

DOI: 10.37988/1811-153X_2021_2_65

Р.И. Слабковский¹,
старший лаборант кафедры ортодонтии

Н.С. Дробышева¹,
к.м.н., доцент кафедры ортодонтии

А.Б. Слабковская¹,
д.м.н., профессор, зав. учебной частью
кафедры ортодонтии

А.Ю. Дробышев¹,
д.м.н., профессор, зав. кафедрой челюстно-
лицевой и пластической хирургии

В.Е. Медведев²,
к.м.н., доцент, зав. кафедрой психиатрии,
психотерапии и психосоматической
патологии

М.О. Успенская²,
клинический ординатор кафедры
психиатрии, психотерапии
и психосоматической патологии

¹ МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
127473, Москва, Россия

² РУДН, 117198, Москва, Россия

Возможности психолого-психиатрической реабилитации взрослых пациентов после ортогнатических операций

Реферат. В настоящее время ортогнатическое лечение пациентов со скелетными формами аномалий окклюзии получает все большее распространение. Оно позволяет в короткие сроки изменить не только функцию зубочелюстной системы, но и внешность пациента, что не может не отразиться на его психоэмоциональном состоянии. Огромное значение имеет психологический статус пациента, особенно после операции, в связи с трудностями, связанными с физическим восстановлением. В последнее время мы начали обращать внимание на методики реабилитации пациентов, которые оказывают позитивное влияние на состояние пациента. **Цель исследования** — оценить влияние методов реабилитации взрослых пациентов после проведения ортогнатических операций на психоэмоциональное состояние пациентов. **Материалы и методы.** Обследовали психометрически 42 пациента (33 женщины и 9 мужчин) 18—55 лет после ортогнатического, хирургического и реабилитационного лечения. Использовали шкалы и опросники для выявления доминирующих личностных черт, наличия симптомов тревоги и депрессии, оценки качества жизни, характерологический опросник Леонгарда, оценку мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна, многофакторный личностный 16PF (Sixteen Personality Factor Questionnaire) Р. Кеттелла, госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии (HADS), оценку качества жизни SF-36 health status survey. **Результаты.** Получены данные, указывающие на положительную динамику психоэмоционального состояния пациентов, перенесших оперативное лечение и находящихся на реабилитации. Необходимость такой реабилитации с психиатрической точки зрения обусловлена наличием у пациентов сформированных личностных аномалий и реактивных состояний тревожно-депрессивного спектра.

Ключевые слова: скелетные формы аномалий окклюзии, реабилитация, психоэмоциональное состояние, психометрическое обследование

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Слабковский Р.И., Дробышева Н.С., Слабковская А.Б., Дробышев А.Ю., Медведев В.Е., Успенская М.О. Возможности психолого-психиатрической реабилитации взрослых пациентов после ортогнатических операций. — *Клиническая стоматология*. — 2021; 24 (2): 65—71. DOI: 10.37988/1811-153X_2021_2_65

R.I. Slabkovsky¹,
laboratory technician at the Orthodontics
department

N.S. Drobysheva¹,
PhD in Medical Sciences, assistant professor
of the Orthodontics department

A.B. Slabkovskaya¹,
Grand PhD in Medical Sciences, professor
of the Teaching department

A.Yu. Drobyshev¹,
Grand PhD in Medical Sciences, professor
of the Maxillofacial and plastic surgery
department

V.E. Medvedev²,
PhD in Medical Sciences, assistant professor
and head of Psychiatry, psychotherapy and
psychosomatic pathology Department

Possibilities of psychological and psychiatric rehabilitation of adult patients after orthognathic surgery

Abstract. Currently, orthognathic treatment of patients with skeletal forms of occlusion anomalies is becoming more widespread. It allows in a short time to change not only the function of the dentition, but also the patient's appearance, which also affects his psycho-emotional state. The psychological status of the patient is of great importance, especially after surgery due to the difficulties associated with physical recovery. Recently, we began to pay attention to the methods of patient rehabilitation, which have a positive effect on the patient's condition. Purpose and objectives of the study: to assess the impact of rehabilitation methods for adult patients after orthognathic surgery on the psychoemotional state of patients. **Materials and methods.** 42 patients (33 women, 9 men) aged 18—55 years, who underwent the orthodontic, surgical and rehabilitation stages of combined treatment, were examined. Patient examination methods included psychometric method using validated scales and statistical analysis. During the psychometric examination, a battery of scales and questionnaires were used to identify dominant personality traits, the presence of symptoms of anxiety and depression, a questionnaire to assess the quality of life: Leonhard's

M.O. Uspenskaya²,

Clinical resident of the Psychiatry,
psychotherapy and psychosomatic pathology
Department

¹ Moscow State University of Medicine
and Dentistry, 127473, Moscow, Russia

² RUDN University, 117198, Moscow, Russia

characterological questionnaire; scale of assessment of motivation approved by D. Marlow and D. Crown; multifactorial personality questionnaire 16PF (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF) by R. Kettel; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); methodology for assessing the quality of life "SF-36 health status survey". **Results.** In the course of the study, data were obtained indicating positive dynamics of the psychoemotional state of patients who underwent surgical treatment and are in rehabilitation. The need for such rehabilitation from a psychiatric point of view is due to the presence of formed personality anomalies and reactive states of the anxiety-depressive spectrum in patients. There were mainly unmarried women at the age of 19—29. All patients worked and studied, 68% of them had a higher education. Emotive (34,9%), hyperthymic (27,9%), exalted (23,2%) traits predominated in patients with congenital anomalies of maxilla-facial region. The dynamics of the approval from others showed a tendency to reduce the need of patients after rehabilitation for approval from others (from 8% to 25%). The subsyndromal depressive symptoms are completely reduced (up to 100%) during the rehabilitation course. The analysis of the results indicated a positive distinct dynamics (improvement) of the patients' condition in terms of such indicators as "calmness", "low anxiety", "trustfulness" and "conformism". Patients at the end of rehabilitation noted a decrease in the intensity of pain and its impact on the ability to engage in daily activities, increased energy and its improved overall health and social functioning with a positive assessment of the patient's current state of health and prospects for treatment in the future.

Key words: skeletal forms of occlusion anomalies, rehabilitation, psycho-emotional state, psychometric examination

FOR CITATION:

Slabkovsky R.I., Drobysheva N.S., Slabkovskaya A.B., Drobyshev A.Yu., Medvedev V.E., Uspenskaya M.O. Possibilities of psychological and psychiatric rehabilitation of adult patients after orthognathic surgery. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2021; 24 (2): 65—71 (In Russ.). DOI: 10.37988/1811-153X_2021_2_65

ВВЕДЕНИЕ

На фоне развития челюстно-лицевой хирургии в течение последних десятилетий не ослабевает интерес к изучению патопсихологических и психических расстройств у пациентов со скелетными формами аномалий окклюзий зубных рядов. Основные векторы исследований направлены на описание конституциональных и нажитых личностных аномалий, вариантов патологических психических развитий пациентов с патологией челюстно-лицевой области [1, 3, 7, 8, 12—15]. В некоторых работах представлены данные о роли хирургических методов лечения на динамику психопатологических расстройств [2, 6, 10, 11, 16—19]. В частности, в исследовании А.В. Коваленко и соавт. отмечено, что у пациентов со скелетными формами аномалий окклюзии в 24,18% случаев определена склонность к интроверсии, в 19,44% — к нейротизму, в 52% выявлена тенденция к зависимости и в 67% — тенденция к избеганию борьбы, что говорит о наличии проблем при общении в группе и о плохой социальной адаптации. После проведения комплексного лечения авторы выявили изменение психологического состояния пациентов [5].

Индивидуальные особенности психоэмоциональной сферы пациентов со скелетными аномалиями окклюзии осложняют течение периода послеоперационной реабилитации в связи с физическим и функциональным дискомфортом, снижением социальной активности и эмоциональной лабильностью [10].

В то же время практически отсутствуют данные о влиянии реабилитационных мероприятий, следующих за хирургическим этапом лечения, на течение психических и патохарактерологических процессов.

Цель исследования — оценка влияния методов реабилитации взрослых пациентов после проведения ортогнатических операций на психоэмоциональное состояние пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 42 пациентов (33 женщины, 9 мужчин) стационара клиники, госпитализированных для плановых ортогнатических операций на верхней и нижней челюстях. Средний возраст $27,5 \pm 7,4$ года.

В исследование включались пациенты с диагностированными аномалиями челюстей в возрасте 18—55 лет, прошедшие ортодонтический, хирургический и реабилитационный этапы комбинированного лечения.

В исследование не включали пациентов с миастенией и миастеноподобными синдромами, острыми инфекционными заболеваниями, гемофилией, миопией высокой степени, соматическими и психическими (шизофрения, аффективные расстройства, шизоаффективный психоз) заболеваниями в стадии обострения, деменцией, принимающие миорелаксанты, антикоагулянты, антибиотики из группы аминогликозидов, тетрациклина, полимиксина, злоупотребляющие алкоголем, беременные и кормящие грудью.

В ходе реабилитационных процедур перепрограммирование биоэлектрической активности мышц челюстно-лицевой области осуществлялось методом аппаратной миостимуляции прибором МИО-СТИМ (Биотроник, Италия) в режиме релаксации, иглорефлексо-терапии и кинезиотейпов Kine Xib Ultraviolet (Китай).

Методы обследования пациентов включали психометрический метод с использованием валидизированных шкал и статистический анализ.

Психометрическое обследование пациентов проводилось накануне начала курса реабилитационных процедур и после его завершения. При психометрическом обследовании использовалась батарея шкал и опросников для выявления доминирующих личностных черт, наличия симптомов тревоги и депрессии, опросник для оценки качества жизни.

Характерологический опросник Леонгарда предназначен для выявления акцентуаций характера (Leonhard K., 1976). Опросник включает 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Первая шкала характеризует личность с высокой жизненной активностью, 2-я показывает возбудимую акцентуацию, 3-я говорит о глубине эмоциональной жизни испытуемого, 4-я показывает склонность к педантизму, 5-я повышенную тревожность, 6-я — склонность к перепадам настроения, 7-я говорит о демонстративности поведения испытуемого, 8-я — о неуравновешенности поведения, 9-я показывает степень утомляемости, 10-я — силу и выраженность эмоционального реагирования.

Шкала оценки мотивации одобрения Марлоу и Крауна направлена на выявление мотивации одобрения и, следовательно, готовности человека казаться лучше, представлять себя перед другими как полностью соответствующего социальным нормам [9].

Таблица 1. Социодемографические характеристики
[Table 1. Socio-demographic characteristics]

Показатель	абс.	%
Пол:		
• мужской	9	21,4
• женский	33	78,6
Образование:		
• высшее	27	64,3
• среднее специальное	4	9,5
• среднее	9	21,4
Семейное положение:		
• разведен(а)	2	4,8
• в браке	10	23,8
• не замужем/не женат	26	61,9
Возраст, лет:		
• 18	3	7,1
• 19—29	19	45,2
• 30—39	11	26,1
• 40—55	4	9,5
• Медиана	27,5	

Многофакторный личностный опросник 16PF (Sixteen Personality Factor Questionnaire) Р. Кеттелла предназначен для написания широкой сферы индивидуально-личностных черт [4]. Отличительной чертой данного опросника является его ориентация на выявление относительно независимых 16 факторов (шкал, первичных черт) личности. Отдельные факторы, оценивающиеся с помощью опросника, объединяются в три блока: интеллектуальный, эмоционально-волевой блок и коммуникативный.

Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) позволяет достоверно оценить отсутствие/наличие (субклинически выраженная или клинически выраженная) симптомов тревоги и депрессии [24].

Методика оценки качества жизни SF-36 health status survey состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни [23]. Количественно оцениваются такие показатели, как общая оценка больным своего состояния здоровья (GH) в настоящий момент и перспектив лечения, физическое функционирование (PF), отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.), влияние физического состояния (RP) на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности), влияние эмоционального состояния (RE) на ролевое функционирование (предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.), социальное функционирование (SF, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность и общение), интенсивность боли (BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, жизнеспособность (VT, подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обеспокоенным) и самооценку психического здоровья (MH, характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке социодемографических особенностей обследованных было определено, что все 43 (100%) пациента в выборке работали или учились. Более половины обследованных имели высшее образование, не состояли в браке и были в возрасте от 19 до 29 лет (табл. 1).

Согласно оценке по характерологическому опроснику Леонгарда (табл. 2) у пациентов, проходивших реабилитацию, преобладали эмотивные, гипертимические, экзальтированные черты, что соответствует встречающимся в литературе описаниям гиперкомпенсационных вариантов личностного развития у пациентов с врожденными аномалиями ЧЛО [21–23].

Таблица 2. Характерологический профиль пациентов по опроснику Леонгарда
[Table 2. Characterological profile of patients according to the Leonhard questionnaire]

Характерологические черты	абс.	%
Демонстративные	9	21,4
Гипертимные	12	28,6
Эмотивные	15	35,7
Застревающие	6	14,3
Экзальтированные	10	23,8
Педантичные	5	11,9
Тревожные	2	4,8
Циклотимные	2	4,8
Возбудимые	1	2,4
Итого	62*	144,2*

Примечание: * — у 19 пациентов равно доминировали черты 2–3 типов.

Динамика показателя поиска одобрения со стороны окружающих по шкале оценки мотивации одобрения Марлоу и Крауна (табл. 3) демонстрировала тенденцию

Таблица 3. Поиск пациентами одобрения извне по шкале оценки мотивации одобрения Марлоу и Крауна (в %)
[Table 3. Patients' search for external approval by Marlowe and Crown approval motivation rating scale (in %)]

Мотивация	До	После
Низкая	7,5	25,0
Средняя	75,0	68,8
Высокая	17,5	6,2

Таблица 4. Динамика выраженности тревоги и депрессии по HADS на фоне реабилитации (в %)
[Table 4. Dynamics of anxiety and depression severity according to HADS on the background of rehabilitation (in %)]

Выраженность симптомов	Тревога		Депрессия	
	до	после	до	после
Нет	68,8	77,3	81,2	100,0
Субклиническая	25,0	12,6	18,8	0,0
Клинически выраженная	6,2	10,0	0,0	0,0

Таблица 5. Динамика состояния пациентов по многофакторному личностному опроснику Р. Кеттела
[Table 5. Dynamics of patients' condition according to R. Kettel's multivariate personal questionnaire]

Фактор	До		После	
	ср. арифметическое	медиана	ср. арифметическое	медиана
A (замкнутость—общительность)	5,49	5	5,06	5
B (интеллект)	4,67	5	4,53	5
C (эмоциональная нестабильность — эмоциональная стабильность)	6,62	7	6,06	7
E (подчиненность—доминантность)	8,17	6	5,50	6
F (сдержанность—экспрессивность)	5,17	5	5,24	5
G (низкая нормативность поведения — высокая нормативность поведения)	6,10	6	6,00	6
H (робость—смелость)	4,86	5	4,63	4,5
I (жесткость—чувствительность)	4,86	5	4,81	5
L (доверчивость—подозрительность)	8,78	7	7,00	5,94
M (доверчивость—подозрительность)	5,05	5	5,13	6
N (прямолинейность—дипломатичность)	5,40	5,5	5,00	5
O (спокойствие—тревожность)	6,48	6,5	6,88	7
Q1 (консерватизм—радикализм)	4,88	5	4,06	3
Q2 (конформизм—нонконформизм)	4,73	5	5,00	5,5
Q3 (низкий самоконтроль — высокий самоконтроль)	6,46	7	6,31	6,5
Q4 (расслабленность—напряженность)	4,55	5	4,94	5
F1 (низкая тревожность — высокая тревожность)	5,29	5,2	5,16	5,3
F2 (интроверсия—экстраверсия)	5,35	5,7	5,00	4,5
F3 (чувствительность—уравновешенность)	6,23	5,9	6,14	6,1
F4 (конформность—независимость)	4,96	5,05	4,63	4,8

к снижению потребности пациентов после реабилитации в одобрении со стороны других. Увеличение числа пациентов с низкими показателями по шкале указывало на приобретение ими уверенности в себе без потребности в одобрении извне, адекватной положительной самооценке, признании своего права на ошибки и также могут говорить о высокой требовательности к себе переходящей в самокритичность.

По госпитальной шкале тревоги и депрессии (табл. 4) установлены следующие корреляции. На фоне проведения курса реабилитации полностью редуцируется субсиндромальная депрессивная симптоматика, в то время как субклиническая тревога имеет разнонаправленные тенденции: у 2 пациентов тревога усиливается, у 3 — редуцируется до уровня нормы. Это может быть объяснено как различной эффективностью реабилитационного курса, наличием/отсутствием осложнений хирургического лечения, так и внешними психоэмоциональными стрессорами.

Анализ результатов теста Кеттела (табл. 5) указывал на положительную отчетливую динамику (улучшение) состояния пациентов по таким показателям, как спокойствие, низкая тревожность, доверчивость и конформизм.

Отрицательная динамика (снижение выраженности) отмечена у пациентов по показателям робость, подозрительность, прямолинейность, консерватизм, низкий самоконтроль, замкнутость/интроверсия, чувствительность/ранимость и конформность/зависимость.

Клинически описанная динамика реализовалась снижением нерешительности, замкнутости, обидчивости, подозрительности, тревожности, раздражительности, вспыльчивости, трудности при самостоятельном принятии решений, при одновременном расширении круга общения, повышением активности, уверенности в себе, решительности при реализации задуманного.

Таким образом, очевидна тенденция к становлению психологических характеристик, повышающих уровень социальной приспособляемости и адаптации.

Этот вывод подтверждался результатами обследования пациентов при помощи опросника качества жизни SF-36 (табл. 6). Согласно ответам на вопросы, пациенты к концу реабилитации отмечали снижение интенсивности болевых ощущений и их влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, повышение энергичности и улучшение общего состояния здоровья и социального функционирования с положительной оценкой пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения в будущем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования получены данные, указывающие на положительную динамику психоэмоционального состояния пациентов, перенесших оперативное лечение и находящихся на реабилитации.

Необходимость такой реабилитации с психиатрической точки зрения обусловлена наличием у пациентов сформированных личностных аномалий и реактивных состояний тревожно-депрессивного спектра [2, 3, 6–8, 24].

В настоящем исследовании установлено, что лица с врожденными аномалиями характеризуются конституциональной или нажитой высокой чувствительностью и впечатлительностью, отличаются глубиной переживаний в области тонких эмоций в духовной жизни (эмотивные черты по опроснику Леонгарда), легкостью смены аффекта от радости до подавленности (экзальтированные черты по опроснику Леонгарда) в сочетании

Таблица 6. Динамика показателей качества жизни на фоне курса реабилитации по шкале SF-36

[Table 6. Dynamics of quality of life against the background of a rehabilitation course on the SF-36 scale]

Показатель	До		После	
	ср. арифметическое	медиана	ср. арифметическое	медиана
Физическое функционирование	94,76	95	95,67	95
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	95,12	100	84,38	100
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	88,34	100	81,26	100
Энергичность/усталость	66,34	70	67,19	75
Эмоциональное самочувствие	70,54	72	71,25	72
Социальное функционирование	88,28	93,75	89,63	100
Интенсивность боли	86,72	100	84,82	90
Общее состояние здоровья	67,07	70	71,25	72,5
Изменение здоровья	53,05	50	60,94	50

с жадной деятельностью, высокой активностью, предприимчивостью (гипертимические черты).

При этом на фоне проведенного хирургического лечения и после курса реабилитационных процедур у пациентов отмечается тенденция к становлению психологических характеристик, повышающих уровень социальной приспособляемости и адаптации. Так, данные психометрического обследования по Шкале оценки мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна указывают на приобретение ими уверенности в себе без потребности в одобрении извне, адекватной положительной самооценки. По Многофакторному личностному опроснику Р. Кеттела отмечается снижение нерешительности, замкнутости, обидчивости, подозрительности, тревожности, раздражительности, вспыльчивости, трудности при самостоятельном принятии решений, при одновременном расширении круга общения, повышении активности, уверенности в себе, решительности при реализации задуманного.

Ограничения настоящего исследования — невозможность дифференцированной оценки вклада в динамику психического состояния пациентов отсутствие катamnестических данных для уточнения устойчивости достигнутых эффектов.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие конфликта интересов.

Поступила: 30.03.2021 **Принята в печать:** 09.05.2021

Conflict of interests. The author declares no conflict of interests.
Received: 30.03.2021 **Accepted:** 09.05.2021

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аржанцев П.З., Виссарионов В.А., Давыдов Б.Н. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1997.
2. Goldstein J., Hanuszkiewicz M. Significance of facial plastic operations in psychical and social rehabilitation. — *Acta Chir Plast.* — 1980; 22 (3): 129—33. PMID: 6165165
3. Дробышев А.Ю., Чантырь И.В., Дробышева Н.С., Медведев В.Э., Фролова В.И., Фофанова Ю.С. — Психометрическая оценка уровня тревоги и депрессии у взрослых пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями. — *Медицинский алфавит.* — 2015; 22: 39—41. eLIBRARY ID: 26206068
4. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. — СПб.: Речь, 2004. — 99 с. eLIBRARY ID: 20086611
5. Коваленко А.В., Слабковская А.Б., Дробышева Н.С., Дробышев А.Ю., Персин Л.С. Психологический статус пациентов с гнатическими формами аномалий окклюзий до и после ортогнатического лечения. — *Российская стоматология.* — 2011, 4 (5): 10—4. eLIBRARY ID: 20809978
6. Матвеев В.Ф., Попилина С.В., Сергеев А.А. Влияние хирургического лечения на психологическую реадaptацию больных с врожденными и приобретенными дефектами лица. — *Стоматология.* — 1972: 51: 54—7.
7. Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Мартынов С.Е. Психопатологические и патохарактерологические расстройства у пациентов с травмами челюстно-лицевой области (аспекты клиники и терапии). — *Российская стоматология.* — 2015; 8(4): 44—51. eLIBRARY ID: 25594582
8. Медведев В.Э., Виссарионов В.А., Мартынов С.Е., Фролова В.И. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога. — *Архив внутренней медицины.* — 2016; 6 (S1): 81—2. eLIBRARY ID: 28289613
9. Райгородский Д.Я. (ред.). Методика диагностики самооценки мотивации одобрения (Шкала лжи) Д.Марлоу и Д.Крауна. — В кн.: Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара, 2001. — С. 635—636.
10. Михайлова В.В. Особенности реабилитации больных с приобретенными и врожденными деформациями челюстно-лицевой области в до- и послеоперационных периодах хирургического лечения (клинический, психотерапевтический, психофармакологический аспекты): дис. ... к.м.н. — М., 1998.
11. Панин М.Г., Папырин В.Д., Тхостов А.Ш. Психологическая реабилитация больных после реконструктивных операций при врожденных деформационных челюстных костей. — *Стоматология.* — 1991; 70 (1): 47—8.
12. Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Фролова В.И., Дробышев А.Ю., Шипика Д.В., Кузнецов А.Н., Заславский И.Д. Психические расстройства у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: распространенность, нозологическая квалификация и терапия. — *Российская стоматология.* — 2016; 9 (4): 3—10. eLIBRARY ID: 28284468
13. Brunton G., Paraskeva N., Caird J., Bird K.S., Kavanagh J., Kwan I., Stansfield C., Rumsey N., Thomas J. Psychosocial predictors, assessment, and outcomes of cosmetic procedures: a systematic rapid evidence assessment. — *Aesthetic Plast Surg.* — 2014; 38 (5): 1030—40. PMID: 24962402
14. Cash T.F., Smolak L. Body image: a handbook of science, practice, and prevention. — New York, London: The Guilford Press, 2011. — 490 p.
15. Dey J.K., Ishii M., Phillis M., Byrne P.J., Boahene K.D.O., Ishii L.E. Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. — *JAMA Facial Plast Surg.* — 2015; 17 (2): 137—43. PMID: 25654334
16. Dowling N.A., Honigman R.J., Jackson A.C. The male cosmetic surgery patient: a matched sample gender analysis of elective cosmetic surgery and cosmetic dentistry patients. — *Ann Plast Surg.* — 2010; 64 (6): 726—31. PMID: 20489400

REFERENCES:

1. Arzhantsev P.Z., Vissarionov V.A., Davydov B.N. Reconstructive surgery of soft tissues of the maxillofacial region. A guide for doctors. Moscow: Medicine, 1997 (In Russ.).
2. Goldstein J., Hanuszkiewicz M. Significance of facial plastic operations in psychical and social rehabilitation. *Acta Chir Plast.* 1980; 22 (3): 129—33. PMID: 6165165
3. Drobyshev A.U., Chantyr I.V., Drobysheva N.S., Medvedev V.E., Frolova V.I., Fofanova Yu.S. Psychometric assessment of the level of anxiety and depression in adult patients with dentofacial anomalies. *Medical alphabet.* 2015; 22: 39—41 (In Russ.). eLIBRARY ID: 26206068
4. Kapustina A.N. Multifactorial personal methodology of R. Cattell. St. Petersburg: Speech, 2001. 99 p. (In Russ.). eLIBRARY ID: 20086611
5. Kovalenko A.V., Slabkovskaya A.B., Drobysheva N.S., Drobyshev A.Yu., Persin L.S. Psychological status of patients with gnathic forms of occlusion anomalies before and after orthognathic treatment. *Russian Stomatology.* 2011, 4 (5): 10—4 (In Russ.). eLIBRARY ID: 20809978
6. Matveev V.F., Popilina S.V., Sergeev A.A. Mental disorders in patients with congenital facial cosmetic defects. *Stomatology.* 1972: 51: 54—7 (In Russ.).
7. Medvedev V.E., Drobyshev A.Yu., Frolova V.I., Martynov S.E. The psychopathological and pathocharacteristic disorders in the patients presenting with the injuries to the maxillofacial region (the clinical and therapeutic aspects). *Russian Stomatology.* 2015; 8 (4): 44—51 (In Russ.). eLIBRARY ID: 25594582
8. Vissarionov V.A., Medvedev V.E., Martynov S.E., Frolova V.I. Pathocharacterological and pathopsychological disorders in in plastic surgeon's and cosmetologist's patients. *The Russian Archives of Internal Medicine.* 2016; 6 (S1): 81—2 (In Russ.). eLIBRARY ID: 28289613
9. Raigorodsky D.Ya. (ed.). Methodology for diagnosing self-assessment of approval motivation (Lie scale) by D. Marlowe and D. Crown. In: Practical psychodiagnosics. Methods and tests. Textbook. Samara, 2001. Pp. 635—636 (In Russ.).
10. Mikhailova V.V. Features of rehabilitation of patients with acquired and congenital deformities of the maxillofacial region in the pre-and post-operative periods of surgical treatment (clinical, psychotherapeutic, psychopharmacological aspects): master's thesis. Moscow, 1998 (In Russ.).
11. Panin M.G., Papyrin V.D., Tkhostov A. Sh. Psychological rehabilitation of patients after reconstructive operations in congenital deformed jaw bones. *Stomatology.* 1991; 70 (1): 47—8 (In Russ.).
12. Fosfanova Y.S., Medvedev V.E., Frolova V.I., Drobyshev A.Yu., Shipika D.V., Kuznetsov A.N., Zaslavskiy I.D. Psychiatric disorders in patients with temporomandibular joint disorders: prevalence, nosological qualification and therapy. *Russian Stomatology.* 2016; 9 (4): 3—10 (In Russ.). eLIBRARY ID: 28284468
13. Brunton G., Paraskeva N., Caird J., Bird K.S., Kavanagh J., Kwan I., Stansfield C., Rumsey N., Thomas J. Psychosocial predictors, assessment, and outcomes of cosmetic procedures: a systematic rapid evidence assessment. *Aesthetic Plast Surg.* 2014; 38 (5): 1030—40. PMID: 24962402
14. Cash T.F., Smolak L. Body image: a handbook of science, practice, and prevention. New York, London: The Guilford Press, 2011. 490 p.
15. Dey J.K., Ishii M., Phillis M., Byrne P.J., Boahene K.D.O., Ishii L.E. Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. *JAMA Facial Plast Surg.* 2015; 17 (2): 137—43. PMID: 25654334
16. Dowling N.A., Honigman R.J., Jackson A.C. The male cosmetic surgery patient: a matched sample gender analysis of elective cosmetic surgery and cosmetic dentistry patients. *Ann Plast Surg.* 2010; 64 (6): 726—31. PMID: 20489400
17. Gorney M. Recognition and management of the patient unsuitable for aesthetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 126 (6): 2268—71. PMID: 21124170

17. **Gorney M.** Recognition and management of the patient unsuitable for aesthetic surgery. — *Plast Reconstr Surg.* — 2010; 126 (6): 2268—71. PMID: 21124170
18. **Herruer J.M., Prins J.B., Heerbeek N., Verhage-Damen G.W.J.A., Ingels K.J.A.O.** Negative predictors for satisfaction in patients seeking facial cosmetic surgery: a systematic review. — *Plast Reconstr Surg.* — 2015; 135 (6): 1596—605. PMID: 26017596
19. **Jacono A., Chastant R.P., Dibelius G.** Association of Patient Self-esteem With Perceived Outcome After Face-lift Surgery. — *JAMA Facial Plast Surg.* — 2016; 18 (1): 42—6. PMID: 26513061
20. **Sarcu D., Adamson P.** Psychology of the Facelift Patient. — *Facial Plast Surg.* — 2017; 33 (3): 252—9. PMID: 28571061
21. **Sarwer D.B., Whitaker L.A.** Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. — *Plast Reconstr Surg.* — 2011; 128 (3): 827—8. PMID: 21866029
22. **Sinno S., Schwitzer J., Anzai L., Thorne C.H.** Face-lift SATISFACTION USING the FACE-Q. — *Plast Reconstr Surg.* — 2015; 136 (2): 239—42. PMID: 25909302
23. **Ware J.E. jr, Sherbourne C.D.** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. — *Med Care.* — 1992; 30 (6): 473—83. PMID: 1593914
24. **Zigmond A.S., Snaith R.P.** The hospital anxiety and depression scale. — *Acta Psychiatr Scand.* — 1983; 67 (6): 361—70. PMID: 6880820
18. **Herruer J.M., Prins J.B., Heerbeek N., Verhage-Damen G.W.J.A., Ingels K.J.A.O.** Negative predictors for satisfaction in patients seeking facial cosmetic surgery: a systematic review. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 135 (6): 1596—605. PMID: 26017596
19. **Jacono A., Chastant R.P., Dibelius G.** Association of Patient Self-esteem With Perceived Outcome After Face-lift Surgery. *JAMA Facial Plast Surg.* 2016; 18 (1): 42—6. PMID: 26513061
20. **Sarcu D., Adamson P.** Psychology of the Facelift Patient. *Facial Plast Surg.* 2017; 33 (3): 252—9. PMID: 28571061
21. **Sarwer D.B., Whitaker L.A.** Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast Reconstr Surg.* 2011; 128 (3): 827—8. PMID: 21866029
22. **Sinno S., Schwitzer J., Anzai L., Thorne C.H.** Face-lift satisfaction using the FACE-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 136 (2): 239—42. PMID: 25909302
23. **Ware J.E. jr, Sherbourne C.D.** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30 (6): 473—83. PMID: 1593914
24. **Zigmond A.S., Snaith R.P.** The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67 (6): 361—70. PMID: 6880820