

Психологическая оценка результатов эффективности эстетической хирургии

Л. Т. Баранская, С. С. Татаурова, А. Е. Ткаченко

Уральский госуниверситет им. А. М. Горького, кафедра клинической психологии.
ГУЗ ДБВЛ НПРЦ «Бонум», отделение пластической и реконструктивной хирургии, г. Екатеринбург

Резюме

Авторами представлен зарубежный обзор по проблеме влияния кардинальных изменений физического облика пациентов на их психический статус. Обсуждаются возможные риски, связанные с обращением к эстетической хирургии некоторых групп пациентов. Особое внимание уделяется распространенности дисморфофобии у пациентов эстетической хирургии (до 14,4%), обоего пола. В связи с этим указывается на необходимость диагностики такого соматоформного расстройства (DSM-III-R) в предоперационный период. Значение психиатрической консультации представляется очевидным, поскольку только специалист может назначить лечение, заключающееся в комбинации приема соответствующих препаратов и когнитивно-поведенческой психотерапии. Также рассматривается степень удовлетворенности оперативным вмешательством пациентами с разными видами обращений. Установлено, что наиболее благоприятный исход — повышение качества жизни и психосоциального статуса — характерен для пациенток, которым была сделана маммопластика. В то же время для ринопластики получены противоречивые результаты: у 55,0% пациентов в послеоперационный период выявлены личностные расстройства, преимущественно нарциссизм. При обследовании пациентов с круговой подтяжкой лица обнаружен высокий процент (54,4%) послеоперационных депрессий, диагностируемых также в течение последующих шести месяцев. В некоторых статьях речь идет также о влиянии эстетической хирургии на суицидальное поведение.

Ключевые слова: пациенты эстетической хирургии, дисморфомания, личностные расстройства, суицид.

Мультидисциплинарные исследования обращений пациентов к эстетической хирургии обусловлены ее возрастающим значением в современном обществе. В эпоху потребительского капитализма, развития и совершенствования технологий, либерального индивидуализма в Западных странах, и особенно Соединенных Штатах Америки, эстетическая хирургия стала неотъемлемой частью культурного пейзажа. В сознании современного человека присутствует уверенность в возможности изменения, совершенствования, и, по сути, создания заново собственного тела. Степень влияния эстетической хирургии на общественное сознание иллюстрируют следующие циф-

ры: по данным Американского Общества Пластической Хирургии на период 2000 года было проведено 1,3 млн. операций, что составляет увеличение с 1992 года на 198% [11].

С точки зрения психологии личности, данная проблема имеет несколько ракурсов рассмотрения: во-первых, это приемлемость такой процедуры для определенных категорий пациентов; во-вторых, связь осознаваемого образа собственного тела с реальным образом и удовлетворенность результатами хирургического вмешательства; и, наконец, в-третьих, существование некоторых этических и социальных ограничений. В западных научных и периодических изданиях активно дискутируется проблема этической составляющей мощного продвижения идеи о неприемлемости в современном обществе присутствия признаков старения. При этом средства массовой информации навязывают определенные стандарты, которые подталкивают людей к хирургическому вмешательству. В связи с этим обсуждается вопрос об этике пластического хирурга, первоочередной задачей которого является забота о здоровье пациентов.

Баранская Людмила Тимофеевна — к. п. н., доцент, зав. кафедрой клинической психологии Уральского государственного университета им. А. М. Горького, медицинский психолог высшей категории.

Татаурова Светлана Сергеевна — старший преподаватель Уральского государственного университета им. А. М. Горького, медицинский психолог.

Ткаченко Алексей Евгеньевич — к. м. н., зав. отделением пластической и реконструктивной хирургии ГУЗ НПРЦ «Бонум», г. Екатеринбург.

Лонгитюдное исследование, проведенное в Австралии, было направлено на сопоставление демографических данных и факторов, связанных с общим уровнем здоровья женщин применительно к процедурам эстетической хирургии [13]. Было обследовано 3 группы женщин: в возрасте от 18 до 23 лет, от 45 до 50 лет и от 70 до 75 лет; из каждой группы была сделана случайная выборка с намеренным преобладанием жительниц сельской местности и более отдаленных районов. Затем из общего числа респондентов был отобран возрастной сегмент 45-50 лет, количество испытуемых составило 14.100 женщин. Данные, полученные в ходе эксперимента, вполне применимы к общему женскому населению Австралии, принадлежащему к данной возрастной группе.

Методика исследования заключалась в интерпретации заполненных респондентами анкет, в которых содержалась информация относительно демографических данных, а также рассматривались обращения к специалистам разных областей медицины. Положительная корреляция установлена между видом деятельности и семейным статусом, с одной стороны, и оперативным вмешательством — с другой. Оказалось, что всего 7,0% из нескольких тысяч опрошенных женщин в возрасте от 45 до 50 лет обращались к пластическому хирургу. К хирургии были склонны прибегать женщины, занимающиеся административной, высококвалифицированной деятельностью, а также представители отделов продаж; что касается семейного положения, наибольшее количество обращений было в группе разведенных и незамужних женщин. Респонденты, которых ранее оперировали, а также те, кто за последний год часто обращался за какой-либо медицинской помощью, были склонны прибегать к эстетической хирургии. Не обнаружено корреляции между количеством обращений и уровнем образования. Также авторы указывают на отмеченные психологические побочные эффекты хирургического вмешательства, а именно: расстройства сна, тревожность, симптомы депрессивных состояний и неспецифические соматические жалобы. Как и любое другое исследование, данный опрос имел свои ограничения: отсутствие дооперационного исследования и краткий послеоперационный период. Тем не менее, значимым является необходимость дальнейших исследований такого рода для получения более точной и достоверной информации.

По утверждениям заинтересованных лиц эстетическая хирургия призвана улучшать психологическое и психосоциальное благополучие пациентов. Согласно фундаментальному обзор

ру (Мельбурн, Австралия), охватившему материалы 37 кросскультурных исследований [35], выполненных с 1960 по 2002 год, подавляющее большинство пациентов удовлетворено общим результатом оперативного вмешательства. Высокий уровень удовлетворенности результатами эстетической хирургии, отмеченный хирургами и исследователями, подтверждается клиническими и эмпирическими данными. Позитивные изменения физического облика пациента, несомненно, влияют и на улучшения психологического статуса, включая такие его составляющие, как уровень самооценки и уверенности в себе. [7, 9, 40, 43] Несмотря на выявленную корреляцию между телесными изменениями и психическим состоянием индивида, это две независимые категории. Пациенты могут быть довольны результатами проведенной операции, но при этом не почувствовать изменений психологических характеристик. Именно поэтому вопрос влияния эстетической хирургии на улучшение качества жизни вопрос требует дальнейшего изучения, хотя во многих случаях наблюдение за пациентами после операции и исследование результатов проведенного хирургического вмешательства ограничивается непродолжительным периодом времени.

Вместе с тем, несмотря на кажущееся благополучие исхода операции, у значительного числа пациентов отмечается временное или более длительное психологическое расстройство. Факторами риска являются следующие критерии: юный возраст, мужской пол, нереалистичные представления о процедуре, неудовлетворенность ранее проведенными хирургическими вмешательствами, минимальные физические недостатки, принятие решения об операции с целью улучшения отношений с партнером, а также наличие депрессии, тревожности или личностного расстройства в анамнезе [11, 13, 34, 44]. Особой предпосылкой негативного исхода операции является дисморфофобия [44, 51], что подтверждается психиатрической литературой.

К потенциальным группам риска относится категория мужчин в возрасте от 20 до 35 лет, не состоящих в браке и ранее прибегавших к процедурам эстетической хирургии, а также мужчин среднего возраста (40-50 лет), которые обращаются в клинику для проведения круговой подтяжки лица. Согласно исследованию, проведенному в Японии [20, 45], целью которого явилось межкультуральное изучение пациентов эстетической хирургии мужского пола в Америке и Японии, было выявлено, что для этих мужчин характерны такие личностные черты, как застенчивость, ригидность и закрытость. Они неохотно идут

на контакт, их ответы в ходе клинического интервью скудны и немногословны, им также свойственно испытывать трудности в межличностных отношениях, что особенно ярко проявляется при общении с противоположным полом. Якобсон и его коллеги [20] отмечают специфические родительские отношения у таких пациентов: они, как правило, близки с матерью и с неприязнью отзываются об отце. Ощущение физического дефекта часто связано с неосознаваемым желанием дистанцироваться от черт отца, с которыми невозможно примириться. Авторы статьи утверждают, что у таких пациентов высока вероятность негативного исхода хирургии, прежде всего в плане психологического благополучия, несмотря на объективно удовлетворительные результаты. Одним из возможных объяснений данной тенденции является довольно высокий процент пациентов, страдающих дисморфофобией, и нереалистичные ожидания, предъявляемые к хирургии. Р. Г. Драсс [7] считает это результатом действия примитивных, нерелексируемых механизмов психологической защиты низшего порядка: отрицания, проекции и проективной идентификации. Свойственное пациентам нарушение тестирования реальности вынуждает их проецировать интрапсихические конфликты, требующие разрешения, на те или иные части тела. В результате внимание концентрируется на определенных зонах, вызывающих беспокойство, которые и являются предметом хирургического вмешательства. Поэтому, несмотря на проведенную операцию, патологическая фиксация на данном участке тела не исчезает, побуждая пациента к бесконечному поиску подходящего хирурга и клиники. У пациентов с дисморфофобией механизмы, детерминирующие мотивацию обращений к эстетической хирургии, во многом схожи. Несколько лет назад считалось, что данное расстройство более характерно для женщин, нежели для мужчин [30, 32, 47]. Тем не менее, согласно недавним исследованиям [31, 36, 41, 50], проведенным в США, значимого различия возникновения дисморфофобии у женщин и мужчин не было выявлено. Однако в Японии процентное соотношение мужчин с этим заболеванием значительно выше, чем в Америке. Несмотря на примерно равную степень неудовлетворенности тем участком тела, коррекции которого они добивались, мужчины демонстрировали соответствие большему количеству диагностических критериев дисморфофобии. Наряду с этим, в обеих странах отмечается, что мужчины — пациенты эстетической хирургии более эмоционально и личностно неуравновешены по сравнению с пациентами женского пола. Другой гипотезой [49], объясняющей этиологию

данного расстройства, по мнению исследователей, является сензитивность к асимметрии. Данное предположение основано на том факте, что в живом мире симметрия представляет собой особую ценность, поскольку означает лучшую биологическую приспособляемость и резистентность. Возможно, пациенты, страдающие дисморфофобией, способны реагировать на малейшие отклонения от норм симметрии и развивать навязчивые состояния, связанные с восприятием асимметрии собственного тела. Отмечается увеличение распространенности дисморфофобии у пациентов эстетической хирургии: если в 1977 году их число составляло 2%, то в 2000 — эта цифра достигла 7-14% [44].

Таким образом, значимость данной проблемы определяет необходимость диагностики соматоформного расстройства (DSM-III-R) в предоперационный период, т.к. любое, даже самое удачное хирургическое вмешательство не принесет такому пациенту желаемого облегчения эмоционального состояния и улучшения психологического статуса. Авторы очередного исследования, проведенного в Падуе [51], утверждают, что пациенты с дисморфофобией редко попадают в поле зрения психиатров, т.к. они обращаются преимущественно к дерматологам или эстетическим хирургам, тогда как психологическое сопровождение явилось бы в данном случае хорошей возможностью оказания адекватной помощи. Установлено, что из 56 пациентов клиники эстетической хирургии (45 женщин и 11 мужчин; средний возраст $39,6 \pm 23,3$ года), согласившихся принять участие в исследовании, дисморфофобия была выявлена у 53,0% ($n=30$). При этом, 27,0% мужчин и 40,0% женщин ранее уже обращались к эстетической хирургии.

В исследованиях коморбидности психопатологии пациентов в соответствии с диагностическими критериями DSM IV получены следующие результаты: у мужчин преобладают такие расстройства, как дистимия (60%), социальная фобия (60%), посттравматический синдром (40%), нарциссизм (20%), тогда как у женщин — депрессия (24%), социальная фобия (20%), генерализованное тревожное расстройство (20%), обсессивно-компульсивное расстройство (24%), нарциссизм (20%).

Значение психиатрической консультации представляется очевидным: только специалист может назначить лечение, заключающееся в настоящее время в комбинации приема соответствующих препаратов и когнитивно-поведенческой психотерапии [9, 38, 48, 49]. Таким образом, необходимость проведения адекватного психологического тестирования у потенциальных пациентов эстетической хирургии

является одним из условий позитивного исхода обращения.

Значительная часть исследований посвящена степени удовлетворенности оперативным вмешательством пациентами с разными видами обращений. Пациентки, которым была сделана маммопластика, были в подавляющем большинстве (78-97%) довольны исходом операции: отмечается повышение качества их жизни и общего психосоциального статуса [23, 24, 25, 26]. Все они сообщали о повышении самооценки, социальной адаптации, уровня собственной привлекательности и удовлетворенности образом тела. Более противоречивые результаты выявила ринопластика. В исследовании, проведенном Эджертоном, [9, 10] 55% пациентов (35 женщин и 11 мужчин) продемонстрировали послеоперационные психические расстройства, наиболее распространенным из них явился нарциссизм. Относительно пациентов с круговой подтяжки лица было проведено 2 исследования [27]: первое из них (1964 год — 71 испытуемый) показало более позитивные результаты — 86% пациентов сообщали об общем уровне удовлетворенности результатами. Средний возраст пациентов данного исследования составил 48 лет. Более позднее исследование Гойна [14] (1980 год — 50 испытуемых) обнаружило высокий процент неудовлетворенности после оперативного вмешательства — 54%. Состояние депрессии после коррекционных процедур было выявлено у трети испытуемых. Однако определение психологического статуса пациентов в этом исследовании не превысило 6 месяцев, поэтому более долгосрочные последствия неизвестны и требуют дополнительного изучения.

Одним из побуждающих факторов обращения к эстетической хирургии является несоответствие представлений пациентов об образе собственного тела с объективно существующей реальностью, что в целом ухудшает качество жизни. Образ тела [29] представляет собой многогранный конструкт, включающий в себя самовосприятие индивида и отношение к собственному телу, а именно, внешнему виду. Исследование, предпринятое в 2006 году Кэшем и его коллегами [5, 21], дополнило проведенные ранее попыткой измерить влияние ежедневных событий, настроения и состояния на изменения в ощущении образа тела, характерные для восприимчивых индивидов. Большая часть исследований интра-индивидуальной вариативности (ИИВ) самооощущения, как правило, основывалась на субъективном уровне самооценки, который должен был отслеживаться испытуемыми на протяжении определенного отрезка времени, например, в течение недели. Устойчивость или неустойчивость

самооценки характеризовали ситуативно определяемые краткосрочные изменения, испытываемые индивидом. Стандартное отклонение в уровне самооощущения служит индексом ИИВ, тогда как средняя величина этих показателей отражает состояние самооощущения в среднем. Испытуемые должны были ежедневно оценивать жизненные события, связанные с ощущением образа тела, используя Шкалу Состояний Образа Тела (*Body Image States Scale — BISS*). Гипотеза исследования заключалась в следующем: менее благоприятный уровень связан с низкой удовлетворенностью образом тела, дисфорией, «большими вложениями» в собственную внешность, нарушенным пищевым поведением и использованием менее адаптивных копинг-стратегий. В исследовании принимало участие 121 испытуемый из двух Американских университетов (*Университета Old Dominion и Университета Южной Флориды*) в возрасте от 18 до 61 года (средний возраст $39,5 \pm 20,5$ лет). В исследовании использовалась авторская батарея тестов, таких, как: Тест отношения к еде (*Eating Attitudes Test*), Оценка когнитивных искажений образа тела (*Assessment of Body-Image Cognitive Distortions*) и некоторые другие, которые испытуемые должны были заполнять на протяжении 10 дней и отправлять отчет по электронной почте. Полученные результаты подтвердили гипотезы о том, что:

- а) «меньшие вложения» в собственную внешность, направленные на повышение уровня самооценки обуславливают более высокую положительную самооценку;
- б) нарушение образа тела напрямую связано с менее благоприятными показателями по шкале состояний образа тела;
- в) более высокие оценки ИИВ коррелируют с когнитивными искажениями образа тела и более перфекционистским представлением о себе. Несмотря на очевидное взаимовлияние нарушения образа тела и патологического пищевого поведения, ни один из этих показателей напрямую не связан с ежедневной вариативностью образа тела.

Недостатками практически всех современных исследований, по словам профессора Касла [6] (*Исследовательский Институт Психического Здоровья, Викториа, Австралия*), являются недостаточная репрезентативность выборки, краткосрочность психологического и медицинского сопровождения. В работе также должны быть использованы стандартизированные методики. На современном этапе проведено слишком мало лонгитюдных исследований, и при этом полученные результаты противоречивы. Предлагаемые Каслом направления исследований включают в себя следующие.

1. Изучение корреляции процедур эстетической хирургии и психологического благополучия пациентов.

В настоящее время существуют исследования, как подтверждающие позитивные результаты [28, 53]; так и свидетельствующие о негативном воздействии на личность [2, 4, 35, 40]. Примером тому является влияние эстетической хирургии на суицидальное поведение [22, 37, 52]. Согласно крупному исследованию 13 000 женщин в США и 24 000 в Канаде, принятому с целью выявления влияния имплантов груди на риск развития рака, несмотря на отсутствие данной взаимосвязи, существует корреляция между проведенной маммопластикой (увеличение объема груди) и числом суицидов. Такие пациентки в 2 или 3 раза более склонны к суицидальным действиям по сравнению с контрольной группой женщин, не подвергавшихся хирургическому вмешательству.

2. Влияние телесных изменений на восприятие индивида в социуме.

Более привилегированное положение некоторых людей в социуме, с точки зрения общительности, влиятельности, интеллектуальности, часто объясняют их физической привлекательностью [18]. Один из вопросов, которыми задаются исследователи, состоит в том, насколько эстетическая хирургия поставит людей, прибегавших к ней и людей, не пользовавшихся ее услугами, в разное социальное положение, возможно, лишая последних найти партнера или престижную работу. С другой стороны, пациенты могут быть мотивированы неудовлетворенностью образом собственного тела, и в этом случае желанием избавиться от психологического дискомфорта и ощущения неловкости, а также потребностью соответствия телесного образа личностному профилю [3, 5, 17, 19, 40, 52].

По данным исследований печатных изданий по сравнению с мужскими изданиями женские журналы печатают в 10,5 раз больше рекламы и статей, призывающих к изменению своего тела. Результаты такого воздействия довольно печальны — «обыкновенная» женщина понимает, что ей необходимо постоянно улучшать свою внешность, происходит интериоризация навязанных стереотипов, и это превращается в бесконечную погоню за недостижимым идеалом. Еще одна концепция, представленная в издании *Frontiers*, объясняет многочисленные попытки женщин добиться идеала путем эстетической хирургии их стремлением стать кем-то другим. Здесь есть рассогласованность с образом и собственным телом, и собственной идентичности, которая является по-

нятием многомерным. Классическим случаем «обсессивного пациента» в истории эстетической хирургии можно считать англичанку Синди Джексон, которая подверглась 27 операциям для достижения своего идеала — куклы Барби. Более того, в мире на сегодняшний день существует 6 ее клонов, стремящихся стать другими, взяв за образец для подражания саму измененную Синди. Попытка внешне соответствовать некоему идеалу и ориентация на некий искусственно созданный образ характерно для человека массовой культуры.

3. Воздействие эстетической хирургии на детей и подростков.

В 2004 г. процедуры эстетической хирургии для 18-летних и более юных подростков составили 240 682 случаев обращений [1, 12, 16, 29]. При этом самыми распространенными в этом списке были ринопластика, изменение формы и объема груди, липосакция и абдоминопластика. Необходимость более тщательно изучать долгосрочных последствий хирургического вмешательства в возрасте, когда происходит физическое и психическое становление личности, не вызывает сомнений.

4. Изучение количественных и качественных критериев обращения к эстетической хирургии как основания для диагностики дисморфофобии.

Особой значимостью при выявлении дисморфофобии являются такие критерии, как объективная оценка специалистами внешнего облика пациента: при данном расстройстве физический дефект, вызывающий чрезмерное беспокойство пациента, объективно незаметен для окружающих [2, 33, 39, 42]. Еще один диагностический признак представляет собой влияние окружающих на принятие решения об обращении к хирургии, что может объясняться экстернальным locusом контроля.

Несмотря на незначительное число строгих научных критериев, способных прогнозировать негативный исход хирургического вмешательства, существуют эмпирические данные, которые должны быть использованы хирургами и клиническими психологами их для выявления. Во-первых, очень важен принцип формулировки жалобы пациентом: следует учитывать длительность осознаваемого дискомфорта и рассмотрения возможности обращения к эстетической хирургии, а также причину, побудившую пациента прийти на консультацию. Особое внимание нужно уделять предыдущим хирургическим вмешательствам, поскольку неудовлетворенность индивида проведенными эстетическими процедурами представляет собой фактор риска негативного исхода и в дан-

ном случае. Клиническое интервью должно содержать вопросы, выявляющие количество предыдущих обращений и степень удовлетворенности/неудовлетворенности пациента и его референтной группы их результатами в косметическом и психосоциальном плане. Тревожными симптомами являются угрозы в адрес хирурга, проводившего предыдущую операцию, любые проявления открытой агрессии или попытки привлечь специалистов клиники, в которой проводилась операция, к административной ответственности. Также следует оценить реалистичность ожиданий предстоящего вмешательства, а именно, как, по мнению пациента должна измениться жизнь после обращения. Соуер и Диди [39] высказывают предположение о том, что следует разграничивать ожидания, относящиеся к пациенту лично (например, улучшение восприятия пациентом образа своего тела) и ожидания, касающихся внешних параметров (например, получение желаемой работы, улучшение или создание новых отношений с партнером, укрепление своего положения в социуме и т.д.). По результатам многих исследований [15, 24, 46] особенно прогностически значимым является желание сохранить отношения с партнером. Поскольку в настоящее время не существует опросников, которые позволяют выявить все вышеперечисленные категории, следует использовать полученные эмпирические данные и формулировать вопросы таким образом, чтобы получить наиболее полную картину о пациенте, о его представлениях и ожиданиях.

Что касается процедур эстетической хирургии по отношению к пациентам с минимальными дефектами, в литературе существуют два противоположных мнения: одни исследователи [5, 43, 44] подтверждают позитивный исход вмешательства, тогда как другие [17, 21, 41] предоставляют убедительные статистические данные, которые говорят о другом. Возможно в исследовании, проведенном Эджертоном в 1960 году, до включения дисморфобии в DSM III, не были учтены все возможные факторы риска, связанные с данным расстройством. Поэтому на стадии дооперативного исследования пациента важно его выявить. Общеизвестным является факт эффективности в данном случае психиатрической помощи в сочетании с психотерапией, однако большинство пациентов предпочитают хирургическое вмешательство. Одним из оснований, определяющим вероятность наличия дисморфобии, является интенсивность и продолжительность испытываемого дискомфорта по поводу воспринимаемого физического недостатка, а также поведенческие реакции им вызываемые

(социальное избегание). Если подобное состояние вызывает серьезное беспокойство (к примеру, мысли пациента заняты своей внешностью не менее 1 часа ежедневно), вероятность диагностировать дисморфофобию очень велика. В психиатрии и дерматологии были разработаны и стандартизированы краткие опросники, однако исследователям предстоит выяснить их валидность применительно к пациентам эстетической хирургии.

Значимым фактором является также оценка психического статуса пациента, позволяющая выявить присутствие личностных расстройств. Тогда как наличие у пациента психического расстройства не всегда является противопоказанием для эстетической хирургии, некоторые состояния должны рассматриваться в качестве прогностически негативных факторов, а именно: депрессия, психоз или дисморфобия.

Таким образом, осознавая глубинное желание индивида быть внешне привлекательным, характерное для представителей всех эпох и континентов, и особую значимость, которая придается данному феномену на современном этапе развития общества, когда изменение биологических характеристик является социально приемлемым, влияние эстетической хирургии неоспоримо и неукоиснительно растет. Привлекательная внешность и сохранение молодости в более зрелом возрасте не только предоставляет лучшие возможности для образовательного и профессионального роста, но также увеличивает шансы поддерживать романтические отношения и повышает общее качество жизни. Возможности развивающихся технологий представляются безграничными, и поле деятельности эстетического хирурга постоянно расширяется. Несмотря на кажущееся благополучие и психологическое удовлетворение, которые получают пациенты, исследования, проведенные в сфере эстетической хирургии, в основном, выявляют краткосрочные результаты (не более 1-2 лет) [7]. Учитывая потенциальные риски оперативного вмешательства, описанные выше, становится очевидной необходимость более длительного сопровождения пациентов и совместная деятельность хирургов, психиатров и клинических психологов.

Таким образом, несмотря на значительное количество исследований в области косметической хирургии, остается много неразрешенных проблем. Первая группа связана с разработкой адекватных методов дифференциации пациентов, не забывая о противопоказаниях пластической хирургии для определенной категории людей; вторая группа касается мотивов обращений пациентов — некоторые иссле-

дователи считают недовольство образом тела единственным мотивом, что вызывает сомнения со стороны автора данной работы. К третьей группе проблем можно отнести недостаточную вовлеченность клинических психологов в процесс сопровождения пациентов, и, наконец, четвертую и последнюю группу следует определить как необходимость выделения до-

статочных оснований для эстетической хирургии. В свете всего сказанного представляется очевидным, что разумное использование новейших технологий в данной области и ограничение несоизмеримых с реальностью потребностей некоторых пациентов в столь радикальных мерах улучшит современное положение дел в эстетической хирургии.

Литература

1. Albertini RS, Phillips KA (1999) Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 38: 453-459.
2. Biby E. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54:489-499.
3. Bradbury E. The psychology of aesthetic plastic surgery. *Aesth. Plast. Surg* 1994; 18: 301-305.
4. Burk J, Zelen SI, Terino EO: More than skin deep: a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 1985; 76: 270-279.
5. Cash TF, Winstead BA, Janda LH: Body image survey report: the great American shape-up. *Psychology today* 1986; 20: 30-44.
6. Castle DJ, Honingman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial well-being? *Med. J. Aust* 2002; 176:601.
7. Cosmetic Surgery Special: When Looks Can Kill. *New Scientist*, 19 October 2006.
8. Druss RG, Symonds FC, Crikelair GF: The problem of somatic delusions in patients seeking cosmetic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 48: 246, 1971.
9. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E: Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: Ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br. J. Plast. Surg.* 1960; 13: 136.
10. Edgerton MT, Langman MW, Pruzinsky T. Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed Patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 1991; 88: 594.
11. Ferraro GA, Rossano F, D'Andrea F. Self-Perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 2005 May-June; 29(3): 184-9.
12. Furnham A, Cheng H. Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35: 463-470.
13. Gail Nystrom, Smith Robert and Associates: An Inside Look at Cosmetic Surgery. March 4, 2007 *American Chronicle*.
14. Goin MK, Burgoyne RW, Goin J, Staples FR: A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 1980; 65: 436.
15. Goin MK, Rees TD. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Ann. Plast. Surg.* 1991; 27: 210.
16. Greenier K.D, Kernis M.H., McNamara C.W., Waschull S.B, Berry A.J. and Herlocker C.E et al., Individual differences in reactivity to daily events: Examining the roles of stability and level of self-esteem. *Journal of Personality* 1999; 67: 185-208.
17. Grossbart TA, Sarwer DB. Cosmetic surgery: Surgical tools — Psychosocial goals. *Semin. Cutan. Med. Surg.* 1999; 18: 101.
18. Hiroyuki Ohjimi, Nobuyuki Shioya, Jun Ishigooka. The role of psychiatry in aesthetic surgery. *Aesth. PLast. Surg.* 1988; 12: 187-190.
19. Hueston J, Dennerstein L, Gotts J. Psychological aspects of cosmetic surgery. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 1985; 4: 335.
20. Jacobson WE, Edgerton MT, Meyer E, Canter A, Slaughter R: psychiatric evaluation of male patients seeking cosmetic surgery *Plast. Reconstr. Surg.* 26: 356, 1960.
21. Jonathan A. Rudiger, Thomas F. Cash, Megan Roehrig and J. Kevin Thompson. Day-to-day body-image states: Prospective predictors of intra-individual level and variability. *Body Image*; March 2007, Vol. 4, Issue 1, pp 1-9.
22. Joseph K. McLaughlin Epidemiological study: a link between cosmetic surgery and suicide. *American Journal of Epidemiology*, 2001; vol. 164, p334.
23. Kathryn Bayer Cosmetic surgery and cosmetics: redefining the appearance of age, *Generations*, Fall 2005. — pp. 13-18.
24. Kilman PR, Sattler JI, Taylor J. The impact of augmentation mammoplasty: A follow-up study. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80: 374.
25. Meisler JG. Toward optimal health: The experts discuss cosmetic surgery. *J Womens Health Gender Based Med* 2001; 9:13.
26. Melissa Dittmann: Plastic surgery: Beauty or Beast? *American Psychological Association* Vol. 36 #8 September 2005.
27. Meyer E, Jakobson WE, Edgerton MT, Canter A. Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery. *Psychosom. Med.* 1960; 22:193.
28. Meyer L, Ringberg A. Augmentation mammoplasty: Psychiatric and psychosocial characteristics and outcome in a group of Swedish women. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* 1987; 21:199.
29. Overholser JC, Adams DM, Lehnert KL, Brinkman DC: Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 919-928.
30. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997; 185: 570.
31. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic Disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 504.
32. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *1993 Am. J. Psychiatry* 150: 302-308.
33. Pruzinsky T. Psychological factors in cosmetic plastic surgery: Recent developments in patient care. *Plast. Surg. Nurs.* 1993; 13:64.
34. Rafat Hussain, Margot Schofield, Deborah Loxton Cosmetic surgery history and health service in midlife, *Women's Health Australia, MJA*, 2002, 176(12). — pp. 576-579.
35. Roberta J Honingman, B.Comm., B.Soc.Work., A.A.S.W., Katherine A Phillips, M.D., and David J Castle, M.Sc., M.D., M.R.C.Psych., F.R.A.N.Z.C.P. Melbourne, Australia; and Providence, R.I. A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery *Plast. Reconstr. Surg.* 2004 April 1; 113(4): 1229-1237.
36. Rohrich RJ. Streamlining cosmetic surgery patient selection. *Just say no! Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 104: 220-221.

Полный список литературы см. на сайте umj.ru