

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ*

Е. Т. Соколова, Л. Т. Баранская

Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова;
Уральский государственный университет им. А.М.Горького, Екатеринбург;
ГУЗ ДБВЛ НПРЦ «Бонум», Екатеринбург

В современном обществе культивированный тела превратился в массовую погоню за идеалом. Безудержное желание достигнуть совершенства во всем, игнорируя естественные возрастные и даже половые ограничения, требует жесткого самоконтроля, перерастающего подчас в насилие над собой, чреватого глубокими стрессовыми и депрессивными состояниями и саморазрушительным стилем жизни.

Этот тип людей современная клиническая психология склонна относить к погранично-нарциссическим. Клинический подход позволяет также менее однозначно оценивать индустрию услуг, призванную предлагать изощренные способы улучшения качества жизни, особенно те из них, которые направлены на совершенствование исключительно фасада.

С момента возникновения потребности в изменении телесного облика, затем обращения к хирургу с определенным запросом, пациент и хирург вступают в специфическую коммуникацию, эффективность которой (по аналогии с психотерапией) в значительной степени будет определяться мотивацией обращения, взаимными ожиданиями, обоюдными вкладами, психической устойчивостью хирурга, спецификой личностной организации пациента.

Нет нужды отрицать сегодня, что достижение высокого качества жизни, позволяющего людям быть активными и созидающими членами общества, связано, в том числе, с успехами пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. На протяжении последнего десятилетия спрос на подобные услуги имеет устойчивую тенденцию к росту (1, 2, 22, 23, 30, 37). Многократные эстетические операции, которые перестали быть редкостью, превращаются в доходную индустрию, сравнимую с другими современными технологиями удовлетворения потребностей. Согласно отечественным и зарубежным данным, преобладающее большинство

пациентов удовлетворены общим результатом оперативного вмешательства (2, 9, 18, 21, 33). Позитивные изменения физического облика влияют на улучшение психологического статуса (уровень самооценки и уверенность в себе) и социальное функционирование (15, 19, 28, 32, 43).

Однако, несмотря на выявленную корреляцию между телесными изменениями и психологическим состоянием индивида, это две независимые категории. Пациенты могут быть удовлетворены результатами проведенной операции, но при этом не почувствовать изменений психологических характеристик. В то же время отмечаются случаи недовольства технически правильно выполненными хирургическими вмешательствами. Такие важные влияния эстетической хирургии на качество жизни требуют дальнейшего изучения, поскольку навязчивые стремления радикальными способами добиться усовершенствования внешности нередко сопровождаются комплексом личных проблем, психической или социальной дезадаптацией. Так, люди со сверхзависимым складом личности, склонные к социальному конформизму, автоматическому и некритическому присвоению социокультурных стереотипов, чаще прибегают к внешним инструментам устранения недовольства. Страх утраты привлекательности, патологическое абсолютизированное чувство стыда за несоответствие телесного облика социально-профессиональным стандартам могут достичь такой интенсивности, что преобладающие у зависимых, конформных личностей архаические психологические защиты не смогут им противостоять. В таких случаях за злоупотреблением современными технологиями удовлетворения перфекционистской потребности в трансформации телесного облика обнаруживается достаточно обширный круг феноменов аутодеструкции, аддикции, парасуициды, сексуальный и межличностный промискуитет, наркотический стиль отношения к себе и другим людям. Являющиеся частью синдрома диффузии идентичности, свойственного ряду личностных

* Исследование поддержано грантом РГНФ 06 06 00601а

и психосоматических расстройств, они маскируют патологическое отчуждение телесной самоидентичности (6–14, 16, 24, 25, 34, 41, 42). В силу дефицитарности рефлексивных структур самосознания, фruстрации переживаются по преимуществу чувственно телесно, в конверсионной симптоматике, непосредственно моторной разгрузке невыносимого напряжения. Это также попытка до- или вневербальной коммуникации с Другим, когда сообщение иначе, как на языке телесных симптомов, не может быть передано (6). Использованиеproto-языка телесности взрослым – знак бессознательного, язык невыразимой в словах психической травмы и одновременно условие повышения виктимности личностного пространства, делающего его доступным для вторжения Другого, замещения этим Другим пространства личного Я, лишения автономности и самостоятельности в мыслях, чувствах, оценках. Виктимность своим источником имеет, таким образом, как аффективную (психотравму), так и когнитивную составляющую в виде низкой когнитивной дифференцированности (высокой проницаемости) границ Я-Другого, слитности самооценки с ожидаемыми оценками Другого (известный феномен Эхо-самооценки). Функцию репрезентации Я берет на себя почти исключительно телесный пласт самосознания, изолированный от вербальных и осознаваемых средств означивания (6). На этот же феномен указывает виднейший французский психоаналитик Джойс Макдугалл: «Психическая боль и конфликт, которые возникают в результате внутреннего или внешнего стресса, не признаются на уровне вербального мышления и не находят выхода в целом ряде психических проявлений: сновидениях, фантазиях, мыслях или иных формах психической деятельности, а скорее приводят к психотическим решениям галлюцинаторного типа или находят выход в психосоматических проявлениях, как это было в раннем детстве» (5, 62, 63). Сказанное имеет отношение к пациентам с серьезными личностными расстройствами. Вместе с тем, за последние годы в области исследования психологических факторов-предикторов эффективности пластической хирургии накопились наблюдения, позволяющие связывать случаи неудачного хирургического вмешательства с психическим неблагополучием пациентов – потребителей услуг эстетической хирургии. На обоснованность данного предположения указывают данные, полученные с 1960-х годов по настоящее время рядом зарубежных исследователей. Оказалось, существуют потенциальные группы риска, для которых характерно временное или длительное психическое расстройство в послеоперационный период, несмотря на кажущееся благополучие исхода операции. Основными факторами риска считают следующие критерии: возраст до 24 лет, мужской пол, нереалистичные представления о процедуре, минимальные физические недостатки, а также наличие депрессии, тревожности или личностного расстройства в анамнезе. Среди предпосылок не-

гативного исхода операции особенно выделяется дисморрофобия, распространенность которой у пациентов эстетической хирургии возросла с 1977 года на 12,4% (29, 31, 35, 36, 37, 40). В исследований психопатологической коморбидности психических нарушений по DSM-IV выявлено у мужчин – пограничное личностное расстройство (40,0%), нарциссизм (20,0%), депрессия (20,0 %); у женщин – пограничное личностное расстройство (28,0%), обсессивно-компульсивное расстройство (24,0%), нарциссизм (20,0%) (27, 39). Таким образом, становится очевидна практическая значимость исследования особенностей личностной организации пациентов эстетической хирургии, с целью предотвращения хирургического вмешательства при неадекватной мотивации, пограничного или психотического состояния. Изучение личностных особенностей пациентов эстетической хирургии представляет специальный интерес и для клинической психологии, в решении таких ее традиционных проблем как психосоматические взаимоотношения в клинике пограничных личностных расстройств.

Цель данной статьи состоит в теоретическом обосновании независимой психологической оценки пригодности пациентов к хирургическому вмешательству по объективным немедицинским показателям.

Материал и методы

В исследование было включено 128 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст $41,8 \pm 18,0$ лет), обратившихся в отделение пластической и реконструктивной хирургии ГУЗ ДБВЛ НПРИ «Бонум» (г. Екатеринбург) с запросами на эстетическое хирургическое преобразование внешности. Все отобранные пациенты не имели витальных показаний к оперативному вмешательству и клинических противопоказаний к операциям.

Пациенты включались в исследование исключительно добровольно, каждый имел возможность получения обратной связи и, при необходимости, психотерапевтической помощи в дальнейшем. Было проведено комплексное обследование в до- и послеоперационных периодах с применением методов:

- опросника невротических расстройств (ОНР) для выявления невротических и неврозоподобных нарушений в соматической и психической сфере и их динамики в лечебно-реабилитационном процессе в модификации Л.И.Вассермана;
- теста юмористических фраз (ТЮФ), предложенного А.Г.Шмелевым для диагностики мотивационной сферы личности;
- тематического апперцепционного теста (ТАТ Г.Мюррея) для исследования глубинных, часто неосознаваемых потребностей, конфликтов, комплексов, смысловых установок личности;
- диагностической процедуры анализа речевых высказываний (1);
- диагностического интервью по О.Кернбергу для определения типа структурной личностной организации.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0 в среде Windows, использовались критерий Манна-Уитни и корреляционный анализ по Спирмену, коэффициент корреляции Пирсона.

Были проанализированы некоторые социально-демографические характеристики пациентов, включенных в исследование. Большинство пациентов составляли женщины (95,0%), что свидетельствует об их большей приверженности следовать социально заданным стандартам внешности, а также о невротических предожиданиях, связанных с возможной утратой социальных или семейных позиций. По уровню образования среди всех пациентов преобладали ($p<0,001$) лица с высшим, неполным высшим и средним специальным образованием (76,7%), для которых более выражено стремление к повышению социально-профессионального статуса и поискам путей упрочения межличностных взаимосвязей. Тем более, что в результате анализа семейного положения пациентов были получены данные о преимущественном обращении к эстетической хирургии лиц, состоящих в браке (63,3%).

С целью выяснения роли внешних факторов (других людей или обстоятельств), способствующих изменению внешности, пациентам был предложен небольшой опросник. В результате было установлено, что 75,0% женщин и 100% мужчин имеют высокий стабильный личный доход и оплачивают операцию самостоятельно из собственных средств. Большинство пациентов (62,2%) получило поддержку и одобрение со стороны членов семьи в реализации намерений, связанных с операцией. Эти данные позволяют говорить о том, что в обществе определилась категория достаточно успешных людей, для которых возрастные изменения и внешняя (физическая) респектабельность являются катастрофическими для самореализации, как в социальном, так и личном плане, и субъективно атрибутируются ими к возможным неудачам в профессиональной деятельности и сфере межличностного взаимодействия. С другой стороны – это индикатор внутренней стабильности и интегрированности, соразмерности внутреннего и внешнего, константности осознавания себя и самоидентичности.

При обсуждении результатов эмпирического исследования мы будем использовать понятие «пограничная личностная организация» или «пограничная личность», которое не совпадает с принятой в отечественной психиатрии терминологией и является самостоятельной диагностической категорией для определения уровня личностной патологии пациента (2, 3, 5, 7).

Результаты исследования

В качестве основного мотива, побудившего к операции, большинство пациентов (90,9%; $p<0,001$) указали на желание нравиться себе и окружающим; и лишь 8,2% отметили, что решились на хирургическое вмешательство после нелестных замечаний

окружающих людей, либо под влиянием угрозы разрыва отношений со значимыми другими или угрозы потери работы. Следовательно, в большинстве случаев результат, достигнутый пластическим хирургом, удовлетворяющий заявленным требованиям, должен способствовать повышению качества жизни, развитию внутреннего потенциала и социально-профессиональной активности личности.

В целях эмпирической проверки был осуществлен сравнительный анализ субъективных проявлений невротических и неврозоподобных нарушений до и после операции с помощью опросника ОНР, по 15 шкалам, отобранным в связи с целью исследования. Как оказалось, по 11 шкалам обнаружена тенденция к повышению показателей в послеоперационный период, на 8–10 сутки после операции, то есть непосредственно перед выпиской. Для пяти шкал достигнут уровень статистической значимости (определен с помощью критерия знаков). Это шкалы: 1 – ухудшение состояния ($p<0,01$); 2 – колебание интенсивности жалоб ($p<0,01$); 4 – повышенная возбудимость ($p<0,05$); 5 – переживание своей малоценностю ($p<0,05$); 8 – нарушение социальных контактов ($p<0,05$). Можно предположить, что после эстетической операции невротическое состояние не только нарастает у 36,7% пациентов ($p<0,05$), но и, при определенных условиях, может приобрести характер расстройства в дальнейшем. Динамика показателей по указанным выше пятью шкалам в послеоперационный период представлена на рис. 1.

На основании сравнения характерной динамики показателей испытуемых по всем 15 шкалам ОНР в до- и послеоперационный период выделено три группы пациентов в соответствии с преобладающей



Рис. 1. Рост показателей по шкалам ОНР, для которых достигнут уровень статистической значимости, в послеоперационный период в условных единицах

тенденцией к повышению показателей или снижению показателей, а также их относительной сбалансированностью в пределах нормативного показателя. Группы представлены на рис. 2.

Более чем для половины пациентов (56,6%) сам факт хирургического вмешательства оказывается несущественным в плане изменений невротического статуса. Однако у значительной части (36,7%) отмечается усиление переживаний по поводу того, как их телесные изменения будут восприняты окружающими.

В ходе исследования мотивационной сферы личности пациентов в дооперационный период с помощью теста юмористических фраз (ТЮФ) были получены данные, выявляющие структуру профиля мотивационных тем (рис. 3).

Представленные результаты демонстрируют иерархию напряженности мотивационных тем в целом по выборке. Появление сверхкрупных классов, составленных из однозначных и многозначочных

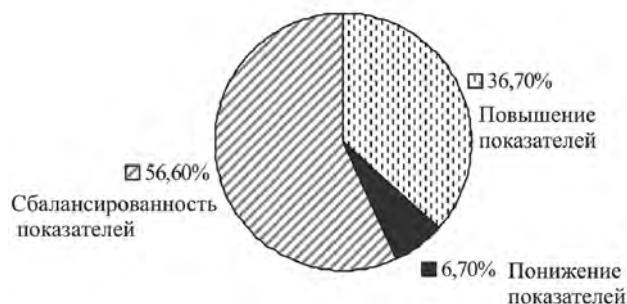


Рис. 2. Соотношение трех групп пациентов, выделенных на основе динамики показателей невротических и неврозоподобных нарушений в послеоперационный период

стимулов – агрессия (самозащита), взаимоотношения полов, семейные неурядицы – свидетельствует о сверхзначимой (доминирующей) мотивации, как правило, лежащей в основе запросов на эстетическую хирургию. В то же время, показатели напряженности мотивационной темы (максимальное значение) отражают силу препятствий (фрустратора) потребности быть принятим значимыми другими. Обнаруженный феномен является принципиально важным для понимания глубинных комплексов пациентов клиники эстетической хирургии. Наиболее гипертрофированными оказались мотивы, связанные с коммуникативной сферой – «семейные неурядицы» ($p<0,05$) и с экзистенциальной проблематикой личности – «агрессия (самозащита)» ($p<0,05$), усиливающиеся в контексте высоких показателей по теме «взаимоотношения полов» ($p<0,05$).

Исследование корреляционных связей между шкалами ОНР и ТЮФ показывает, что для 15 (33,3%) из 45 коэффициентов положительная или отрицательная корреляция достигает уровня статистической значимости (табл. 1).

Согласно полученным результатам, повышенная возбудимость – шкала 4 ОНР в послеоперационный период высоко положительно взаимосвязана с мотивационной темой «карьера», что, на наш взгляд, выявляет действие защитного механизма отрицания. Как отмечено выше, основная часть пациентов не рассматривает предстоящую эстетическую операцию в качестве средства для профессионального и социального продвижения по служебной лестнице. Наряду с этим, заслуживают внимания корреляционные взаимосвязи шкалы 2 ОНР – колебание интенсивности жалоб: положительные с темами

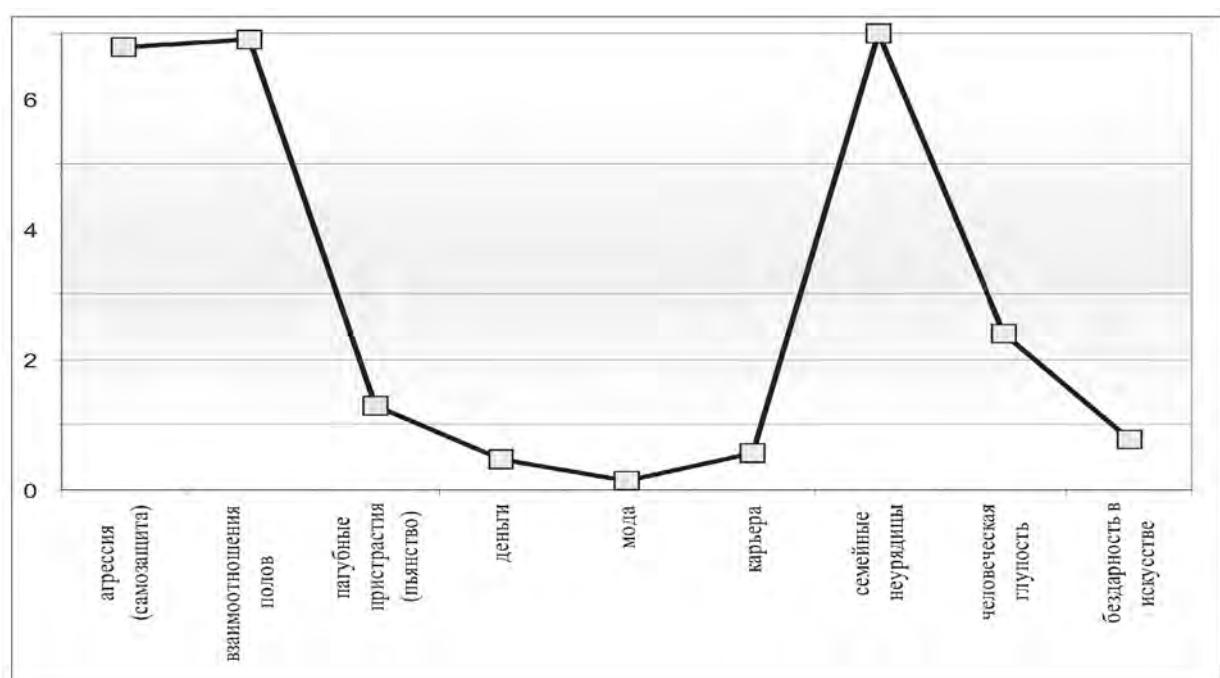


Рис. 3. Усредненный мотивационный профиль личности пациентов по результатам ТЮФ ($n=128$)

Таблица 1

**Корреляционные взаимосвязи показателей ОНР
(статистически значимые результаты)
и мотивационных тем ТЮФ (n=128)**

Шкалы ТЮФ	Шкалы ОНР				
	1	2	4	5	8
Агрессия		0,463*			
Взаимоотношение полов	-0,350*	-0,496*			
Пьянство			0,318*		
Деньги	0,309*			-0,386*	
Мода				0,489*	
Карьера		0,423*	0,565**		0,306*
Семейные неурядицы	-0,525*	-0,305*			-0,491*
Человеческая глупость	-0,308*			-0,468*	
Бездарность в искусстве					

Примечание: представлены только значимые корреляционные взаимосвязи.

«агgression» и «карьера» и отрицательные с темами «взаимоотношения полов» и «семейные неурядицы» ТЮФ. Это можно расценивать как особого рода защитную потребность в перманентной гипомании, избавляющей от депрессии, обусловленной необходимостью выжить в ситуации обостренной социальной конкуренции. Это подтверждается свойственным для пациентов вариантом самоутверждения за счет обладания внешними атрибутами – мода на эстетическую хирургию.

Значимые результаты получены путем фonoсемантического анализа тестов испытуемых (рассказы, составленные по таблицам ТАТ Г.Мюррея), проведенного с использованием программы Diaton, составленной по данным А.П.Журавлева, разработанной экспериментальным путем с допустимым

коэффициентом надежности ($r>0,85$). На основе выявления инвариантных семантических структур были выделены преобладающие тематические доминанты (рис. 4).

Как оказалось, некоторые таблицы для большинства пациентов несут особую смысловую нагрузку. Так, табл. 17 (ТАТ Г.Мюррея), выявляющая страхи, тенденцию бегства от чего-то, ожидания в отношении какой-то сложной ситуации, иногда суицидальные тенденции, имеет специфику в обследуемой группе. Тринадцать пациентов (10,1%) отказались составлять рассказ только по данной таблице, объясняя это непонятностью изображенной ситуации; 17 пациентов (13,3%) показали максимальное латентное время (от 43 сек. до 1 мин. 25 сек.) с момента предъявления таблицы до начала рассказа. По нашему мнению, это еще раз подтверждает высокий уровень тревожности пациентов на момент выписки из клиники.

Исследование репрезентаций смысла «причины обращения к эстетической хирургии» в диалогах врача и пациента с помощью специально разработанной диагностической процедуры анализа речевых высказываний (2) позволило выделить в тексте запросов многократно повторяющиеся «клише». Наблюдения за дискурсивной деятельностью «потенциальных» пациентов осуществлялись в ходе беседы при первичном посещении ими клиники. Анализировалось качество речевых высказываний, их внутренняя связность, возможность выделить «подлежащее», полнота формулировок, субъектность. По данным критериям условно определены три группы, которые демонстрирует табл. 2.

Проведение диагностического интервью (по О.Кернбергу) в период, предшествующий операции, позволило собрать дополнительную информацию о пациентах с точки зрения структурной личностной организации в целом и ее подструктур: идентификация идентичности, типичные психологические защиты, способность к тестированию реальности.

Обсуждение результатов и выводы

Обобщенный анализ всех полученных результатов позволяет не только понять особенности мотивационно-личностных детерминант обращений пациентов в клинику эстетической хирургии, но и предположить возможные сценарии использования полученного «хирургического» эффекта в целях преобразования значимых жизненных ситуаций и обстоятельств в дальнейшем.

Мы полагаем, что обнаруженные характеристики являются индикаторами структурных особенностей психики пациентов и могут быть классифицированы с позиций структурной личностной организации. Если для одних пациентов смысл эстетической хирургической операции состоит в избавлении от изъяна, лишающего их возможности максимально реализовать сексуальную привлекательность, которая имеет ненасыщаемый характер, и потому они с присущим оптимизмом переносят

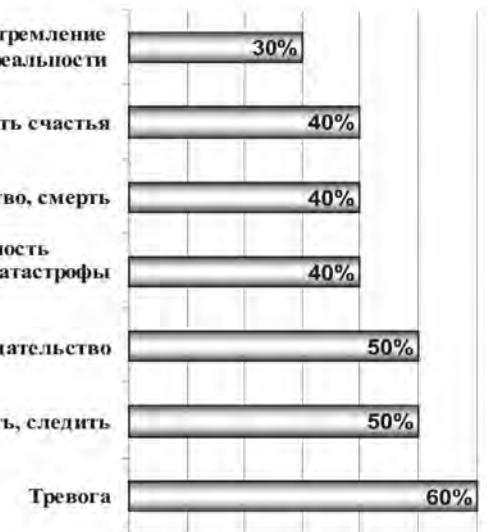


Рис. 4. Частота (в процентном соотношении) встречаемости тематических доминант в рассказах испытуемых

Характеристики речевого поведения

Качество речевых высказываний		
Ясно обозначаемое субъективное несогласие со своим внешним обликом, обусловленное возрастными изменениями или социально-профессиональным статусом	Поверхностность высказываний, стереотипные фразы, отражающие социальные стандарты молодости и красоты, ссылки на других людей или авторитеты	Построение системы доказательств, оправдывающей настойчивое стремление «остановить время любой ценой»
Внутренняя связность, отчетливость		
Точное указание на желаемые преобразования внешнего облика, прагматизм	Размытость запроса, стремление переложить ответственность за выбор на хирурга	Требование технически трудно осуществимых преобразований, их нереальность
Субъектность		
Выражение уверенности в получении хорошего результата	Многократные попытки вникнуть в профессиональные «тонкости» работы хирурга, примеры негативных результатов, полученных другими пациентами	Указания на необходимость многократного обращения к эстетической хирургии

восстановительный период, необходимые лечебные процедуры, интересуются результатами проведенного психодиагностического обследования. Поведение и внешний облик у многих пациенток данной группы носит сексуально-provokационный характер, в условиях клиники они, как правило, стремятся занять позицию любимой, самой значимой, особой пациентки пластического хирурга. Им не свойственны депрессивные переживания отрешенности, болезненного ожидания последствий оперативного вмешательства, при этом мастерство и профессионализм хирурга никоим образом не ставится под сомнение. Как показывают наши наблюдения, пациенты этой группы неоднократно обращаются к эстетической хирургии, что позволяет им таким образом реализовать гиперактивность, сопровождающуюся значительным расходом энергии, жестокость по отношению к себе, всеобъемлющую сексуальность и огромную зависть к окружающим, которая скрывается за панцирем авторитаризма и уверенности в себе. По-видимому, здесь представлена группа пациентов, которые составляют более половины тех, кто обращается в клинику эстетической хирургии.

Наряду с этим есть пациенты, которые посредством обращения к эстетической хирургии, реализуют своюственную им личностную патологию от ситуационно обусловленных болезненных состояний, не изменяющих самосознание личности, до острых пограничных и психотических нарушений тестирования реальности. Именно поэтому так важно было эмпирически обозначить маркеры, позволяющие уже в предоперационный период выявить пациентов, для которых высока вероятность негативного исхода. Любое, даже самое удачное хирургическое вмешательство не приносит им желаемого эмоционального состояния и улучшения психологического статуса. Мы полагаем, что об этом свидетельствует тенденция к повышению по шкалам ОНР «переживание своей малоценностии» и «нарушение социальных контактов» в послеоперационный период, выявленная более чем у трети пациентов. По-видимому, можно говорить о болезненном нара-

стании депрессии, обусловленной нарциссическим центрированием на лучшем будущем и невозможностью принять настоящее. Данное состояние характерно для женщин, обращающихся по поводу ринопластики, пластики век и абдоминопластики (в порядке возрастания неадекватности запроса) и мужчин, требующих ринопластику и проведение круговой подтяжки лица. Нереалистичные ожидания таких пациентов, по-видимому, связаны с полным или частичным нарушением реальности, что вполне подтверждается представленной иерархией тематических доминант по ТАТ Г.Мюррея. Поэтому интрапсихические проблемы, требующие разрешения, проецируются на определенные части тела или лица, происходит концентрация внимания на определенных зонах, вызывающих беспокойство, которые и являются предметом хирургического вмешательства. Однако, несмотря на проведенную операцию, сфокусированность на данном участке тела не исчезает, побуждая пациентов к дальнейшим поискам подходящего пластического хирурга и клиники. В силу действия нерефлексируемых защитных механизмов для данной группы пациентов характерна неопределенность при формулировании запроса и максимальная «самоустранимость» при ссылках на требования времени, социума, моды и прочее.

Такое доминирование телесного уровня переживаний по сравнению с уровнем произвольного психического регулирования поведения и деятельности свидетельствует о пограничной личностной организации определенной части пациентов эстетической хирургии. Как показывают результаты проведенного исследования, количество таких пациентов колеблется от 17,1% до 36,7%. Данное патологическое состояние выступает в качестве защитной организации с очень мощными внутренними детерминантами, и по этой причине даже врачи, следующие психотерапевтически ориентированной лечебной идеологии, терпят неудачу в ведении таких пациентов. При столкновении с внешним или внутренним психическим конфликтом пациенты с пограничной личностной организацией, прежде всего, пережива-

ют ситуации гнева или агрессии, которая, в рамках доступного им языка отреагирования, оборачивается на тело. Очевидными реакциями на деструктивные фантазии и переживания становятся варианты «самоповреждающего», парасуицидального поведения без какого-либо проявления симптомов сексуального характера, выявляемых у пациентов с невротической личностной организацией.

Таким образом, учитывая потенциальные риски хирургического вмешательства, становится очевид-

ной необходимость психологического сопровождения пациентов на всех этапах пребывания в клинике, а также совместная деятельность пластических хирургов, психиатров и клинических психологов. Важнейшим условием позитивного исхода обращения является проведение адекватного психологического тестирования у потенциальных пациентов эстетической хирургии. В ряде случаев необходима комбинация назначения соответствующих препаратов и когнитивно-поведенческой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Баранская Л.Т., Блохина С.И., Леонов А.Г., Соколова Е.Т., Ткаченко А.Е. Психологическое сопровождение лечебного процесса как способ управления мотивами пациентов (на примере эстетической хирургии) // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 5. – С. 44–51.
- Баранская Л.Т., Леонов А.Г., Блохина С.И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. – Екатеринбург: «СВ-96», 2005.
- Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника. Пер. с франц. А.Ш.Хостова. – М.: МГУ им. М.В.Ломоносова, 2001.
- Кочетков Я.А., Соколова Е.Т. Объектные отношения у пациентов с паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 2. – С. 10–14.
- Макдугалл Дж. Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. Пер. с франц. – М.: «Когито-Центр», 2007.
- Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Под ред. Е.Т.Соколовой, В.В.Николаева. – М.: SvR-Aргус, 1995. – Ч. 1.
- Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.
- Соколова Е.Т. Человек-нарцисс: портрет в современном социокультурном контексте // Психология. Современные направления междисциплинарных исследований / Под ред. А.Журавлева, Н.Тарабриной. – М.: Институт психологии РАН, 2003. – С. 126–138.
- Соколова Е.Т., Блохина С.И., Леонов А.Г., Баранская Л.Т. Предварительное обсуждение проблемы реабилитации в эстетической хирургии // Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации / Под ред. С.И.Блохиной, Л.Т.Баранской. – Екатеринбург: «СВ-96», 2005. – С. 169–177.
- Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С., Леонтиу Ф. К обоснованию клинико-психологического изучения расстройств гендерной идентичности // Вопросы психологии. – 2001. – № 6. – С. 3–17.
- Соколова Е.Т., Ильина С.В. Роль эмоционального опыта насилия для самоидентичности женщин, занимающихся проституцией // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 5. – С. 70–81.
- Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 103–116.
- Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Связь психологических механизмов защиты с аффективно-когнитивным стилем личности // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. – 2006. – № 2. – С. 12–29.
- Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. – М.: Психологический коллектор, 2001.
- Biby E. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder // J. Clin. Psychology. – 1998. – Vol. 54. – P. 489–499.
- Druss R.G., Symonds F.C., Crikelair G.F. The problem of somatic delusions in patients seeking cosmetic surgery // Plast. Reconstr. Surg. – 1971. – Vol. 48. – P. 246.
- Edgerton M.T., Jacobson W.E., Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: Ninety-eight consecutive patients with minimal deformity // Br. J. Plast. Surg. – 1960. – Vol. 13. – P. 136.
- Edgerton M.T., Langman M.W., Pruzinsky T. Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed patients // Plast. Reconstr. Surg. – 1991. – Vol. 88. – P. 594.
- Ferraro G.A., Rossano F., D'Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery // Aesth. Plast. Surgery. – 2005. – Vol. 29, N 3. – P. 184–189.
- Goin M.K., Burgoine R.W., Goin J., Staples F.R. A prospective psychological study of 50 female face-lift patients // Plast. Reconstr. Surg. – 1980. – Vol. 65. – P. 436.
- Goin M.K., Rees T.D. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty // Ann. Plast. Surg. – 1991. – Vol. 27. – P. 210.
- Honingman R.J., Comm B., Philips K.A. et al. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery // Plast. Reconstr. Surg. – 2004. – Vol. 113, N 4. – P. 1229–1237.
- Hueston J., Dennerstein L., Gotts J. Psychological aspects of cosmetic surgery // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 1985. – Vol. 4. – P. 335.
- Jacobson W.E., Edgerton M.T., Meyer E. et al. Psychiatric evaluation of male patients seeking cosmetic surgery // Plast. Reconstr. Surg. – 1960. – Vol. 26. – P. 356.
- Kilman P.R., Sattler L., Taylor J. The impact of augmentation mammoplasty: A follow-up study // Plast. Reconstr. Surg. – 1987. – Vol. 80. – P. 374.
- McLaughlin J.K. Epidemiological study: a link between cosmetic surgery and suicide // Am. J. Epidemiol. – 2001. – Vol. 164. – P. 334.
- Meisler J.G. Toward optimal health: The experts discuss cosmetic surgery // J. Women's Health Gender Based Med. – 2001. – Vol. 9. – P. 13.
- Meyer E., Jacobson W.E., Edgerton M.T., Canter A. Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery // Psychosom. Med. – 1960. – Vol. 22. – P. 193.
- Meyer L., Ringberg A. Augmentation mammoplasty: Psychiatric and psychosocial characteristics and outcome in a group of Swedish women // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. – 1987. – Vol. 21. – P. 199.
- Nystrom G., Smith R. and Associates. An inside look at cosmetic surgery // American Chronicle. – March 4, 2007.
- Ohjimi H., Shioya N., Ishigooka J. The role of psychiatry in aesthetic surgery // Aesth. Plast. Surg. – 1988. – Vol. 12. – P. 187–190.
- Overholser J.C., Adams D.M., Lehnert K.L., Brinkman D.C. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents // Am. Academy Child and Adolescent Psychiatry. – 1995. – Vol. 34. – P. 919–928.
- Pruzinsky T. Psychological factors in cosmetic plastic surgery: Recent developments in patient care // Plast. Surg. Nurs. – 1993. – Vol. 13. – P. 64.
- Phillips K.A., Grant J., Siniscalchi J., Albertini R.S. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder // Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42. – P. 504.
- Phillips K.A., Diaz S.F. Gender differences in body dysmorphic disorder // J. Nerv. Ment. Dis. – 1997. – Vol. 185. – P. 570.
- Rosen J., Reiter J., Orosan P. Cognitive-behavioural body image therapy for body dysmorphic disorder // J. Consult. Clin. Psychology. – 1995. – Vol. 63. – P. 263–269.
- Sarwer D.B. The obsessive cosmetic surgery patient: A consideration of body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder // Plast. Surg. Nurs. – 1997. – Vol. 17. – P. 193.
- Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertchuk M.J., Whitaker L.A. The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization // Clin. Psychol. Rev. – 1998. – Vol. 18. – P. 1.
- Stator R., Harris D.L. Are rhinoplasty patients potentially mad? // Br. J. Plast. Surg. – 1996. – Vol. 20. – P. 153.
- Vindigni C., Pavan M., Semenzin S. et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? // Eur. J. Plast. Surg. – 2002. – Vol. 25. – P. 305–308.
- Vargel S., Ulusahin A. Psychopathology and body image in

cosmetic surgery patients // Aesth. Plast. Surg. – 2001. – Vol. 25. – P. 474–478.

42. Veale D., Boocock A., Gournay K. et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 169.

– P. 196–201.

43. Watson D., Suls J., Haig J. Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity // J. Person. Soc. Psychol. – 2002. – Vol. 83. – P. 185–197.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL GROUNDS FOR THE EFFECTIVENESS OF AESTHETIC SURGERY

E. T. Sokolova, L. T. Baranskaya

It is well known that the achievement of high living standards that give human beings the possibility to be active and creative members of society is connected, among other things, with successes in plastic, reconstructive and aesthetic surgery. The past decade has witnessed a steady growth in the demand for such services. Literature shows that most of the patients are quite satisfied with the result of the said surgery. Positive changes in the physical appearance help to raise the psychological status of an individual (the level of self-esteem and confidence) and the way the person carries out his/her social functions.

Though we do see a correlation between body changes and the psychological state of the person, these two characteristics are quite independent of each other. That is why the great effect that aesthetic surgery has on the standard of life is still to be studied. For instance, it has become known that radical methods of changing an individual's appearance for the better may give

birth to a whole complex of psychic health problems – from neurotic disorders to psychopathology.

Empirical research material of personal characteristics of patients that had undergone restorative, reconstructive and plastic surgery at the Scientific Center "BONUM" (Ekaterinburg) has shown that in more than 30% of the cases there is potential surgery risk in patients with non-medical indications. The main "risk group" consists of borderline patients for whom all body changes turn out to be destructive fantasies that lead to depressions. This pathological state has its very strong internal intra-psychic determinants, and for this reason even the most well equipped surgeons fail in the treatment of these patients. That is why there are more chances to achieve a positive aesthetic surgery result if patients undergo an adequate psychological test that would show the reasons for their desire. In a number of cases a combination of preparations and cognitive-behavioral therapy is required.