло, високо розташовані брови, великі очі, маленьке підборіддя, а дорослі з дитячим обличчям сприймаються як молодші, слабкіші, привабливіші, ніж дорослі зі звичайними обличчями.

У дослідженні М. Каннінгема показано, що людина з квадратними щелепами сприймається як замкнута, відчужена, має велику фізичну силу, незалежна, а людина з мигладевидними очима – як фемінна, має низьку агресивність .

Системний підхід представлений дослідженнями, спрямованими на вивчення засобів пізнання складноорганізованих об’єктів.

Представники системного підходу розглядають психологічну оцінку іншої людини за виразом її обличчя як функцію особистісних особливостей спостерігача та фізичних характеристик особикомуніканта. Вираз обличчя у цьому підході розглядається як складна динамічна система, що має різні «фізіогномічні» прошарки, які взаємодіють один з одним та передбачають закономірну динаміку розвитку.

Під виразом обличчя представники даного підходу розуміють не лише експресію, що належить до поверхового фізіономічного прошарку, а й характерологічний вираз, тобто глибинний прошарок, представлений формою обличчя, співвідношенням та розташуванням його внутрішніх структур, які найбільшою мірою виражають темпераментно-характерологічні властивості людини.

Стійкі патерни обличчя, які формуються протягом багатьох років, утворені його деформаціями, виражають серединний фізіономічний прошарок (зморшки, вираз очей, характерні лінії чола тощо).

Фоновий прошарок – це вираз обличчя, який підкреслює або маскує психологічні особливості індивідуальності та зумовлений етнічною належністю, хворобою, дефектами обличчя, макіяжем, татуюваннями, оздобленням обличчя тощо.

Другий підхід до вивчення сприйняття людиною власної зовнішності сфокусований на цінності, яку люди приписують різним частинам свого тіла.

Вивченню «цінності» тіла та його частин присвячені такі експерименти, в яких, наприклад, досліджуваним потрібно було оцінити в доларах вартість кожної частини тіла або класифікувати відповідно до їх значимості частини тіла.

В результаті серії подібних досліджень були отримані такі дані:

1) люди найвище оцінюють такі частини тіла, як нога, око і рука;

2) психічно хворі суб’єкти «дешевше» оцінювали тіло, ніж нормальні випробовувані;

3) жінки оцінюють тіло «дешевше», ніж чоловіки;

4) цінність тіла не залежить від економічного статусу досліджуваних;

5) фізична хвороба або каліцтво значно змінюють суб’єктивну цінність різних частин тіла, зміна цінності залежить від ступеня пошкодження частини і від її колишньої суб’єктивної значущості;

6) цінність окремих тілесних якостей може змінюватися під впливом суспільних процесів.

Інша частина робіт в межах емоційно-ціннісного підходу до тіла спрямована на аналіз зв’язку між емоційно-ціннісним ставленням до своєї зовнішності і різними змінними Я-концепції [2].

Для вирішення цього завдання використовуються методики, запропоновані С. Журардом і Р. Секорд: «Шкала ставлення до тіла» і «Шкала самоставлення».

У першій випробувані повинні оцінити за семибальною шкалою «подобається – не подобається» 46 частин і якостей власного тіла.

Сумарний показник задоволеності тілом порівнюється із загальним показником задоволеності собою, отриманим за допомогою другої методики, в якій піддослідним необхідно було оцінити власні психологічні якості [5; 14].

Серія подібних досліджень показала, що:

1) існує висока позитивна кореляція між задоволеністю зовнішністю і задоволеністю собою;

2) певні зони тіла впливають на самооцінку і ступінь самоповаги особистості [11];

3) існує висока міра залежності між рівнем особистісної депресії і мірою незадоволеності зовнішністю [2; 5; 12];

4) існує прямий зв’язок між задоволеністю тілом і відчуттям особистісної захищеності, а також між успішністю самореалізації та оцінкою власної зовнішності [13; 14].

У межах емоційно-ціннісного підходу до зовнішності особливий інтерес викликає проблеми оцінки привабливості та визначення психологічного змісту поняття атрактивності.

У психологічних словниках психологічна атрактивність визначається як властивість об’єкта привертати, притягати увагу до себе та викликати інтерес або як властивість об’єкта, що викликає до себе симпатію й довіру інших людей.

Т.В. Данильченко визначає атрактивність особистості як комплексну характеристику зовнішності, що помічається суб’єктами при формуванні першого враження, поряд із зовнішнім виглядом, експресивними проявами, особистісними рисами та характеристиками, що проявляються у взаємодії з людьми.

Атрактивність пов’язується з чарівністю, сексуальністю, вродою та показує кореляційні зв’язки між цими та іншими параметрами особистості.

У дослідженні А.М. Кленчу подано декілька підходів до визначення атрактивності у психологічній науці.

Перший підхід полягає у лінгвістичному аналізі цього поняття, оскільки проблема визначення його змісту ускладнена неоднозначністю тлумачення у слов’янських мовах.

Наприклад, близьке до атрактивності російське слово «обаятельность» не має прямого та однозначного еквівалента перекладу українською мовою (чарівність, привабливість, принадність, врода тощо), а під час перекладу це слово ототожнюється, скоріше, з привабливістю.

У ході дослідження А.М. Кленчу для еквівалента атрактивності було обрано українське слово «принадність» і було встановлено, що у латинській мові для досліджуваного явища існує поняття – «attractiо», у французькій мові – «attractivité», у німецькій – «аttraktivität», в англійській – «attractiveness» (атрактивність).

Досліджуване поняття є похідним і безпосередньо семантично пов’язаним з терміном «атракція» (лат. аttraherе, англ. attraction).

У межах другого підходу атрактивність розглядається як неусвідомлювані буденні уявлення про наділеність певних індивідів надприродними якостями (чарівністю, принадністю, вродою, загадковістю, зворушливістю).

Цей підхід має міфологічне коріння, оскільки відображає несвідому матрицю суспільної свідомості і підтверджується дослідженнями психодинамічного напрямку.

У дослідженнях О.І. Агєічевої та Л.Я. Гозман поняття атрактивність відноситься до «імпліцитної теорії особистості», яка описує даний феномен на рівні буденних уявлень про взаємозв’язок між властивостями та рисами особистості, що функціонують як неусвідомлені інтуїтивні установки (очікування) індивідів.

Л.Я. Гозман вказує, що «звертаючись до самого змісту феномена атракції, ми орієнтуємось спочатку на інтуїтивні, «позанаукові» уявлення про неї, бо, зрештою, саме факт присутності атракції в реальному житті до її вивчення й визначення та незалежно від цього є стимулом до наукових досліджень».

По-третє, атрактивність ототожнюється із зовнішньою привабливістю (Е. Аронсон, Л. Віллер, К. Дайон, С.М. Журавльова, М. Кук, Е. Ласкі, Н. Лівсон, Д. Незлер, К.Г. Нестерова-Малікова, Н. Рамсі, Х. Райс, І. Сільверман, Х. Сігал, В. Суемі, А. Фернхем, А. Херговіч, Т. Хьюстон), яка визначається, в першу чергу, невербальними особливостями спілкування.

Дослідження невербального аспекту міжособистісного сприймання класиків психології соціальної перцепції Г.М. Андрєєвої, В.О. Лабунської, В.П. Морозова, П.М. Якобсона, П. Екмана розкрили провідне значення експресивності у детермінації привабливості.

У дослідженнях С. Васильова та В.І. Кочнєва підкреслено, що привабливою є людина, фізична краса якої посилюється одухотвореним поглядом, виразною мімікою та емоційністю голосу. Авторами на рівні теоретичного узагальнення робиться висновок, що привабливість відноситься до соціального продукту, а при сприйнятті привабливої людини важливим є невербальний компонент.

Четвертий підхід розглядає атрактивність як характеристику особистості, що притягує до себе оточуючих людей, привертає до себе увагу та прихильність (властивість об’єкта атракції).

Даний підхід, перш за все, ґрунтується на соціально-перцептивних особливостях взаємодії: феноменах атракції, міжособистісної привабливості, симпатії та прихильності, розкритих у дослідженнях О.О Бодальова, Л.Я. Гозман, М. Карлінса, З.О. Кірєєвої, Я.Л. Коломінського, І.С. Кона, В.Ф. Моргуна, О.О. Нікітіної, М.М. Обозова, Ю.О. Приходько, В.А. Семиченко, В.В. Століна, В.М. Фомічової, Дж. Шафера та інших зарубіжних і вітчизняних психологів.

У межах цього підходу окрема увага приділяється феномену атракції, яка за аналізом багатьох зарубіжних авторських концепцій (Е. Аронсон, Е. Бершейд, Д. Бірн, Д. Клор, К. Дайон, С. Дак, Д. Левінгер, М. Лернер, А. Лотт, Б. Лотт, Т. Ньюком, З. Рабін, П. Розенблат, У. Стробе, Т. Хьюстон та ін.) може розглядатись як установка щодо привабливості особистості.

У психології при аналізі феномена атракції зроблена спроба поєднати два останні підходи: атракцію визначають як емоційний компонент міжособистісного сприйняття та, водночас, як якість стаавлення або соціальну установку (Г.М. Андрєєва, О.О. Бодальов, О.М. Еткінд, Н.В. Казарінова, О.Г. Коваленко, І.С. Кон, В.М. Куніцина, М.М. Обозов, В.А. Семиченко, К.І. Фоменко та ін.).

У психологічній науці існує два основні підходи до вивчення сприйняття людиною власної зовнішності, перший з яких присвячений вивченню точності сприйняття свого тіла.

У межах цього підходу в оцінці точності сприйняття людини за виразом її обличчя визначено фізіономічний, диспозиційний, конфігураційний, системний наукові напрями досліджень.

Другий підхід до вивчення сприйняття людиною власної зовнішності – емоційно-ціннісний – сфокусований на цінності, яку люди приписують різним частинам свого тіла.

Інша частина досліджень в межах цього підходу спрямована на аналіз зв’язку між емоційно-ціннісним ставленням до своєї зовнішності і різними змінними Я-концепції, а також визначення факторів привабливості, розуміння психологічного змісту поняття атрактивності.

Привабливість як психологічна категорія у науковому пізнанні розкривається через осмислення феномену атрактивності, яка, в свою чергу, розуміється, по-перше, як суб’єктивні лінгвістичні категорії чарівності, привабливості, принадності, вроди; по-друге – як неусвідомлювані буденні уявлення про наділеність певних індивідів відповідними надприродними якостями; по-третє – як зовнішня привабливість, обумовлена невербальними особливостями спілкування; по-четверте – як характеристика особистості, що притягує до себе оточуючих людей, привертає до себе увагу та прихильність.

Бажання змінити зовнішність для людей завжди було актуальним, а з розвитком медицини з’явилося більше можливостей щодо його реалізації.

Сьогодні змінюють не лише окремі елементи обличчя, але й зовнішність у цілому. А отже, питання щодо зміни зовнішності набуває все більшої актуальності й для експертів, які проводять ідентифікацію особи за її ознаками.

Слід зазначити, що ототожнення особи за ознаками її зовнішності потребує вра - хування всіх чинників, які впливають на її зміну упродовж ідентифікаційного періоду, в тому числі й штучну зміну за допомогою методів відновлювальної хірургії.

Сьогодні пластичні (косметичні) операції, які набули значного поширення, дозволяють усувати не тільки вади розвитку, наслідки механічних, хімічних ушко - джень і хірургічних втручань, а й змінювати форму та розміри певних елементів обличчя (носа, рота тощо) та проводити так зване омолоджування.

Усі ці операції певною мірою змінюють вигляд людини. Так, у результаті усунення зморшок на обличчі може змінюватися межа росту волосся, що призводить до збільшення висоти чола, а також рівня розташування брів (як правило, догори).

Усунення складок верхнього і нижнього вік змінює положення кутів ока, що, у свою чергу, призводить до зміни форми та положення очної щілини. Випрямлення спинки носа, зменшення висоти та ступеня його виступання призводить до зміни таких ознак, як висота верхньої губи, згладжування носолобного кута, положення основи носа (догори), форма ніздрів і кінчика носа.

У результаті косметичних операцій у зоні рота змінюються ширина та ступінь виступання контура обох губ, довжина лінії змикання губ, положення кутів рота.

Вивчення усіх тонкощів таких змін має для експертів важливе практичне значення, адже є можливість проведення ідентифікації таких осіб. Водночас у криміналістичній літературі на цей час немає чітких методичних рекомендацій щодо дослідження портретів осіб, зовнішність яких змінено у результаті косметико-пластичних операцій.

Втім навіть наявність таблиць зі змінами ознак зовнішності, пов’язаними з косметичними операціями на обличчі, суттєво полегшує роботу експертів.

Косметичні та пластичні операції як різновид операцій відновлювальної хірургії (з виправлення уроджених аномалій, усунення дефектів, наслідків травм і хвороб) проводять або роздільно, або в поєднанні одна з одною [1].

Загалом косметичні операції — це самостійний вид хірургії, який також може бути й завершальним етапом відновлювальної хірургії.

Метою таких операцій є усунення аномалій або певних (зазвичай доволі помітних) недоліків з метою досягнення відповідності зовнішнього вигляду пацієнта прийнятним йому естетичним нормам [2].

Пластичні операції проводять для відновлення зруйнованих або напівзруйнованих органів людського тіла за допомогою переміщення тканин, узятих поблизу від дефекту або пересаджених з інших місць, а також використання живих чи мертвих тканин іншої людини або тварини.

Для пересадження можуть застосовувати й різні штучні матеріали. При цьому одночасно з формою органа відновлюють його функцію.

Важливого значення надають також досягненню певного косметичного ефекту [1].

Залежно від цілей операції та обставин, що зумовили її виконання, ступінь зміни рис зовнішності є різним.

Переважна більшість операцій змінюють обличчя частково. Великі операції, які зачіпають багато елементів обличчя, в хірургічній практиці трапляються доволі рідко.

З експертної точки зору косметико-пластичні операції можна поділити на дві групи.

Підставою для такого поділу є принципова можливість встановлення факту хірургічного втручання під час вивчення фотознімків та інших портретів.

Після операцій першої групи на обличчі залишаються приховані сліди, які не відображаються на фотознімку.

Про проведену операцію можна дійти висновку за непрямими ознаками, зокрема за розбіжностями в деталях обличчя, які викликають сумніви, а іноді змінюються певним чином (наприклад, хірургічне видалення лобових або скроневих зморшок призводить до значного зменшення їхньої виразності, а також до зміни контуру та положення лобно-скроневої лінії росту волосся).

Операції другої групи залишають видимі, стійкі сліди (фляки, ділянки з пігментними плямами тощо), характер і розташування яких дозволяють дійти висновку про факт хірургічного втручання або навіть встановити застосований метод пластичної хірургії.

В окремих випадках за формою відновленої (зміненої або усунутої) деталі зовнішності та післяопераційних слідів можна доволі точно уявити її первісний вигляд.

На відміну від шрамів після пластичних операцій, випадкові рани на обличчі розташовуються хаотично, загоєння рубця при цьому грубе з утягненою усередину шкірою.

Після пластичної операції шкіра на місці рубця, як правило, залишається гладкою, тому що хірург шар за шаром ушиває шкіру, звертаючи особливу увагу на її верхній шар. Фляки косметико-пластичної операції після загоєння мало помітні (зокрема і на фотознімку).

Цю обставину експерт повинен враховувати під час оцінки якості портретів, що надійшли на дослідження. Відсутність видимих слідів косметико-пластичної операції на портреті не завжди означає, що їх немає на обличчі, а отже, багато в чому виявлення таких слідів залежить і від якості фотознімка. Коли операція другої групи невелика і стосується лише певної деталі обличчя, ототожнення особи за фотознімком, отриманим до і після операції, не викликає особливих труднощів.

У цьому випадку експертові з метою встановлення факту косметико-пластичного втручання в зоні обличчя потрібно ознайомитися з обставинами справи і ретельно вивчити фотознімки, які надійшли на дослідження [1].

Якщо з обставин справи видно, що операцію проведено поетапно або виконано кілька операцій, експертові слід запросити додаткові фотознімки після кожного етапу (їх можуть зберігати у відділеннях хірургічної стоматології та в інших медичних установах, які виконують такі операції).

Крім цього, в історії хвороби можуть бути фотознімки (маски) пацієнтів, виготовлені до операції, а іноді на проміжному її етапі, після операції та після остаточного одужання.

Така серія портретів суттєво полегшить експертові вирішення ідентифікаційного завдання.

Якщо є можливість оглянути людину, портрет якої перебуває на дослідженні, експерт може це зробити лише за згодою того, хто призначив експертизу.

При цьому під час виявлення ознак операції слід звертати увагу не тільки на обличчя, але й на інші частини тіла.

Якщо внаслідок великої косметико-пластичної операції (низки операцій) риси обличчя майже повністю змінилися і немає можливості оглянути цю особу (труп), категорично вирішити питання про тотожність неможливо.

Коли з обставин справи відомо, що на обличчі особи, яку ототожнюють, проведено косметико-пластичну операцію, дослідження наданих на експертизу портретів проводять відповідно до традиційної методики [3].

Певні труднощі виникають, коли встановлені на портретах розбіжності зовнішності можна пояснити косметико-пластичним втручанням на обличчі, проте на них видимих ознак таких втручань не виявлено, немає й відомостей про них як у матеріалах справи, так і в інших джерелах.

У цьому випадку дослідження зовнішності осіб, зображених на фотознімках, слід проводити з точки зору можливих косметико-пластичних втручань, проведених з метою усунення дефектів (недоліків), наявних на більш ранньому портреті.

Якщо за загальної подібності зовнішності порівнюваних осіб на одному з портретів такі дефекти (недоліки) є, а на більш пізньому портреті їх немає або вони менше виражені, можна припустити можливість хірургічного втручання, і до дослідження цих портретів потрібно залучати фахівця-хірурга.

При цьому висновки про результати порівняння можуть бути або негативними, або сформульованими в імовірній формі.

Категоричний стверджувальний висновок неможливий з огляду на брак прямих доказів хірургічного втручання на обличчі.

З метою розробки комплексу ознак, достатнього для встановлення факту хірургічного втручання, дослідження питання щодо портретної ідентифікації осіб після косметико-пластичних операцій слід продовжити.

Результатом цього дослідження повинні стати і таблиці-схеми з узагальненою інформацією про види косметико-пластичних операцій ті сліди на обличчі, що відповідають їм.

Перенесені захворювання, операції, травми досліджують із залученням матеріалів справи, а також за фотокартками, враховуючи при цьому період часу, до якого вони належать, і час фотографування.

Слід також пам’ятати, що після проведення операції на високому рівні фляки на обличчі зазвичай малопомітні, і на знімках їх, як правило, немає (як з об’єктивних причин (через висвітлення, якість зображення тощо), так і через ретуш знімка або закриття елементів обличчя окулярами, частинами одягу, волосяним покривом тощо).

У всіх випадках зміни рис зовнішності, походження яких не можна пояснити, варто звертатися до лікувальних установ з метою отримання компетентної консультації лікарів різних спеціальностей.

При цьому варто з’ясовувати інформацію про походження і тривалість захворювання, його лікування, про ознаки, які передували захворюванню або залишилися після нього, і навіть про ознаки на черепі, які є супутніми ознаками захворювання на обличчі.

З огляду на малий досвід експертної практики у проведенні таких досліджень доцільно бодай у загальному вигляді показати можливості косметико-пластичних операцій на обличчі.

Найчастіше в косметичній практиці трапляються операції на носі.

Підставами для таких операцій є видалення (певною мірою) наслідків низки захворювань (наприклад, ринофіми, акромегалії), усунення вроджених деформацій носа (близько 50 % їх становить западання спинки носа), а також деформацій, набутих у результаті неправильно зрослих переломів кісток і хрящів і неправильного їх розвитку після травми, перенесеної в дитинстві.

У результаті хірургічної операції формується спинка і кінчик носа, перегородка носа висувається вперед, піднімається перенісся, усувається горб носа, звужується спинка і кінчик носа, усуваються роздвоєність кінчика носа та дефекти крил носа тощо.

Підставою для хірургічних операцій у зоні рота є також усунення як вроджених, так і набутих деформацій. Вродженими деформаціями є: потовщена губа або червона облямівка, висока або вкорочена губа, збільшена ротова щілина, збільшена верхня губа.

Набутими деформаціями є зсув кутів рота, вивороти верхньої та нижньої губ, дефекти слизової оболонки губ.

У результаті хірургічної операції може бути усунуто «заячу губу» і «вовчу пащу», збільшено або зменшено довжину ротової щілини, звужено або розширено облямівки губ, збільшено висоту верхньої губи, змінено положення кутів рота, контур губ і збільшено їх об’єм.

Вродженими деформаціями вушних раковин є збільшені вушні раковини, недорозвинені вушні раковини, відстовбурчені та «гострі» вуха, зрощення і розщеплення вушної раковини.

Набутими деформаціями вушної раковини є зморшкуватість вушної раковини через руйнування хряща внаслідок запальних захворювань, зрощення вушної раковини в результаті опіку, травми, запальних процесів, стовщення вушної раковини внаслідок травми (так звані «вуха борця»).

Крім загальних, існують і часткові деформації вушної раковини, форма, величина та розташування яких надзвичайно різноманітні.

Вони є результатом травми, опіку, відмороження або некрозу після певного захворювання.

У результаті хірургічних операцій може бути виправлено форму вушних раковин та їх завитків, змінено ступінь стирчання вушних раковин, зменшено або збільшено їх розміри, утворено завитки, мочки (якщо їх не було), а також усунуто інші часткові дефекти.

У випадку відсутності брів, що трапляється доволі часто внаслідок опіку, променевої терапії, травми або різних шкірних захворювань, їх відновлюють шляхом пересадження волосистої частини шкіри.

Хірургічні операції з усунення дефектів, пов’язаних з паралічем лицевого нерва, що стався внаслідок травми, операційних втручань, запальних процесів тощо, дозволяють підняти опущений кут рота та щік, за рахунок ослаблення дії мімічних м’язів на здоровій стороні обличчя згладити різницю між здоровою та хворою сторонами обличчя, що помітно зменшує його асиметрію.

Складки та зморшки (в тому числі й ті, які розташовуються біля очей у вигляді «гусячих лапок») усувають за рахунок натягування шкіри чола, повік, щік, шийних складок [4].

Природно, що завдяки хірургічним втручанням можуть змінюватися характеристики частин обличчя, які стосуються їх пропорцій, розмірів, виразності, особливостей.

З огляду на те, що косметико-пластичні операції часто змінюють кістково-хрящову основу обличчя і можуть до невпізнанності змінити зовнішній вигляд людини, доцільною є розробка переліку операцій, після яких пацієнти зобов’язані будуть міняти посвідчення особи, основним реквізитом яких є фотокартка.

**1.2. Психологічні аспекти естетичної хірургії**

Поведінка та загальні вимоги пацієнтів з вродженими, чи набутими травмами, що потребують реконструктивної хіругії, відносяться в більшій мірі і до паціентів інших хірургічних спеціальностей (схожість досягає, за даними літератури, досягає 90%).

В цих випадках, частіше, стоїть питання про відновлення функції органа, чи про відносні єстетичні поліпшення зовнішнього вигляду з більш об’єктивними критеріями оцінки результату.

Так, пацієнти, яким проводиться одномоментна реконструкція молочної залози (площина єстетичної хірургії), завжди мають меньший відсоток задоволення, аніж пацієнти, котрим проводится вторинна (відтермінованна) реконструкція молочної залози (площина реконструктивної хірургії).

Розглянемо головні проблемні питання психологічного плану в пластичній естетичній хірургії.

Паціент суто естетичний, за рахунок відповідного (естетичного) втручання часто вирішує проблеми, що знаходяться у площині психічного здоровья, а не його фізичного здоров‘я (на котрі він первинно скаржиться) та повязаних з власною самооцінкою, впливом оточення, тиском соціальних мереж, проблем міжособистих відносин.

В середині особистості пацієнта пластичного хірурга завжди існує внутрішній конфлікт – резонанс між тим, що відчуває людина по відношенню до своєї зовнішності і тим, що бачить в дзеркалі.

Пластичному хірургу дуже важливо розуміти, що те, як він оцінює зовнішніть пацієнта на консультації, може абсолютно не збігатися з тим, що "бачить" у відображенні його пацієнт.

Особливо важливо на кожній консультації підводити пацієнта до дзеркала та просити його в деталях описати, що він (вона) бачить у відображенні, та що конткретно його (її) не влаштовує.

Завдання консультації - показати як "зміниться" зображення в дзеркалі і наблизиться до внутрішньго самовідчуття пацієнта.

Чим більшим буде розрив між уявою пацієнта, та кінцевим результатом втручання – тим більшим буде можливе незадоволення пацієнта.

Типи проблемних пацієнтів:

• Незадоволені супердобрим результатом.

• Незначні естетичні питання від прооперованого пацієнта.

• Великі естетичні проблеми післяопераційного періода.

Збільшує кількість пацієнтів - незадоволених результатами естетичних операцій, в першу чергу, соціальні мережі (інстаграмм, снепчат), фоторедактори та віртуальні фільтри.

Головна причина цього неспівпадіння у тому, що основне завдання віртуального світу - дати не достовірну картинку, а максимально гарну. Парадоксальність даної концепції полягає в тому, що не лише молоді дівчата двадцятип’яти- річного віку прагнуть отримати максимально ідентичну картинку із соціальних мереж, але і жінки більш старшої вікової групи.

Не усвідомлюючи, що результат, котрий вони побачили в соціальних мережах, немає нічого спільного з реальним життям.

В подібних випадках слід говорити пацієнту, про розбіжність світлин, які представленні в соціальних мережах, та тим, що представляє собою ця знаменитість у реальному житті.

Як лайфхак можливо задати ім’я знаменитості в пошукових системі Google, і без найменших сумнівів ви знайдете світлини без обробки в фоторедакторах та фільтрах соціальних мереж.

Завдання пластичного хірурга полягає в тому, щоб дати потенційному пацієнту не лише вичерпну інформацію з вартості операції, а й надати максимально правдивий та реалістичний прогноз післяопераційного результату.

За правилом, в неадекватній селекції пацієнтів, тобто, коли хірург намагається прооперувати буквально всіх, хто приходить до нього на консультацію.

Найчастіше така нерозбірливість у підборі пацієнтів для пластичної операції зустрічається на єтапі становлення професійної репутації у молодих хірургів.

Намагаючись оперувати більше, молодий лікар йде на компроміс з собою, навіть, коли бачить на консультації пацієнта з неадекватними запитами та певними психологічними особливостями.

Таке агресивне бажання хірурга «врятувати та прооперувати всіх», ставить його у більш вразливе положення із-за його віку, у порівнянні з хірургами, що працюють десятиліттями. Тому що відсутність професійної репутації серед споживачів «ринку єстетичних послуг», може якщо не знищити, то завдати суттєвої шкоди професійному іміджу, при відкритому конфлікті з проблемним пацієнтом.

Основні помилки пластичного хірурга при першій зустрічі з потенційним пацієнтом.

По-перше-малоінформативна консультація. Так, якщо консультація пластичного хірурга триває 10-15 хвилин, це не консультація, а лише знайомство лікаря з пацієнтом. Чи можливо за цей короткий час дати повну та вичерпну інформацію про можливі ускладнення після операції? - безперечно"Ні". Чи можливо вислухати та почути всі побажання пацієнтаавжеж"Ні".

Консультація пластичного хірурга має тривати мінімум годину.

Саме цей мінімальний час потрібен для обговорення основних етапів консультації:

• Збір анамнезу.

• Запити пацієнта.

• Опис хірургічної тактики корекції косметичного дефекту.

• Обговорення можливих ускладнень

• Додаткові питання пацієнта та відповіді на них.

Часто на консультацію до пластичного хірурга пацієнти приходять з кимось із близьких людей. Наявність супутника є критерієм більш виваженого підходу до можливої пластичної операції у майбутньому та вибору «свого» пластичного хірурга.

Більш підозрілими слід вважати одиноких жінок, що мають якісь значні психологічні потрясіння в житті (розлучення, втрату близьких людей, смерть рідних, відсутність стабільної роботи та хитке матеріальне становище).

Не меньшим критерієм «підозрілості» слід вважати ту швидкість, з якою пацієнт вирішує наважитись на пластичну операцію.

Ні в якому разі не слід плутати особливості характеру пацієнта, його певну імпульсивність та спонтанність, з критерієм надто швидкого прийняття рішення про виконання пластичної операції.

Коли пацієнт вам каже, що лише тиждень тому вона вирішила зробити пластичну операцію – це звучить досить підозріло.

Більш комфортніше чути для хірурга фразу, що «цю думку я плекала багато часу, ще до вагітності та пологів»

Наступна помилка - багато обіцянок с боку пластичного хірурга. Так, суттєвою стратегічною помилкою з боку пластичного хірурга є велика кількість ствердних обіцянок на запити пацієнта.

Звісно, що не все у результаті пластичної операції залежить від майстерності пластичного хірурга.

Саме цю думку слід донести і до пацієнта. Всі очікування мають бути переведені хірургом у реальну площину.

Пацієнту треба обіцяти певну безпеку та конфіденціальність, але результат оперативного втручання має бути деталізований та запланований на 90%.

Лише це шлях до реалізації максимально реалістичних очікувань пацієнта.

Правила вибору пацієнтів:

• Завжди можлива корекція. Так дійсно, біля 30% первинних естетичних операцій, потребуюсь хоча б незначної хірургічної коррекції.

Мова частіше йде про корекцію якогось зі швів, додаткова ліпосакція, ліпофілинг однієї з ділянок.

Надмірний перфікціонизм з боку пацієнта – це прямий шлях його потенційного невдоволення та майбутнього конфлікту.

• Кожного пацієнта треба розглядати як потенційного дисморфофоба. (Дисморфофобія – психічне порушення, при якому людина патологічно стурбована своєю зовнішністю, при відсутності обьективних ознак наявності цих дефектів).

При виявленні даних змін не оперуйте таких пацієнтів, але якщо прооперували, ні в якому разі не проводьте корекцію.

Малоймовірним слід вважати варіант, коли після консультації психолога або психіатра, синдром дисморфофобії дещо ослабне.

Все одно, операцію такому пацієнту краще не проводити.

Результат будь-якої пластичної операції слід оцінювати по двом напрямкам:

• Задоволеність результатом операції з боку пацієнта,

• Оцінка результату з боку пластичного хірурга.

Та інколи кожен з нас зіштовхується з ситуацією, коли ви, як хірург повністью задоволенні результатом операції, а у пацієнта на тлі цього немає повного задоволення. Для хірурга, результат реалістичний, виходячи з тих фізіологічних особливостей, які були визначенні на етапі консультації. Зовсім інша справа у пацієнта.

У нього були завищенні очікування щодо результатів пластичної операції, які хірург на передопераційному огляді не намагався перевести у «реалістичне русло».

• Наполягати на фізіологічності наслідків пластичної операції? - "Ні", а що робити?

• Слід спокійно пояснити пацієнту, що саме такий результат ви очікували після операції. Досить показовим стане порівняння фото до операції та після на одному екрані. Людська пам'ять функціонує таким чином, що досить швидко забувається негативний досвід. Так що в даному випадку потрібно допомогти пригадати.

• Призначати незалежні консультації. Усвідомлюючи свою правоту, ви можете без застережень призначати незалежну експертизу у «колег». Так, можна рекомендувати пацієнту зробити консультацію у конкретного хірурга, чи надати йому повну свободу дій.

• Створювати фокус-группи в соціальних мережах.

Наявність незначних післяопераційних естетичних проблем. В групу таких ускладнень входить, наприклад, наявність гіпертрофованого чи атрофічного шву, різний діаметр ареол молочних залоз у порівнянні один з одним, незначна різниця рівня ареол, відносно субмаммарної складки, наявність нерівностей на спинці носа.

Рекомендований алгоритм дій в даному випадку:

• Виявити проблему Парадоксальність ситуації полягає в тому, що кожна людина стереотипно мислить. Якщо стрес у вас, то буде стрес і у лікаря. Значить він буде вас намагатися вивести зі стресу не говорячи вам правду про наявну естетичну проблему. Але коли лікар погоджується з пацієнтом і також визнає наявність естетичної недосконалості – це діє дуже позитивно, знижуючи ймовірність можливої конфронтації. Більше того, якщо на фоні естетичних питань, пацієнт втрачає довіру до свого хірурга, то визнання існуючої проблеми допомагає цю довіру повернути.

• «Час лікує». Всі ми знаємо, що кожна пластична операція має певний термін реабілітації. Має пройти необхідний час для того, щоб зійшли набряки, сформувались стійкі рубці. І якщо у відношені післяопераційних набряків рахунок йде на тижні, то остаточний вигляд рубців слід очікувати протягом року. Вірним буде детально розповідати про ці терміни ще на етапі первинної консультації. Коли ж ви зустрічаєте певну хвилю негативу у ранньому післяопераційному періоді, то не цурайтесь навіть необхідності взяти посібник з пластичної хірургії, звернувши увагу паціента на таблицю з термінами формування післяопераційних рубців. Таке авторитетне джерело інформації також буде «гасити» полум’я людського незадоволення.

• Запропонувати безкоштовну корекцію. Це досить тонка психологічна межа між пропозицією зробити дружній крок і покрити витрати на коригуючу операцію за рахунок клініки та доказом визнання лікарської помилки. Для того, щоб не виникла така підміна понять, слід детально акцентувати на цьому увагу. Безкоштовна корекція, як акт дружніх відносин, а не визнання свої помилки та вини. Перевірений варіант вирішення цієї проблеми - пацієнтка сплачує тільки трати клініки на операцію (це обов‘язково оговорюється з нею та документально оформлюється).

Великі постопераційні проблеми як наслідок проведеного хірургічного втручання. Наприклад: Некроз живлячого лоскута, загроза втрати імпланта молочної залози на тлі запалення. Некроз кінчика носа після відкритої риносептопластики. Парез однієї з гілок рухових нервів після виконаної підтяжки обличчя та інше.

Які шляхи вирішення цієї проблеми:

• Залучення до процесу лікування оперуючого хірурга дуже важливе і треба максимально сконцентруватися на допомозі даному пацієнту.

• Краще не намагайтесь самотужки впоратися з клінічними ускладненнями, а провести консиліум з колегами, залученням суміжних спеціалістів. Слід пам‘ятати, негативний резонанс від пацієнта у віртуальному середовищі буде набагато більшим, чим страхи щодо можливої втрати професійного авторитету, при залученні колег-хірургів до вашого клінічного ускладнення.

• Збільшіть кількість необхідних оглядів пацієнта. Тримайте свою руку на «пульсі подій». Якщо у відношенні інших пацієнтів, необхідним буде огляд раз на тиждень, то пацієнта з ускладненнями слід оглядати частіше. Якщо пацієнт мешкає у іншому місті, знайдіть колег для контролю процесу загоєння рани.

• Позбавтесь посередників з вашого каналу комунікацій у вигляді помічників та секретарів. Ви даєте свій особистий телефон і пропонуйте зв’язуватися з вами в будь який час. Так само ви фіксуєте номер пацієнта, щоб також робити актуальні запити по стану здоровья та аналізам.

• Комунікація з рідними пацієнта. Ви повинні вважати, що тримаєте на контролі ситуацію з психологічним станом пацієнта, а його чоловік чи жінка, з якими ви не спілкувались, може підвищувати «загальний градус напруги», не володіючи більш детальною інформацією.

Помилки найчастіше роблять пластичні хірурги у відношенні своїх пацієнтів:

• Неінформативна письмова згода с пацієнтом. Пластичний хірург не повинен економити на двох речах: на медичному обладнанні та людині, яка надає йому юридичні послуги. Якщо договір, який підписує клініка та пацієнт, складений невірно, якщо він не відображає повний спектр дій, які буде виконано з переліченням можливих ускладнень, ви наражаєте себе на значну небезпеку.

• Грошова компенсація або повернення грошей за операцію При виникненні значних проблем зі здоров’ям пацієнта, у хірурга чи керівництва клініки пластичної хірургії може виникнути бажання зарадити пригніченому психологічному стану пацієнта. Але у психології людини, може виникнути хибна думка, що таким чином медичний заклад, чи лікар визнає свою провину за ситуацію, яка виникла. Якщо і йти на такий крок, то з підписанням відповідних юридичних документів. Що це не компенсація та відшкодування ускладнень, добровільна допомога, на теренах благодійності.

• Визнання своєї провини. Недопустимим з точки зору можливих судових позовів з боку пацієнта, є визнання власної провини. Хірург в прямому значенні своїх слів має «не словом, а ділом» допомагати своєму пацієнту. Зітхання, та повторення слів про те "як вам шкода", мають набагато меньше позитивного психологічного впливу на пацієнта у порівнянні з більш глибоким залученням в реабілітацію та залученням суміжних спеціалістів.

Зрозуміло, що наша основна комунікація з пацієнтом перемістилась до віртуального простору інтернету. Дуже підвищилась швидкість передачі будь-якої інформації. Про це має пам’ятати кожний пластичний хірург. Треба пам’ятати, що як легко за допомогою соціальних мереж та агресивного інтрернет-маркетингу досягнути певної впізнаванності з боку потенціальних пацієнтів, - так же легко «упасти в забуття» при невірній комунікації та поведінці з проблемними пацієнтами.

**1.3. Сучасні психотерапевтичні стратегії у допомозі особам з дефектами і деформаціями обличчя**

В сучасному мінливому світі реєструється значне збільшення кількості осіб, які звертаються за допомогою до пластичних хірургів [12].

Мотиви звернень є досить різноманітними від бажання відновлення естетичного вигляду до мрії відповідати сучасним «ідеалам краси» [4,8,13].

Така тенденція пов’язана як з потужним розвитком можливостей пластичної та реконструктивної хірургії, так і з її більшою доступністю на сучасному етапі [14].

За узагальненими даними у світі щорічно відбувається більше 40 стихійних лих і катастроф, під час яких люди отримують чисельні травми, що призводять до дефектів зовнішності різної локалізації і ступеня вираженості [1].

В Україні протягом останніх років факторами стрімкого зростання кількості оперативних реконструктивних втручань є підвищення травматизму (автокатастрофи, опіки, поранення вогнепального походження), зростання поширеності онкологічної патології, висока частота вродженої патології, а також вплив на процеси старіння несприятливої екологічної ситуації.

Потреба у хірургічній корекції зовнішності в деяких випадках, обумовлена не стільки бажанням наслідувати моду, але і бажанням забезпечити «якість життя», особливо при спотворюючих дефектах видимих частин тіла.

Клінічна практика свідчить, що в усьому світі неухильно зростає травматизм [10,15].

Питома вага пошкоджень голови складає від 6 до 16% в загальній структурі травм мирного часу, травми щелепно-лицевої ділянки збільшились з 0,3 випадків на 1000 жителів.

Одним із найбільш тяжких наслідків травматизму є інвалідність.

За даними ВООЗ на земній кулі зараз налічується близько 500 мільйонів інвалідів внаслідок травматизації обличчя.

При цьому причинами інвалідності осіб молодого віку при травмах тільки у 25-30% випадків є тяжкість травм, а в 30-70% випадків – недоліки діагностики, лікування та організації медичної допомоги [5,9,11].

Метою операцій, що вважаються косметичними або естетичними, є усунення дефектів та спотворюючих змін, що звертають на себе увагу оточуючих, внаслідок чого вдається досягнути відтворення середньої узагальненої для даного суспільства естетичної і фізіологічної норми.

Загалом зростання поширеності різноманітних дефектів і деформацій обличчя, а також доступність пластичної хірургії на сучасному етапі обумовили необхідність дослідження психологічних і психіатричних аспектів, пов’язаних із цією проблемою [2,3,6,7].

Вченими було обстежено 197 пацієнтів, що мали вроджені чи набуті дефекти і деформації обличчя, що помітно відхилялись від фізіологічної та естетичної норми, спотворювали зовнішність та були добре помітними при першому погляді на хворого.

Всі пацієнти надали та підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

До наукового дослідження було залучено пацієнтів як жіночої, так і чоловічої статі.

Вік пацієнтів був у межах від 22 до 42 років.

Пацієнтів розподілено на дві групи, основну групу склали пацієнти (107 осіб), які надали згоду на проведення психотерапевтичних заходів, до другої групи належали пацієнти (90 осіб), які отримували лікування за традиційними схемами та протоколами реконструктивної пластичної хірургії.

Основна група та група порівняння були гомогенними за основними характеристиками.

Для дослідження психічного стану пацієнтів використовували клініко-діагностичну оцінку стану їх психічного здоров’я.

Клінічна структура психічних розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя.

Згідно з отриманими даними із 169 осіб обстежених мали нозологічно окреслену психічну патологію (з урахуванням поєднання різних варіантів діагнозів).

У загальній клінічній структурі виявлених психічних і поведінкових розладів найбільш широко представлена дистимія, змішаний тривожнодепресивний розлад, дещо рідше спостерігались неврастенія та соматоформні розлади.

Синдромальна структура діагностованих психічних розладів представлена наступним чином: тривожний синдром, астено-невротичний, тривожно-депресивний, тривожно-іпохондричний, дисморфофобічний, обсесивно-фобічний синдроми.

Тривожний синдром визначався як провідний у пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя.

Тривога проявлялась занепокоєнням з приводу очікуваних результатів оперативного втручання одночасно з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації, та бажанням уникнути її.

Тривожний афект виявляв зв’язок з психогенними та астенізуючими моментами.

Під час клінічного обстеження у пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя реєструвались наступні психопатологічні прояви: емоційна нестійкість, вегетативна лабільність, дратівливість, важкість зосередження, концентрації уваги, невмотивований неспокій, нав’язливі думки та ритуальні дії, страхи, надмірне напруження з неможливістю релаксації.

Когнітивний компонент тривоги проявлявся станом внутрішньої напруженості, песимістичним поглядом на майбутнє, нав’язливими думками щодо необхідності провести корекцію дефекту обличчя, що супроводжувалось неприємними емоційними переживаннями.

Також у даної категорії пацієнтів відзначалися різноманітні сумніви та страхи, як варіанти прогнозу негативного результату ситуації, що склалася.

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

Слід відзначити, що на етапі діагностики у хворих переважала ажитована форма депресії.

Вони відчували тривогу, страх, їх не полишали думки трагічного змісту.

В післяопераційному періоді на фоні виразної астенії депресія набувала меншої інтенсивності у порівнянні з попереднім етапом.

Зовні спокійна поведінка хворих поєднувалась з прихованою ворожістю, недовірою, деякою відчуженістю по відношенню до медичних працівників, родичів.

У деяких хворих спостерігались іпохондричні реакції з істеричними включеннями.

Під різними приводами пацієнти відмовлялись зустрічатися з рідними та близькими, уникали міжособистісних контактів, просили надати можливість більш тривалого перебування в стаціонарі, інколи, навіть, вимагали повторного оперативного втручання.

На підставі отриманих результатів було розроблено індивідуальні програми психотерапевтичної допомоги з урахуванням особливостей пацієнтів та етапу проведення оперативного втручання (дота післяопераційного).

Фармакотерапія проводилася диференційовано у відповідності до загальноприйнятих протоколів надання допомоги хворим на невротичні розлади з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнток.

В основу цієї програми було покладено результати проведеного дослідження із використанням комплексного системного диференційованого підходу до лікувальних заходів.

Загальним спрямуванням психотерапевтичних стратегій було вирішення невротичного конфлікту, формування гармонійного ставлення до своєї зовнішності, позитивних настанов, корекція психоемоційного стану, формування конструктивних модулів поведінки, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивації щодо психотерапевтичного процесу. Основою лікувальних впливів на передопераційному етапі було поєднання психо- та фармакотерапії.

Психотерапія у межах даного етапу використовувалася за допомогою методу індивідуальної раціональної психотерапії (Дюбуа П.).

Фармакотерапія проводилася у відповідності зі стандартами стаціонарної психіатричної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів та синдромальної структури невротичного розладу.

Тривалість даного етапу складала орієнтовно 7-14 днів.

В період після проведеного оперативного втручання базовим методом для пацієнтів була когнітивно-біхевіоральна психотерапія із поєднанням індивідуальної і групової форми роботи.

Індивідуально і патогенетично обґрунтовано застосовувались наступні психотерапевтичні стратегії:

• підтримка адаптивних навичок «Я», зокрема через техніки систематичної десенсибілізації і тренінги релаксації;

• формування «позитивного ставлення» до симптому через доведення до жінок розуміння нормальності власних реакцій і екстремальності пережитого, що дозволяє уникнути подальшої психотравматизації та актуалізувати власні особистісні ресурси;

• зменшення уникання на рівні спогадів, емоцій, поведінковому і когнітивному задля активнішого переробляння травматичного досвіду у рамках психотерапевтичного процесу;

• зміна атрибуції змісту стосовно травматичної ситуації і її наслідків, формування «контролю за травмою».

У якості доповнюючих методів застосовувались групова сімейна психотерапія, подружня психокорекція (часто у тандемі із сексологом), екзистенціальна психотерапія за Дж. Бьюдженталем).

Із методів сугестивної психотерапії застосовували самонавіювання, аутогенне тренування.

Психотерапевтичні заняття проводились як індивідуально так і в групах по 5-7 чоловік.

В психотерапевтичних групах використовували поведінкову психотерапію як моделювання, тренінг впевненої поведінки та соціальних навичок.

В період завершення лікування основна увага спрямовувалась на профілактику рецидивів.

Тривалість даного комплексу заходів складала 1-2 місяці.

Комплекс здійснюваних заходів дозволяв подолати астенію, підвищити адаптивність особистісних механізмів реагування на стрес і коригувати негативне ставлення до себе.

Надзвичайно важливе значення мала психотерапевтична робота не тільки із хворими жінками, але і їхніми чоловіками, дітьми та родичами, широко застосовувались психоосвітні програми.

Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, рівня вираженості тривожно-депресивної симптоматики, особистісної та реактивної тривожності, нервовопсихічної стійкості, спрямованості ціннісних орієнтацій.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ особливостей психологічної та фізичної реабілітації осіб з дефектами і деформаціями обличчя**

**2.1. Організація та процедура дослідження**

Під спостереженням знаходились 18 пацієнтів (чоловіків та жінок) з дефектами і деформаціями обличчя (ДДО).

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

До першої групи належали 42,59% осіб від загальної кількості обстежених, які мали вроджені чи набуті ДДО, що помітно відхилялись від фізіологічної та естетичної норми, прийнятої у косметології, спотворювали зовнішність та були добре помітними при першому погляді на хворого.

Звертаючись за медичною косметологічною допомогою вони мотивували своє бажання необхідністю покращити свою зовнішність, зробити її відповідною певним загальноприйнятим у їх соціальному середовищі стандартам.

Пацієнтам цієї групи оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за абсолютними медичними показаннями.

Другу групу склали 57,41% осіб від загальної кількості обстежених, які мали незначні косметичні ДДО, але при цьому фіксували на них невиправдано велику увагу в силу суб’єктивних факторів, були не задоволені своєю зовнішністю і бажали її кардинально покращити.

Основними мотивами їх звертання за допомогою до пластичних хірургів було бажання налагодити міжособистісні стосунки та досягнути успіху у професійній сфері.

Пацієнтам цієї групи оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за відносними медичними показаннями.

У першій групі, серед пацієнтів із виразними ДДО, переважали особи молодого віку.

Найчисельнішою віковою групою були пацієнти 18-25 років, яких було 58,69%.

У другій групі переважали особи старшого віку, найчисельнішою з яких була група пацієнтів 36-50-річного віку, що налічувала 43,54% усіх обстежених.

Для 84,78% обстежених із першої групи дане звертання за допомогою до пластичних хірургів було першим, а 15,21% пацієнтів вже вдруге вдавались до оперативних втручань з метою усунення дефектів і деформацій обличчя.

У другій групі 54,83% пацієнти були первинними і 45,16% повторно перебували на лікуванні у даному відділенні.

Вроджені дефекти голови та шиї були причиною звертання за медичною допомогою для 78,26% пацієнтів першої групи.

Із них 15,24% були сформовані в рамках нозологічно окреслених вроджених аномалій, а 63,17% були результатом диспропорційності розвитку і супроводжувались гострою незадоволеністю власною зовнішністю.

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

У той же час 62,90% пацієнтів другої групи відзначалось суб’єктивне переконання щодо наявності у них косметичних дефектів обличчя, невідповідності власної зовнішності загальноприйнятим соціальним стандартам, що на їх думку є причиною комунікативних труднощів та соціальних невдач.

Ще 37,10% обстежених цієї групи прийняли рішення про необхідність хірургічної корекції зовнішності у зв’язку із віковими змінами обличчя. Методи обстеження.

Було проведене комплексне багатобічне обстеження пацієнтів – клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне, сексологічне обстеження по В.В. Кришталюта соціологічне.

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

**2.2. Дослідження особистісних особливостей осіб з дефектами і деформаціями обличчя**

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

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

В результаті проведеного комплексного аналізу сексуального здоров′я пацієнтів з ДДО за В.В. Кришталем з’ясовано, що загальний соматосексуальний розвиток 41,30% пацієнтів першої групи був уповільненим, а випадки прискореного статевого дозрівання у цій групі зустрічались помітно рідше (19,56%).

Що стосується другої групи пацієнтів з ДДО, то серед них помітно переважали випадки прискореного розвитку, що склали 54,83% від усіх обстежених.

Порушення психосексуального розвитку, за нашими даними, зустрічались помітно частіше в обох групах обстежених.

При цьому в першій групі домінували випадки ретардації (67,39%), а серед пацієнтів, що готувались до оперативних втручань за відносними показаннями, переважну більшість склали особи з передчасним розвитком (66,12%).

В обох групах обстежених переважали поєднані варіанти асинхроній статевого розвитку, що склали 73,91% і 53,22% відповідно.

Складних асинхроній не було виявлено у жодного з пацієнтів.

Статеворольова поведінка була нормативною у більшості пацієнтів як першої (82,61%), так і другої (59,68%) груп, але при цьому у другій групі досить значною була частка осіб із гіперрольовою статеворольовою поведінкою, що склали 29,03%.

Абсолютна більшість обстежених обох груп відзначались гетеросексуальною орієнтацією (95,65% та 88,70% відповідно).

Поінформованість та обізнаність у питаннях сексу переважної більшості (67,74%) обстежених другої групи була визначена як неправильна, а щодо пацієнтів з АПХКЗ, то найбільш чисельною серед них також була група осіб із неправильною сексуальною поінформованістю, проте їх питома вага була порівняно меншою - 39,13%.

При дослідженні типів сексуальної мотивації у пацієнтів з ДДО було з’ясовано, що у першій групі домінуючим типом сексуальної мотивації був шаблонно-регламентований (41,30%), а у другій ігровий – 43,54%.

Тип сексуальної культури пацієнтів з АПХКЗ у більшості випадків (47,82%) був примітивним, а серед осіб із ВПХКЗ переважав невротичний тип (37,09%).

При вивченні клініко-психопатологічних особливостей обстежених пацієнтів з ДДО виявлено значну поширеність психічних порушень у їх середовищі.

Так, 85,19% осіб мали нозологічно окреслену психічну патологію (з урахуванням поєднання різних варіантів діагнозів.

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

При цьому структура виявлених психічних розладів мала значні відмінності при порівнянні різних груп обстежуваних.

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

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

Найбільш поширеним у цій групі пацієнтів з ДДО був тривожний синдром.

Тривога проявлялась занепокоєнням з приводу очікуваних результатів оперативного втручання одночасно з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації, та бажанням уникнути її.

Тривожний афект виявляв зв‘язок з психогенними та астенізуючими моментами. У другій групі найбільше обстежених пацієнтів страждали на дистимію (F34.1) – 26,85%, досить поширеними були також соматоформні розлади (F45) – 16,67%, а також демонстративний розлад особистості (F60.4) – 15,74% осіб.

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

Аналіз психодіагностичних досліджень показав наступне.

У пацієнтів, що мали АПХКЗ, особисте ставлення до власної зовнішності у всіх випадках було виражено негативним, тобто обстежені визнавали хірургічну корекцію зовнішності єдиним засобом для виходу з кризової ситуації, пов’язаної із невідповідності власної зовнішності соціально прийнятним стандартам.

Найбільш негативно сприймали власну зовнішність особи із набутими ДДО.

Загальна самооцінка соціально-особистісної значущості у обстежених першої групи 76,09% випадків була низькою, у 21,74% - середньою і тільки 2,17% пацієнтів високо оцінював свій соціально-особистісний статус.

Тип реагування у конфліктних ситуаціях у 4,35% обстежених був активно-захисним, у 65,22% - пасивно-захисним і у 30,43% осіб невизначеним.

При визначенні провідної сфери активності пацієнтів першої групи встановлено, що у 78,26% осіб вона мала особистісно-сімейну спрямованість, у 4,35% - соціальнопрофесійну і у 17,39% обстежених носила змішаний характер.

У 4,35% пацієнтів комунікаційна сфера мала характер широких зв'язків, у 13,04% - обмежувалась сімейно-професійним спілкуванням, у 58,69% мала родинно-обмежений характер і у 23,91% осіб визначалась вибірковими контактами.

Обстеження пацієнтів з ВПХКЗ показало, що 61,29% з них ставились до власної зовнішності загалом позитивно, вважаючи хірургічне втручання лише додатковим засобом її покращення, 12,90% – цілком негативно, розглядаючи операцію як єдиний вихід із кризової ситуації, 3,22% – нейтрально і 22,58% осіб амбівалентно.

При вивченні загальної самооцінки соціально-особистісної значущості у пацієнтів другої групи виявилось, що у 17,74% випадках вона була низькою, у 29,03% - середньою і 53,22% – високою.

Тип реагування в конфліктній ситуації у 58,06% пацієнтів був активно-захисний, у 12,90% - пасивно-захисний і у 25,80% пацієнтів невизначений.

Провідною сферою активності обстежених у 37,09% випадках була соціально-професійна, у 35,48% - особистісносімейна і у 27,41% - змішана.

Вивчення комунікативної сфери госпіталізованих даної групи показало, що у 54,83% осіб вона визначалась широким колом зв'язків, у 25,80% - обмежувалась сімейно-професійним спілкуванням, у 19,35% мала родинно-обмежений характер і у такої ж кількості пацієнтів визначалась вибірковими контактами.

Результати обстеження за допомогою тесту Р. Кеттела свідчать про те, що в обох групах пацієнтів у середньогорупових показниках була властива вираженість наступних особистісних рис: тривожності, навіюваності, несамостійності, напруженості, нездатності до релаксації, а також неврівноваженості і емоційної нестійкості.

При цьому пацієнти, які мали АПХКЗ, вирізнялись залежністю від чужої думки, схильністю до замкненості, прямолінійністю у вчинках та консервативністю у поглядах.

Щодо пацієнтів із ВПХКЗ, то вони у переважній своїй більшості мали схильність до домінування над оточуючими, імпульсивності, нерозважливості та радикалізму у рішеннях, вирізнялись ригідністю психічних реакцій на конфліктні ситуації.

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

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

Спільною для представників обох груп пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, була вираженість характерологічних рис, притаманних тривожному типу акцентуації.

Властива тривожним особистостям підвищена боязливість та нерішучість, схильність до «недобрих» передчуттів проявлялась як у ставленні до власної зовнішності, так і у їх реакціях на необхідність її хірургічної корекції.

Проте, якщо серед обстежених із першої групи, поряд із тривожним типом, домінували «застрягаючий» та дистимічний, то у другій групі переважну більшість склали особи із демонстративним радикалом.

Вивчення рівнів ситуаційної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна у пацієнтів першої групи показало, що ситуаційна тривожність виявилась високою у 26,09% обстежених, середній рівень спостерігався у 56,52% осіб і низький – у 17,39% пацієнтів.

Середнє значення показника ситуаційної тривожності у першій групі склало 38,63±0,14 бала.

Особистісна тривожність виявилась високою у 73,91% пацієнтів, середньою – у 19,56% і низький рівень було визначено у 6,52% обстежених.

Середнє значення показника особистісної тривожності в даній групі склало 51,27±0,09 бала.

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

У пацієнтів другої групи ситуаційна тривога виявилась високою у 62,90% госпіталізованих, середній рівень її спостерігався у 33,87% особи і низький – у 3,23% пацієнтів.

Середнє значення показника ситуаційної тривоги в даній групі склало 46,50±0,17 бала, тобто середньогруповий показник ситуаційної тривожності у цій групі був високим (вище 45 балів).

Особистісна тривожність була високою у 30,64% пацієнтів, середньою – у 54,85% і низький її рівень спостерігався у 14,51% осіб.

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

На основі отриманих даних та вивчення літературних джерел сформульовано основні принципи психотерапевтичної роботи з контингентом пацієнтів, які готуються до хірургічної корекції зовнішності.

Ці принципи у повному обсязі вдалось застосувати в рамках психокорекційної роботи з пацієнтами, які були об′єктом дослідження.

**2.3. Етапність системи психологічної та фізичної реабілітації осіб з дефектами і деформаціями обличчя та оцінка її ефективності**

Система психотерапевтичної корекції будувалась на дидактичному підході, що передбачає етапність впливу, зв’язок кожного наступного сеансу з попереднім, доступність інформації для пацієнта, відповідність завдань можливостям хворого, систематичність в оволодінні навичками психічної саморегуляції.

При цьому в процесі психотерапевтичного впливу виділяли три етапи: седативно-адаптуючий, лікувально-корегуючий і профілактично-закріпляючий (післяопераційний).

Психокорекційна робота була комплексною, індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалась на принципах послідовності і етапності.

З метою профілактики необґрунтованого звертання за допомогою до спеціалістів з питань пластичної хірургії, а також в рамках психологічної підготовки до оперативного втручання нами диференційовано використовувався комплекс медикаментозних та психотерапевтичних методів лікування.

До вищезгаданого комплексу лікувальних впливів диференційовано включались як психофармакологічні елементи (індивідуально обґрунтоване застосування антидепресантів, транквілізаторів, ноотропів та малих нейролептиків), так і психотерапевтичні та реабілітаційні заходи.

Реалізація цієї програми відбувалась диференційовано і базувалась на принципах послідовності та етапності.

Перший (підготовчий, седативно-адаптуючий) етап психокорекційної роботи ми присвячували встановленню психологічного контакту з пацієнтами, діагностиці емоційних розладів у межах психологічного конфлікту, а також попередньому поясненню причин розладів, що потребують корекції, ознайомленню із загальним планом лікування.

Головними завданнями даного етапу було створення мотивації пацієнтів щодо звертання за допомогою до психотерапевта, усунення чи зменшення вираженості клінічних проявів психічних розладів.

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

Тактичним завданням психофармакологічної корекції було визначене подолання або згладжування властивих значній частині обстежених пацієнтів збудливості, емоційної неврівноваженості, тривожності, фрустраційної нестійкості та проявів вегетативної дисфункції.

Вищезгадана психопатологічна симптоматика була обрана мішенню психофармакотерапії, з огляду на її роль у якості перешкоди для повноцінного контакту в рамках психотерапевтичного процесу.

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

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

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

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

Лікувально-корегуючий етап для пацієнтів з ДДО у більшості випадків передбачав проведення індивідуальних психотерапевтичних занять.

Характер і спрямованість психотерапевтичних впливів у кожному конкретному випадку визначались із урахуванням наявної у пацієнта психопатології, характерологічного радикалу, особливостей дефектів і деформацій зовнішності та мотивів звертання за допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії.

Безпосередній вибір виду і тактики психотерапевтичного впливу здійснювався індивідуально у кожному випадку і базувався не тільки на особливостях клінічної картини, але і на індивідуальних особливостях пацієнтів.

Окрім раціональної психотерапії, у рамках психокорекційної роботи використовували когнітивно-біхевіоральну психотерапію, аутотренінг, елементи арт-терапії.

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

Основою психокорекційної роботи у другій групі була комплексна програма, спрямована на різноманітні патогенетичні аспекти характерологічних і поведінкових порушень, що призводили до формування та закріплення дисгармонійних особистісних рис і поведінкових тенденцій.

Проводилась корекція дисгармонійних особистісних рис характеру та дезадаптивних поведінкових тенденцій, що лежали в основі комунікативних труднощів, конфліктності та неприйняття особливостей власної зовнішності.

Етіопатогенетична спрямованість психотерапевтичного втручання була однією з головних передумов його ефективності.

Відповідно основна увага спрямовувалась на усунення причин і механізмів розвитку невротичних та поведінкових розладів, а заходи щодо пом′якшення чи ліквідації клінічної симптоматики проводились як додаткові впливи (переважно за рахунок фармакотерапії), підпорядковані основному завданню комплексу лікувальних міроприємств.

В результаті проведення описаної системи психотерапевтичної корекції більш вагомий ефект був досягнутий у пацієнтів першої групи.

Тут редукція психопатологічної симптоматики була досягнута у 54,35% і повне її зникнення у 21,74% пацієнтів.

У інших 23,91% пацієнтів даної групи помітної динаміки психопатологічних проявів ми не спостерігали.

Серед пацієнтів другої групи, які мали ВПХКЗ, редукція психопатологічної симптоматики настала у 48,38%, а повне її зникнення - у 11,29% пацієнтів.

Ще 40,33% осіб, які пройшли курс психотерапевтичної корекції, після його закінчення не виявляли помітних позитивних ознак стосовно наявної у них психопатологічної симптоматики.

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

При проведенні психотерапевтичної корекції пацієнтам з ДДО в післяопераційному періоді велике значення приділялось соціально-побутовим умовам життя хворого, міжособистісним відносинам в сім‘ї, суспільстві, колективі.

Окрім виконання загального для обох груп пацієнтів плану психокорекційних заходів у першій групі ми робили акцент на тренінгу впевненої в собі поведінки, а у другій на корекції дезадаптивних моделей емоційного реагування та поведінки.

Отже, на третьому (післяопераційному) етапі психокореційної роботи основна увага спрямовувалась на забезпечення адекватного сприйняття пацієнтами власної зміненої в результаті оперативного втручання зовнішності та закріплення найбільш суттєвих досягнень попередніх етапів в умовах повсякденного життя з урахуванням психологічних, соціальних та мікросоціальних факторів.

Психотерапевтична робота з пацієнтами на цьому етапі виконувалась у першу чергу шляхом доопрацювання навичок психічної саморегуляції та реадаптації в макро- і мікросоціальному середовищі.

Метою лікувального впливу психосоціального напрямку була корекція особистісної структури пацієнта, що сприяла відновленню порушеної системи міжперсональних відносин.

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

Групова психотерапія дозволяла пацієнтам краще оцінювати власні реакції на життєві труднощі, виявляти індивідуально-непереносимі ситуації, що сприяють декомпенсації, бачити реакції групи на їх поведінку.

Перевага надавалась створенню відкритих груп (з можливістю періодичного включення нових пацієнтів на місце пацієнтів, які завершили лікування), гетерогенних у відношенні статі, віку, освітнього та соціального статусу, а також видів дефектів і деформацій.

Особлива увага при проведенні групової психотерапії зверталась на формування адекватного усвідомлення у сфері емоцій, що сприяло вирішенню невротичних конфліктів, та створенню нових поведінкових моделей, які мали стати альтернативою попереднім моделям реагування у конфліктних ситуаціях.

Під час групових занять у пацієнтів формували навички вміння опановувати себе у конфліктних ситуаціях, стримувати емоційні пориви, відмовлятись від швидких, заснованих виключно на “емоційній логіці” рішень, що суперечать раціональній оцінці ситуації.

З точки зору ефективності та доступності застосування у визначених умовах проведення дослідження перевага надавалась використанню елементів раціональної та когнітивнобіхевіоральної психотерапії.

Ефективним було використання таких методик, як групова дискусія, тренінг впевненої в собі поведінки і соціальних умінь, психогімнастики, проективного малюнку, ігрові методики, що базувались на принципах гештальт-терапії, трансактного аналізу, психодрами та іншого.

З огляду на отриманий досвід, групова дискусія та розігрування рольових ситуацій виступали у якості базових методів з точки зору вирішення поставлених завдань.

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

В результаті проведення описаної системи психотерапевтичної корекції найбільший ефект був досягнутий у пацієнтів першої групи.

Тут редукція психопатологічної симптоматики була досягнута у 60,86% і повне її зникнення у 28,26% пацієнтів.

У інших 20,88% пацієнтів даної групи помітної динаміки психопатологічних проявів ми не спостерігали.

Серед пацієнтів другої групи, які мали ВПХКЗ, редукція психопатологічної симптоматики настала у 51,61%, а повне її зникнення - у 19,35% пацієнтів.

Ще 29,04% осіб, які пройшли курс психотерапевтичної корекції, після його закінчення не виявляли помітних позитивних ознак стосовно наявної у них психопатологічної симптоматики.

За даними катамнестичного спостереження, що проводилось протягом року після завершення курсу психотерапевтичної корекції, повторні звертання за допомогою до пластичних хірургів відбулись у 14,51% пацієнтів другої і 6,52% - першої групи.

Ознаки покращення соціального функціонування (нормалізація сімейних стосунків, кар’єрні успіхи, покращення матеріального стану) спостерігались у 86,96% пацієнтів першої групи і 61,29% у другій групі.

В цілому, таким чином розроблена система психотерапевтичної корекції психопатологічних, патохарактерологічних і поведінкових особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями голови та шиї, дала можливість досягнути суттєвого ефекту - редукції чи зникнення психопатологічної симптоматики, нормалізації поведінки і створювала умови для відновлення їх повноцінного соціального функціонування.

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

Первинна психопрофілактика спрямована на попередження і ранню діагностику психічних порушень, попередження дії факторів, що порушують психічний і психосексуальний розвиток, на підвищення рівня психологічної, соціально-психологічної і соціальної адаптації.

Метою вторинної психопрофілактики є попередження загострень і декомпенсації існуючої психічної патології.

Третинна психопрофілактика полягає у проведенні заходів по реабілітації та реадаптації пацієнтів.

Для вирішення перерахованих завдань, окрім заходів суто медичного і медико-психологічного характеру важливе значення має залучення до здійснюваної психопрофілактичної роботи членів сім′ї, близьких людей, спеціалістів з пластичної хірургії.