

**ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
И.П.ПАВЛОВА**

На правах рукописи

БАГНЕНКО
Елена Сергеевна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН
С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ КОЖИ ЛИЦА**

Научная специальность 5.3.6. Медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор психологических наук,
профессор Исаева Елена Рудольфовна

Санкт-Петербург

2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ВНЕШНОСТЬ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	29
1.1. Внешность человека как фактор его биологической, социальной и психологической адаптации.....	29
1.1.1. Роль биологических факторов в восприятии внешности другого человека.....	29
1.1.2. Влияние внешности на социальную успешность человека.....	39
1.1.3. Влияние внешности на психологическое состояние женщин.....	42
1.2. Психологическая адаптация как предмет научного исследования.....	47
1.2.1. Понятие психологической адаптации в современной психологии.....	47
1.2.2. Копинг как механизм психологической адаптации.....	50
1.2.3. Отношение к себе и к временной перспективе в структуре психологической адаптации.....	53
1.2.4. Качество жизни как фактор и результат психологической адаптации..	54
1.3. Нарушения психологической адаптации пациенток косметологической клиники	56
1.3.1. Психологический статус и его связь с клиническими факторами.....	56
1.3.2. Динамика психологических характеристик в процессе косметологической коррекции	68
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	73
2.1. Основные этапы исследования	73
2.2. Методы исследования.....	75
2.2.1. Клинический метод	75
2.2.2. Клинико-психологический метод.....	76
2.2.3. Психодиагностический метод.....	78
2.2.4. Методы математико-статистической обработки данных.....	89
2.3. Материал исследования.....	90

2.3.1. Социально-демографические характеристики.....	90
2.3.2. Клинические характеристики.....	94
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ	
АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ.....	
3.1. Психологические характеристики пациенток косметологической клиники в сопоставлении с нормативными данными.....	107
3.2. Психологические характеристики женщин с различной выраженностью косметической проблемы.....	115
3.2.1. Система значимых отношений.....	115
3.2.2. Негативные эмоциональные состояния	130
3.2.3. Психологическое благополучие и удовлетворенность качеством жизни.....	134
3.2.4. Индивидуально-психологические особенности личности.....	137
3.2.5. Стратегии и личностные ресурсы стресс-преодолевающего поведения (копинга).....	139
3.3. Психологические характеристики женщин с различным уровнем нервно-психической адаптации.....	142
3.4. Взаимосвязь показателей психологической адаптации с клинико-биологическими показателями	151
3.4.1. Взаимосвязь клинических характеристик с возрастом	152
3.4.2. Взаимосвязь психологических характеристик с возрастом	153
3.4.3. Взаимосвязь клинических и психологических характеристик	154
3.4.4. Взаимосвязь эффективности лечения с клиническими и психологическими характеристиками	160
3.4.5. Взаимосвязь оценки своей внешности с клиническими и психологическими характеристиками	162
3.5 «Психологические профили» пациенток косметологической клиники ..	169
ГЛАВА 4. ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК	
ПАЦИЕНТОК КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ В ПРОЦЕССЕ	
ЛЕЧЕБНОЙ КОРРЕКЦИИ	
	178

4.1. Динамика эмоционального состояния	178
4.2. Динамика самооценки	182
4.3. Динамика удовлетворенности качеством жизни	183
4.4. Динамика индивидуально-психологических характеристик	184
4.5. Динамика психодиагностических показателей в группах пациенток с различным уровнем психической адаптации	185
ГЛАВА 5. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ И МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ	
	190
ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	
	209
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	
	225
ВЫВОДЫ.....	
	227
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	
	232
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	
	236
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	
	277

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

В последние годы одной из наиболее значимых задач профессионального взаимодействия врачей разных специальностей и медицинских психологов является профилактика нарушений психической адаптации в связи с действием стресс-факторов, связанных с болезнью и лечением. Опыт практической работы в области косметологической коррекции убеждает, что дефекты кожи лица, как правило, не несущие тяжелых осложнений для здоровья или витальной угрозы, тем не менее, значительно влияют на эмоциональное состояние, социальное функционирование и в целом на качество жизни пациента (Сац Е.А., Слободчиков И.М., 2015; Maisel A. et al., 2018; Багненко Е.С., Гриненко А.О., 2022). Однако специальные психологические исследования в области эстетической медицины представлены лишь в отдельных работах: указывается на нарушения психической адаптации у пациентов косметологической клиники, что отражается в частоте встречаемости тревожности, депрессии и расстройств личности, превышающей популяционные показатели (Sarwer D.B., 2019; Özkur E. et al., 2020).

Это обусловлено, в первую очередь, важностью внешнего вида человека для его самооценки (эмоционально-ценностного отношения к себе), Я-концепции (Бернс Р., 1986) и уверенности в себе при социальном взаимодействии. Так, результаты ряда исследований показывают, что неудовлетворенность собственной внешностью негативно отражается на психологическом состоянии человека, его самосознании, поведении и социальных отношениях (Сац Е.А., 2015; Rumsey N., Harcourt D., 2005; Sarwer D.B., 2019), является причиной хронического стрессового и фактором риска психической дезадаптации (Святенко Л.В., 2012; Carrard I. et al., 2019). Такая неудовлетворенность нередко рассматривается как следствие неспособности человека конструктивно разрешать трудные жизненные

ситуации и внутриличностные конфликты. Принятая в нашей стране патогенетическая концепция неврозов и психотерапии (Болезнь и здоровье, психотерапия ..., 2019) убедительно доказывает, что в основе глобального нарушения системы значимых отношений личности, как важнейшего этиологического фактора невротических расстройств, лежит именно неадекватное отношение к себе. Установлено, что для больных неврозами характерно наличие не одного конфликта, а их широкого спектра, «... среди которых эмоционально неблагоприятное, неадекватное отношение к себе выступает в качестве наиболее патогенного, обуславливающего множество субъективно неразрешимых противоречий» (Там же, с. 158). В этих условиях выявление у здоровых лиц, неудовлетворенных своей внешностью, риска психической дезадаптации, проявляющейся субклиническими формами психических и психосоматических расстройств, можно рассматривать как одну их клинических задач врача дерматолога-косметолога.

Очевидно также, что психологическая реакция человека на косметический дефект определяется не только его характером, но и индивидуально-психологическими особенностями личности. Поэтому особое значение приобретает анализ структуры и динамики психологической адаптации, которая наряду с физиологической и социальной адаптацией является важнейшим структурным компонентом в общей системе психической адаптации человека (Александровский Ю.А., 1976, 2021; Вассерман Л.И. с соавт., 2011). Этот анализ предполагает использование методов психологической диагностики для выявления актуального эмоционального состояния, структуры личности, ее ценностно-мотивационной сферы, индивидуальных способов и ресурсов стресс-преодолевающего поведения, системы значимых отношений, выступающих либо как факторы повышенного риска дезадаптации, либо, напротив, как протективные факторы (Щелкова О.Ю., 2008; Основные методы психологической..., 2021). Особое значение анализ компонентов психологической адаптации имеет для пациентов с дефектами кожи лица в

связи с его важнейшей ролью в динамике межличностного взаимодействия (Лицо человека: познание..., 2019).

Программная ревитализация кожи лица – один из современных комплексных лечебных подходов, имеющих сугубо индивидуализированный характер, включающий в каждом конкретном случае в разных сочетаниях аппаратные методы воздействия, инъекционные методы, наружные средства, методы дерматологического и косметологического домашнего ухода, препараты *per os*. и др.

Устранение (минимизация) проблем кожи лица комплексными методами лечебной коррекции и с помощью пластической хирургии может в значительной степени способствовать восстановлению оптимального психологического состояния личности и качества жизни (Александров А.А., Багненко Е.С., 2012; Balkrishnan R. et al., 2006; Sadick N. S., 2008; Dayan S.H., et al., 2019; Asimakopoulou E. et al., 2020; McKeown D.J., 2021; Shah P., Rieder E.A., 2021). Специально проведенные исследования показывают, что улучшение кожи лица и другие изменения внешности после лечебной коррекции положительно влияют на удовлетворенность не только своим физическим Я, но и психологическим состоянием и социальным функционированием (Ribeiro F., Steiner D., 2018; McKeown D.J. (2021); Shah P., Rieder E.A. (2021); Kurtti A. et al., 2022).

Очевидно, что подобные психологические изменения и удовлетворенность качеством жизни так же, как реакция личности на косметологический дефект, зависят не только от объективного эффекта лечения, но определяются многими индивидуально- и социально-психологическими факторами, такими, как система ценностных ориентаций и личностных смыслов (Леонтьев Д.А., 2007; Гришина Н.В., 2018), глубинные переживания и психологические проблемы личности (Крюкова Т.Л., Осьминина А.А., 2020; Осьминина А.А., 2021), ее типологические характеристики, особенности конкретной жизненной ситуации, когнитивные установки (Варлашкина Е.А., 2015) и степень интериоризации стандартной

«идеальной» телесности, представленной в определенной культуре (Тхостов А.Ш., 2002; Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С., 2019; Talley H.L., 2014; Hashim P. et al., 2017). В связи с этим рассмотрение психологических особенностей женщин с косметологическими проблемами как факторов риска нарушения психической адаптации, а также ресурсов ее оптимизации в процессе лечебной коррекции с учетом характера самого дефекта и эффективности лечения является актуальным и отвечающим запросам косметологической клиники.

В научном плане подобная интеграция в одном исследовании медицинских и психологических аспектов косметологического лечения может способствовать дальнейшему развитию биопсихосоциального подхода к пониманию здоровья и болезни человека, профилактического и адаптационного (лично-ориентированного) направления современной медицины и медицинской психологии. Важно учесть, что до настоящего времени контингент пациентов косметологической клиники, в отличие от клиники пластической хирургии, практически не изучен ни в социологическом, ни в психологическом планах. Настоящее исследование, проведенное практикующим врачом дерматологом-косметологом, ежедневно убеждающемся в важности психосоциальных аспектов лечения, призвано обратить внимание врачебного и психологического сообщества на эту проблему с целью оптимизации лечения и повышения уровня психологического благополучия пациентов. Это тем более важно, что практически все имеющиеся в литературе публикации не содержат результатов детальных психометрических исследований, и лишь единичные работы отражают влияние косметологической коррекции кожных проблем на психологический статус пациентов.

Цель исследования

Целью исследования являлось проведение анализа клинических, социально-демографических, социально- и индивидуально-психологических

характеристик женщин с косметическими проблемами; на основании данных литературы и эмпирического исследования, разработка теоретической концепции психологической адаптации женщин с косметическими проблемами и представление ее в виде структурно-функциональной модели, интегрирующей клинические, социальные и психологические характеристики пациенток в их системном единстве и взаимодействии.

Задачи исследования

1. Изучить социально-демографические и социально-психологические характеристики, проанализировать основные клинические характеристики женщин с проблемами кожи лица, обращающихся за косметологической помощью.

2. Определить общий уровень невротизации, уровень повседневного стресса и уровень социальной фрустрированности женщин, обращающихся за косметологической помощью; в этой же группе женщин определить уровень психологического благополучия и удовлетворенности качеством жизни.

3. Изучить индивидуально-психологические особенности личности, мотивационной сферы и системы значимых отношений, включая отношение к себе, косметологическому дефекту и лечению, к временной перспективе женщин, обращающихся за косметологической помощью.

4. Изучить психологические механизмы (когнитивно-поведенческие стратегии и личностные ресурсы) преодоления стресса, вызванного косметическим дефектом кожи лица, женщин, обращающихся за косметологической помощью.

5. Провести сравнительный анализ психологических характеристик пациенток косметологической клиники с отечественными нормативными психодиагностическими данными.

6. Провести сравнительный анализ психологических характеристик в группах пациенток, выделенных на основе объективных (степень

выраженности косметической проблемы), а также субъективных (уровень нервно-психической адаптации, определенный на основании данных симптоматического самооценочного теста) показателей; из совокупности изученных психологических характеристик (психодиагностических показателей) выделить наиболее прогностически информативные в отношении риска нарушения психической адаптации (эмоционально-аффективных расстройств).

7. Изучить взаимосвязь психологических характеристик пациенток косметологической клиники с их клиническими и социально-демографическими характеристиками; изучить взаимосвязь психологических характеристик с различными аспектами отношения к своей внешности и с субъективной удовлетворенностью лечением пациенток косметологической клиники.

8. С помощью методов математической статистики выделить основные «психологические профили» (кластеры) женщин с косметическими проблемами кожи лица.

9. Определить динамику общего уровня невротизации, других психологических особенностей и состояний женщин с косметологическими проблемами в процессе лечения; провести сравнительный анализ динамики психологических характеристик в группах пациентов с различным риском нарушений психической адаптации (эмоционально-аффективных расстройств).

10. В соответствии с принятой в отечественной психологии методологией системного подхода с использованием данных анализа литературы и результатов эмпирического исследования разработать теоретическую концепцию психологической адаптации женщин с косметическими проблемами кожи лица, представив ее как динамическую систему, интегрирующую клинические, социальные и психологические характеристики.

11. На основании результатов диссертационного исследования и клинического опыта работы в области лечебной косметологии определить основные направления психологической помощи женщинам с косметологическими проблемами кожи лица, разработать рекомендации для врачей дерматологов-косметологов, направленные на оптимизацию процесса лечебной коррекции с учетом социальных и психологических факторов.

Объект исследования: система психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица.

Предмет исследования: клинические (основные симптомы, степень их выраженности и длительность, сопутствующие заболевания, влияние на жизнедеятельность, эффективность лечения), социально-демографические (возрастные, семейные, образовательные, профессиональные), социально- и индивидуально-психологические (значимые отношения личности – отношения с референтным социальным окружением, отношение к себе, к косметологической проблеме и лечению, к временной перспективе; эмоционально-аффективный статус – уровни невротизации, воспринимаемого стресса и социальной фрустрированности, психологического благополучия и удовлетворенности качеством жизни; структурные особенности личности; когнитивно-поведенческие стратегии копинга; ценностно-мотивационная направленность личности) характеристики, в совокупности определяющие психологическую адаптацию женщин с косметологическими проблемами кожи лица.

Гипотезы исследования

1. Пациентки косметологической клиники имеют ряд психодиагностических показателей, отличающихся от опубликованных средне-нормативных тестовых данных, полученных на отечественных

выборках. Это отличие компенсируется эффективностью механизмов психологической адаптации – стратегий и личностных ресурсов копинга.

2. Среди психодиагностических показателей пациенток косметологической клиники могут быть выделены наиболее информативные показатели, способствующие и препятствующие успешной адаптации.

3. С помощью методов математической статистики могут быть определены типичные «психологические профили» пациенток косметологической клиники для дальнейшего построения дифференцированных программ психологического сопровождения лечебного процесса, психологической коррекции и профилактики состояний психической дезадаптации.

4. В процессе лечебной коррекции отмечается динамика психологических характеристик пациенток косметологической клиники; эта динамика отличается в группах пациенток с различным эмоционально-аффективным статусом.

5. Существует закономерная (психологически понятная и клинически оправданная) взаимосвязь клинических, а также социально-демографических характеристик пациенток косметологической клиники с их индивидуально-психологическими характеристиками и системой значимых отношений, удовлетворенностью различными аспектами качества жизни.

6. В теоретическом плане психологическая адаптация пациенток косметологической клиники может быть представлена как динамическая система, интегрирующая в единстве и взаимодействии социально-демографические, клинические и психологические характеристики; в практическом – как основа для психологической помощи женщинам с дефектами кожи лица и оптимизации лечебного процесса, в том числе для усиления его психотерапевтического потенциала.

Теоретико-методологическая основа диссертации

1. Принципы комплексного (Ананьев Б.Г., 1980) и системного (Ломов Б.Ф., 1996) подходов в психологии, понимание психики как сложной системы взаимосвязанных функций, процессов, состояний (Карпов А.В., 2005; Мерлин В.С., 1986; Платонов К.К., 1986; Карпов А.В., 2005), личности как системы отношений (В.Н. Мясищев).

2. Учение о функциональных системах и системогенезе (Анохин Б.Г., 1980), системная концепция психической адаптации и дезадаптации (Березин Ф.Б., 1988; Л.И. Вассерман Л.И. с соавт., 1994; Александровский Ю.А., 2021); биопсихосоциальная модель здоровья и болезни человека; интегративные теории соматической медицины, объединяющие три аспекта изучения патогенеза и терапии любых видов патологии: биологическую, психологическую и социальную (Губачев Ю.М., 1981; Кабанов М.М., 1998).

3. Методология психологического исследования в клинике, современные представления о принципах и нормах проведения медико-психологического исследования (Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф., 1978; Иовлев Б.В., 1999; Соловьева С.Л., 2005; Щелкова О.Ю., 2008; Николаева В.В., 2009; Вассерман Л.И. с соавт., 2014).

Методы исследования были выбраны в соответствии с поставленными задачами. Для теоретического анализа использовались следующие конкретные методы исследования: анализ содержания научных текстов, концептуальный анализ знаний (структурирование), моделирование с соавте, обобщение опыта специалистов и собственного научно-практического опыта в области дерматологии и косметологии и медицинской психологии (экспертный метод).

Для разработки и верификации структурно-функциональной модели психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами при проведении эмпирического исследования был использован комплекс клинико- и экспериментально-психологических методов, который включал следующие блоки методов.

1. Методы исследования психосоциальных характеристик и системы значимых отношений, включая отношение к себе, к социальному окружению, к косметологической проблеме и лечению, к временной перспективе: авторское структурированное интервью, медико-социальная шкала «Уровень социальной фрустрированности» (УФС), визуально-аналоговая шкала самооценки (ВАШ), «Семантический дифференциал времени» (СДВ).

2. Методы оценки эмоционально-аффективного состояния и риска психической дезадаптации: скрининговый экспресс-диагностический «Тест нервно-психической адаптации» (НПА), тест-опросники «Уровень невротизации» (УН), «Шкала воспринимаемого стресса-10» (ШВС-10).

3. Методы оценки уровня психологического благополучия и удовлетворенности различными аспектами качества жизни: «Индекс хорошего самочувствия» (Well-Being Index», (WHO-V), «Опросник удовлетворенности качеством жизни» (КЖ).

4. Методы изучения механизмов психологической адаптации. Для изучения стратегий стресс-преодолевающего поведения (копинга) использовался тест-опросник «Способы совладающего поведения» (ССП); для изучения психологических ресурсов копинга использовались личностные тест-опросники «Большая пятерка» (BIGV) и «Смыслжизненные ориентации» (СЖО).

Всего было использовано 12 психологических методик и техник.

Математико-статистическая обработка социально-демографических, клинических и психодиагностических данных осуществлялась с помощью статистических программных пакетов SPSS v. 25.0 и Excel.2010.

Материал эмпирического исследования, проведенного в связи с конкретными задачами диссертационной работы, составили данные психологического исследования, полученные до начала и по окончании лечения 201 женщины (средний возраст 39,21 лет), обратившихся в клинику эстетической медицины с различными косметическими проблемами кожи лица. Эти женщины были отобраны из массива более 3000 клиентов клиники

за период 2018-2022 гг. в связи с динамическим характером настоящего исследования: пациентки, получавшие таргетную краткосрочную косметологическую коррекцию, в исследование не включались. Всего в анализ результатов диссертационной работы были включены материалы 402 психодиагностических исследований.

Научная новизна исследования

В результате проведенного впервые комплексного невыборочного исследования представлен срез основных социально-демографических, клинических и психологических характеристик женщин с дефектами кожи лица, получающих малоинвазивное косметологическое лечение, а также взаимосвязь этих характеристик.

Впервые в ходе эмпирического исследования определены качественные особенности психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица по сравнению с опубликованными отечественными средне-нормативными данными, выделены типичные «психологические профили» пациенток косметологической клиники, а также наиболее информативные в отношении риска психосоциальной дезадаптации психологические факторы, основными из которых оказались эмоциональная неустойчивость и экстернальность личности.

Впервые в отечественной медицинской психологии с помощью психометрических методов объективизированы существенные положительные изменения эмоционального состояния (показателей невротизации, субъективно воспринимаемого стресса, удовлетворенности качеством жизни, общего физического и психологического благополучия), самооценки внешности, поведенческих характеристик, связанных с волевыми особенностями личности и стремлением к самореализации, по окончании косметологического лечения по сравнению с периодом его начала. Наиболее существенная динамика психологических показателей выявлена в группе пациенток без риска нарушений эмоционального состояния, которая

проявилась, прежде всего, в когнитивной и эмоциональной оценке настоящего периода жизни.

Впервые разработана теоретическая концепция психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами с позиций системного подхода в психологии. Психологическая адаптация представлена как динамическая системы взаимодействия клинических, психосоциальных и индивидуально-психологических факторов.

На основе теоретической концепции разработана структурно-функциональная модель психологической адаптации, включающая блоки социально-демографических, клинико-биологических, психологических характеристик и типы психологических «профилей» женщин с косметологическими проблемами кожи лица.

Теоретическая значимость исследования

Проведенный в первой главе диссертации теоретический анализ биологических, социо-культуральных и психологических факторов восприятия внешности другого человека может служить научной основой для дальнейших исследований в области общей, социальной психологии и психологии личности, рассматривающих внешность как важный фактор психологического состояния, социального функционирования и качества жизни человека.

В области медицинской психологии представленный анализ раскрывает отношение к собственной внешности как важному фактору риска нарушений психологической и социальной адаптации. Для лечебной косметологии представленный анализ психологических исследований показывает значение отдельных клинических симптомов для формирования эмоционально-аффективных, личностных и поведенческих особенностей пациентов, которые следует учитывать в лечебном процессе.

Показано значение ряда клинических факторов, социальных позиций и возраста для психологического статуса пациенток косметологической

клиники. Выделены обобщенные «психологические профили», а также отдельные психологические особенности, которые можно рассматривать как ключевые для оптимальной психологической адаптации, а также факторы риска ее нарушений у данной категории пациенток; показано, что в первом случае преобладают особенности личности и поведения, во втором – характеристики эмоционально-аффективной сферы. Полученные данные дополняют представления современной медицинской психологии о механизмах психологической адаптации и дезадаптации личности.

В соответствии с принятой в отечественной психологии методологией системного подхода, с использованием данных теоретического анализа литературы и результатов эмпирического исследования разработана теоретическая концепция психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица, представленная как динамическая система, интегрирующая в единстве и взаимодействии клинические, социальные и психологические характеристики.

Разработанная по результатам настоящего исследования концепция психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами дополняет разработанные ранее концепции психологической адаптации, психологической помощи, профилактики и реабилитации пациентов различных клиник, составляющих теоретический базис современной медицинской психологии.

Проведенный теоретический анализ имеющихся исследований влияния внешности на жизнедеятельность человека, результаты зарубежных психологических исследований в косметологии и собственного эмпирического исследования, разработанная в рамках настоящего диссертационной работы концепция и структурно-функциональная модель психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами в совокупности позволяют сделать заключение о формировании в настоящее время нового научного направления в медицинской психологии и лечебной косметологии – психокосметологии.

Основные научные результаты

1. На основе анализа мировой литературы показана роль внешности, и особенно лица, для успешности межличностного взаимодействия и психологического благополучия человека, проанализированы эволюционно-биологические и социо-культуральные факторы восприятия внешности другого человека и представлений о красоте, показана дезадаптирующая роль дефектов кожи лица. Проведенный анализ составил теоретический базис и определил основные направления настоящего исследования (Багненко Е.С. Роль внешности в социальной адаптации человека //Психология. Психофизиология. - 2021. - Т.14, №3. - С. 105-113).

2. Проанализированы данные зарубежных исследований о влиянии отдельных видов дефектов кожи лица (акне, рубцовые изменения, розацеа, мелазмы и др.) на психологическую адаптацию и качество жизни их носителей. Обоснована актуальность, теоретическая и практическая значимость психологических исследований в косметологической клинике на фоне, практически, полного отсутствия таких исследований в отечественной медицинской психологии и косметологии (Багненко Е.С. Влияние косметических дефектов у женщин на их психологическое состояние: обзор литературы и экспериментальное исследование //Психическое здоровье. - 2023б. - Т.18, №7. - С.21-29).

На основе результатов сплошного (невыборочного) исследования впервые представлены основные психосоциальные характеристики и система значимых отношений (в том числе отношение к косметологической проблеме и мотивы обращения в клинику) женщин – пациенток клиники эстетической медицины. Выявлено, что подавляющее большинство пациенток – это лица молодого и среднего возраста, имеющие высшее образование, работающие постоянно в таких социально-значимых областях, как наука и образование, частный бизнес; большинство исследованных женщин имеют семью и детей. Выявлена статистическая связь психосоциальных характеристик (семейное положение и количество детей, мотивы обращения в клинику, субъективная

оценка влияния косметической проблемы на качество жизни) с выраженностью косметического дефекта и возрастом пациенток (Багненко Е.С. Психосоциальные характеристики пациенток косметологической клиники: результаты исследования на сплошной выборке //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2023. - Т.57, №1. - С.48-60; Багненко Е.С. Нехирургические косметологические вмешательства как фактор коррекции психологического состояния у женщин //Джанелидзевикие чтения - 2023: Сборник научных трудов научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 01–03 марта 2023 года. – СПб.: Государственное бюджетное учреждение "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", 2023д. – С.16-18; Багненко Е.С. Нехирургическая коррекция внешности: что движет ее потребителями? //Психология. Психофизиология. – 2022а. - Т.15, №3. - С.26-34.

Индивидуально-психологические характеристики пациенток косметологической клиники сопоставлены с нормативными психодиагностическими показателями. Выявлены статистически значимые различия между пациентками и тестовой «нормой» по 19 из 23 изученным показателям. По сравнению с «нормой» пациентки оказались менее эмоционально устойчивыми, но обладающими широким спектром стратегий и ресурсов совладающего со стрессом поведения (механизмов психологической адаптации). Среди личностных особенностей выявлены организованность, целеустремленность, ответственность, стремление к сотрудничеству, а также консерватизм установок и интересов, прагматизм (Багненко Е.С., Гриненко А.О. Уровень невротизации женщин с косметологическими проблемами кожи лица //Вестник психотерапии. - 2022. - №84. - С.31-45; Багненко Е.С. Психосоциальные характеристики пациенток косметологической клиники: результаты исследования на сплошной выборке //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2023. - Т.57, №1. - С.48-60; Багненко Е.С. Психологические особенности

пациенток косметологической клиники: результаты сопоставления с нормативными данными //Психология. Психофизиология. 2023а. - Т.16, №4. - С.33-46).

Сопоставлены психометрические показатели пациенток со сниженным (54,1%) и не сниженным (45,9%) уровнем психической адаптации (по данным скрининговой методики НПА). Получены статистически значимые различия между группами по 27 психодиагностическим показателям, характеризующим как актуальное эмоциональное состояние пациенток, так и устойчивые индивидуально-психологические особенности. С помощью множественного регрессионного анализа выделены наиболее прогностически информативные показатели в отношении риска психической дезадаптации – «Уровень невротизации» (методика УН), «Локус контроля – Я (интернальность)» (методика СЖО), «Эмоциональная стабильность» (методика BIG V), «Поддержка» (методика КЖ): чем меньше значение этих показателей, тем выше риск нарушений адаптации (Багненко Е.С., Исаева Е.Р. Факторы риска психической дезадаптации женщин с косметическими проблемами //Вестник психотерапии. -2024. -№ 89. - С. 40-50).

3. Сопоставлены нестандартизованные психосоциальные показатели пациенток со сниженным и не сниженным уровнем психической адаптации. По сравнению с хорошо адаптированными женщинами в группе пациенток со сниженным уровнем адаптации выявлено преобладание эмоционально нейтральных отношений с собственными детьми, проживания в одиночестве, неудовлетворенности в значимых сферах жизни, особенно в материально-экономической сфере, частоты психотравмирующих ситуаций в анамнезе, а также более низкие показатели удовлетворенности качеством жизни (Багненко Е.С. Психосоциальные факторы нарушения психической адаптации пациенток косметологической клиники //Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. –2023в. - Т.30, №1. - С. 62-70).

В системе значимых отношений отдельно изучены отношение к себе и к временной перспективе как важные факторы развития и диагностические

критерии невротических и аффективных расстройств. Сопоставлены женщины со сниженным и не сниженным уровнем психической адаптации. Выявлено, что группы статистически значимо различаются по всем изученным психологическим характеристикам: самооценка, отношение к себе как к личности, отношение к своему физическому «Я», уверенность в своей внешней привлекательности, отношение к настоящему, прошлому и будущему (Багненко Е.С. Отношение к себе и к временной перспективе женщин с косметологическими проблемами кожи лица //Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2024. - Т. 58, №1. - С.91-102).

В группах пациенток с разным уровнем психической адаптации сопоставлены показатели стратегий и личностных ресурсов копинга как важных механизмов преодоления стресса. В группе пациенток со сниженным уровнем адаптации преобладают показатели стратегий «Бегство-Избегание», «Дистанцирование», «Самоконтроль» и «Принятие ответственности». Личностные ресурсы копинга – смысложизненные ориентации, связанные с оценкой своего прошлого («Результат»), настоящего («Процесс») и будущего («Цели»), а также уровень интернальности значительно выше в сравниваемой группе. Делается вывод: снижение уровня психической адаптации пациенток косметологической клиники связано с эмоционально ориентированными копинг-стратегиями ухода (уклонения) и со стратегиями, обусловленными тревогой, чувством вины или собственной несостоятельности, а также с экстернальным локусом контроля (Багненко Е.С., Гриненко А.О. Уровень невротизации женщин с косметологическими проблемами кожи лица //Вестник психотерапии. - 2022. - № 84. - С. 31–45 (степень участия 60%); Багненко Е.С. Стратегии и личностные ресурсы копинга в системе психической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица //Вестник психотерапии. – 2023. - №85. - С.37-50 (степень участия 60%).

В группе пациенток косметологической клиники установлена статистически достоверная взаимосвязь между широким спектром

клинических показателей (диагноз, длительность, выраженность дефекта кожи, сопутствующие заболевания) и психологическими характеристиками, а также возрастом пациенток. Субъективная удовлетворенность и объективный результат лечения коррелирует с экстраверсией и уверенностью в себе, с удовлетворенностью своим социальным и профессиональным статусом, с интернальной направленностью личности и готовностью к сотрудничеству. Чем выше степень выраженности дефекта кожи лица, тем больше в психологическом статусе представлены неуверенность в себе, неспособность к сотрудничеству и тем ниже экспертная оценка эффективности лечения (Багненко Е.С. с соавт. Взаимосвязь клинических и психологических характеристик женщин, обращающихся за косметологической помощью //Вестник дерматологии и венерологии. - 2021. - Т.97. - №5. - С.66-75; Багненко Е.С. Психологические характеристики женщин с проблемами кожи лица: связь с возрастом, диагнозом, эффективностью лечения //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2021а. - Т.55, №3. - С.62-72).

4. Выделены 3 кластера, объединяющих пациенток косметологической клиники со схожими «психологическими профилями». Дисперсионный анализ позволил выделить наиболее значимые различия между кластерами по 35 психодиагностическим показателям и на их основе дать содержательное описание «профилей», получивших условные названия «Оптимальная психологическая адаптация», «Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация», «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи» (Багненко Е.С., Богатенков А.И. «Психологические профили» пациенток косметологической клиники //Живая психология. - 2023. - Т.10, №2(42). С. 37-45.).

5. В группе пациенток косметологической клиники проведено сравнительное изучение психологических характеристик в периоды до и после лечебной коррекции, длящейся в среднем 3 месяца. Результаты показали статистически значимые изменения в процессе лечения 11 из 21

психодиагностических показателей, отражающие положительную динамику следующих характеристик: уровень нервно-психической адаптации, уровень психологического благополучия, оценка своей внешности, индивидуальные особенности личности «самосознание» и «личностные ресурсы», общая удовлетворенность качеством жизни и его отдельными составляющими; показан различный характер такой динамики в группах пациенток с различным уровнем психической адаптации (Багненко Е.С. Динамика психологических характеристик пациенток косметологической клиники в процессе лечения //Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. - 2023г. - Т.30, №2. - С.55-60;Багненко Е.С., Богатенков А.И., Гриненко А.О. Динамика эмоционального состояния пациенток косметологической клиники в процессе нехирургической коррекции //Живая психология. – 2023. - Т.10, №5(45). - С.16-25).

Практическая значимость исследования

Выделены обобщенные «психологические профили», а также отдельные психологические особенности, которые можно рассматривать как ключевые для оптимальной психологической адаптации пациенток косметологической клиники- эмоциональная устойчивость, организованность и целеустремленность, кооперативность, интернальность, способность гибкого использования широко спектра когнитивных и поведенческих копинг-стратегий, удовлетворенность самореализации в прошлом периоде жизни и позитивное отношение к будущему.

Наиболее неблагоприятными факторами являются высокий уровень невротизации (эмоциональная возбудимость и неустойчивость, низкий уровень фрустрационной толерантности, эгоцентрическая направленность личности) и экстернальный локус контроля. Как благоприятные, так и неблагоприятные психологические факторы могут служить основанием для разработки дифференцированных программ психологического сопровождения лечебного процесса и психологической помощи отдельным

пациенткам, испытывающим трудности психологической и социальной адаптации.

Выделен оптимальный (информативный и достаточный) набор психодиагностических методик для определения наиболее неблагоприятных факторов прогноза нарушений адаптации пациенток косметологической клиники - тест-опросники «Уровень невротизации», «Смысло-жизненные ориентации», «Большая пятерка» и «Опросник удовлетворенности качеством жизни».

Для более углубленной психологической работы с пациентками косметологической клиники разработано авторское структурированное интервью (приложение 1), пункты которого затрагивают не только индивидуально-психологические особенности пациенток, но и их социальные отношения и удовлетворенность ими.

Разработанные в соответствии с задачами исследования основные направления психологической помощи женщинам с косметологическими проблемами кожи лица и рекомендации для врачей дерматологов-косметологов могут способствовать оптимизацию процесса лечебной коррекции с учетом не только клинических, но и социальных и психологических факторов, включая факторы комплаентности.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Пациентки, обратившиеся в клинику в связи с косметологическими проблемами кожи лица, по сравнению с отечественной женской нормативной выборкой характеризуются более интенсивным субъективным переживанием стресса, внутреннего напряжения, более высокими показателями эмоциональной неустойчивости. Одновременно по сравнению со средней «нормой» пациентки характеризуются более низким уровнем невротизации как фактора риска психической дезадаптации и меньшей выраженностью усилий, направленных на противодействие стрессу, демонстрируя тем самым

эффективность механизмов совладания со стрессом (механизмов психологической адаптации).

2. Пациентки косметологической клиники используют широкий спектр стратегий совладающего со стрессом поведения. Как конструктивные стратегии копинга (использование социальной поддержки, осознание своей роли и возможность увидеть положительные стороны проблемной ситуации, аналитический поход к ее разрешению), так и неконструктивные стратегии (возможность конфликтогенного аффективного поведения в проблемной ситуации, когнитивное или физическое дистанцирование от ее разрешения) больше представлены в группе пациенток косметологической клиники по сравнению со средней «нормой».

3. Реализации совладающего со стрессом поведения способствуют такие личностные копинг-ресурсы, как удовлетворенность прожитым отрезком жизни и самореализацией, а также общий уровень осмысленности жизни. В то же время пациентки косметологической клиники меньше, чем нормативная группа женщин, удовлетворены актуальным (настоящим) жизненным периодом, но более позитивно относятся к будущему.

4. Среди индивидуально-типологических особенностей личности в группе пациенток по сравнению с женщинами, составившими нормативную выборку, преобладают черты организованности, целеустремленности, ответственности, а также кооперативности и доброжелательности; в то же время они более прагматичны, более консервативны и привержены стереотипам, менее склонны к поиску нового, оригинального, креативного.

5. Существует тесная взаимосвязь психологических характеристик пациенток косметологической клиники с клиническими характеристиками – длительностью, степенью выраженности, характером косметического дефекта, фоновыми заболеваниями и эффективностью лечения дефектов кожи лица. Наиболее значимые взаимосвязи с клинической симптоматикой имеет субъективная оценка пациентками степени влияния косметического дефекта на жизнедеятельность. Одновременно клинические и психологические

характеристики связаны с рядом социально-демографических показателей, среди которых наибольшее значение имеют возраст, семейный статус (наличие собственной семьи), а также характер проживания пациенток – в одиночестве или с близкими.

6. С помощью методов математической статистики могут быть выделены группы (кластеры) пациенток косметологической клиники со сходными психологическими характеристиками – «психологическими профилями», названными «Оптимальная психологическая адаптация», «Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация», «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи». Каждый из этих «профилей» предполагает определенный характер взаимодействия лечащего врача дерматолога-косметолога и пациента, в ряде случаев – консультативной психологической помощи, основные направления которой представлены в разделе «Практические рекомендации».

7. Объективизация изменений психологических характеристик пациенток косметологической клиники в ходе лечебной коррекции показывает существенное изменение эмоционального состояния женщин по окончании малоинвазивного косметологического лечения по сравнению с периодом его начала: снижение уровня невротизации, уровня субъективно воспринимаемого стресса, возрастание удовлетворенности различными аспектами качества жизни, а также возрастание показателей «самосознание» и «личностные ресурсы», в совокупности характеризующих зрелость личности (ее волевой компонент и креативность). Эффективность лечения косметологического лечения связана с представленностью в структуре личности пациенток черт, определяющих их комплаентность (приверженность лечению) - «самосознание» (организованность) и «сотрудничество».

8. В соответствии с принятой в отечественной психологии методологией системного подхода, психологическая адаптация женщин с косметологическими проблемами является сложной динамической системой,

направленной на оптимизацию психологического состояния и качества жизни пациенток, и может быть представлена в виде структурно-функциональной модели, объединяющей медико-биологические (и клинические), демографические, социально-и индивидуально-психологические факторы в их системном единстве и взаимодействии.

Структура диссертации

Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, содержащего выводы исследования, библиографического указателя, оформленного в соответствии с ГОСТ и включающего 366 источников (160 на русском языке и 206 – на иностранных языках), а также 5 приложений и списка сокращений; содержит 51 таблицу, 3 рисунка.

Публикация материалов

Результаты и основные положения диссертационного исследования опубликованы в 20 научных работах, в том числе 11 статьях, помещенных в научных журналах, внесенных в рекомендованный ВАК РФ перечень изданий для опубликования результатов диссертационных исследований, из них 3 работы индексируются в наукометрической базе данных Scopus, а также доложены на:

1. Международных научных конференциях «Ананьевские чтения» (СПб., 2021; 2022).
2. Конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Б.Д.Карвасарского: «Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств» (СПб., 2021).
3. Научно-практической конференции «Джанелидзе-ские чтения» (СПб., 2023).
4. Научно-практических конференциях «Галактический интенсив» (СПб., 2021, 2022).
5. Балтийском конгрессе по пластической хирургии и косметологии

(Калининград, 2023).

6. Летних международных конгрессах «Пластическая, реконструктивная хирургия и косметология» (СПб., 2022, 2023).

7. Национальном конгрессе с международным участием «Пластическая хирургия, эстетическая медицина и косметология» (М., 2023).

ГЛАВА 1. ВНЕШНОСТЬ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В главе представлен анализ отечественной и зарубежной литературы, отражающей значение внешности человека для его социального функционирования и психологического благополучия, а также совокупность факторов, определяющих восприятие внешности другого человека; отражено современное понимание феномена психологической адаптации и результаты исследований риска ее нарушений у пациенток косметологической клиники.

1.1. Внешность человека как фактор его биологической, социальной и психологической адаптации

В параграфе рассматриваются вопросы биологической обусловленности восприятия внешности другого человека, роли этого восприятия в социальной успешности личности и влияния внешности на психологическое состояние женщин.

1.1.1. Роль биологических факторов в восприятии внешности другого человека

Одной из тенденций современного общества является растущая забота о собственной внешности, о чем свидетельствует общемировая статистика. Огромные суммы в мире ежегодно тратятся на приобретение косметических товаров. Количество обращений к пластическим хирургам и косметологам из года в год растет (SadickN.S., 2008; SadickN.S., KruegerN., 2014; AlamM. et al., 2015), а с 2015 года последнее приобрело характер бума (GaladariH.etal., 2020; Pang R. et al., 2020; Ma Y. et al., 2021; Sezgin B. et al., 2021; Wang, J.V. et al., 2022), в том числе за счет возросшей информированности населения о такого рода возможностях (Walker et al., 2021). Являясь членами социума, мы одновременно не только участвуем в той или иной мере в формировании правил сосуществования людей, но и являемся участниками ролевых игр по

этим правилам. Некоторые, превратно понимая свободу, пытаются игнорировать эти правила, но вообще не реагировать на них невозможно, в том числе потому, что часть этих «правил» являются произвольными и определяются биологической природой человека.

Одним из таких произвольных «правил» является оценка и реакция человека на внешность другого индивидуума. Было бы несправедливо принижать роль и значение внутренней душевной красоты человека, которую воспевают литераторы, в формировании межличностных отношений, но не секрет, что в бытовом представлении считается, что людям с красивой внешностью в жизни достался счастливый лотерейный билет, а обладателю некрасивой или нестандартной внешности она создает массу трудностей подобных тем, которые испытывал Гадкий Утенок в одноименной сказке Г.Х.Андерсена. Насколько эти представления соответствуют действительности?

Ряд работ указывает на то, что утрата внешней привлекательности, особенно в результате грубых рубцовых изменений после травм и ожогов (Brown V.C. et al., 2008; Marshall C.D. et al., 2018), неудовлетворенность собственной внешностью негативно отражается на психологическом состоянии человека, его поведении и социальных отношениях (Rumsey N., Narcourt D., 2005; Sarwer D.B., 2019), являются причиной хронического стрессового состояния (Куликов Л.В., 2008) и фактором риска психической дезадаптации (Carrard I. et al., 2019; Стрельцова М.А., Вербина Г.Г., 2020; Багненко Е.С., 2021; Dobosz M. et al., 2022). Особое значение это имеет при дефектах кожи лица — важнейшего элемента человеческой коммуникации (Либина А., 2003; Изард К., 2006; Лицо человека: познание..., 2019; Todorov A. et al., 2014; Milutinovic J. et al., 2014; Agrawal H., Agrawal S., 2021). То же самое происходит и в отношении к больным с выраженными кожными заболеваниями, особенно с тяжелым ихтиозом, псориазом, угрями, хронической экземой, ринофимой и тому подобными (Šitum M., 2016), а прилагательное «прокаженный» вообще используется как синоним изгоя

общества.

По данным I.M.Aderka с соавторами (2014), некрасивая внешность, реальная или мнимая, может серьезно нарушать социальное функционирование человека, быть причиной тревожных и даже панических состояний или обсессивно-компульсивных расстройств, а «в культурах, где внешний облик наделяется особой значимостью, его утрата приравнивается к социальной смерти» (Talley H.L., 2014).

Представления о внешней красоте человеческого облика, по мнению С.Н.Яременко (1997), зависят от культурно-исторических и национальных традиций, что, возможно, может быть связано с характером одежды, причесок и макияжа. То же утверждают и M.Skov и M.Nadal (2021), говоря о том, что суждение о красоте того или иного человека, индивидуум формирует, сравнивая со своим внутренним сложившимся у него представлением о красоте, однако, по нашему мнению, эти утверждения не могут считаться аксиомой.

В работе E.J.Cogsdill с соавторами (2014) показано, что оценки внешности людей детьми 3-10 лет на статистически значимом уровне совпадают с оценками взрослых, из чего авторы делают вывод о том, что оценка красивой или некрасивой внешности формируется уже в раннем детском возрасте, для нее не требуется достаточного жизненного опыта.

Утверждению С.Н. Яременко (1997) противоречит и результат более поздней работы D.Singh (2004), в которой молодые женщины и мужчины с Азорских островов, Гвинеи (Бисау), Индонезии и США по фотографиям оценивали внешность женщин: более привлекательными, по их единодушному мнению, были женщины с низким соотношением талии и бедер, из чего автор делает вывод о том, что оценка внешности не зависит от неких национальных стереотипов, а запрограммирована генетически. Те же результаты получили и V.Coetzee с соавторами (2014) в своем кросс-культуральном исследовании.

Результаты современных исследований, не отрицая роли эстетических

предпочтений человека в оценке внешности другого индивида, лишний раз подчеркивают справедливость философского утверждения, что человек – существо биосоциальное (Петленко В.П., 1982), и свидетельствуют о важной, если не ведущей роли биологической основы такой оценки, при которой оцениваемый человек на инстинктивном уровне рассматривается как потенциальный половой партнер или конкурент.

С биологической и эволюционной точек зрения для выживания популяции ключевыми условиями являются ее самовоспроизводство и достаточность кормовой базы. На инстинктивном уровне как у животных (Эспинас А.В., 2012), так и у людей, красота ассоциируется со здоровьем (Samson N. et al., 2010; Brierley M.E. et al., 2016), при этом такая ассоциация характерна преимущественно для оценки женской внешности; красивая внешность мужчины в малой степени ассоциируется у оценивающих с его здоровьем (Weeden J., Sabini J., 2005), однако, уже не на уровне ассоциаций, а с применением медицинского обследования Y.Z.Foo с соавторами (2017) продемонстрировали наличие положительной корреляционной связи между привлекательными чертами лица у женщин и мужественными чертами лица и качеством спермы у мужчин.

Хотя одним из критериев внешней привлекательности является ее «среднестатистичность» (Little A.C. et al., 2011; Bueller H., 2018), выяснено, что более привлекательными являются женские лица с меньшим, чем в среднем в популяции, подбородком, меньшими размерами носа и более высоким лбом, что определяется в женском организме отношением уровня эстрогенов к уровню тестостерона, которое, в свою очередь, определяет высокий репродуктивный потенциал (Cellerino A., 2003). Так же, как блестящая густая шерсть у животных, у людей в качестве детерминант красоты выступают красивые волосы и кожа (Samson N., 2010), качественные характеристики которых зависят от ряда факторов, но в первую очередь – от уровня в крови половых стероидов (Lephart E.D., 2018; Lephart E.D., 2019). Установлено, что оттенок кожи у представителей белой расы, обусловленный каротиноидами у

людей с богатым содержанием в рационе овощей и фруктов, в большей степени делает человека привлекательным, чем связанный с содержанием в ней меланина, то есть на неосознанном уровне предпочтение отдается более здоровым потенциальным половым партнерам (Whitehead R.D., 2012).

Те же или похожие характеристики лежат и в основе оценки красоты человека другого пола (Bueller H., 2018), который неосознанно оценивается как здоровый или нездоровый (Rhodes G., 2006). Так, по данным J. Milutinovic с соавторами (2014), как мужчинами, так и женщинами как красивое оценивается симметричное и пропорциональное лицо, которое с возрастом, однако, утрачивает свою привлекательность именно за счет изменения пропорций: за счет атрофии и расширения костного скелета лицо становится менее высоким, но зато более широким; атрофия жировой ткани делает лицо более рельефным с формированием впадин на висках, западением щек и глаз; утрата кожей эластичности и атрофия связочного аппарата обеспечивает опускание мягких тканей лица с формированием морщин и складок, особенно выраженных в носогубной области.

Именно симметрия лица неосознанно ассоциируется с внешней привлекательностью, в том числе даже 4-месячными при этом для восприятия лица как красивого оказывается важнее не верхняя или нижняя его части, а правая и левая (Liu C.H. et al., 2022). О важности этой симметрии свидетельствуют и результаты исследований других авторов (Yarosh D.V., 2019; Zheng R. et al., 2021).

Неожиданным подтверждением этого факта явилось вынужденное соблюдение населением масочного режима в связи с пандемией COVID-19. В исследовании V. Patel с соавторами (2020) испытуемым было предложено оценить по 10-бальной шкале степень привлекательности 60 мужских и женских лиц, сфотографированных без медицинской маски и в маске. Оказалось, что маска делает лица более привлекательными, причем для мужских и женских лиц, оцененных исходно как непривлекательные, этот эффект отмечен в 100% ответов, тогда как среди первоначально оцененных

индифферентно – только в 70% ответов, а красивые лица не выглядели красивее (рисунок 1).



Рисунок 1. Медицинская маска делает лицо более привлекательным за счет маскировки асимметрии лица, которая, оказывается наиболее выраженной в нижней его части. Фото V.Pateletal., 2020.

Авторы относят полученный результат на счет маскировки асимметрии лица, которая, оказывается наиболее выраженной в нижней его части.

В соответствии с этим объяснение расширения нетрезвыми мужчинами круга привлекательных для них женщин в исследовании L.G.Halsey с соавторами (2010) заключается, как выяснилось, в становящейся под действием алкоголя менее четкой оценкой симметричности лица.

Исследованиями нейрофизиологов определены конкретные зоны головного мозга, отвечающие за оценку красоты лица другого человека (Cela-CondeC.J. et al., 2004; GobbinM. I., HaxbyJ. V., 2006; DuralS. et al., 2015; FerrariC. et al., 2017; YaroshD.B., 2019; ChengQ. et al., 2021), что является доказательством (KanwisherN., YovelG., 2006) того, что «восприятие лица – важный механизм получения информации, обеспечивающий выживание,

доставшийся нам от наших предшественников-приматов». Подтверждением этого может служить исследование С.К.Lutz с соавторами (1998), в котором младенцам макак давали рассматривать фотографии нормальных и искусственно искаженных лиц взрослых особей, при этом эти младенцы с интересом рассматривали нормальные и быстро отворачивались от искаженных изображений. Ранее (MaurerD., BarreraM., 1981) аналогичный результат был получен в исследовании с 2-месячными человеческими младенцами. В другом исследовании (DamonF. etal., 2019) людям и макакам-резус демонстрировали фотографии людей и макак, при этом макаки обращали внимание на те изображения, которые люди расценивали как более привлекательные. Рассматривая фотографии привлекательных людей и макак, обезьяны больше внимания обращали на фото сородичей, что свидетельствует о видовой специфичности восприятия внешности.

Кроме этого показано (NakamuraK.,KawabataH., 2015), что транскраниальная электростимуляция разных участков коры головного мозга влияет на оценку степени привлекательности внешности человека, при этом оценка степени привлекательности и степени непривлекательности осуществляется разными отделами головного мозга. Также показано, что за восприятие красоты тела и лица и восприятие произведений искусства отвечают одни и те же зоны головного мозга (CattaneoZ., 2020), а их электростимуляция приводит к тому, что участники эксперимента оценивали предлагаемые их вниманию картины как более красивые.

По данным О.Chelnokova с соавторами (2016), установлено, что пассивное созерцание прекрасных лиц повышает активность в опиоидной системе вознаграждения мозга. Система вознаграждения участвует в создании ощущения удовольствия, когда мы, например, наслаждаемся вкусной едой. Эта же система участвует в создании чувства удовольствия, когда мы видим симпатичное лицо.

О биологическом значении внешности свидетельствуют и результаты эксперимента (KremsJ.A. etal., 2016), в котором выяснилось, что женщины по

фотоснимку (!) других женщин могут различать тех, кто сфотографирован в фазу овуляции, при этом у участниц эксперимента, имевших постоянного полового партнера, возрастало влечение к нему, что является отражением эволюционно закрепленного механизма защиты от угрозы со стороны потенциальной разлучницы. В эксперименте U.M.Marcinkowska (2018) с соавторами, в котором 3720 женщин на разных стадиях менструального цикла, лактирующие или нефертильные (беременные или в постменопаузе) оценивали привлекательность мужественных или женственных мужских лиц, было обнаружено, что представительницы первой группы однозначно чаще отдавали предпочтение мужественным лицам, чем лактирующие или находящиеся в постменопаузе респондентки. Установлено также в экспериментах (Probst F. et al., 2016; Passakova N. et al., 2019), что внешность женщин с высоким уровнем эстрадиола в слюне оценивалась мужчинами как более привлекательная.

Показано (Swami V. et al., 2018), что женщины критичнее мужчин оценивают внешность одних и тех же людей; что мужчины в условиях стресса (Swami V., Tovée M.J., 2012), а также после приема алкоголя (Halsey L.G., 2010) оценивают как привлекательных более широкий круг женщин, включая в него ранее игнорируемых «бодипозитивных» (Bowdring M.A., Sayette M.A., 2018); что женщины по-разному оценивают привлекательность мужчин в различные фазы собственного менструального цикла (DeBrune L.M. et al., 2005; Jones B.C. et al., 2019); что в отличие от других людей, люди с физическими недостатками по-другому оценивают внешность индивидуумов, имеющих такие недостатки (Стрельцова М.А., Вербинина Г.Г, 2020); что люди по-разному оценивают внешность других людей как красивую или некрасивую в зависимости от собственного эмоционального состояния (Zhu Q. et al., 2019), а беременные на поздних сроках беременности считают себя красивее и изящнее (!?), чем до беременности (Белогай К.Н., Морозова И.С., 2019; Белогай К.Н., 2021).

В отношении детерминант женской красоты мужчинами предпочтения

при опросе неосознанно отдаются, как выяснено, женщинам с достаточно низким соотношением окружности талии и окружности бедер, более высоким индексом массы тела и пышными формами, приближающимися к очертаниям профиля «песочных часов», то есть обладательницам высокого репродуктивного потенциала (FisherM.L., VoracekM., 2006). Такие же предпочтения, напомним, наблюдались и у мужчин в состоянии стресса (Swami V., Tovée M.J., 2012). С биологической точки зрения, в неблагоприятных условиях самки именно с такими характеристиками с большей вероятностью могут обеспечить выживание популяции. В журналах, предназначенных для мужчин, фотомодели, оказывается, имеют более пышные очертания, чем в журналах для женщин (FisherM.L., VoracekM., 2006), которые, вероятно, неосознанно, видят в этих моделях потенциальных конкуренток за право обладания мужчиной.

С позиций эволюционной психологии (ZaidelD.W., 2015), красивое – все, что способствует выживанию популяции, и в этом отношении внешняя привлекательность имеет большее значение как фактор полового отбора, по Ч.Дарвину, чем просто источник положительных эмоций: красивые и, следовательно, здоровые, хорошо развитые особи могут эффективно добывать пищу и давать полноценное потомство (RyanM.J., 2021; RosenthalG.G., RyanM.J., 2022). Доказательство от обратного: в двух исследованиях респондентами оценивалась внешность 188 и 377 асексуальных жителей Великобритании, то есть заявивших об отсутствии у них влечения ни к представителям мужского, ни женского пола, при этом внешность их была расценена как менее привлекательная по сравнению с лицами традиционной ориентации (SwamiV. et al., 2019). В работе J.V.Valentova с соавторами (2014) были выявлены статистически значимые различия геометрии лица заявивших о своей гомосексуальной ориентации мужчин от гетеросексуалов, что может оказаться одним из факторов выбора женщинами полового партнера.

Показано (AndersonU.S. et al., 2010; SwamiV., TovéeM.J., 2012; JonesB.C.

etal., 2019), что женщины в разные фазы своего менструального цикла по-разному оценивают внешность похожих на них мужчин, что позволяет в фолликулярную фазу цикла, когда вероятность наступления беременности наиболее высока, избежать близкородственных браков – факт, доказывающий влияние половых гормонов на оценку внешности потенциального полового партнера.

Н.С.Lie с соавторами (2008) в эксперименте показали, что оценка привлекательности лица противоположного пола эволюционно связана с такой характеристикой рассматриваемого индивидуума как основной комплекс гистосовместимости, закреплена в процессе естественного отбора и отражает высокое биологическое качество потенциального полового партнера.

При непосредственном контакте в оценке внешности лиц противоположного пола не меньшую, если не большую неосознаваемую нами роль играет обоняние (Carraruccini O. et al., 2010; Sorokowska A., 2013), за счет которого происходит сравнение с собственным основным комплексом гистосовместимости HLA/MHC, что способствует предотвращению возможных близкородственных браков (Lundström J.N., Olsson M.J., 2010; Sergeant M.J., 2010), а для мужчин, кроме того – тембр голоса женщины (Valentova J.V., 2017).

В целом, говоря о внешней привлекательности с биологической точки зрения, можно согласиться с утверждением M.Tadinac (2010), что «красота это не культуральный конструкт, представление о котором человек приобретает благодаря социальному функционированию, а биологическая характеристика, часть универсальной человеческой природы: наличие определенных физических характеристик, позволяющих выявлять высококачественного в репродуктивном отношении партнера, обеспечивая естественный отбор».

1.1.2. Влияние внешности на социальную успешность человека

Наряду с доказанной ролью биологических факторов в восприятии внешности другого человека, многочисленные исследования однозначно свидетельствуют о том, что сама внешность людей существенным образом влияет на их социальное функционирование (Суэми В., Фернхем А., 2009), а ее коррекция способствует улучшению качества жизни. Это доказывается специально проведенными исследованиями.

По мнению M.Benzeval с соавторами (2013), существующие представления о том, что красивая внешность – это подарок судьбы, который сопровождается успешностью в дальнейшей жизни, базируются обычно на ограниченных исследованиях довольно специфичных групп населения с оценкой внешности по фотографиям. Авторы осуществили лонгитудинальное исследование, зафиксировав внешность 1515 молодых представителей Западной Шотландии в возрасте 15 лет, и проследили их социальную успешность через 20 лет. Было установлено, что более красивые в возрасте 15 лет к 36 годам имели более высокий трудовой статус, владение жильем, более высокий доход и чаще состояли в браке. Даже после введения поправки на социально-экономический статус родителей в период их 15-летия, тенденция оставалась той же. В отношении высшего образования преимущество имели красивые девушки, но не юноши.

В работе S.Dayan с соавторами (2019) 2000 мужчин и женщин он-лайн оценивали лица пациенток косметологической клиники до и после нехирургической коррекции их внешности и были солидарны в более позитивной оценке их черт характера, таких как коммуникабельность, степень социальной адаптации, большая привлекательность для других и более высокое общественное положение.

Проведенный R.D.Peterson и C.L.Palmer (2017) анализ показал, что среди политиков внешняя привлекательность оказывается фактором их большей успешности и влияния на публику, в том числе на избирателей, по сравнению с их менее красивыми конкурентами. Это же прослежено и по

результатам выборов в США (White A.E. et al., 2013) и Германии, где преимущественно побеждают лица с привлекательной внешностью и выглядящие здоровыми и счастливыми (Masch L. et al., 2021).

Люди с красивой внешностью, как правило, оказываются более успешными (Cash T.F., Kilcullen R.N., 1985) поскольку считается, что их красота, особенно женщин, неосознанно ассоциируется с их положительными личностными характеристиками: интеллигентностью, надежностью, профессиональной компетентностью и высокой работоспособностью (Langlois J.H. et al., 2000; Maestripieri D. et al., 2017). Внешне красивые рабочие оказываются более квалифицированными. Они коммуникабельны в общении с работодателем и за счет этого имеют более высокую зарплату (Mobius M.M., Rosenblat T.S., 2006). Напротив, в агентствах по найму люди с посредственной внешностью получают менее выгодные предложения по трудоустройству (Senior C., 2007; Gouda-Vossos A. et al., 2019), лысые мужчины в конкуренции за привлекательные рабочие места оказываются аутсайдерами (Kranz D. et al., 2019). Трудно поверить, но, по данным S.L. Campbell (2005), оказалось, что физически привлекательные резиденты домов престарелых получают лучший уход!

Внешность влияет и на успешность в плане получения образования. Так, выяснено (Huber S., Fieder M., 2014), что среди окончивших университеты Германии мужчин и женщин с некрасивыми лицами (с ретрогнатическим и прогнатическим профилем) оказалось меньше, чем среди не имеющих высшего образования.

Красивые люди при оценке респондентами фотоснимков в первую очередь расцениваются ими как заслуживающие доверия (Zaidel D.W. et al., 2003), но не всегда: A.I. Gheorghiu с соавторами (2017) по фотографиям ученых предлагали респондентам оценить возможный интерес к их работам и оценить, насколько это хороший ученый. Интерес к работам положительно коррелировал с привлекательной внешностью, но исследователи с привлекательной внешностью в меньшей степени оценивались как «хороший

ученый», что, на наш взгляд, свидетельствует о наличии в сознании людей неких штампов, что красивый – вряд ли серьезный и обстоятельный, а настоящий ученый должен быть, что называется, «не от мира сего».

Выясняется, что привлекательная внешность педагога влияет на усвоение материала обучаемыми. Так, в исследовании R. Westfall с соавторами (2016) студенты слушали аудиозапись лекции, видя фотографию преподавателя: у более привлекательного внешне преподавателя материал был усвоен лучше.

Дети с некрасивыми лицами непроизвольно наделяются в сознании взрослых отрицательными чертами характера (Schein S.S., Langlois J.H., 2015; Gheorghiu A.I. et al., 2017). Это же имеет место и среди самих детей. Из 2973 опрошенных южнокорейских школьников в возрасте 15-18 лет 1,5% юношей и 4% девушек неоднократно испытывали дискриминацию из-за своей внешности (Lee H. et al., 2017).

В настоящее время появился термин «лукизм», отражающий проблему ограничения возможностей людей, имеющих выраженные дефекты внешности, реализовать личный потенциал из-за предвзятого к ним отношения со стороны окружающих (Гончарова Д.А., Матюшкова Д., 2021; Кононов А.Н., Шаклеин А.А., 2021; DuMont J., Forte T., 2016; Labunskaya V., Pogontseva D., 2018).

В соответствии с требованиями социального статуса человек, по мнению социального психолога и философа Э.Фромма (2007), формирует и стремится к совершенствованию своей внешности. Его внешний облик, манера одеваться, манера речи служат неким кодом для окружающих о его принадлежности к определенной социальной группе, к представителям той или иной профессии.

Особое значение внешний облик играет роль в жизни женщин, поскольку их социальный статус в гораздо большей мере зависит от него, чем таковой у мужчин (Guest E. et al., 2019), при этом коррекция этого облика косметическими методами (Александров А.А., Багненко Е.С., 2012;

BalkrishnanR. et al., 2006; SadickN.S., 2008) и с помощью пластической хирургии (AsimakopoulouE. et al., 2020) может в значительной степени способствовать восстановлению оптимального психологического состояния личности и качества жизни.

Таким образом, результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что внешность человека играет важную роль в его общественных отношениях. Значение этой роли нуждается в дальнейших исследованиях с целью ее более глубокого понимания.

1.1.3. Влияние внешности на психологическое состояние женщин

Как было показано рядом исследований, рассмотренных выше, межличностные контакты в значительной степени зависят от восприятия индивидуумами друг друга на биологическом уровне.

Человек, благодаря своей второй сигнальной системе, создал науку, культуру, религию, философию, искусство, накопил огромную информацию, создал искусственные информационно-коммуникативные системы, и этот процесс продолжается. Однако первая сигнальная система, по И.П.Павлову, общая у человека и животных, является филогенетически более древней и, значит, более устойчивой и генетически закрепленной, обеспечивающей существование биологического вида. «Для животного действительность сигнализируется главным образом раздражениями (и следами их в полушариях), которые воспринимаются непосредственно клетками зрительных, слуховых и других рецепторов организма. Это то, что и мы имеем в себе как впечатления, ощущения и представления от окружающей внешней среды, как природной, так и нашей социальной, исключая слово, слышимое и видимое» (Павлов И.П., 1951-1952. -Т.3, кн.2. - С.335-336). Поэтому было бы неверным отрицать роль привнесенных в сознание человека воспитанием и жизнью в социуме представлений о красоте того или иного человека, но также неправильно было бы недооценивать роль

рефлекторного, неосознанного восприятия другого человека по его внешности.

В социуме привлекательная внешность – это товар (Фромм Э., 2007), при этом индивидуум является одновременно и продавцом, и покупателем. Так же, как продавец пытается сделать товар более привлекательным, так же и социально активный индивидуум стремится, причем не всегда осознанно, улучшить своей внешний вид с помощью макияжа, одежды, прически, украшений, манер поведения, подать себя в лучшем виде, обозначая при этом свой статус в обществе и принадлежность к той или иной социальной группе, профессиональному или иному сообществу. Оформление внешности, выступая характеристикой облика, является формой объективизации внутреннего мира личности (Бодалев А.А., 1994), обусловленной потребностями в самовыражении и самореализации (Килошенко М.И., 1994).

Между тем, бразильские авторы (MacêdoUchôaF.N. et al., 2020), изучавшие с помощью опросника и шкалы самооценки Розенберга отношение к своей внешности у 1011 студентов обоего пола, выявили, что не удовлетворены своей внешностью 33,8% юношей и девушек, при этом слегка недовольствованы были 27,8% (то есть, даже среди молодых каждый третий! – Е.Б.), глубоко не удовлетворены – 5,8%.

Особое значение внешний облик имеет в жизни женщин (Сац Е.А., 2015), поскольку их социальный статус в гораздо большей мере зависит от него, чем таковой у мужчин (Guest E. et al., 2019), при этом коррекция этого облика косметическими методами (Багненко Е.С., 2012; BalkrishnanR., et al., 2006; SadickN.S., 2008) и с помощью пластической хирургии (Asimakoroulou E. et al., 2020) может в значительной степени способствовать восстановлению оптимального психологического состояния личности и качества жизни.

Современные женщины сознают, что внешняя привлекательность – такая же важная составляющая *человеческого капитала* – понятия, к которому раньше относили только знания, навыки и компетенции, приобретенные в системе формального образования и непосредственно

используемые в целях получения дохода в сфере оплачиваемой занятости (Бойкова И.А. с соавт., 2014).

Внешняя привлекательность является важнейшим фактором, влияющим как на самооценку женщины, так и на ее отношение к окружающим (Пузыревич Н.Л., 2013). Утрата внешней привлекательности автоматически влечет за собой утрату социальных позиций, причем, если у мужчин такая утрата возникает после травм, уродующих, главным образом, лицо, или в результате тяжелых кожных заболеваний, то для женщин помимо упомянутых травм и заболеваний важное значение в плане утраты их социальных позиций и возникновения психологического дискомфорта важную роль играют возрастные изменения внешности, не являющиеся столь важным фактором для мужчин (Лапина Ю., 2018). В основе этого различия в отношении к собственной внешности, известного на бытовом уровне, наглядным доказательством которого является соотношение женщин и мужчин среди клиентов косметологических клиник, по нашему мнению, лежит опять-таки биологический фактор в виде более короткого у женщин по сравнению с мужчинами временного отрезка для потенциальной реализации репродуктивной функции.

Стареющее тело выглядит вялым, непривлекательным. Напротив, ежедневный уход за собой обеспечивает качество дальнейшей жизни. Он работает как ритуал (ZhengR., 2021), не просто обеспечивающий желательный внешний вид, но означающий постоянный контроль за своей внешностью, позволяющий и далее наслаждаться ею, обеспечивает высокую самооценку и уважение окружающих, как *показатель социально одобряемого стиля жизни* (Воронцова-Вельяминова С.И., 2021).

Возрастные изменения внешности женщин в целом отрицательно влияют как на их социальное положение, так и на психологическое состояние. По данным исследования R.L.Pearl и I.Percses (2019), в котором 50 пациентов клиники пластической хирургии в Пенсильвании в возрасте $49,4 \pm 13,5$ лет (94% женщины) оценивали влияние эйджизма (дискриминации

по возрасту) на качество их жизни, более 30% отметили эйджизм как основной момент их дискриминации. Те, кто испытывал такую дискриминацию, в сравнении с не испытывавшими имели худшее, по их мнению, здоровье, более низкую самооценку и более выраженное ожидание возрастной дискриминации в межличностных отношениях (36%) и отношениях на работе (20%).

Фактор внешней привлекательности, как установлено в исследовании С.Barrier (2021), изучавшего потребность в косметических услугах среди обитателей дома инвалидов, остается важным в социальной адаптации даже в преклонном возрасте.

Изменяя свое природное тело, корректируя телесность, человек реализует отнюдь не биологические, а именно социальные и культурные потребности (Бугуева Н.А., 2011). Социальная дезадаптация, в частности у женщин, и неудовлетворенность собственной внешностью могут быть связанными не только с реальными недостатками внешности, но и с неадекватно заниженной оценкой реального и завышенной оценкой идеального образов физического Я (Варлашкина Е.А., 2015; MacCallum F., Widdows H., 2018).

Неудовлетворенность собственным внешним обликом, переживания, тревожность относительно непривлекательной внешности способствуют возникновению негативного восприятия жизни в целом, при этом регулярное применение особо чувствительными к возрастным изменениям женщинами среднего возраста омолаживающих медицинских манипуляций является способом целенаправленного совладания со стрессом старения. Женщины-клиентки эстетического медицинского центра составляют некую субкультурную группу, объединенную общей идеей ценности «вечной молодости» как атрибута успеха в жизни. У женщин этой субкультуры более выражен маскулинный тип гендерной идентичности, что проявляется в их готовности к риску и осложнениям для получения желаемого результата - омоложения внешнего облика. Применение омолаживающих процедур

повышает субъективную самооценку удовлетворенности внешним обликом, жизненного благополучия, позволяет манипулировать впечатлением окружающих (Осьминина А.А., 2021).

Вместе с тем, современная культура в равной мере задает как направления позитивного личностного развития, так и возможности реализации нарциссических потребностей, которые, опредмечиваясь в мотивации обращений к эстетической хирургии, создают психологическую угрозу личности, неспособной противостоять навязанным обществом потребления телесно-соматическим и сексуально-эротическим средствам достижения высокого социального и коммуникативного статуса, при этом основным условием интериоризации современной социокультурной модели красивого и здорового тела является наделение его *лично значимыми атрибутами превосходства над другими* и дополнительными возможностями манипулятивного коммуницирования (Баранская Л.Т., 2010); при этом могут возникать предпосылки формирования специфической психологической, а в ряде случаев и физической зависимости от косметологических процедур (Сац Е.А., 2015). Примириться с тем фактом, что без всяких заслуг со своей стороны человек более красивый, чем другие, попадает в более выгодное положение, а некрасивый — безо всякой вины — в невыгодное, крайне трудно.

В исследовании Е.А.Сац (2015), выяснено, что женщины в возрасте от 40 лет и старше часто обращаются к косметологу по причине возрастающего у них чувства напряжения (78%) и усталости (75%), многие отмечают: «...устаю на работе...»; «... устаю от одинакового образа жизни, от большой занятости, от повседневности и самих людей...», поэтому во время косметологических процедур эти женщины ощущают *чувство свободы* (79%). За счёт того, что посещение косметолога расценивается ими как один из способов избавиться от негативного настроения (81%), после процедур они приобретают позитивный настрой (87%), который сопровождается чувством легкости (67%), радости (85%) и ощущением ухоженности (82%).

Таким образом, использование косметических процедур приобретает в сознании женщин способ оптимизации своего эмоционального состояния, повышения уверенности в себе и социальной успешности.

1.2. Психологическая адаптация как предмет научного исследования

В параграфе представлены современные представления о феномене психологической адаптации, механизмах и факторах, ее определяющих, и показана важность их изучения у пациенток косметологической клиники.

1.2.1. Понятие психологической адаптации в современной психологии

Понятие психологической адаптации является структурным компонентом системной концепции психической адаптации, в рамках которой адаптация человека рассматривается как целостная, многоуровневая (включающая биологический, психологический и социальный уровни) самоуправляемая функциональная система, направленная на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой (Вассерман Л.И. с соавт., 1994; Александровский Ю.А., 2021; Арапова О.И., 2023). При этом система психической адаптации выступает как динамическая система, то есть как системно организованный процесс. По определению Ф.Б.Березина (1988), этот процесс позволяет человеку устанавливать оптимальные соотношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять собственные актуальные потребности, не нарушая адекватного соответствия между его психическими и физиологическими характеристиками – с одной стороны, и требованиями среды – с другой. Таким образом, под психической адаптацией понимается системный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса. Система психической адаптации является сложной динамической

функциональной системой биопсихосоциального приспособления личности к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды.

Ведущее положение в иерархии звеньев психической адаптации Ю.А.Александровский (2021) отводит подсистемам, обеспечивающим поиск, восприятие и переработку информации, эмоциональное реагирование (создающее «личностное отношение» к получаемой информации), социально-психологические контакты, а также подсистемам, обеспечивающим бодрствование и сон, эндокринно-гуморальную регуляцию. Каждая из указанных подсистем в свою очередь состоит из собственных звеньев, имеющих относительно самостоятельное значение в ее функциональной активности. Наряду со специфической деятельностью их активность подчинена целому – постоянному стремлению к поддержанию у человека состояния психической адаптации.

Приведенные положения о системной организации и функциональном назначении процесса психической адаптации послужили основой для выделения в целостной системе психической адаптации подсистемы *психологической адаптации*. При этом входящие в нее названные звенья иерархической организации процесса адаптации (восприятие и переработка информации, эмоциональное реагирование, социальное взаимодействие) отражают трехкомпонентную структуру отношений личности, соответствующую трем основным сферам психической деятельности: перцептивно-когнитивной, эмоционально-аффективной, мотивационно-поведенческой (В.Н.Мясищев, 1960; Карпова Э.Б. с соавт. 2020).

По современным представлениям, психологическая адаптация включает в себя также комплекс защитно-психологических образований, таких, как стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения (копинг), психологическая защита (Коцюбинский А.П., 2001; Исаева Е.Р., 2009; Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю., 2017). В случае возникновения заболевания к механизмам психологической адаптации относят «внутреннюю картину болезни» и «тип отношения к болезни», так как в этих конструктах

проявляется системный ответ личности на болезнь (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999; Николаева В.В., 2009).

Существенное влияние на механизмы психологической адаптации оказывают личностные особенности индивида. Механизмы психологической адаптации в совокупности с системной деятельностью многих биологических подсистем и составляют систему психической адаптации человека, тесно связанную с социальной адаптацией индивидуума, которая понимается как результирующая процессы приспособления психики человека к условиям и требованиям социальной среды (Коцюбинский А.П., 2001). Таким образом, необходимо еще раз подчеркнуть, что в литературе существует четкое представление о том, что психическая адаптация человека является процессом и результатом деятельности целостной, самоуправляемой системы.

Нарушение психической адаптации под влиянием разнообразных и множественных стрессовых факторов может с высокой вероятностью привести к невротическим, психосоматическим или поведенческим расстройствам с клинически очерченной или субклинической симптоматикой. Однако во многих случаях нарушения адаптации выступают как нозологические состояния с полиморфной слабовыраженной тревожной, депрессивной, фобической, ипохондрической и другой симптоматикой (Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020; Александровский Ю.А., 2021).

Это позволяет формировать и реализовывать решения актуальных задач не только в клинической медицине, но и в профилактике предболезненных состояний, связанных с влиянием кризисных и стрессовых ситуаций, социальной фрустрированности, особенностью которых является слабоструктурированная симптоматика, не имеющая четкой синдромологической и нозологической принадлежности. Частота их встречаемости среди населения варьирует в диапазоне от 22 до 89,7% и имеет тенденцию к увеличению (Вассерман Л.И. с соавт., 2021). Область лечебной косметологии не является в этом смысле исключением, где предболезненные состояния, соответствующие разделу F43.2 – расстройства

адаптации Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, ВОЗ, 1994), особенно в виде нарушений аффективного спектра (Краснов В.Н., 2011), нередко встречаются в практике врача дерматолога-косметолога.

Среди психологических факторов в генезе нарушений психической адаптации прежде всего следует выделить влияние актуальных интрапсихических конфликтов личности, связанных с индивидуальными механизмами защиты и копинг-поведения. Эти механизмы определяют успешность личностно-средового взаимодействия и адаптации в различных социальных средах, при этом психическая дезадаптация в значительной степени является следствием дисбаланса между формой и степенью проявления личностных свойств, с одной стороны, и требованиями социальной среды – с другой (Березин Ф.Б., 1988). Это подтверждает представления А.Ю.Александровского (2021) о том, что в первую очередь происходит нарушение наиболее тонких и сложных форм социально-детерминированного психического реагирования человека на окружающее. В связи с этим адаптированное личностное реагирование понимается как детерминированная требованиям социальной среды сбалансированная совокупность проявления личностных свойств (Вассерман Л.И. с соавт., 1994).

Таким образом, система психической адаптации является сложной динамической функциональной системой биопсихосоциального приспособления личности к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Одним из важнейших ее компонентов является подсистема психологической адаптации человека.

1.2.2. Копинг как механизм психологической адаптации

Ведущую роль в психологическом преодолении стрессогенного воздействия косметологических дефектов, как и других стрессовых и проблемных жизненных ситуаций, играют механизмы психологической адаптации – подсистемы в общей системе психической адаптации человека. К таким механизмам, в первую очередь, относятся копинг-стратегии, а также

личностные и социальные копинг-ресурсы (Абабков В.А., Перре М., 2004; Лазарус Р., 2008; Крюкова Т.Л., Гущина Т.В., 2015). Именно эти механизмы определяют успешность личностно-средового взаимодействия и адаптации к различным условиям функционирования личности, в том числе к условиям болезни.

Психологические исследования механизмов совладающего поведения (копинга) появились впервые за рубежом во второй половине XX века. Согласно наиболее распространенной транзакциональной когнитивной теории стресса и копинга Р. Лазаруса (Lazarus R.S., Folkman S., 1984; Lazarus R.S., 1985) «копинг» или «преодоление стресса» рассматривается как деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями среды и собственными ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям. Главная задача копинга – обеспечение и поддержание благополучия человека, физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями (Weber Н., 1992). При этом копинг-механизмы в большей степени, чем механизмы психологической защиты, связаны со здоровыми, положительными сторонами личности и направлены на активное разрешение конфликта, патогенной ситуации и устранение вызванного ими эмоционального напряжения (Вассерман Л.И., Е.А.Дубинина Е.А., 2019).

Необходимо отметить, что в своей теории R.S.Lazarus (1985) исходит в большей степени из субъективного переживания стресса и уделяет особое внимание когнитивным процессам. При этом стрессоры и способы совладания с ними не рассматриваются с точки зрения характеристик ситуации. В то же время отечественные исследования отводят существенную роль параметрам целостной ситуации, в которой находится субъект. Именно ситуация во многом определяет характер поведения человека так же, как меру ответственности и сознательной активности в разрешении проблемы. Такую точку зрения можно встретить при анализе отечественных работ, посвященных вопросу психологического преодоления жизненных трудностей.

В этих работах копинг рассматривается как индивидуальный способ

взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями (Анцыферова Л.И., 1994; Нартова-Бочавер С.К., 1997). Очевидно, что такая трактовка совладающего со стрессом поведения является более адекватной для понимания процесса и результата психологической адаптации пациентов с косметологическими проблемами кожи лица.

Согласно теории стресса и копинга, копинг-поведение реализуется посредством использования копинг-стратегий (стратегий совладающего со стрессом поведения) на основе личностных и средовых копинг-ресурсов. Под копинг-стратегиями понимаются стратегии действий, предпринимаемые преимущественно сознательно и активно с целью преодоления негативных переживаний и решения проблем, связанных с ними (Исурина Г.Л. с соавт., 1994.). Во многих исследованиях показано, что дефицит навыков проблемно-решающего поведения значительно снижает способность эффективно справляться со стрессовыми жизненными ситуациями. Преобладание в копинг-поведении эмоциональных и избегающих решения проблем стратегий усугубляет болезненные переживания, служит фактором дальнейшей социально-психологической дезадаптации личности.

Именно поэтому в настоящем исследовании существенное внимание уделено изучению стратегий стресс-преодолевающего поведения, а также его личностных и социальных ресурсов (Багненко Е.С., 2021б), под которыми понимаются относительно стабильные характеристики личности и среды, в которой она функционирует, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий (Moos R.H., Billings A.G., 1984; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994). В литературе к личностным, «внутренним» копинг-ресурсам исследователи относят ряд устойчивых психологических характеристик, таких, как психологическая выносливость (фрустрационная толерантность), самооценка, личностный контроль, ролевая компетентность и многие другие психологические конструкты (Brehm S.S. et al., 2005; Крюкова Т.Л., Гущина

Т.В., 2015). Это во многом определило задачи и выбор психодиагностических методов настоящего исследования.

1.2.3. Отношение к себе и к временной перспективе в структуре психологической адаптации

Центральное место в системе отношений личности занимает отношение к себе. Его нарушения являются главным звеном в развитии невротических расстройств и расстройств адаптации (Мясищев В.Н., 1960; Исурина Г.Л. с соавт., 1994; Варшаловская Е.Б., с соавт., 2019; Болезнь и здоровье..., 2020). В структуре этого отношения удовлетворенность своей внешностью занимает особое место. Показано, что доминирование негативно-аффективного отношения к собственной внешности оказывает деструктивное влияние на личность и деятельность женщины (Ермолаева А.В., 2004), и определяющими факторами неудовлетворенности женщин своей внешностью выступают неадекватно заниженная самооценка реального и завышенная самооценка идеального образов физического «Я» (Варлашкина Е.А., 2015).

Это имеет особое значение для пациентов с дефектами кожи лица — важнейшего элемента человеческой коммуникации (Изард К.Э., 1999; Todorov A. et al., 2014; Ryali S. K. et al., 2020), в том числе, в контексте нового социально-психологического феномена, получившего название «лукизм» и отражающего зависимость социальной успешности человека от его внешнего вида (Гончарова Д.А., Матюшкова Д., 2021; Кононов А.Н., Шаклеин А.А., 2021; DuMont J., Forte T., 2016; Lee H. et al., 2017; Masch L., 2021). В исследованиях показано, что улучшение кожи лица и другие изменения внешности после лечебной коррекции положительно влияют на удовлетворенность не только своим физическим Я, но и другими аспектами самооценки (Багненко Е.С., 2012; Фаустова А.Г., 2017; Shah P., Rieder E. A., 2021). В связи с этим изучение отношения к себе и самооценки приобретает особую значимость при психологической работе с пациентками

косметологической клиники, важность которой, в отличие от клиники эстетической хирургии, начинает осознаваться лишь в последнее время (Незнанов Н.Г., Васильева А.В., 2015; Караваева Т.А., Королькова Т.Н., 2018; Багненко Е.С., 2021).

Снижение самооценки и удовлетворенности собой являются отчетливыми диагностическими признаками расстройств настроения, в том числе подпороговых аффективных расстройств (Краснов В.Н., 2011; Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2015). Одновременно доказана взаимосвязь депрессии с отношением к временной перспективе (Тейверлаур М., 1992; Шустрова Г.П., 2006; Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б., 2007; Вассерман Л.И. с соавт., 2014), которую К.Левин понимал как совокупность взглядов индивида на его психологическое прошлое и психологическое будущее, существующую в данный момент времени (Мандрикова Е.Ю., 2008).

Таким образом, и отношение к себе, и отношение к временной перспективе могут рассматриваться не только в контексте нарушения значимых отношений личности, но и в контексте эмоционально-аффективных нарушений, которые, в свою очередь, выступают важнейшим фактором психической дезадаптации (Болезнь и здоровье, психотерапия ..., 2019). В этих условиях изучение отношения к себе и к временной перспективе пациенток косметологической клиники может способствовать формированию оптимальной психотерапевтической тактики в ходе коррекции дефектов кожи лица и тем самым обеспечивать комплексное (косметологическое и психологическое) лечение пациенток, в отдельных случаях дополняя его специализированной психотерапевтической помощью.

1.2.4. Качество жизни как фактор и результат психологической адаптации

Как отмечалось, современная психологическая наука в целостной многоуровневой (биологической, психологической, социальной) функциональной системе психической адаптации человека выделяет

отдельную подсистему психологической адаптации, которая включает в себя комплекс приспособительных психологических образований, к числу которых относятся когнитивно-поведенческие стратегии преодоления стресса, внешние (социальные) и внутренние (психологические) ресурсы копинга, «внутренняя картина болезни» и другие.

Одновременно отношение пациента к своему заболеванию (дефекту) и социально-психологической ситуации, сложившейся в связи с ним, составляет существо субъективно-личностного компонента понятия качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ) (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2014; Еремян З.А., Щелкова О.Ю., 2022; Bush J.W et al., 1982). В теоретическом плане и концепция КЖЗ, и концепция психической адаптации строятся на основе биопсихосоциальной парадигмы в медицине и медицинской психологии (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2014); в практическом плане изучение КЖЗ, по сути, означает изучение тех объективных ограничений, которые накладывает болезнь (дефект) на жизненное функционирование человека, а также тех субъективно-личностных реакций, эмоциональных состояний, ценностно-мотивационных и поведенческих характеристик, которые формируются в условиях болезни и обеспечивают психологическую адаптацию личности к ней (Багненко Е.С., 2022б).

В связи с этим возникает необходимость сочетанного изучения показателей качества жизни человека и психологических механизмов адаптации к ней (Щелкова О.Ю. с соавт., 2018). Это в значительной степени относится к пациенткам косметологической клиники в виду выраженного стрессогенного характера дефектов кожи лица. Представляется, что именно у такого контингента женщин актуальным является не только выявление признаков и факторов риска нарушений психической адаптации под воздействием стресса, но и факторов, способствующих ее успешности, к числу которых относятся отмеченные выше копинг-стратегии, личностные и

средовые ресурсы преодоления стресса болезни, а также ролевая компетентность и удовлетворенность качеством жизни в отдельных ее сферах.

1.3.Нарушения психологической адаптации пациенток косметологической клиники

В современных источниках можно встретить весьма ограниченное количество психологических исследований пациенток косметологической клиники. Если в отношении воздействия пластических операций на психологическое состояние женщин публикаций довольно много, то в отношении влияния косметических малоинвазивных процедур на психический статус и качество жизни женщин в литературе имеются лишь единичные работы: на момент публикации в 2013 году S.Imadojemuco соавторами обзора работ, посвященных психологическому влиянию пластических операций и малоинвазивных косметологических воздействий, ими в литературе было обнаружено только одно исследование, касающееся нехирургических косметологических методов. В следующем параграфе представлен обзор таких исследований, опубликованных в последние годы.

1.3.1. Психологический статус и его связь с клиническими факторами

Результаты имеющихся исследований показывают, что дефекты кожи лица, как правило, не несущие тяжелых осложнений для здоровья, тем не менее значительно влияют на эмоциональное состояние, социальное функционирование, в целом на качество жизни пациенток косметологической клиники (Сац Е.А., 2015; Лицо человека: познание..., 2019; WaldmanA. etal., 2019; ÖzkurE. etal., 2020). Как отмечалось, это обусловлено, в первую очередь, важностью внешнего вида человека для его самооценки (эмоционально-ценностного отношения к себе) и уверенности в себе при социальном взаимодействии (Багненко Е.С., 2021г, 2024). В одном из недавних исследований(Yew Y.W. etal., 2020), в котором изучалось

психологическое состояние 1510 больных с 13 формами кожных поражений, было установлено наличие у них по сравнению с контрольной группой более высокой частоты депрессивных состояний, социальной изоляции, в том числе одиночества, и более низкого качества жизни.

Связь между состоянием кожи и психики (Dalgard F.J. et al., 2015) является в известной мере двусторонней, и дерматологам так же хорошо известно неблагоприятное влияние некоторых психических заболеваний и стрессовых состояний на течение ряда хронических заболеваний, таких как псориаз, экзема и ряд других (Sanclemente G. et al., 2017; Korotkova I. et al., 2021; Langan E.A., Millington G.W.M., 2022).

В отличие от хронических заболеваний кожи, психологические проявления косметических дефектов изучены в гораздо меньшей степени. Показано, однако, что среди пациенток косметологической клиники, получающих малоинвазивное лечение, немало лиц с нарушениями психической адаптации, проявляющимися подпороговыми аффективными расстройствами, тревожным и нарциссическим расстройствами личности, другими личностными и поведенческими девиациями (Loron A.M. et al., 2018; Husain W. et al., 2021). Так, E.Özkur с соавторами (2020) при сравнении группы пациентов косметологической клиники, получавших ботулинотерапию, инъекции филлеров, дермабразию, мезотерапию, инъекции обогащенной тромбоцитами плазмы, с лицами того же возраста, никогда не обращавшихся к косметологу, выявили более высокий индекс общей тяжести состояния, тревожности, депрессии, межперсональной чувствительности и сниженный показатель самооценки уровня социальной адаптации.

По данным W.Husain с соавторами (2021), у пациенток косметологических клиник имеется тенденция к социофобии, тревожным расстройствам личности, депрессивным расстройствам, истеричности, резонерству и манерности, гераскофобии (страх перед собственным старением). В работе D.B.Sarwer (2019) сообщается о частоте встречаемости расстройств личности у пациентов косметологической клиники, существенно

превышающей популяционные показатели. Это согласуется с данными зарубежных исследователей, показавших, что примерно половина пациенток косметологической клиники консультировались со специалистом по психическому здоровью, а 23,6% психиатром было назначено медикаментозное лечение (Sobanko J.F. et al., 2015). По данным иранских исследователей, 13,9% пациентов косметологической клиники когда-либо обращалась за психиатрической помощью и 15,3% когда-либо получали лекарства по поводу нарушений психики (Dadkhahfar S. et al., 2021).

В ряде работ обсуждается вопрос о частоте встречаемости дисморфофобических расстройств у пациенток косметологической клиники (Багненко Е.С., 2011; Scharschmidt D. et al., 2018; Pikoos T.D. et al., 2021; Dobosz M. et al., 2022). В некоторых работах сообщается об их высокой частоте: 14% – по данным L.A. Congrado с соавторами (2010), 14,2% – по данным Q. Wang с соавторами (2016), 5-15% – по данным D.B. Sarwer (2019), 13,3% – по данным M.R. Pourani и F. Ghalamkarpour (2022), тогда как в популяции количество таких лиц не превышает 1% (Wang Q. et al., 2016).

T.D. Pikoos с соавторами (2021) пишут о том, что из 154 женщин, обратившихся за нехирургическими косметологическими услугами, у 25% (!) можно было, по их мнению, поставить диагноз дисморфофобического расстройства, при этом степень удовлетворенности оказанной им помощи была на том же уровне, что и у других пациенток без дисморфофобий, что само по себе, по нашему мнению, противоречит диагнозу дисморфофобии, так как вряд ли они выполняли процедуры по поводу несуществующих косметических дефектов. По нашим данным (Багненко Е.С., 2011), такие больные среди пациентов косметологической клиники составляют единицы. Не исключено, что такие показатели зарубежных авторов могут быть связаны с не всегда оправданным отнесением к данной категории лиц с избыточной фиксацией на собственной внешности, не носящей, однако, характера болезненного состояния, мешающего их нормальному социальному функционированию. Другим объяснением может быть тот факт, что от 18%

(Orringer J.S. et al., 2006) до 26,8% (Hamilton H.K. et al., 2016) пациенток косметологических клиник США употребляют психотропные препараты.

Данные о частоте встречаемости дисморфофобий обсуждаются и в работе D.Scharschmidt с соавторами (2018), которые приходят к выводу о том, что среди 145 жительниц Берлина, обратившихся в косметологическую клинику, ни у одной женщины дисморфофобических расстройств выявлено не было, и обследованным пациенткам по сравнению с женщинами контрольной группы свойственен более высокий уровень экстравертности, доброжелательности, открытости по отношению ко всему новому, а также более высокий уровень нейротизма.

Особую категорию составляют возрастные пациентки косметологической клиники, стремящиеся к улучшению собственной внешности. В исследовании E.Özkuş с соавторами (2020) была выявлена положительная корреляция между возрастом, с одной стороны, и показателем тревожности, депрессии, межперсональной чувствительности и уровнем соматической патологии пациенток. Обнаружена отрицательная корреляция между показателем самооценки уровня социальной адаптации, с одной стороны, и возрастом, а также количеством полученных процедур, с другой. Опрос 440 женщин в возрасте 45+, проведенный A.Maisel с соавторами (2018), показал, что в числе ответов о мотивах их обращения за косметологической помощью на первом месте было желание улучшения эмоционального и психологического настроения и качества жизни в целом, а предотвращение старения, корректировка овала лица и улучшение качества кожи с профессиональной точки зрения – на втором. В совокупности эти данные показывают острую потребность пациенток старшего возраста не только в косметологической, но и психологической помощи и коррекции.

Учитывая разнообразие клинических форм косметических дефектов, особый интерес представляют работы, дифференцированно подходящие к анализу психологического статуса пациенток с учетом характера дефекта.

Из числа нозологических форм, с которыми обращаются к врачу-косметологу, на первый план выступает угревая болезнь (акне) (Майорова А.В. с соавт., 2005; ChuhA. et al., 2006). Среди пациентов преобладают школьники, у которых частота данного поражения колеблется, по данным В.Варанкин и J. DeKoven (2002), от 30 % до 100 %, а в возрасте от 16 до 18 лет встречается почти у всех – 93,3 % (KilkennyM. et al., 1998). M.R.Durović с соавторами (2021), выявившие акне у 49,8% черногорских школьников, показали существенное снижение качества их жизни по сравнению со здоровыми сверстниками, а В.Dreno с соавторами (2019), установили что акне у молодых людей чаще влияет на пропуски занятий. Не только само наличие акне служит стрессорным фактором, но и беспокойство у 74,8%, что после этого навсегда останутся рубцы (TanJ. et al., 2022). В то же время ряд исследователей считают, что в отличие от общепринятого мнения, что угревая сыпь – это проблема юношей и девушек, в неменьшей степени они беспокоят и людей в зрелом возрасте (Stamu-O'Brien C. et al., 2021).

Психоэмоциональные расстройства различной степени у больных с угревой болезнью С.А.Монахов (2005) наблюдал у 41,3 % из числа 223 больных, при этом характерными, по мнению автора, являются нозогенные депрессии астено-тревожного (38 %), тревожного (25 %), ипохондрического (19,6 %) и астенического (17,4 %) типов. Наиболее часто эти изменения он наблюдал при II (комедоны, папулы, до 10 пустул) и III (комедоны, папулы, пустулы, до 5 узлов) степенях тяжести кожного процесса на лице. Они чаще наблюдаются у женщин (53,5 %), чем у мужчин (25 %). Согласно данным ряда авторов, угревая болезнь сопровождается депрессией и тревогой, изменениями личности и эмоционального статуса, изменениями самовосприятия и самооценки, чувством социальной изоляции (VanderMeerenH.L. et al., 1985; LasekR. J., ChrenM.-M., 1998; MallonE. et al., 1999; KoskiJ.E. et al., 2015). Последнее, в частности, проявляется более высоким процентом безработных среди больных угревой болезнью (CunliffeW. J., 1986).

Хотя традиционно считается, что юноши и девушки сильнее переживают из-за угрей на лице, в действительности заболевание в большей степени влияет на психику более старших людей и, по их собственным оценкам, на качество их жизни (Lasek R. J., Chren M.-M., 1998; Magin P. et al., 2006). Психологические изменения у этих пациентов заключаются в более высокой встречаемости у них проявлений депрессии и тревожности, чем в среднем в популяции (Samuels D.V. et al., 2020), а также в более высокой частоте суицидального поведения и еще большей частоте суицидальных высказываний и мыслей (Xu S. et al., 2021).

И.Ю.Дороженок и Е.Н.Матюшенко (2009), изучавшие нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью, выделяют два типа изменений: сенситивные реакции («ипохондрия уродства») и ипохондрические развития («ипохондрия красоты»), полярные как по содержанию, так и по клинической характеристике. Реакции первого типа они наблюдали у 21 больного в возрасте $22 \pm 3,6$ года. По мере улучшения кожного статуса эти реакции, по их данным, обычно завершаются полной редукцией, что позволяет отнести их по критериям МКБ-10 к категории «Расстройства адаптации F.43.23». К особенностям защитных мер у таких лиц относятся странные, порой нелепые ритуалы, маскирующие дефекты кожи (перемещение по улице по возможности в темное время суток). Такие больные неделями не выходят из дома, полностью прекращают общение с друзьями.

Реакции второго типа отмечены упомянутыми исследователями у 18 больных в возрасте $33,7 \pm 4,7$ года. Картина развития с ипохондрией красоты определяется Obsessive стремлением к устранению патологических проявлений, нарушающих безупречность кожи, неотделимым от доминирующих в сознании пациента представлений об эластичной, гладкой коже как о «зеркале» здорового организма, позволяющем добиться успеха в жизни. Даже единичные угри рассматриваются как катастрофа, как фактор, препятствующий самоутверждению. Пациенты высказывают различные

предположения о причинах болезни, приведших к поражению кожи (наличие тяжелого соматического или инфекционного заболевания, патологии иммунной системы). Формируются сверхценные идеи устранения косметического дефекта для достижения «совершенной внешности». Проявления угрей воспринимается в качестве «враждебного начала», препятствующего функционированию здорового тела, и становятся объектом борьбы за их устранение.

В исследовании M.Sachdeva с соавторами (2021) показано, что помимо депрессии и тревожности, для лиц с акне характерна сниженная самооценка, негативное восприятие собственной внешности, смущение при общении с окружающими, социальная отчужденность и социальные проблемы. Y.Zhang с соавторами (2021), обследовавшие 247 больных с акне с помощью специальной «Кардиффской шкалы нарушений жизнедеятельности больных с акне», обнаружили умеренные и выраженные нарушения у 97% пациентов и с помощью «Шкалы самооценки тревожности» – различную степень тревожных расстройств у 37,6%. К сожалению, авторы, показавшие хороший лечебный эффект к концу третьего месяца от фотодинамической терапии с местным применением 5% раствора аминолевулиновой кислоты, психометрические исследования на этом этапе не проводили. Закономерно, что степень тревожности и озабоченности больных оказывается пропорциональной выраженности рубцовых изменений после акне (Tan J. et al., 2022).

Пациенты с рубцами после угрей представляют особую группу риска в отношении развития у них депрессии и суицидального поведения (Cotterill J. A., Cunliffe W. J., 1997; Hull P. R., D'Arcy C., 2005). По данным K.Kundu с соавторами (2021), рубцы на лице после ожогов оказывают меньшее психотравмирующее действие, чем рубцы после акне, если только они не занимают большой площади, при этом, что также неожиданно, разницы в их влиянии у мужчин и женщин нет. Можно предположить, что

этот эффект обусловлен тем, что люди с ожоговыми рубцами не воспринимаются окружающими как больные.

Вместе с тем, обобщающие данные J.A.G.Gibson с соавторами (2018) свидетельствуют о том, что из 2394 людей с рубцами на лице у 26,1% отмечается повышенная тревожность, а у 21,4% – депрессия. Возможно, что истинное влияние на психику наличия рубцов на лице несколько меньше, поскольку M.P.Brewin и S.J.Homer (2018) обнаружили у пострадавших с ожоговыми рубцами большую частоту, чем в популяции, предшествовавших ожоговой травме психологических отклонений.

Подробную психологическую характеристику 48 людей с нормотрофическими и 56 людей с гипертрофическими и келоидными рубцами на лице приводят в своей работе И.Г.Шакуров с соавторами (2009). Показано, что больные с гипертрофическими и келоидными рубцами на лице отличаются от здоровых людей показателями шкал ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении, шизоидности, а больные с нормотрофическими рубцами – показателями шкал ипохондрии, депрессии, психопатии, психастении.

Еще одним поводом для многочисленных обращений за косметологической помощью является розацеа – поражение кожи лица, выражающееся в ее очаговом покраснении и, в ряде случаев, формировании в этих очагах гнойничков (рисунок 2), которым оказываются подвержены до 10% мировой популяции людей (Bonsal A., Rajpara S., 2016).

Даже на уровне обывательских представлений очевидно, что такие изменения не могут не оказывать психотравмирующего действия, и доказательством этому служат довольно многочисленные психологические исследования (Bonsal A., Rajpara S., 2016; Heisig M., Reich A., 2018; Oussedik E. et al., 2018; Yang T.T., Lan C.E., 2022; Chernyshov P.V. et al., 2023).



Рисунок 2. Розацеа.

Ф. Yang с соавторами (2022), изучавшие с помощью «Специфического для розацеа опросника качества жизни» психологическое состояние 469 пациентов, выявили существенные эмоциональные и функциональные нарушения, а также проявления тревожности и депрессии у 44,8% и 37,5% обследованных соответственно, при этом выраженность психологических изменений коррелировала с выраженностью кожных поражений. Следует также иметь в виду, что помимо внешних проявлений стрессогенным фактором являются ощущения прилива, жжения, покалывания и зуда пораженной кожи, а также необходимость финансовых затрат на лечение: каждый третий больной готов тратить до 20% месячного дохода, чтобы обеспечить приемлемый контроль за состоянием кожи лица (Huang Y. et al., 2022).

Фактором депрессии и тревожности может также служить и связанное со старением появление на лице морщин (Alam M. et al., 2008; Lewis M.B.,

2018), при этом их коррекция с помощью инъекций ботулотоксина улучшает не только внешний вид, но и психологическое состояние (Cohen J.L. et al., 2022). В эксперименте, проведенном сотрудниками университета г.Сучжоу (КНР) (Zhang Q. et al., 2021), 76 женщинам с морщинами и диагнозом «депрессивное состояние» проводили инъекции ботулотоксина, а другим таким же пациенткам местное лечение не проводили, но делали инъекции антидепрессанта сертралина. Психометрическое исследование осуществляли с помощью «Шкалы депрессии Гамильтона», «Шкалы тревожности Гамильтона», «Шкалы самооценки уровня депрессии» и «Шкалы самооценки тревожности». Через 12 недель эксперимента уровень депрессии и тревожности в обеих группах женщин был достоверно ниже исходного, причем в группе, получавшей ботулотоксин, он не отличался от такового у получавших антидепрессант (!). Обобщая опыт ряда исследователей М.А.Wollmer с соавторами (2022), опираясь на данные косметологов, вообще предлагают инъекции ботулотоксина по соответствующей методике в качестве метода лечения депрессии.

По мнению М.В.Lewis (2018), этот эффект возникает не только в результате повышения женщиной самооценки, но и имеет более глубокие психофизиологические корни: устранение межбровных морщин с помощью инъекций ботулотоксина уменьшает депрессию из-за потери возможности хмуриться, а также в связи с отсутствием в результате этого негативной реакции со стороны других людей. М.Alam с соавторами (2008), наблюдавшие аналогичный эффект, считают, что возникающий в связи с введением ботулотоксина временный парез соответствующих мимических мышц блокирует по принципу обратной связи негативные эмоции, такие как злость, страх и печаль. Вместе с тем, устранение тем же методом «гусиных лапок» или «морщин смеха» у краев глаз, делает женщину моложе, но не привлекательней по тому же механизму (Etcoff N. et al., 2021), и ухудшает, по данным М.В.Lewis (2018), ее настроение. Более того, в эксперименте с 24 пациентками с морщинами и инъекциями ботулотоксина и контрольной

группой из 12 женщин, показано, что устранение таких морщин уменьшает экспрессию эмоций, обусловленную половым возбуждением, и распознавание этого возбуждения партнером, что снижает качество половой жизни.

В другом своем исследовании этот же автор (Lewis M.B., 2012) продемонстрировал, что при нахмурировании бровей настроение у испытуемых ухудшалось, при поднятии – улучшалось, а после наморщивания носа запахи казались более неприятными!

В свете этих выводов представляются весьма интересными результаты единственного найденного нами такого рода психофизиологического исследования Т.В.Кремневой (2013), показавшей, что у пациенток с косметическими дефектами, которым предстояли пластические операции, преобладал средне-слабый тип нервной системы, был повышен тонус симпатического отдела нервной системы, были характерны лабильность эмоций, неустойчивость самооценки и настроения, высокие показатели депрессии, низкие стрессоустойчивость и порог болевой чувствительности. Эти данные, еще раз доказывающие неразрывность психического и физиологического состояний, убеждают в справедливости представлений о существовании обратной связи между деятельностью мимических лицевых мышц и психологическим статусом.

К числу поводов для обращения к косметологу относятся и нарушения пигментации на лице в виде пигментных пятен (мелазм) или, реже, витилиго – очагового исчезновения пигмента. J.K.Ikino с соавторами (2015), обследовавшие с помощью специального опросника «MelasQol» качество жизни 51 бразильской женщины с мелазмами, выяснили, что 94,1% из их числа испытывали в связи с пятнами на лице беспокойство, 64,71% - фрустрацию и смущение, 52,94% - депрессию из-за вида их кожи, 78,43 – утрату своей привлекательности, хотя на социальные отношения это достоверно не влияло. Снижение качества жизни людей с мелазмами выявили в своем исследовании и K.Kagha с соавторами (2020), при этом

S.Paudel с соавторами (2022) влияния степени выраженности гиперпигментации на лице и длительности ее существования на качество жизни не выявили. К числу отрицательного психологического влияния мелазм на качество жизни относится и выявленная у их носителей сниженная самооценка как полового партнера (Leidger A. et al., 2022).

Депигментация кожи также сопровождается у ее носителей худшими показателями качества жизни в виде смущения, сниженной социальной активности и дезадаптации (Sangma L.N. et al., 2015), хотя, вероятно, это в большей степени присуще людям с темным цветом кожи.

Вместе с тем, витилиго оказывает меньшее влияние на психику, чем мелазма: в исследовании G.Dabas с соавторами (2019) тревожные расстройства отмечались у 30,3% лиц с гиперпигментациями, тогда как с витилиго – у 21%, депрессия – у 36,9% и 27% соответственно, при этом авторы выявили положительную корреляцию с выраженностью пигментных нарушений. О меньшем влиянии на качество жизни витилиго по сравнению с мелазмами свидетельствуют и данные В.Аmatya и D.В.Pokhrel (2019). По нашему мнению, эта разница может быть связана с бытующими среди населения представлениями о пигментных пятнах на коже как о неких стигматах («бог шельму метит»), чего нет в отношении депигментаций. Устранение патологической пигментации с помощью химического пилинга, по данным анкетирования женщин с использованием «Шкалы самооценки Розенберга», достоверно повышает их самооценку (Kouris A. et al., 2018). Неким противоречием этой тенденции служат данные Т.Т.Yang и С.Е.Lan (2022) о том, что пациенты с витилиго готовы идти на наибольшие финансовые затраты на лечение, превышающие 40% от их месячного заработка, по сравнению с пациентами с гиперпигментациями на лице, что, по нашему мнению, может отражать некие особенности национального менталитета.

В поддержку этого суждения могут свидетельствовать и результаты исследования, проведенного среди жителей Эр-Рияда (Саудовская Аравия)

(AlOtaibi H.M. et al., 2021), выявившее, что у 79,7% пациентов с акне, у 79,3% с витилиго, у 76,9% с трихологическими проблемами и у 71,5% с розацеа имевшиеся косметические проблемы совсем не влияли или оказывали лишь незначительное влияние на качество их жизни, при этом не влияли или незначительно влияли на качество жизни и более серьезные хронические заболевания кожи у 62,5% заполнявших «Дерматологический опросник качества жизни» (!), и то обстоятельство, что 91% респондентов составляли женщины, по нашему мнению, ни о чем не говорит: дома-то они ходят с открытыми лицами.

В отношении влияния на психику других косметических дефектов существуют единичные публикации. Показано (Weinstein J. M., Chamlin S. L., 2005), что гемангиомы на лице и сосудистые пороки развития воспринимаются окружающими как некие стигматы, в силу чего их носители оказываются в социальном отчуждении, постоянно испытывают стресс от негативных реакций окружающих, имеют пониженное настроение и самооценку.

Подводя итог анализу влияния конкретных косметологических проблем на психологическое состояние их обладателей, следует подчеркнуть, что публикации таких исследований в литературе крайне немногочисленны и практически все не содержат результатов детальных психометрических исследований, при этом лишь единичные работы отражают влияние косметологической коррекции кожных проблем на психологический статус пациентов.

1.3.2. Динамика психологических характеристик в процессе косметологической коррекции

Большинство доступных для анализа работ в области психологических аспектов косметологического лечения не ограничиваются констатацией актуального психологического статуса пациенток, а стремятся показать положительный эффект, производимый лечением на эмоциональное

состояние, связанное с ним отношение к жизни и к себе, социальное функционирование пациенток.

Так, M.Khademi с соавторами (2021) сообщают о достоверном снижении уровня депрессии у 121 пациентки после инъекций ботокса; в работе D.J.McKeown (2021) количественно показано улучшение психологического состояния и снижение уровня дистресса, связанного с внешним видом, 32 пациенток через 2 недели после ботулинотерапии или инъекций гиалуроновой кислоты.

О положительной динамике самооценки как функции настроения свидетельствуют результаты S.H.Weinkle с соавторами (2021), показавших, что через четыре месяца после лечения 100 пациенток оценивали себя в среднем на 4,6 лет моложе, чем до начала лечения.

Об интересном, ранее не описанном эффекте лечения сообщают P.Shah и E.A.Rieder (2021): помимо психологического эффекта в виде повышения самооценки и улучшения социального функционирования отмечался третий эффект – более благожелательное отношение к другим людям. Одновременно в исследовании J.F.Sobanko с соавторами (2018) 75 пациенток, которые оценивали свое психологическое состояние до и через шесть недель после применения филлеров и нейромодуляторов, неудовлетворенность собственным телесным имиджем существенно нивелировалась, а самооценка осталась на прежнем уровне.

Таким образом, динамика самооценки в процессе косметологического лечения требует дальнейшего изучения, и это составило одну из задач настоящего исследования.

В ряде работ акцент делается на улучшении социального функционирования и качества жизни пациенток после курса косметологического лечения. D.J.McKeown (2021) у 32 женщин, заполнявших опросники до и через 2 недели после ботулинотерапии или инъекций гиалуроновой кислоты, выявили улучшение психологического состояния, социального функционирования и снижение психологического

дистресса, связанного с их внешним видом. Даже после одноразового применения малоинвазивных косметологических процедур через месяц после этого пациентки, по данным F.Ribeiro и B.Steiner (2018), оценивали свое качество жизни как повысившееся. M.S.deAquino с соавторами (2013) определили, что показатели качества жизни пациенток были существенно выше в течение трех месяцев после косметологических процедур и оставались выше начального уровня даже по истечении шести месяцев.

Среди процедур омоложения кожи наиболее популярными и применяемыми являются инъекции ботулотоксина для устранения морщин и применение дермальных филлеров для изменения рельефа кожи. Изучение психологического эффекта от этих процедур через 2 месяца после их проведения показало более высокую удовлетворенность пациенток психологическим и социальным функционированием, а также восприятие себя более молодыми, что согласовывалось с полученной слепым методом объективной оценкой врачами-косметологами (KurtiA. et al., 2022). Также повышение самооценки после введения дермальных филлеров у женщин показано в работе S.H.Dayan с соавторами (2019).

Влияние косметических процедур на психологическое состояние и качество жизни оценивают и сами женщины. Так, A.Waldman с соавторами. (2019), изучавшие с помощью интервью мотивы обращения к косметологу 30 женщин, обнаружили, что у всех основным мотивом было улучшение психологического самочувствия и социального функционирования. В работе Г.В.Серикова (2018), в частности, показано, что даже для молодых студенток 18-22 лет привлекательный внешний облик способствует, прежде всего, достижению таких ценностей, как: «уверенность в себе», «любовь», «интересная работа», «общественное признание», «здоровье», «материально обеспеченная жизнь», «продуктивная жизнь» и «счастливая семейная жизнь». Этому соответствует результат проведенного нами ранее анализа мотивов обращения женщин за косметологической помощью, согласно которому, мотив «повышение успешности в профессиональной

деятельности» встретился в 27,3% случаев, мотив «повышение успешности в личной жизни» – в 21,8% (Багненко Е.С., 2012).

В заключение анализа литературы по теме исследования можно сделать вывод о том, что современные исследования убедительно показывают, что внешность играет гораздо большую роль в социальных позициях людей и их функционировании в обществе, чем это принято считать в современной философии, антропологии и психологии, при этом роль воспитания, культурных и общественных влияний оказывается переоцененной, а роль биологических факторов неоправданно пониженной.

Другим выводом является то, что влияющие на внешность процессы старения играют значительную роль в психологии женщин, в том числе обращающихся за косметологической помощью. Особенности психологии этих пациенток остаются недооцененными в практике врачей-косметологов и недостаточно изученными в научном плане, как и влияние на нее косметологических методов коррекции внешности, что определяет актуальность предпринятого нами исследования.

Недостаточная изученность психологических особенностей пациенток косметологических клиник и влияния малоинвазивных процедур на их психологическое и социальное функционирование связано, с одной стороны, с невовлеченностью психологов в данную тематику, а с другой стороны, низким интересом косметологов к психологическим особенностям их пациенток, что наглядно демонстрирует осуществленный L.Hoffman и S.Fabi (2022) обзор 43 публикаций, касающихся эффекта от нехирургических косметологических процедур, из которых только в 13 оценивался наряду с косметическим психологический результат и то без привлечения психометрических методов исследования.

В методическом плане большинство проанализированных исследований строится без использования строгих психометрических процедур, а с применением кратких опросников и других

нестандартизованных методов психологической экспресс-диагностики. К такому же выводу приходят и В.Р.Ниблер с соавторами (2016), показавшие, что в большинстве работ отмечается умеренное улучшение психологического функционирования, самооценки и имиджа, причем эти выводы делаются практически без применения психометрических методов исследования, за исключением оценки качества жизни.

Проведенный анализ литературы делает очевидным необходимость специально организованного психологического исследования пациенток косметологической клиники с помощью валидизированных апробированных методов психологической диагностики с целью получения достоверных научных данных для оптимизации процесса лечебной коррекции, повышения его психотерапевтического потенциала и комплаентности пациенток, улучшения их общего психического состояния и психологического благополучия.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящей главе приводится описание организации диссертационного исследования: основные этапы; методы клинического, клинико-психологического и психодиагностического исследования, методы математико-статистической обработки данных; социально-демографическая и клиническая характеристика женщин, составивших выборку исследования. В исследование включены только женщины, в связи с тем, что они составляют более 70% пациентов косметологических клиник, а также в связи с тем, что научные публикации по рассматриваемой теме, касаются почти исключительно женщин.

2.1. Основные этапы исследования

В соответствии с общим планом *на первом этапе* исследования лечащим врачом-косметологом проводилась клиническая оценка косметического дефекта лица¹ и анализ субъективных жалоб пациенток, намечался план косметологического лечения, а также разъяснялись задачи и методы психологического исследования с получением письменного информированного согласия на его проведение, осуществлялся сбор социально-демографических сведений.

Второй этап был представлен техниками клинико-психологического метода (специально разработанное структурированное интервью и медико-социологическая шкала), направленными на выявление межличностной и внутриличностной проблематики, нарушений в системе значимых отношений, зон наибольшей социальной фрустрированности и других психологических факторов риска снижения социальной и психологической адаптации женщин – пациенток косметологической клиники.

Третий этап составило психодиагностическое (психометрическое, тестовое) исследование широкого спектра эмоционально-аффективных,

¹ В исследование включены женщины с косметическими проблемами, касающимися только изменений лица и лечившихся только по поводу этих изменений.

индивидуально-и социально-психологических характеристик, в совокупности отражающих уровень и особенности психологической адаптации женщин, обращающихся за помощью к врачу-косметологу, а также динамики этих характеристик в процессе программной ревитализации кожи лица.

В соответствии с задачами исследования был проведен сравнительный анализ независимых выборок женщин – пациенток косметологической клиники, выделенных по степени выраженности косметической проблемы (определенной лечащим врачом-косметологом при первичном осмотре) и уровню нервно-психической адаптации (определенном на основании данных скринингового симптоматического «Теста нервно-психической адаптации» (НПА) с последующим выделением с помощью методов математической статистики наиболее прогностически информативных психологических характеристик пациенток в отношении риска нарушения психической адаптации. Изучено сочетанное влияние двух факторов (степень выраженности косметической проблемы и уровень психической адаптации) на психологические характеристики пациенток. Также проведен сравнительный анализ психологических показателей изученных женщин с нормативными показателями, полученными авторами используемых тестовых (стандартизованных) психологических методов на здоровом населении.

Проанализирована динамика психометрических показателей, отражающих уровень и качественные характеристики психологической адаптации женщин в процессе программной ревитализации кожи лица: общий уровень нервно-психической адаптации, уровень невротизации, уровень воспринимаемого стресса и уровень фрустрированности в различных значимых сферах, включая отношение к себе и временной перспективе, удовлетворенность качеством жизни в целом, индекс субъективного благополучия; эти показатели были измерены дважды: до начала и по окончании косметологического лечения у тех женщин, курс косметологического лечения которых длился не менее трех месяцев.

Четвертый (заключительный) этап включал математико-статистический и качественный анализ результатов проведенного психологического исследования, разработку теоретической концепции и структурно-функциональной модели психологической адаптации женщин с косметическими проблемами кожи лица и научно обоснованных рекомендаций для врачей-косметологов, направленных на оптимизацию лечебного процесса и повышение уровня психологической адаптации пациенток.

2.2. Методы исследования

В соответствии с задачами разработан комплекс клинических, клинико-психологических и психометрических методов исследования.

2.2.1. Клинический метод

При первичном обращении пациентки в клинику фиксировали причину обращения за косметологической помощью, основные жалобы пациентки, соответствие косметической проблемы паспортному возрасту пациентки; определяли тип кожи, изотип лица, морфотип старения, фототип кожи, степень выраженности изменений кожи лица.

Визуальная оценка косметической проблемы позволяла составить программу лечебной коррекции, которая включала использование аппаратных методов воздействия, инъекционных методов, наружных средств, методов дерматологического и косметологического домашнего ухода, препаратов per os.

Программная ревитализация состояла как из курса процедур, для реализации которых составлялся индивидуальный график посещения, так и могла состоять из однократного посещения врача-косметолога. Для составления плана лечебной коррекции с учетом степени выраженности косметической проблемы оценивали следующие показатели.

✓ Тургор кожи. Оценивали с помощью щипкового теста.

- ✓ Увлажненность кожи. Оценивали с учетом типа кожи, ее внешнего вида, наличия купероза.
- ✓ Морщины. Оценивали в покое и в динамике с учетом типа кожи, типа мышечной активности.
- ✓ Борозды, складки и их локализация. Оценивали визуально с учетом типа кожи, морфотипа старения.
- ✓ Рубцовые деформации. Оценивали тип рубца, длительность его существования, локализацию и причину появления.
- ✓ Воспалительные элементы. Определяли тип высыпных элементов, их локализацию.
- ✓ Наличие дерматологических заболеваний.
- ✓ Сосудистая патология кожи. Оценивали распространенность, локализацию длительность имеющейся патологии.
- ✓ Пигментация кожи. Определяли тип пигментации, ее локализацию, распространенность и длительность наличия патологии.
- ✓ Гипертрихоз. Оценивали наличие непушковых волос на лице, их локализацию.
- ✓ Состояние подкожно-жировой клетчатки. Оценивали равномерность расположения жировых компартментов, их объем, дефицит/избыток.
- ✓ Степень выраженности гравитационногоптоза. Оценивали овал лица.

По окончании программной ревитализации кожи лица определяли эффективность лечения, по оценке врача.

2.2.2. Клинико-психологический метод

Клинико-психологический метод включал следующие техники.

1. Специально разработанное структурированное интервью, включающее четыре основных блока:

а) социально-демографические характеристики (возраст, семейное положение, экономический, профессиональный и образовательный статус, условия проживания и др.);

б) социально-психологические характеристики (отношения в родительской семье, отношения в собственной семье – с супругом и детьми, межличностные взаимоотношения, в том числе отношения с лицами противоположного пола);

в) субъективная оценка своей внешней привлекательности (отношение к своему физическому «Я») и своих личностных особенностей;

г) субъективные косметологические жалобы, мотивы обращения за косметологической помощью, степень влияния косметической проблемы на социальное функционирование личности, а также эффективность лечения, по оценке пациентки.

3. Медико-социологическая шкала «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) (Вассерман Л. И. с соавт., 2014), по своему психометрическому статусу относящаяся к классу структурированного интервью. Шкала УСФ позволяла получить дифференцированную субъективную оценку уровня удовлетворенности–неудовлетворенности респондента в пяти сферах: «Взаимоотношения с родными и близкими» (с мужем, родителями, детьми); «Взаимоотношения с ближайшим социальным окружением» (с друзьями, коллегами, начальством, лицами противоположного пола); «Социальный статус» (образование, уровень профессиональной подготовки, сфера профессиональной деятельности, положение в обществе в целом); «Экономическое положение» (материальный достаток, жилищно-бытовые условия, возможность проведения свободного времени и отдыха); «Здоровье и работоспособность» (физическое здоровье, психоэмоциональное состояние, работоспособность, образ жизни в целом).

Методика УСФ включает 20 аспектов функционирования личности, удовлетворенность которыми пациентка оценивает по пятибалльной шкале. Результатом исследования является общая оценка, характеризующая уровень фрустрированности (конфликтности, неудовлетворенности) в названных пяти обобщенных сферах жизни. Методика УСФ является эффективным

инструментом выявления факторов риска социальной и психологической дезадаптации и определения адекватных «мишеней» психологической коррекции.

2.2.3. Психодиагностический метод

Психодиагностический метод был реализован с помощью комплекса тестовых (стандартизованных, психометрических) и нестандартизованных психологических методик: «Тест нервно-психической адаптации», тест-опросник «Уровень невротизации», «Шкала воспринимаемого стресса-10», «Индекс общего самочувствия», «Опросник удовлетворенности качеством жизни», «Визуально-аналоговая шкала самооценки», методика «Семантический дифференциал времени», тест-опросники «Большая пятерка», «Стратегии совладающего поведения», «Смыслоразностные ориентации». Всего в диссертационном исследовании использовано 12 клинико-психологических и психодиагностических методик. В соответствии с задачами исследования 8 методик, характеризующих актуальное эмоциональное состояние и удовлетворенность различными аспектами жизни, здоровья, собственной личности и внешности, были применены дважды – в начале и по окончании программной ревитализации кожи лица.

«Тест нервно-психической адаптации»

«Тест нервно-психической адаптации» (НПА) (Гурвич И.Н., 1992) является информативной экспресс-психодиагностической методикой, предназначенной для скрининговых исследований с целью выявления лиц с повышенным риском психической дезадаптации путем установления наличия и выраженности у респондента некоторых невротических и невротоподобных симптомов, преимущественно в эмоционально-аффективной сфере.

Тест состоит из 26 утверждений; для ответов испытуемого используется четырехбалльная шкала с нулевым делением (т.е. подразумевается возможность отсутствия симптома), по которой

производится дифференцированная оценка выраженности (частоты появления) симптомов, описываемых в пунктах опросника. Получение итоговой оценки осуществляется путем суммирования баллов. Итоговая оценка соотносится с основными градациями (категориями) предложенной автором шкалы адаптации и, таким образом, определяет место индивида на континууме нервно-психической адаптации. Полюсами континуума являются практическое здоровье (оптимальная адаптация) и нозологически оформившаяся нервно-психическая патология или состояние предболезни, при этом предболезнь квалифицируется как состояние, при котором вероятность развития заболевания приближается к 100% при условии продолжающегося действия на организм и личность патогенных условий и факторов, с одной стороны, и нарушения адаптационно-компенсаторных механизмов – с другой (Семичов С.Б., 1987; Александровский, Ю. А., 2021).

Тест-опросник «Уровень невротизации»

Тест-опросник «Уровень невротизации» (УН) был разработан в лаборатории клинической психологии и психодиагностики Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева в 2005 году. Методология определения уровня невротизации заключалась в поиске психологических особенностей, различающих группы людей – психически здоровых и больных распространенными формами пограничной психической патологии. Выраженность полученного таким путем набора психологических характеристик, по существу, определяет степень сходства респондента с группой больных неврозами или с группой здоровых лиц. Мера этого сходства рассматривается как операциональное определение категории «невротизация», при этом авторами методики особо подчеркивается, что «невротизация» не тождественна диагнозу «невроз»; это некая предрасположенность, фактор риска, актуализирующийся при невозможности конструктивного разрешения внутриличностного конфликта или в стрессовых (конфликтных, проблемных) ситуациях, потенциально значимых для развития невротических расстройств (Карпова Э.Б. с соавт., 2014).

Шкалу УН составляют 35 утверждений с указанием весовых коэффициентов ответов («да» или «нет»). Кроме того, в опросник включены 10 утверждений, составившие шкалу «неискренности», которые были отобраны из соответствующей шкалы опросника «The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Стандартизованный многофакторный метод исследования личности) – СМИЛ в адаптации Л.Н.Собчик, 2003). Эта шкала является контрольной, отражающей степень достоверности полученных результатов исследования. Таким образом, опросник для определения уровня невротизации состоит из 45 утверждений.

Основными показаниями к применению опросника УН являются массовые скрининговые исследования различных контингентов, проводимые в рамках психогигиенических и психопрофилактических программ для выявления групп риска психической дезадаптации с последующим более детальным клинико-психологическим обследованием.

«Шкала воспринимаемого стресса -10»

«Шкала воспринимаемого стресса -10» (ШВС) является адаптированным вариантом методики «The Perceived Stress Scale-10» (PSS-10), предназначенной для субъективной оценки респондентами уровня напряженности, стрессогенности своей жизненной ситуации в течение последнего месяца (Cohen S. et al., 1983). Базой для создания русской версии «Шкалы воспринимаемого стресса-10» послужила французская версия опросника PSS-10, которая была выбрана в связи с научными задачами межкультурного сравнения французской и российской выборок. На кафедре медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета была проведена полная психометрическая проверка, доказаны валидность и надежность, а также получены средние нормативные оценки для шкал методики ШВС-10 на российской выборке мужчин и женщин в возрасте от 18 до 54 лет (Абабков В.А. с соавт., 2016).

Методика ШВС-10 включает две субшкалы, одна из которых измеряет субъективно воспринимаемый уровень напряженности ситуации, а вторая —

уровень усилий, прилагаемых для преодоления этой ситуации. В процессе адаптации методики ее факторная структура была проверена на соответствие теоретическим идеям, которые разделяют уровень воспринимаемого стресса именно на эти два фактора. Таким образом, результатом обработки данных опросника является получение трех показателей – оценка субшкалы «Перенапряжение», оценка субшкалы «Противодействие стрессу», общая оценка «Шкалы воспринимаемого стресса-10». Очевидными преимуществами методики являются ее компактность, а также соответствие международным стандартам адаптации психометрических шкал и как следствие – возможность использования в научной и практической работе.

«Индекс хорошего самочувствия»

Тест «Индекс хорошего самочувствия» (WHO-5, Well-Being Index) (Bech P., 2004) разработан и рекомендован ВОЗ для количественной оценки общего – психического и физического – самочувствия различных категорий людей; включает пять утверждений, касающихся различных аспектов самочувствия, таких как настроение, активность, интерес к окружающему, а также инструкцию выбрать один из шести возможных вариантов ответа, соответствующих актуальному состоянию испытуемого.

Полученные результаты, хотя и не могут сравниваться с нормативными показателями, позволяют в скрининговом формате оценить субъективное восприятие пациентом своего состояния: от хорошего настроения, активности, бодрости, заинтересованности в окружающем до подавленности, пассивности, проявлений астении и апатии (Герасимова А. А., Холмогорова А. Б., 2020).

«Опросник удовлетворенности качеством жизни»

«Опросник удовлетворенности качеством жизни» разработан в Институте медицины стресса (США) (Eliot R.S., 1993) и адаптирован в Санкт-Петербургском государственном университете Н.Е.Водопьяновой (Практикум по психологии..., 2005). Методика основана на экзистенциальном подходе к жизненным стрессам и призвана помочь индивидууму сбалансировать стрессовое воздействие и линию поведения по

его преодолению; содержит девять шкал, оценки которых отражают удовлетворенность различными аспектами жизни (работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми) и своим психологическим состоянием (оптимистичность, напряженность, дискомфорт, другие негативные эмоциональные состояния). Технология обработки результатов исследования предполагает, что, чем выше удовлетворенность по каждому аспекту качества жизни (чем выше оценка соответствующей шкалы), тем ниже уровень экзистенциального стресса. Подсчитывается также суммарный индекс качества жизни (ИКЖ), который отражает степень субъективной удовлетворенности актуализацией личностных ресурсов для преодоления жизненных стрессов.

Визуально-аналоговая шкала самооценки

Для выявления общего уровня и структуры самооценки использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ), представляющая вариант классической патопсихологической методики самооценки Дембо-Рубинштейн (предложенной Т.Дембо и модифицированной С.Я.Рубинштейн (2010)). Методика построена на принципе субъективного шкалирования и предполагает предъявление испытуемому одной за другой нескольких графических шкал, ориентированных вертикально. На этих шкалах пациенту необходимо сделать отметку, соответствующую оценке таких собственных качеств как «ум», «характер», «внешность», «здоровье». Для удобства формализации результатов всем испытуемым предлагалось сделать отметку на отрезке 10 см с градациями 1 см. В инструкции указывалось, что нижнему полюсу шкалы соответствуют максимально отрицательные характеристики, а верхнему – максимально положительные. Затем следовал этап экспериментально спровоцированной беседы. При анализе данных учитывали не только расположение отметок на линии, но и результаты обсуждения этих отметок, что соответствует экспериментально-клиническому характеру методики (Рубинштейн С. Я., 2010).

«Семантический дифференциал времени» (СДВ)

Тест СДВ позволяет определять когнитивные и эмоциональные особенности респондентов при оценке ими субъективного времени (настоящего, прошедшего и будущего). Стимульный материал методики в опосредованной форме позволяет отразить индивидуальную специфику восприятия времени и тем самым дополнить клинические и психологические критерии оценки настроения пациента. Методика содержит ряд различных прилагательных, на основе которых каждый респондент может выразить свои «временн'ые» переживания, субъективные представления о своем прошлом, настоящем и будущем. Используя СДВ, можно не прямо измерять уровень настроения испытуемого, а косвенно оценивать на основе его интуитивного представления о времени наличие элементов пессимизма или оптимизма, удовлетворенности или неудовлетворенности жизнью и др.

Тест СДВ содержит 25 биполярных шкал, на основе которых выделено 5 факторов (активность времени; эмоциональная окраска времени; величина времени; структура времени; ощущаемость времени). На каждой шкале полярные точки представлены прилагательными-антонимами, метафорически характеризующими время. Специально сконструированные шкалы СДВ, характеризующие настоящее, прошлое и будущее время, позволяют оценить индивидуальные различия переживания личностью временн'ых аспектов своей жизни. В результате апробации методики на группе больных с эндогенными и психогенными депрессиями и группе здоровых людей СДВ признан валидным и надежным психодиагностическим инструментом (Тейверлаур М., 1992; Вассерман Л.И. с соавт., 2014).

Личностный тест-опросник «Большая пятерка» (BIG V)

Тест-опросник «Большая пятерка» (Goldberg L.R., 1992) направлен на выявление индивидуально-психологических особенностей и структуры личности. Теоретической основой его разработки послужила «пятифакторная модель личности», который на основе анализа кросскультуральных исследований пришел к выводу о существовании пяти глобальных

(универсальных и высоко обобщенных) факторов, отражающих личностные и поведенческие характеристики людей, а также о существовании в различных культурах слов (лексики) для их обозначения. Разработанная методика направлена на выявление выделенных L.R.Goldberg (1992) пяти глобальных факторов личности (BIG V) (Первин Л., Джон О., 2001), и, соответственно, включает пять биполярных шкал (названия шкал соответствуют полюсу высоких значений).

1. Шкала «Экстраверсия» измеряет широту и интенсивность межличностных контактов, уровень активности, оптимизма, потребность во внешней стимуляции, эмоциональную откликаемость.

2. Шкала «Самосознание» измеряет степень организованности, дисциплинированности, целеустремленности, требовательности к себе, аккуратности, а также – настойчивости и честности.

3. Шкала «Сотрудничество» отражает качество межличностных контактов, характер отношения человека к другим людям в континууме от готовности к сотрудничеству, доброжелательности, открытости, доверия, теплоты до враждебности, циничности, манипулятивности.

4. Шкала «Эмоциональная стабильность» измеряет степень эмоциональной возбудимости, неустойчивости, фрустрационной толерантности (подверженности внешним и внутренним «сбивающим факторам»), тревожности (нейротизма), а также степень уверенности в себе.

5. Шкала «Личностные ресурсы» отражает наличие (отсутствие) стремления к самосовершенствованию, поиску нового опыта, широту интересов, оригинальность подходов к решению обычных жизненных задач, богатство воображения, т. е. в широком смысле – креативность личности.

Тест-опросник «Большая пятерка» адаптирован (с получением нормативных значений на отечественной выборке) Д.П.Яничевым (2006); автором также обозначены диапазоны значений шкальных оценок (низкое, ниже среднего, среднее и т. д.). Это позволило в настоящем исследовании сравнивать результаты женщин, обратившихся за косметологической

помощью, с нормативными данными и делать заключение о преобладающих особенностях в структуре их личности (на основании анализа «профиля» личности).

Тест-опросник «Стратегии совладающего поведения»

Тест-опросник «Стратегии совладающего поведения» (ССП) направлен на выявление способов психологического преодоления (совладания) стрессовых и проблемных для личности ситуаций (Вассерман Л.И. с соавт., 2011). Методика ССП является адаптированной (с получением нормативных данных на отечественной выборке) версией опросника «Способы копинга» («The Ways of Coping Questionnaire» – WOSQ) Р.Лазаруса и С.Фолкман, в основу которого положена разработанная авторами когнитивная теория стресса и копинга (Lazarus R. S., Folkman S., 1984).

Как оригинальный, так и адаптированный (ССП) опросники содержат 8 шкал, соответствующих основным копинг-стратегиям, выделенным авторами теории стресса и копинга.

1. Шкала «Конфронтация» выявляет попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, направленной либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. При выраженном предпочтении этой стратегии могут наблюдаться импульсивность в поведении, трудности планирования действий, прогнозирования их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство.

2. Шкала «Дистанцирование» выявляет попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, обесценивания и т. п.

3. Шкала «Самоконтроль» выявляет попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и

выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля наблюдается тенденция к сдерживанию личных побуждений и подавлению потребностей, стремление скрывать личные переживания от окружающих, замкнутость. Такое поведение может свидетельствовать о высокой тревоге личности перед самораскрытием, чрезмерной требовательности к себе, приводящей к «невротическому» сверхконтролю поведения.

4. Шкала «Поиск социальной поддержки» выявляет попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание поддержки, внимания, совета, сочувствия.

5. Шкала «Принятие ответственности» предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать истоки актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Значительная выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой.

6. Шкала «Бегство–избегание» выявляет тенденцию преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в

фантазии, переживание, употребление алкоголя и т. п., с целью снижения эмоционального напряжения.

7. Шкала «Планирование решения проблемы» выявляет попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей.

8. Шкала «Положительная переоценка» выявляет попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

Результаты исследования выражаются в стандартизованных Т-баллах, что позволило в настоящей работе провести сопоставление «профилей» ССП женщин, получающих косметологическое лечение, с нормативным «профилем».

Тест-опросник «Смыслжизненные ориентации»

Тест-опросник «Смыслжизненные ориентации»(СЖО)разработан Д.А.Леонтьевым (2006) на основе методики «Цель в жизни» («Purpose in Life Test») (Crumbaugh J.S., Maholick L.T., 1964), создание которой преследовало цель эмпирической валидации ряда представлений теории стремления к смыслу В.Франкла (1990). Суть этой теории заключается в том, что неудача в поиске человеком смысла своей жизни и вытекающее из нее ощущение утраты смысла являются причиной особого класса душевных расстройств – «ноогенных неврозов», которые отличаются от ранее описанных видов неврозов.

В психологических исследованиях методика СЖО используется для выявления ценностно-мотивационной направленности личности, которая непосредственно связана с осознанием смысла собственной жизни, а также для выявления личностных ресурсов преодоления жизненных трудностей («внутренних» копинг-ресурсов). В соответствии с этим методика СЖО содержит две группы шкал. В первую группу входят шкалы, отражающие собственно смысложизненные ориентации, которые соотносятся с временной перспективой: цели в жизни (будущее), насыщенность жизни (настоящее) и удовлетворенность самореализацией, или «результативность» жизни (прошлое). Во вторую группу входят шкалы, характеризующие внутренний локус контроля (интернальность личности), с которым осмысленность жизни тесно связана. Результат исследования выражается в шести показателях: общем показателе смысложизненных ориентаций и показателях пяти шкал.

1. Шкала «Цели» характеризует наличие или отсутствие целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу;

2. Шкала «Процесс» отражает то, насколько пациент воспринимает процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом.

3. Шкала «Результат» отражает субъективную оценку осмысленности и продуктивности пройденного отрезка жизни, удовлетворенность самореализацией.

4. Шкала «Локус контроля – Я» отражает ощущение свободы выбора, способности строить свою жизнь в соответствии с собственными целями и представлениями о ее смысле, способности влиять на ход собственной жизни и ответственности за все значимые события.

5. Шкала «Локус контроля – жизнь» отражает степень уверенности в принципиальной возможности человека самостоятельно осуществлять жизненный выбор, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Автором методики СЖО получены статистические характеристики (средние значения и стандартные отклонения) шкальных оценок на нормативной выборке женщин (Леонтьев Д.А., 2006). С этими характеристиками в настоящем исследовании сравнивались соответствующие данные, полученные на экспериментальной выборке женщин, получавших косметологическое лечение.

2.2.4. Методы математико-статистической обработки данных

Вся совокупность изученных клинических, социально-демографических, социально-психологических и индивидуально-психологических характеристик каждой пациентки с целью дальнейшего анализа отражалась в разработанной Информационной карте, содержащей 259 пунктов (Приложение 1).

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel.2010. Использованы χ^2 Пирсона для сравнения социально-демографических, клинических и частотных психологических показателей пациенток, разделенных на группы по степени выраженности косметической проблемы и по уровню психической адаптации (по показателям теста НПА), однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) для сравнения количественных показателей, а также множественный регрессионный анализ для выделения наиболее прогностически информативных показателей в отношении риска психической дезадаптации у изучаемой категории женщин; для получения статистически значимых различий между психодиагностическими показателями пациенток и нормативными тестовыми данными использовался одновыборочный T-критерий; взаимосвязь между клиническими и психологическими показателями изучалась с помощью r -коэффициента Пирсона, сравнение психодиагностических показателей, полученных в периоды «до лечения» и «после лечения», проводилось с помощью критерия знаковых рангов Уилкоксона; для получения

«психологических профилей» пациенток косметологической клиники – кластерный анализ по методу Уорда.

2.3. Материал исследования

Материал диссертационной работы составили данные психологического исследования 201 женщины, обратившейся в косметологическую клинику с различными субъективными жалобами и объективными косметологическими проблемами. Исследование проведено на базе Санкт-Петербургского института красоты «Галактика» с соблюдением деонтологических норм и этических принципов проведения психологического исследования в клинике (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2004; Кузнецова Е. 2022). Возможность проведения такого исследования была согласована с Локальным этическим комитетом Первого Санкт-Петербургского медицинского университета им. академика И.П. Павлова. До начала этапа психодиагностики с пациентками проводили собеседование, результатом которого являлось получение письменного информированного согласия на участие в психологическом исследовании.

2.3.1. Социально-демографические характеристики

В соответствии с задачами исследования все пациентки были разделены на три группы в зависимости от степени выраженности косметической проблемы, определяемой экспертным (клиническим) путем при первичном осмотре пациентки лечащим врачом-косметологом.

Средний возраст всех исследованных женщин составил 39,21 лет. Средний возраст женщин, составивших подгруппы с различной степенью выраженности косметической проблемы, представлен в табл.1.

Различия значений среднего возраста между группами пациенток со слабой и средней, а также со слабой и значительной степенью выраженности косметической проблемы статистически значимы ($F= 6,271$ $p=0,002$): в

группу со слабой выраженностью проблемы вошли пациентки, в среднем, более молодого возраста.

Таблица 1.

Средний возраст пациенток, входящих в группы с различной выраженностью косметической проблемы

Степень выраженности косметической проблемы, возраст (лет)							
Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
М	δ	М	δ	М	δ	М	δ
34,75	8,46	41,51	9,90	40,27	13,21	39,21	11,23

В таблице 2 представлены данные об уровне образования, профессиональном статусе и характере трудовой деятельности исследованных женщин.

Как видно из табл. 2, во всех клинических группах значительно преобладали лица с высшим образованием, в целом составившие 74,6 % от всех исследованных. Подавляющее большинство пациенток постоянно работают (72,0 %), и число постоянно работающих женщин в каждой группе резко превышает число неработающих и работающих эпизодически. Высокому образовательному статусу соответствуют полученные данные о том, что во всех группах более 20 % женщин работают в области науки и образования; во всех группах преобладают женщины, занятые в частном бизнесе, что косвенно свидетельствует об их активности. Статистически значимых различий между группами пациенток по уровню образования, трудовому статусу и сферам профессиональной деятельности не выявлено.

Таблица 2.

Распределение по уровню образования, профессиональному статусу и сферам профессиональной деятельности

Образование и профессия	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Образование								
Среднее	8	15,1	11	16,4	16	21,9	35	18,1
Незаконченное высшее	4	7,5	4	6,0	6	8,2	14	7,3
Высшее	41	77,4	52	77,6	51	69,9	144	74,6
Профессиональный статус								
Работает	42	79,2	46	68,7	51	69,9	139	72,0
Не работает	8	15,1	16	23,9	15	20,5	39	20,2
Работает эпизодически	3	5,7	5	7,5	7	9,6	15	7,8
Сфера профессиональной деятельности								
Наука и образование	13	24,5	14	20,9	16	21,9	43	22,3
Промышленность	0	0,0	2	3,0	7	9,6	9	4,7
Экономико-финансовая сфера	4	7,5	9	13,4	12	16,4	25	13,0
Торговля	5	9,4	8	11,9	6	8,2	19	9,8
Государственная служба	8	15,1	6	9,0	5	6,8	19	9,8
Частный бизнес	22	41,5	28	41,8	27	37,0	77	39,9
Спорт	1	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,5

В таблице 3 представлены основные характеристики семейной сферы исследованных женщин. Анализ семейного положения показывает, что в целом и в каждой отдельной группе наибольший процент составляют женщины, состоящие в браке на момент исследования, однако соотношение замужних женщин и женщин, не имеющих собственной семьи (никогда не состоявших в браке, разведенных и вдов), отличается в группах. Наименьший процент замужних женщин (менее половины) и, соответственно, наибольший

Распределение по характеристикам семейной сферы

Характеристика семейной сферы	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Семейное положение								
Замужем	25	47,2	49	73,1	43	58,9	117	60,6
Не замужем	20	37,7	8	11,9	19	26,0	47	24,4
Разведена	7	13,2	8	11,9	8	11,0	23	11,9
Вдова	1	1,9	2	3,0	3	4,1	6	3,1
$\chi^2=12,19$ $p=0,058$								
Количество детей								
Один	17	32,1	20	29,9	23	31,5	60	31,1
Два	11	20,8	27	40,3	24	32,9	62	32,1
Три и более	2	3,8	8	11,9	6	8,2	16	8,3
Нет	23	43,4	12	17,9	20	27,4	55	28,5
$\chi^2=12,77$ $p=0,047$								
Проживание								
В своей семье	32	60,4	53	79,1	48	65,8	133	68,9
В родительской семье	12	22,6	5	7,5	13	17,8	30	15,5
Одна	9	17,0	9	13,4	12	16,4	30	15,5

процент неимеющих семьи, отмечается в группе пациенток со слабой выраженностью косметической проблемы, чей средний возраст значимо ниже, чем возраст женщин из сопоставляемых групп (табл.1), и различия между группами по этому показателю (семейный статус) приближаются к уровню статистической значимости).

Большинство исследованных женщин (71,5 %) имеют детей. Наибольший процент женщин, имеющих детей, отмечается в более старших возрастных группах со средней и значительной степенью выраженности косметической проблемы; в группах более молодых и чаще незамужних

женщин со слабой выраженностью клинической симптоматики почти половина (43,4%) не имеют детей, и различия между группами по этому показателю (количество детей) статистически значимы. Также женщины, вошедшие в группу пациенток с незначительными косметическими проблемами, чаще, чем пациентки из других групп, проживают с родителями или одни, то есть не с собственной семьей.

2.3.2. Клинические характеристики

На этапе первичного осмотра и в процессе лечебной коррекции были определены следующие клинические характеристики женщин, обратившихся за косметологической помощью в связи с дефектами кожи лица: объективная клиническая симптоматика и субъективные жалобы, степень выраженности, оценивавшаяся полуколичественно, длительность косметической проблемы, а также сопутствующие заболевания, морфотипы старения, изотип лица, тип кожи, фототипы по Фицпатрику, связь клинической картины с генотипом и фенотипом. По окончании программной ревитализации кожи лица на основе экспертной оценки лечащего врача определялась эффективность проведенного лечения.

Основные клинические симптомы и сопутствующие заболевания

В таблице 4 представлена частота встречаемости отдельных клинических симптомов, выявляемых при косметологическом обследовании и подлежащих лечебной коррекции.

Наиболее часто встречающимися клиническими симптомами в исследованной группе женщин были: мимические морщины, гравитационный птоз, борозды и складки. По каждому из этих симптомов выявлены высоко статистически значимые различия между группами по частоте встречаемости. Гравитационный птоз, а также борозды и складки чаще встречались в группах со средней и значительной выраженностью проблемы (то есть в группах женщин более старшего возраста, табл. 1) по сравнению с группой пациенток с незначительной выраженностью

Таблица 4.

Основные симптомы, выявляемые при клиническом обследовании

Клинические симптомы	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Гравитационный птоз	10	19,2	30	46,2	23	30,7	63	32,8
$\chi^2=9,76$ p=0,008								
Деволюмизация	4	7,7	12	18,5	9	12,0	25	13,0
Мимические морщины	31	59,6	43	66,2	24	32,0	98	51,0
$\chi^2=18,35$ p=0,000								
Борозды и складки	6	11,5	21	32,3	26	34,7	53	27,6
$\chi^2=9,31$ p=0,010								
Снижение тургора кожи	8	15,4	20	30,8	10	13,3	38	19,8
$\chi^2=7,54$ p=0,023								
Воспалительные элементы	2	3,8	6	9,2	21	28,0	29	15,1
$\chi^2=16,62$ p=0,000								
Дегидратация кожи	10	19,2	9	13,8	11	14,7	30	15,6
Дисплазия соединительной ткани	5	9,6	7	10,8	6	8,0	18	9,4
Сосудистая патология кожи	12	23,1	19	29,2	16	21,3	47	24,5
Розацеа	3	5,8	6	9,2	12	16,0	21	10,9
Гиперпигментация	11	21,2	16	24,6	16	21,3	43	22,4
Гипертрихоз	5	9,6	5	7,7	16	21,3	26	13,5
$\chi^2=6,47$ p=0,039								
Рубцы	5	9,6	3	4,6	17	22,7	25	13,0
$\chi^2=10,75$ p=0,005								

Примечание. Сумма % в таблице превышает 100% в связи с тем, что у одной пациентки выявлялось одновременно несколько симптомов, подлежащих лечебной коррекции.

проблемы. Мимические морщины наиболее часто встречались в группах женщин с незначительной и средней выраженностью проблемы. Частота встречаемости воспалительных элементов, рубцов и гипертрихоза в группе

женщин со значительной выраженностью проблемы существенно превышает соответствующий показатель в группах со слабой и средней выраженностью.

В таблице 5 представлена длительность имеющейся косметической проблемы в группах пациенток с различной ее выраженностью.

Таблица 5.

Длительность косметической проблемы

Длительность	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Менее 1 месяца	5	9,6	0	0,0	2	2,7	7	3,6
От 1 месяца до 1 года	12	23,1	10	15,4	7	9,3	29	15,1
От 1 года до 3 лет	19	36,5	21	32,3	18	24,0	58	30,2
От 3 до 5 лет	8	15,4	14	21,5	10	13,3	32	16,7
Более 5 лет	8	15,4	20	30,8	38	50,7	66	34,3
$\chi^2=26,21$ $p=0,001$								

Анализ длительности косметической проблемы показал, что во всей группе пациенток (34,3%), а также в группе со значительной ее выраженностью (50,7 %) встретился наибольший процент лиц, имеющих эту проблему более 5 лет; в группе женщин со средней, а также слабой выраженностью проблемы наибольшее число пациенток попадало в интервал от 1 до 3 лет; минимальная длительность проблемы (менее 1 месяца) встретилась в группах со слабой и выраженной степенью клинической симптоматики. Различия между группами по этому показателю (длительность косметической проблемы) статистически значимы.

В таблице 6 приведено распределение частоты встречаемости коморбидной патологии в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы кожи лица.

Фоновые и сопутствующие заболевания

Фоновые заболевания	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Эндокринные	15	28,8	21	32,3	29	38,7	65	33,9
Дерматологические	3	5,8	7	10,8	26	34,7	36	18,8
$\chi^2=20,94$ $p=0,000$								
Соматические	11	21,2	21	32,3	24	32,0	56	29,2
Онкологические	3	5,8	7	10,8	1	1,3	11	5,7
Другие	24	46,2	19	29,2	17	22,7	60	31,3
$\chi^2=8,07$ $p=0,018$								

При анализе частоты встречаемости коморбидной патологии выявлено, что 33,9% всех женщин имеют эндокринные заболевания, 29,2% – различные соматические заболевания, 5,7% – онкологические заболевания в анамнезе, и различия между сравниваемыми группами по этим показателям статистически незначимы. В то же время высоко статистически значимые различия между группами получены по частоте дерматологических заболеваний, которые диагностированы у 34,7% женщин со значительной, у 10,8% – со средней и у 5,8% со слабой выраженностью косметической проблемы. Следует отметить, что большинство пациенток с эндокринной патологией имели различного рода тиреопатии (в основном аутоиммунный тиреоидит) или синдром поликистозных яичников. Этим зачастую и обусловлена специфика жалоб таких пациентов, предъявляемых врачу-косметологу. Другие сопутствующие заболевания, связанные с сердечно-сосудистой системой, травмами или патологией мочевыделительной системы преобладали в группе пациенток с незначительной выраженностью проблемы.

Индивидуальные характеристики строения и кожи лица

Индивидуальные характеристики	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Изотип лица								
Ромб	6	11,5	12	18,5	9	12,0	27	14,1
Прямоугольник	8	15,4	12	18,5	12	16,0	32	16,7
Квадрат	11	21,2	10	15,4	14	18,7	35	18,2
Трапеция	12	23,1	15	23,1	19	25,3	46	24,0
Сердце	13	25,0	9	13,8	12	16,0	34	17,7
Овал	2	3,8	7	10,8	9	12,0	18	9,4
Морфотипы старения								
Деформационный	7	13,5	27	41,5	20	26,7	54	28,1
Мышечный	17	32,7	9	13,8	17	22,7	43	22,4
Мелкоморщинистый	14	26,9	12	18,5	7	9,3	33	17,2
Усталый	10	19,2	10	15,4	22	29,3	42	21,9
Комбинированный	4	7,7	7	10,8	9	12,0	20	10,4
$\chi^2=22,28$ $p=0,004$								
Тип кожи лица								
Очень жирная	0	0,0	1	1,5	7	9,3	8	4,2
Жирная	4	7,7	10	15,4	16	21,3	30	15,6
Сухая	14	26,9	13	20,0	17	22,7	44	22,9
Комбинированная	15	28,8	24	36,9	25	33,3	64	33,3
$\chi^2=19,98$ $p=0,010$								
Фототипы по Фицпатрику								
Кельтский	6	11,5	2	3,1	4	5,3	12	6,3
Нордический	31	59,6	25	38,5	40	53,3	96	50,0
Темный европейский	15	28,8	35	53,8	29	38,7	79	41,1
Средиземноморский	0	0,0	3	4,6	2	2,7	5	2,6
$\chi^2=13,27$ $p=0,039$								

Индивидуальные гено- и фенотипические характеристики

В таблице 7 приведены основные индивидуальные гено- и фенотипические характеристики строения и кожи лица пациенток, а также их частотное распределение в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы.

Во всей группе пациенток, а также в группе со средней выраженностью проблемы, существенно преобладал деформационный морфотип старения; мышечный, а также мелкоморщинистый морфотипы, преобладали в группе пациенток с незначительной выраженностью проблемы, в то время как в группе со значительной выраженностью косметической проблемы преобладал усталый морфотип старения.

В каждой из сопоставляемых групп и в группе в целом преобладал комбинированный тип кожи лица. Основные различия между группами проявились в том, что в группе со слабой степенью выраженности проблемы по сравнению с другими группами чаще встречалась сухая кожа; в группе со средней выраженностью и, особенно, со значительной степенью – жирная кожа. Наиболее часто встречающимися фототипами лица в исследованной группе женщин были нордический и темный европейский типы, при этом нордический тип преобладал в группе пациенток с незначительной выраженностью проблемы, а темный европейский – в группе со средней выраженностью косметической проблемы.

В таблице 8 показана частота выявления связи клинической картины с генотипом, а также с фенотипом, в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы. Во всей группе и в каждой из сопоставляемых групп выявлен высокий процент пациенток, у которых, согласно экспертной оценке лечащего врача, прослеживалась связь клинической картины с генотипом, и различия по этому показателю между группами незначимы. Связь клинической картины с фенотипом с наибольшей частотой представлена в группе со значительной

Связь клинической картины с генотипом и фенотипом

Связь клинической картины	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
С генотипом	38	73,1	54	83,1	55	73,3	147	76,6
С фенотипом	34	65,4	33	50,8	53	70,7	120	62,5
$\chi^2=6,14$ $p=0,047$								

выраженностью проблемы; с наименьшей частотой – в группе со средней выраженностью косметической проблемы, и различия между группами по этому показателю статистически значимы. Такое распределение обусловлено четко прослеживающейся взаимосвязью начала косметических изменений с наследственностью. Молодые пациенты, имеющие генетически детерминированные изменения лица, обращаются за их коррекцией по достижению ими совершеннолетия и немного позже, т.к. видят перспективу их развития у родителей. Их осведомленность о возможностях современной аппаратной и инъекционной терапии позволяют нивелировать эти особенности крайне эффективно при раннем обращении. В то же время влияние фенотипа сказывается на выраженности проявлений косметологического дефекта. Такие факторы как инсоляция, курение и многие другие ухудшают состояние кожи: равномерность тонуса, тургор, эластичность.

Методы косметологической коррекции

В процессе программной ревитализации кожи лица применяли различные методы лечебной коррекции и их сочетания. Программная ревитализация кожи лица – один их современных комплексных лечебных подходов, имеющих сугубо индивидуализированный характер, включающий в каждом конкретном случае в разных сочетаниях аппаратные методы

воздействия, инъекционные методы, наружные средства, методы дерматологического и косметологического домашнего ухода, препараты per os и др. Применяемые методы и частота их использования в сопоставляемых группах пациенток представлены в таблице 9.

Таблица 9.

Методы лечебной коррекции кожи лица и их сочетания

Объем и методы лечебной коррекции	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Объем косметологической помощи								
Таргетная (один симптом)	22	42,3	17	26,2	25	33,3	64	33,3
Комплексная	30	57,7	48	73,8	50	66,7	128	66,7
Домашние средства наружного применения								
Кремы	38	73,1	49	75,4	54	72,0	141	73,4
Сыворотки	17	32,7	23	35,4	26	34,7	66	34,4
Лосьоны	15	28,8	15	23,1	25	33,3	55	28,6
Тоники	12	23,1	16	24,6	18	24,0	46	24,0
Очищающие средства	20	38,5	25	38,5	33	44,0	78	40,6
Патчи	13	25,0	12	18,5	14	18,7	39	20,3
Маски	15	28,8	21	32,3	27	36,0	63	32,8
Не применялись	14	26,9	16	24,6	21	28,0	51	26,6
Профессиональные средства наружного ухода								
Пилинги	15	28,8	19	29,2	20	26,7	54	28,1
Маски	21	40,4	26	40,0	35	46,7	82	42,7
Массаж	9	17,3	13	20,0	13	17,3	35	18,2
Не применялись	29	55,8	34	52,3	38	50,7	101	52,6
Аппаратные методы лечения								
Сфокусированный ультразвук	10	19,2	24	36,9	13	17,3	47	24,5
$\chi^2=8,29$ $p=0,016$								
Радиочастотный лифтинг	10	19,2	22	33,8	18	24,0	50	26,0
Инфракрасный фототермолиз	3	5,8	2	3,1	8	10,7	13	6,8
Фракционный	11	21,2	14	21,5	18	24,0	43	22,4

фототермолиз								
Игольчатая радиочастотная терапия	11	21,2	4	6,2	12	16,0	27	14,1
$\chi^2=5,76$ $p=0,056$								
СО ₂ шлифовка	7	13,5	4	6,2	10	13,3	21	10,9
IPL-технология	8	15,4	13	20,0	16	21,3	37	19,3
Сосудистая лазеродеструкция	15	28,8	18	27,7	30	40,0	63	32,8
Лазерная эпиляция	5	9,6	4	6,2	15	20,0	24	12,5
$\chi^2=6,65$ $p=0,036$								
Фотодинамическая терапия	3	5,8	3	4,6	16	21,3	22	11,5
$\chi^2=11,87$ $p=0,003$								
Безинъекционная биоревитализация	6	11,5	3	4,6	10	13,3	19	9,9
Криолиполиз	4	7,7	5	7,7	8	10,7	17	8,9
Не применялись	19	36,5	15	23,1	15	20,0	49	25,5
$\chi^2=4,73$ $p=0,094$								
Инъекционные методы лечения								
Ботулинотерапия	33	63,5	44	67,7	24	32,0	101	52,6
$\chi^2=21,16$ $p=0,000$								
Филлеры на основе гиалуроновой кислоты	20	38,5	36	55,4	27	36,0	83	43,2
$\chi^2=5,99$ $p=0,050$								
Филлеры на основе гидроксиапатита кальция	13	25,0	35	53,8	19	25,3	67	34,9
$\chi^2=15,54$ $p=0,000$								
Стимуляторы коллагено- и эластиногенеза	13	25,0	21	32,3	13	17,3	47	24,5
Биоревитализанты	14	26,9	24	36,9	14	18,7	52	27,1
$\chi^2=5,88$ $p=0,053$								
Мезотерапия	12	23,1	16	24,6	13	17,3	41	21,4
PRP-терапия (инъекции обогащенной тромбоцитами плазмы крови)	10	19,2	14	21,5	14	18,7	38	19,8
Тредлифтинг	3	5,8	11	16,9	10	13,3	24	12,5

Не применялись	7	13,5	7	10,8	28	37,3	42	21,9
$\chi^2=17,33$ $p=0,000$								
Медикаментозные препараты для внутреннего применения в домашних условиях								
Применялись	16	30,8	18	27,7	37	49,3	71	37,0
$\chi^2=8,18$ $p=0,017$								
Сочетание использованных методик косметологической коррекции								
Только наружный уход	1	1,9	0	0,0	3	4,0	4	2,1
Только инъекции	9	17,3	11	16,9	9	12,0	29	15,1
Только аппараты	1	1,9	2	3,1	7	9,3	10	5,2
Наружный уход + инъекции	9	17,3	4	6,2	5	6,7	18	9,4
Наружный уход + аппаратные методики	5	9,6	5	7,7	19	25,3	29	15,1
Наружный уход + инъекционные вмешательства + аппаратные методики	18	34,6	32	49,2	27	36,0	77	40,1
Инъекции + аппараты	9	17,3	11	16,9	5	6,7	25	13,0
$\chi^2=26,84$ $p=0,008$								

Как показано в таблице 9, 2/3 пациенток получали комплексное косметологическое лечение; 1/3 – таргетную помощь, направленную на устранение одного симптома, и различия по объему косметологической помощи между группами с различной выраженностью косметической проблемы статистически незначимы. Также незначимы различия между группами по частоте использования разнообразных средств для домашнего наружного применения и профессиональных средств наружного ухода.

Среди аппаратных методов сфокусированный ультразвук чаще использовали при лечении пациенток со средней выраженностью проблемы, чем в двух других группах, в то время как игольчатую радиочастотную терапию чаще применяли в группе пациенток с незначительной выраженностью проблемы кожи лица. Лазерную эпиляцию и фотодинамическую терапия статистически значимо чаще использовали в группе пациенток со значительной выраженностью косметической

проблемы. Не использовали аппаратные методы чаще в группе со слабой степенью выраженности дефектов кожи лица.

Среди инъекционных методов ботулинотерпию (инъекции Botulotoxin A), а также биоревитализанты чаще использовали при лечении пациенток со слабой и средней степенью выраженности проблемы, филлеры на основе гиалуроновой кислоты и филлеры на основе гидроксиапатита кальция чаще (в 2 раза) применяли в группе пациенток со средней степенью выраженности проблемы; в группе пациенток со значительной выраженностью косметической проблемы инъекционные методы лечения использовали статистически значимо реже, а медикаментозные препараты для внутреннего применения в домашних условиях – чаще, чем в двух других группах.

По окончании лечебного курса определяли его эффективность. Оценка эффективности проведенного косметологического лечения в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы отражена в таблице 10.

Как можно видеть, во всей группе исследованных женщин, а также в группах со слабой и средней выраженностью косметической проблемы, у максимального процента пациенток проблема кожи лица, с которой они обратились в клинику, была устранена полностью; в группе пациенток со значительной выраженностью проблемы процент женщин, у которых, по оценке лечащего врача, «проблема частично решена, дальнейшая терапия непоказана», а также процент женщин, которым была показана дальнейшая терапия, значительно выше, чем в группах со средней и слабой выраженностью проблемы, и различия по показателю эффективности лечения высоко статистически значимы.

В целом, представленные статистические данные социально-демографического характера, полученные в невыборочном скрининговом исследовании, свидетельствует о том, что основную массу женщин, обращающихся за косметологической помощью, составляют образованные,

Эффективность лечения, по оценке врача

Эффективность лечения	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Минимальный эффект	0	0,0	0	0,0	2	2,7	2	1,0
Проблема частично решена, показана дальнейшая терапия	1	1,9	6	9,2	20	26,7	27	14,1
Проблема частично решена, дальнейшая терапия не показана	17	32,7	23	35,4	34	45,3	74	38,5
Проблема устранена полностью	34	65,4	36	55,4	19	25,3	89	46,4
$\chi^2=32,00$ $p=0,000$								

социально активные, разделяющие семейные ценности и воспитывающие детей женщины, работающие преимущественно в сферах частного бизнеса, а также образования и науки. Большинство пациенток имеют семью и детей, и их наличие связано с возрастом. Наименее благополучный семейный статус, по данным настоящего исследования, отмечается в группе более молодых женщин с незначительной выраженностью косметической проблемы.

При анализе клинических характеристик показана закономерная связь симптоматики с возрастом пациенток, а также связь степени выраженности косметической проблемы с ее длительностью, наличием фоновых заболеваний, рядом индивидуальных гено- и фенотипических характеристик строения и кожи лица пациенток, с выбором используемых методов лечения и его эффективностью.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ

В главе представлен анализ психологических характеристик пациенток косметологической клиники, изученных с помощью авторского структурированного интервью и методов психологической диагностики на начальном этапе лечебной коррекции. Психодиагностические показатели пациенток сопоставлены со средними показателями, полученными авторами психологических тестов на отечественных нормативных выборках; проведено сравнение всех изученных психологических показателей, характеризующих различные аспекты психологической адаптации (социально-психологические и индивидуально-психологические – эмоциональные, личностные, поведенческие) пациенток с различной выраженностью косметической проблемы, а также представлена связь этих психологических показателей с клиническими характеристиками и возрастом пациенток. Сопоставлены группы пациенток, разделенных на основе показателя скринингового самооценочного «Теста нервно-психической адаптации» (НПА) на две группы, названные в терминологии НПА «с нарушением» и «без нарушения» психической адаптации, при этом в главе особо подчеркивается, что эти названия имеют условный характер и не могут рассматриваться как критерий психического расстройства; подчеркивается также, что по современным представлениям психологическая адаптация является подструктурой системы психической адаптации человека, и потому тест НПА релевантен задачам настоящего исследования, в частности, связанным с оценкой состояния эмоционально-аффективной сферы исследованных женщин. Результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей пациенток с различным уровнем психической адаптации дополнены результатами множественного регрессионного анализа, позволившего выделить наиболее прогностически

информативные факторы нарушения психической адаптации. В завершение главы представлены типичные «психологические профили» пациенток косметологической клиники с различными дефектами кожи лица, выделенные с помощью кластерного анализа (Багненко Е.С., Богатенков А.И., 2023).

3.1. Психологические характеристики пациенток косметологической клиники в сопоставлении с нормативными данными

В немногочисленных психологических исследованиях пациенток клиники эстетической медицины, получающих малоинвазивное лечение, приводятся противоречивые данные, касающиеся нормативного/дезадаптивного характера особенностей личности, поведения, эмоционального состояния пациентов. В то же время очевидно, что для более полной реализации клиент-центрированного подхода к косметологическому лечению необходимы дальнейшие исследования в этой области. Это определило первую задачу настоящего диссертационного исследования: выявить психологические особенности пациенток косметологической клиники, проведя сравнительный анализ их психодиагностических показателей с нормативными тестовыми показателями, полученными на отечественных нормативных популяционных выборках.

Сопоставление результатов психологического исследования пациенток с тестовой «нормой» проведено по показателям тех методик, для которых в литературе представлены средненормативные данные, полученные на отечественной выборке: «Уровень невротизации» (УН), «Шкала воспринимаемого стресса-10» (ШВС-10), «Сквозной биполярный перечень» (BIG V), «Стратегии совладающего поведения» (ССП), «Смыслжизненные ориентации» (СЖО). Для получения статистически значимых различий использовался одновыборочный Т-критерий.

Уровень невротизации

При сопоставлении итогового показателя методики «Уровень невротизации» с нормативными данными (Шкала для психологической экспресс-диагностики ..., 1999) получены следующие результаты. УН пациенток: $M=46,32\pm 3,5$; нормативное значение: $M=30,0\pm 5,8$ ($T=4,703$ $p=0,000$). В дополнение можно отметить, что средний показатель УН в группе пациенток соответствует градации «низкий уровень невротизации» (от +41 до +80), и вероятность наличия невротизации оценивается как 0,13, в то время как вероятность отсутствия невротизации – как 0,87, согласно распределению уровней и оценок вероятности невротизации в российской женской выборке, полученных авторами методики «Уровень невротизации» (Карпова Э.Б. с соавт., 2014).

Таким образом, уровень невротизации пациенток косметологической клинике оказался ниже¹ среднего популяционного показателя. Это свидетельствует об эмоциональной устойчивости и хорошей фрустрационной толерантности, отсутствии тенденции к соматизации тревоги и «невротическому» сверхконтролю поведения исследованных пациенток.

Уровень воспринимаемого стресса

В таблице 11 представлены результаты сравнительного анализа показателей «Шкалы воспринимаемого стресса» пациенток косметологической клиники с нормативными данными ($n=175$) (Абабков В.А. с соавт., 2016).

¹Согласно правилам обработки и интерпретации данных методики «Уровень невротизации», чем выше значение показателя УН, тем меньше выражена невротизация.

Статистические характеристики показателей
«Шкалы воспринимаемого стресса»

Показатели методики ШВС-10	М	δ	М	δ	Т-критерий	Значимость различий
	«Норма»		Пациентки			
Общий балл	24,44	6,58	26,45	7,40	4,685	p=0,000
Перенапряжение	13,62	2,75	17,39	5,70	10,080	p=0,000
Противодействие стрессу	10,82	4,29	9,06	2,74	-7,874	p=0,000

Таблица 11 демонстрирует высоко значимые различия по показателям методики ШВС-10 между исследованной группой пациенток косметологической клиники и «тестовой нормой». В случае общего показателя субъективно воспринимаемого стресса и в случае ощущения эмоционального перенапряжения показатели пациенток существенно выше нормативных, в то время как усилия, направленные на противодействие стрессу – существенно ниже.

Обобщая данные методик ШВС-10 и УН, можно сделать вывод о переживании многими пациентками ощущения внутреннего напряжения и фрустрации, однако низкий уровень показателей невротизации (методика УН) и противодействия стрессу (ШВС-10) свидетельствуют об устойчивости личности и эффективности ресурсов совладания со стрессом исследованных женщин.

Личностные особенности

В таблице 12 представлены результаты сравнительного анализа показателей методики «Большая пятерка» пациенток косметологической клиники с нормативными данными (n=131) (Яничев Д.П., 2006).

Статистические характеристики показателей методики «Большая пятерка»

Показатели методики BIG V	М	δ	М	δ	Т-критерий	Значимость различий
	«Норма»		Пациентки			
Экстраверсия	27,9	4,5	27,66	5,13	-0,596	–
Самосознание	26,6	5,7	30,36	5,30	9,130	p=0,000
Сотрудничество	32,9	3,4	33,84	3,92	3,100	p=0,002
Эмоциональная стабильность	24,4	5,5	23,44	5,00	-2,062	p=0,041
Личностные ресурсы	31,0	4,3	28,51	5,40	-5,052	p=0,000

Как можно видеть, по всем шкальным показателям методики «Большая пятерка», кроме показателя шкалы «Экстраверсия», получены статистически значимые различия между нормативной выборкой и пациентками косметологической клиники. Наиболее существенные различия получены по шкалам «Самосознание» и «Личностные ресурсы», причем, в первом случае преобладают показатели пациенток, во втором – показатели, полученные на репрезентативной нормативной группе женщин. Такое сочетание характеризует пациенток как более организованных, целеустремленных, настойчивых, дисциплинированных, требовательных к себе («Самосознание») и, одновременно, менее склонных к поиску нового опыта, менее креативных и более прагматичных («Личностные ресурсы»), чем нормативная группа. Кроме того, пациентки косметологической клиники оказались более доброжелательными, более склонными к установлению эмоционально теплых и доверительных отношений, к кооперации с окружающими («Сотрудничество») и, одновременно, менее эмоционально устойчивыми, более тревожными и неуверенными в себе («Эмоциональная стабильность»), чем женщины, составившие нормативную группу. Полученные результаты изучения индивидуально-психологических особенностей личности пациенток косметологической клиники согласуются с данными немецких авторов,

также использовавших методику BIG V и показавших, что их респондентки (n=145) отличаются доброжелательностью, открытостью и нейротизмом (ScharschmidtD. etal., 2018).

Копинг- стратегии

В таблице 13 представлены результаты сравнительного анализа показателей методики «Способы совладающего поведения» пациенток косметологической клиники с нормативными данными (n=988) (Вассерман Л.И. с соавт., 2010; Вассерман Л.И. с соавт., 2011).

Таблица 13.

Статистические характеристики показателей методики «Способы совладающего поведения»

Показатели методики ССП	М	δ	М	δ	Т-критерий	Значимость различий
	«Норма»		Пациентки			
Конфронтация	50,0	10,0	52,81	9,68	3,491	p=0,001
Дистанцирование	50,0	10,0	51,41	9,23	1,845	p=0,067
Самоконтроль	50,0	10,0	50,30	10,10	0,362	–
Поиск социальной поддержки	50,0	10,0	51,88	8,66	2,617	p=0,010
Принятие ответственности	50,0	10,0	51,38	8,73	1,904	p=0,059
Бегство-избегание	50,0	10,0	55,06	9,63	6,330	p=0,000
Планирование решения проблемы	50,0	10,0	52,28	9,39	2,927	p=0,004
Положительная переоценка	50,0	10,0	52,15	10,19	2,543	p=0,012

Результаты исследования показывают, что по 7 из 8 показателей методики «Способы совладающего поведения» получены статистически значимые различия между группой пациенток и нормативными данными. Наиболее существенные различия между средне-групповыми показателями пациенток и «нормой» получены по шкалам «Конфронтация» и «Бегство-

Избегание». Это свидетельствует о том, что в стрессовой ситуации пациентки в большей степени, чем женщины, составившие нормативную выборку, склонны к активным энергичным действиям, отстаиванию своих интересов, открытому проявлению негативных эмоций в связи с ситуацией, что может затруднять поиски рационального выхода из ситуации. Одновременно стратегия «бегства-избегания» предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний, вызванных стрессом, за счет реагирования по типу уклонения, отрицания проблемы, отвлечения, что обеспечивает возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса, но так же, как стратегия «конфронтации», затрудняет рациональный подход к разрешению проблемы. В то же время необходимо отметить, что наряду с названными неконструктивными стратегиями копинга («бегство-избегание» и «конфронтация») в репертуаре совладающего со стрессом поведения пациенток косметологической клиники более выражены, чем в «норме», конструктивные стратегии такие, как «поиск социальной поддержки» (умение использовать внешний ресурс для совладания с проблемными ситуациями), «планирование решения проблемы» (аналитический подход к поиску выхода из проблемной ситуации), а также «положительная переоценка» (способность увидеть в проблемной ситуации положительные стороны и использовать полученный опыт). Таким образом, можно заключить, что пациентки косметологической клиники активно используют широкий спектр когнитивных и поведенческих стратегий совладания со стрессом (Багненко Е.С., 2021б), оставаясь при этом в рамках нормативного диапазона (40 – 60Т) (Вассерман Л.И. с соавт., 2011).

Копинг-ресурсы

В соответствии с данными литературы (Шиндриков Р.Ю. с соавт., 2020; Brehm S.S. et al., 2005), в настоящем исследовании в качестве личностных ресурсов копинга рассматривались особенности ценностно-смысловой сферы личности (Багненко Е.С., 2022б). В таблице 14

представлены результаты анализа показателей методики «Смысло-жизненные ориентации» пациенток косметологической клиники в сопоставлении с нормативными данными (n=100) (Леонтьев Д.А., 2006).

Таблица 14.

Статистические характеристики показателей методики «Смысло-жизненные ориентации»

Показатели методики СЖО	М	δ	М	δ	Т-критерий	Значимость различий
	«Норма»		Пациентки			
Цели в жизни	32,90	5,92	32,66	6,31	-0,489	–
Процесс жизни	31,09	4,44	29,18	5,96	-4,051	p=0,000
Результативность жизни	25,46	4,30	26,16	4,90	1,815	p=0,071
Локусконтроля – Я	21,13	3,85	20,66	3,92	-1,528	–
Локусконтроля – жизнь	30,14	5,80	26,83	2,95	-14,173	p=0,000
Общий показатель СЖО	95,76	16,54	101	17,29	4,497	p=0,000

Данные таблицы 14 показывают, что по 4 из 6 показателей методики «Смысло-жизненные ориентации» получены статистически значимые различия между группой пациенток косметологической клиники и нормативной выборкой женщин. Выявлено, что среди показателей шкал, соотнесенных с временной перспективой, в группе пациенток преобладает показатель шкалы «Результативность жизни», а в нормативной группе – показатель шкалы «Процесс жизни». Полученный результат отражает то, что пациентки по сравнению со средней «нормой» больше удовлетворены прожитым отрезком жизни, воспринимая его как продуктивный и осмысленный, больше удовлетворены уровнем самореализации. Одновременно пациентки косметологической клиники меньше удовлетворены своим настоящим («Процесс жизни»), воспринимая его как менее интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, чем

женщины, составившие нормативную выборку. Вероятно, в связи с этим в момент исследования пациентки проявили меньше уверенности в принципиальной возможности человека самостоятельно осуществлять жизненный выбор, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь (Леонтьев Д.А., 2006), по сравнению с «нормой» (шкала «Локус контроля – жизнь»). Несмотря на это, общий показатель осмысленности жизни оказался значительно выше в группе исследованных нами пациенток по сравнению со средней «нормой».

Таким образом, в проведенном исследовании выявлены статистически значимые различия между пациентками и «нормой» по 19 из 23 изученных психодиагностических показателей, что позволило сделать следующие выводы.

1. Пациентки, обратившиеся в клинику в связи с косметологическими проблемами кожи лица, по сравнению с отечественной женской нормативной выборкой характеризуются более интенсивным субъективным переживанием стресса, внутреннего напряжения, более высокими показателями эмоциональной неустойчивости. Одновременно по сравнению со средней «нормой» пациентки характеризуются более низким уровнем невротизации как фактора риска психической дезадаптации и меньшей выраженностью усилий, направленных на противодействие стрессу, демонстрируя тем самым эффективность механизмов совладания со стрессом (механизмов психологической адаптации).

2. Пациентки косметологической клиники используют широкий спектр стратегий совладающего со стрессом поведения. Как конструктивные стратегии копинга (использование социальной поддержки, осознание своей роли и возможность увидеть положительные стороны проблемной ситуации, аналитический подход к ее разрешению), так и неконструктивные стратегии (возможность конфликтогенного аффективного поведения в проблемной ситуации, когнитивное или физическое дистанцирование от ее разрешения) больше представлены в

группе пациенток косметологической клиники по сравнению со средней «нормой».

3. Реализации совладающего со стрессом поведения способствуют такие личностные копинг-ресурсы, как удовлетворенность прожитым отрезком жизни и самореализацией, а также общий уровень осмысленности жизни. В то же время пациентки косметологической клиники меньше, чем нормативная группа женщин, удовлетворены актуальным (настоящим) жизненным периодом, в экзистенциальном смысле – менее уверены в возможности человека осуществлять свой жизненный выбор, свободно принимать решения.

4. Среди индивидуально-типологических особенностей личности в группе пациенток по сравнению с женщинами, составившими нормативную выборку, преобладают черты организованности, целеустремленности, ответственности, а также кооперативности и доброжелательности; в то же время они более прагматичны, более консервативны и привержены стереотипам, менее склонны к поиску нового, оригинального, креативного (Багненко Е.С., 2021б).

3.2. Психологические характеристики женщин с различной выраженностью косметической проблемы

В параграфе представлены результаты сравнительного анализа системы значимых отношений, эмоционального состояния, удовлетворенности качеством жизни, личностных особенностей, стратегий и ресурсов совладающего поведения групп женщин с различной выраженностью косметической проблемы. Используются таблицы сопряженности, χ^2 Пирсона, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

3.2.1. Система значимых отношений

Ниже приведены результаты изучения наиболее значимых психологических и социальных позиций в системе отношений

исследованных женщин, полученные преимущественно с помощью авторского структурированного интервью. Использована также «Визуально-аналоговая шкала» самооценки (ВАШ) и методика «Семантический дифференциал времени»

Отношения с социальным окружением

В табл. 15 представлены результаты анализа частоты встречаемости отдельных типов отношений родителей к пациенткам, составившим группы с различной степенью выраженности косметической проблемы.

Таблица 15.

Отношение родителей (в детстве или сейчас, если проживаете совместно)

Отношение родителей	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Гиперопека	5	9,4	9	13,4	9	12,5	23	12,0
Подавление	9	17,0	13	19,4	10	13,9	32	16,7
Отвержение	1	1,9	0	0,0	4	5,6	5	2,6
Полное принятие и поддержка	38	71,7	45	67,2	49	68,1	132	68,8

Согласно данным самоотчета, большинство пациенток во всей группе и в группах с различной выраженностью косметической проблемы воспитывались в эмоционально благоприятных условиях принятия и поддержки со стороны родителей. В то же время более ¼ пациенток в каждой группе воспитывались в условиях гиперопеки и подавления, а 5 человек оценили отношение родителей к себе как отвержение; подобные стили воспитания рассматриваются в литературе как патогенные, определяющие нарушения самооценки, социальную робость и зависимость, а также риск невротического развития личности (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2009).

Различия между сопоставляемыми группами по характеру отношения родителей не выявлены.

В табл. 16 представлены результаты анализа частоты встречаемости отдельных типов отношения в собственной семье пациенток, состоящих в зарегистрированном или гражданском браке, а также отношений с детьми.

Таблица 16.

Отношения в собственной семье и отношения с детьми

Характер отношений	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Отношения в семье								
Открыто конфликтные, напряженные	1	1,9	2	3,0	0	0,0	3	1,6
Холодноватые, отчужденные	6	11,3	3	4,5	5	6,9	14	7,3
Теплые, эмоционально-приятные	46	86,8	62	92,5	67	93,1	175	91,1
Отношения с детьми								
Холодноватые, отчужденные	1	1,9	0	0,0	1	1,4	2	1,0
Эмоционально нейтральные	8	15,1	7	10,4	5	6,9	20	10,4
Теплые, доверительные	37	69,8	58	86,6	61	84,7	156	81,3

Таблица 16 позволяет увидеть, что более 90% пациенток в каждой из сопоставляемых групп характеризуют отношения в собственной семье как эмоционально теплые, и лишь небольшое число женщин в каждой группе оценивают эти отношения как отчужденные или безразличные. Подобное распределение ответов получено и при анализе отношений пациенток с собственными детьми. В подавляющем большинстве случаев эти отношения характеризовались как теплые и доверительные, однако в каждой группе встретились женщины, у которых сложились менее благоприятные – эмоционально нейтральные или холодные – отношения с детьми (всего

10,4%). Различия между группами по характеру отношений с родными не значимы.

Одной из важных сфер в системе отношений личности является сфера взаимоотношений с лицами противоположного пола. Таблица 17 показывает результаты изучения того, насколько легко и успешно складываются отношения пациенток с мужчинами.

Таблица 17.

Отношения с мужчинами

Отношения с мужчинами	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Не общаюсь, избегаю	3	5,7	2	3,0	4	5,6	9	4,7
Складываются с трудом	8	15,1	10	14,9	7	9,7	25	13,0
Складываются легко	42	79,2	55	82,1	61	84,7	158	82,3

Изучение характера взаимоотношений с мужчинами показало, что, по данным самооценки, у 82,3% выборки отношения с мужчинами «складываются легко», и в каждой группе этот процент также высок. Таким образом, подавляющее большинство женщин в каждой группе подчеркивают отсутствие напряженности в сфере взаимоотношений с мужчинами. В то же время 13,0% из всех респонденток отмечают, что эти отношения «складываются с трудом», и наибольшее число таких ответов (15,1%) – в группе со слабой выраженностью косметической проблемы, то есть в группе более молодых женщин. Одновременно в каждой группе несколько человек (от 2 до 4) выбрали ответ «не общаюсь, избегаю». Различия между группами по этому показателю (отношения с мужчинами) незначимы.

Отношение к себе

Центральное место в системе отношений личности занимает отношение к себе. Его нарушения являются главным звеном в развитии

невротических расстройств и расстройств адаптации (Мясищев В.Н., 1960; Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020). В связи с этим в группах пациенток с различной степенью выраженности косметической проблемы был изучен ряд аспектов отношения к себе как одного из важнейших компонентов самосознания личности.

Таблица 18.

Отношение к различным аспектам «Я»

Характер отношения	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Отношение к себе, как к личности								
Полная неудовлетворенность	0	0,0	0	0,0	4	5,6	4	2,1%
Некоторая неудовлетворенность	33	62,3	43	64,2	39	54,2	115	59,9
Полное принятие и удовлетворенность	20	37,7	24	35,8	29	40,3	73	38,0
Отношение к своему физическому «Я»								
Полная неудовлетворенность	1	1,9	2	3,0	4	5,6	7	3,6
Некоторая неудовлетворенность	37	69,8	40	59,7	41	56,9	118	61,5
Полное принятие и удовлетворенность	15	28,3	25	37,3	27	37,5	67	34,9
Уверенность в своей внешней привлекательности								
Отсутствует	2	3,8	5	7,5	6	8,3	13	6,8
Неполная	32	60,4	37	55,2	45	62,5	114	59,4
Полная	19	35,8	25	37,3	21	29,2	65	33,9

В таблице 18 отражена частота встречаемости отдельных типов отношения пациенток к себе как к личности, как к носителю социально

одобряемых качеств, т.е. показан уровень самопринятия и самоуважения в целом. Также приведено распределение частоты встречаемости отдельных степеней принятия своего физического образа и частоты встречаемости отдельных степеней уверенности в своей внешней привлекательности.

Результаты исследования, приведенные в таблице 18, показывают, что и в случае отношения к себе как к личности (как к носительнице социально одобряемых качеств), и в случае отношения к своему физическому «Я» во всех группах значительно преобладают ответы «некоторая неудовлетворенность»; полное принятие себя в названных аспектах (личность и внешность) встречается более чем у 30% женщин каждой группы; исключение составляют молодые женщины из группы со слабой выраженностью проблем кожи лица, более критично относящиеся к своему физическому «Я»: в их группе процент, не полностью удовлетворенных, более чем в 2 раза превышает процент женщин, полностью удовлетворенных внешностью. Важно отметить, что в группе пациенток со значительной выраженностью косметической проблемы процент полного непринятия своих личностных качеств и внешности составляет в каждом случае 5,6% (4 чел.). Очевидно, что эти женщины нуждаются в более углубленном психодиагностическом исследовании и психологической коррекции.

Не полностью уверены в своей внешней привлекательности более половины женщин в каждой группе. Различия по этим показателям (отношение к себе как к личности, отношение к своему физическому «Я» и уверенность в своей внешней привлекательности) между группами пациенток с различной выраженностью косметической проблемы не значимы.

В таблице 19 представлено распределение частоты встречаемости различных степеней выраженности желания изменения внешности в сопоставляемых группах женщин.

В подавляющем большинстве случаев в каждой из трех сопоставляемых групп желание многое изменить в своей внешности

выражено незначительно или средне. Однако в каждой группе у 6 женщин это желание выражено значительно.

Таблица 19.

Желание многое изменить в своей внешности

Желание многое изменить в своей внешности	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Выражено незначительно	28	52,8	40	59,7	37	51,4	105	54,7
Выражено средне	19	35,8	21	31,3	29	40,3	69	35,9
Выражено значительно	6	11,3	6	9,0	6	8,3	18	9,4

Так же, как в случае женщин, декларирующих полное неприятие своей личности и физического «Я», эти женщины нуждаются в более углубленном психологическом обследовании, в том числе в связи с представленным в научной литературе определенном проценте лиц с дисморфофобическими расстройствами среди пациентов клиники эстетической медицины (Багненко Е.С., 2011; Pikoos T.D. с соавт. 2021). Хотя, по нашим данным, лиц с откровенными дисморфофобиями в нашей выборке не оказалось, тем не менее обращает на себя внимание наиболее сильное желание изменения своей внешности как раз в группе пациенток со слабой выраженностью косметической проблемы, которую, как уже было показано, составляют главным образом женщины молодого возраста.

Таблица 20.

Показатели шкалы самооценки (в абсолютных значениях, мм)

Психодиагностический показатель	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Ум	75,00	12,21	73,48	11,94	72,99	13,54
Характер	71,83	15,24	73,66	12,30	69,29	15,20
Внешность	66,73	17	67,05	16,12	63,25	16,88
Здоровье	72,61	16,79	73,91	17,01	67,56	19,15

В таблице 20 представлены результаты исследования самооценки с помощью экспериментально-клинической методики Т.Дембо–С.Я.Рубинштейн, организованной как визуально-аналоговая шкала (ВАШ), в группах женщин с различной выраженностью косметической проблемы.

Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) не выявил статистически значимых различий между группами по показателям самооценки «Ум», «Характер», «Внешность», «Здоровье». Во всех группах пациентки наиболее высоко оценивают свои интеллектуальные возможности, наименее высоко – внешность. Однако во всех группах средние показатели самооценки всех параметров (ум, характер, внешность, здоровье) по клинико-психологической (не психометрической) оценке не представляются сниженными: при использовании 100-миллиметровой ВАШ все показатели находятся выше среднего уровня.

Отношение к косметической проблеме и лечению

Ниже представлены результаты частотного анализа встречаемости отдельных субъективных жалоб пациенток косметологической клиники, степени их влияния на жизнедеятельность (по данным структурированного интервью), основных мотивов обращения за косметологической помощью, а также эффективности (результативности) проведенного лечения (по оценке пациентки).

Таблица 21.

Частота встречаемости субъективных косметологических жалоб

Субъективные жалобы	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Пигментации	29	54,7	35	52,2	34	47,2	98	51,0
Морщины	40	75,5	55	82,1	55	76,4	150	78,1
Изменение овала лица	30	56,6	43	64,2	37	51,4	110	57,3
Воспалительные элементы	22	41,5	17	25,4	19	26,4	58	30,2

Сухость кожи	29	54,7	46	68,7	42	58,3	117	60,9
Дряблость кожи	24	45,3	38	56,7	40	55,6	102	53,1
Краснота лица (видимость сосудов)	23	43,4	31	46,3	24	33,3	78	40,6
Нежелательные волосы на лице	22	41,5	21	31,3	27	37,5	70	36,5

Примечание. Сумма % в таблице превышает 100% в связи с тем, что у каждой пациентки могла предъявлять не одну, а несколько жалоб на состояние кожи лица.

Как можно видеть, наиболее распространенная жалоба пациенток всех групп – появление морщин на лице, причем это касается и группы пациенток со слабой выраженностью косметической проблемы, чей средний возраст статистически значимо ниже, чем в двух других группах, и составляет 34,75 лет (п.2.3.1.). Кроме того, мимические морщины являются и самым распространенным симптомом, выявляемым при клиническом обследовании врачом дерматологом-косметологом (п.2.3.2.). Также распространенными субъективными жалобами являются сухость кожи и изменение овала лица; закономерным представляется преобладание жалоб на наличие воспалительных элементов на коже лица в группе более молодых женщин с незначительной выраженностью косметической проблемы по сравнению с пациентками со средней и значительной степенью выраженности, однако статистически значимых различий по частоте встречаемости отдельных субъективных косметологических жалоб между сопоставляемыми группами не выявлено.

В процессе структурированного интервью определялись мотивы обращения женщин к врачу-косметологу. В таблице 22 представлена частота встречаемости основных мотивов пациенток трех сравниваемых групп.

Анализ частоты встречаемости основных мотивов обращения за косметологической помощью показал, что ведущим мотивом является

«желание иметь здоровую кожу», который встретился в каждой группе женщин более чем в 95% случаев; на втором месте по частоте встречаемости в каждой группе оказался мотив «быть более успешной в личной жизни», особенно представленный в группе женщин со средней степенью выраженности дефектов кожи лица, чей средний возраст превысил 40 лет,

Таблица 22.

Мотивы обращения за косметологической помощью

Мотивы обращения	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Неудовлетворенность внешним видом кожи	36	67,9	51	76,1	47	65,3	134	69,8
Желание иметь здоровую кожу	51	96,2	66	98,5	70	97,2	187	97,4
Быть более успешной в профессиональной деятельности	32	60,4	45	67,2	39	54,2	116	60,4
Быть более успешной в личной жизни	37	69,8	56	83,6	50	69,4	143	74,5
Модная тенденция в референтной среде	21	39,6	22	32,8	24	33,3	67	34,9

Примечание. Сумма % в таблице превышает 100% в связи с тем, что у каждой пациентки могла предъявлять не один, а несколько мотивов обращения к врачу дерматологу-косметологу.

мотив «быть более успешной в профессиональной деятельности» встретился в 60,4% и также максимально широко представлен в группе женщин со средней выраженностью проблемы; близкий процент встречаемости в группах имел мотив «модная тенденция в референтной среде» с некоторым преобладанием в группе более молодых женщин со слабой выраженностью косметической проблемы по сравнению с женщинами со средней и значительной выраженностью, однако

статистически значимых различий по частоте встречаемости отдельных мотивов обращения в косметологическую клинику между группами не выявлено.

В дальнейшем с помощью структурированного интервью было изучено мнение пациенток о том, насколько имеющаяся косметологическая проблема влияет на их жизненное функционирование. В таблице 23 представлено распределение частоты встречаемости ответов пациенток трех групп на этот пункт интервью.

Таблица 23.

Влияние косметической проблемы кожи лица на жизнедеятельность

Влияние на жизнедеятельность	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Скорее не влияет	22	42,3	26	40,0	22	29,3	70	36,5
Скорее влияет	9	17,3	17	26,2	6	8,0	32	16,7
Значительно влияет	21	40,4	22	33,8	47	62,7	90	46,9
$\chi^2=15,47, p=0,004$								

Как можно видеть, выявлены статистически значимые различия между группами по частоте встречаемости ответов на вопрос о влиянии косметической проблемы на жизнедеятельность. Результаты исследования во многом имеют закономерный характер, так как большинство пациенток со значительной выраженностью косметической проблемы (62,7%) считают, что эта проблема существенно влияет на их жизнь, в то время как в группах пациенток со средней и со слабой выраженностью косметической проблемы встретился существенно меньший процент подобных ответов (33,8% и 40,4%, соответственно). Одновременно в сравниваемых группах отмечается поляризация ответов, так как более 1/4 женщин с выраженными проблемами кожи лица (29,3%), а также 40,0% женщин со средней и 42,3% – со слабой

степенью выраженности считают, что косметическая проблема не оказывает влияния на успешность их социального, ролевого и личностного функционирования.

В табл. 24 приведено распределение частоты встречаемости различных степеней удовлетворенности пациенток результатами косметологического лечения. Изучение оценки пациентками эффективности проведенного косметологического лечения показало, что в группе в целом и в группах со слабой и, особенно, со средней выраженностью косметической проблемы есть полное устранение косметической проблемы (59,3% и 73,0%, соответственно);

Таблица 24.

Эффективность лечения, по оценке пациенток

Эффективность лечения	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Минимальная	1	3,7	1	2,7	3	9,7	5	5,3
Средняя (частичное устранение проблемы)	10	37,0	9	24,3	13	41,9	32	33,7
Максимальная (полное устранение проблемы)	16	59,3	27	73,0	15	48,4	58	61,1

в группе со значительной выраженностью дефектов кожи лица таких пациенток оказалось немного менее половины (48,4%). Оставшиеся женщины во всех группах оценили эффективность лечения как среднюю («частичное устранение косметической проблемы»); градацию «эффективности нет» не выбрал никто, а градацию «минимальная эффективность» выбрали 5 человек из всех исследованных пациенток. Таким образом, пациентки менее строго, чем лечащий врач дерматолог-косметолог, оценили результат лечения (п. 2.3.2.); особенно это касается мнения лечащего врача и пациенток в отношении полного устранения проблемы.

Различий между сопоставляемыми группами по оценке эффективности проведенного косметологического лечения не выявлено.

Отношение к временной перспективе

Отношение к временной перспективе является важным индикатором психического состояния человека (Бек А. с соавт., 2003; Головаха Е.И., Кроник А.А., 2008). В частности, доказана взаимосвязь отношения к временной перспективе с депрессией (Шустрова Г.П., 2006; Вассерман Л.И. с соавт., 2014). В связи с этим отношение к временной перспективе рассматривается в настоящем исследовании не только в контексте значимых отношений личности, но и в контексте риска эмоционально-аффективных нарушений, которые, в свою очередь, выступают важнейшим фактором психической дезадаптации (Болезнь и здоровье, психотерапия ..., 2019).

В таблице 25 представлены статистические характеристики шкал методики «Семантический дифференциал времени» (СДВ), выявляющей отношение респонденток к своему настоящему, прошлому и будущему.

Таблица 25.

Отношение к временной перспективе

Факторы СДВ	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Настоящее						
Средняя оценка настоящего	5,36	3,85	4,91	3,65	5,66	4,15
Активность	3,62	4,15	3,65	4,40	3,43	4,71
Эмоциональная окраска	6,84	6,35	6,14	6,47	7,94	6,37
Величина	6,51	5,80	6,35	4,60	6,26	4,87
Структура	5,60	5,32	4,78	4,80	5,37	5,70
Ощущаемость	4,27	5,23	3,67	5,60	5,35	5,23
Прошлое						
Средняя оценка прошлого	4,42	4,36	4,07	4,63	4,34	5,01

Активность	4,89	4,30	4,73	5,22	3,74	5,36
Эмоциональная окраска	5,04	6,99	5,43	6,84	6,35	7,21
Величина	6,09	7,14	5,53	5,84	5,35	6,92
Структура	3,60	6,32	2,82	6,40	3,91	6,39
Ощущаемость	2,49	4,32	1,84	5,58	2,33	5,23
Будущее						
Средняя оценка прошлого	7,94	3,62	7,02	3,86	7,50	3,87
Активность	3,84	3,62	3,44	4,12	3,30	3,47
Эмоциональная окраска	11,60	5,26	10,17	5,70	10,98	5,16
Величина	10,24	5,65	9,69	5,26	9,52	5,72
Структура	8,67	5,76	6,56	5,71	7,63	5,68
Ощущаемость	5,67	5,65	5,29	4,97	6,19	5,00

Полученные данные свидетельствуют о том, что между группами пациенток с различной выраженностью косметической проблемы отсутствуют статистические значимые различия, как между средними оценками своего настоящего, прошлого и будущего, так и между оценками отдельных факторов времени, характеризующих его динамичность, структурированность, эмоциональную окраску и др., в каждом временном периоде.

Одновременно в каждой группе прослеживается общая тенденция в эмоциональном восприятии и когнитивной оценке различных временных отрезков своей жизни. Из таблицы 25 видно, что пациентки трех групп имеют более высокие средние оценки своего будущего по сравнению с настоящим и, особенно, с прошлым временем. Кроме того, в каждом временном отрезке в каждой из групп отмечается явное преобладание оценок факторов «Эмоциональная окраска» и «Величина».

В совокупности полученные данные означают, что исследованные пациентки косметологической клиники наиболее положительно (оптимистично) относятся к своему будущему по сравнению с настоящим и прожитым отрезками жизни; метафорически характеризуют настоящее,

прошлое и будущее как светлое, цветное, яркое и спокойное (фактор «Эмоциональная окраска»), а также длительное, объемное, широкое и глубокое (фактор «Величина»), и оценки этих факторов во все временные периоды не выходят за пределы нормативного диапазона, а в случае оценки будущего времени превосходят его. Наиболее низкие оценки (в пределах нормативного диапазона) во всех группах и во все временные периоды имеет фактор «Активность», отражающий выраженную энергетическую наполненность психической жизни обследуемого, возможно, эмоциональное напряжение (Вассерман Л.И. с соавт., 2014).

Таким образом, с помощью технологии психосемантического подхода, положенного в основу методики «Семантический дифференциал времени», установлено, что исследованные пациентки вне зависимости от выраженности косметической проблемы положительно оценивают актуальный период жизни в целом и его отдельные аспекты, воспринимают прожитый отрезок жизни как достаточно продуктивный, результативный. Наиболее позитивное отношение проявилось в высоких оценках будущего времени, что отражает не только оптимистичный фон настроения, наличие целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и перспективу, но и обладание хорошими адаптационными возможностями (личностными ресурсами) преодоления стресса (Вассерман Л.И. с соавт., 2014).

В целом при изучении системы значимых отношений не выявлено существенных различий между группами пациенток с различной выраженностью косметической проблемы: по большинству показателей, характеризующих отдельные аспекты отношения с социальным окружением, отношения к себе, к лечебному процессу, к временной перспективе не выявлено статистически значимых различий между группами. Исключение составляет субъективная оценка женщинами степени влияния, которое оказывает косметологическая проблема кожи лица на их жизнедеятельность. Распределение ответов пациенток на

соответствующий пункт структурированного интервью показывает, что большинство пациенток со значительной выраженностью косметической проблемы подчеркивают ее значительное влияние на их жизнь; ответы, полученные в группах пациенток со средней и незначительной выраженностью проблемы, имеют полярный характер: в каждой из них встретилось более 1/3 респонденток, которые считают, что дефект кожи лица не влияет на их жизнедеятельность, и столько же пациенток считают, что это влияние весьма значительно.

Проведенный анализ не выявил у большинства пациенток косметологической клиники выраженных признаков напряжения, неудовлетворенности, глубокого внутреннего дискомфорта в системе значимых отношений. Вместе с тем в каждой группе встретились отдельные пациентки, нуждающиеся в психологической помощи для совладания с жизненными трудностями, межличностными и внутриличностными проблемами.

3.2.2. Негативные эмоциональные состояния

Ниже представлены результаты сравнительного изучения уровня невротизации, уровня воспринимаемого стресса, уровня социальной фрустрированности, а также частоты встречаемости и характера актуальной психотравмирующей ситуации в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы.

Уровень невротизации

Уровень невротизации является одним из важнейших показателей психологической адаптации человека, так как отражает потенциальную готовность к развитию невротических расстройств при воздействии личностно значимых стрессовых факторов и дефиците психологических ресурсов для их преодоления.

В таблице 26 представлены средние показатели уровня невротизации в группах пациенток с различной выраженностью косметической

проблемы, полученные с помощью методики «Уровень невротизации» (УН).

Таблица 26.

Уровень невротизации

Показатель методики УН	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Уровень невротизации	49,18	42,27	45,51	45,00	44,93	41,33

В исследовании не было выявлено статистически значимых различий по абсолютному психометрическому показателю «Уровень невротизации» между пациентками трех сравниваемых групп. В каждой из этих групп показатели этого уровня до и после лечения соответствовали градации «низкий уровень невротизации» (от +41 до +80), и вероятность наличия невротизации оценивалась как 0,13, в то время как вероятность отсутствия невротизации – как 0,87, согласно распределению уровней и оценок вероятности невротизации в российской женской выборке, полученных авторами методики «Уровень невротизации» (Карпова Э.Б. с соавт., 2014). Это соответствует представленному выше результату сопоставления всей группы изученных пациенток со средними нормативными данными, полученными на отечественной женской выборке (п. 3.1.)

Уровень воспринимаемого стресса

В таблице 27 приведены результаты сравнительного анализа субъективной оценки стрессогенности своей жизненной ситуации в течение последнего месяца, полученные с помощью методики «Шкала воспринимаемого стресса – ШВС-10» в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы.

Уровень воспринимаемого стресса

Показатели методики ШВС-10	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Общий балл	26,49	6,34	26,49	6,34	26,37	7,26
Перенапряжение	17,21	4,76	17,90	5,18	17,10	5,56
Противодействие стрессу	9,28	2,50	9,75	2,78	9,26	2,65

Результаты, полученные в отдельных группах пациенток со слабой, средней и значительной выраженностью косметической проблемы, статистически значимо не различаются между собой и совпадают с результатом сопоставления показателей «Шкалы воспринимаемого стресса-10» во всей группе пациенток с нормативными данными (п.3.1.): в случае общего показателя субъективно воспринимаемого стресса и в случае ощущения эмоционального перенапряжения показатели пациенток существенно выше нормативных, однако, усилия, направленные на противодействие стрессу – существенно ниже. Это свидетельствует о том, что, несмотря на ощущение внутреннего напряжения, пациентки каждой группы в равной степени устойчивы к стрессовым воздействиям, то есть обладают хорошим уровнем фрустрационной толерантности.

Уровень социальной фрустрированности

С помощью медико-социальной шкалы «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) была изучена степень удовлетворенности/неудовлетворенности в основных сферах жизни пациенток косметологической клиники (таблица 28).

Данные таблицы 28 показывают, что пациентки всех групп удовлетворены своими взаимоотношениями с ближайшим социальным окружением и «скорее удовлетворены» своим экономическим положением и состоянием здоровья; различий между группами по показателям социальной

фрустрированности не получено. В дальнейшем были изучены наличие и характер (острый или хронический) актуальной психотравмирующей ситуации. В таблице 29 приведены результаты изучения частоты встречаемости психотравмирующих ситуаций в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы.

Таблица 28.

Неудовлетворенность в различных сферах жизни

Сферы жизни/неудовлетворенность	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Взаимоотношения с родными и близкими	9,15	3,69	9,04	3,56	9,30	4,33
Социальные отношения вне семьи	8,43	3,98	8,66	3,74	9,28	4,30
Социальный статус	9,11	4,26	9,66	4,38	9,93	4,40
Экономическое положение	9,87	3,32	10,38	3,81	10,90	4,35
Здоровье и работоспособность	10,22	3,90	10,94	4,04	10,72	4,19

Примечание: диапазон возможных оценок – от 5 до 25. Большая оценка соответствует большей неудовлетворенности, фрустрированности в конкретной сфере жизни.

Таблица 29.

Наличие и характер актуальной психотравмирующей ситуации

Психотравмирующая ситуация	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
В настоящее время отсутствует	39	73,6	44	65,7	50	69,4	133	69,3
Наличие острого стресса	4	7,5	7	10,4	5	6,9	16	8,3
Затяжная психотравмирующая ситуация	10	18,9	16	23,9	17	23,6	43	22,4

Большинство пациенток в каждой группе отметили отсутствие актуальной психотравмирующей ситуации. В то же время 22,4% всех женщин отметили наличие затяжной психотравмирующей ситуации. Различия между группами по этим показателям (наличие и характер психотравмирующей ситуации) не значимы. Важно отметить, что в каждой группе встретились от 4 до 7 женщин, переживающих в настоящее время острую стрессовую ситуацию (в целом у 8,3%).

Обобщая данные, полученные при использовании психодиагностических методик и вопросов интервью, направленных на выявление негативных эмоциональных состояний, можно сделать вывод о переживании многими пациентками ощущения внутреннего напряжения и фрустрации. Однако низкий уровень показателей невротизации (методика УН) и противодействия стрессу (ШВС-10) показывают устойчивость личности и эффективность ресурсов психологического преодоления стресса исследованных женщин.

3.2.3. Психологическое благополучие и удовлетворенность качеством жизни

В качестве альтернативы негативным эмоциональным состояниям были изучены показатели психологического и физического благополучия (Well-Being Index) и удовлетворенности качеством жизни пациенток трех сравниваемых групп.

Индекс хорошего самочувствия

В таблице 30 приведены результаты сравнительного исследования показателя методики WHO-5 – скринингового инструмента, разработанного ВОЗ для экспресс-оценки общего (психологического и физического) самочувствия пациента.

Статистически значимых различий между группами по итоговому показателю методики WHO-5 выявлено не было. Учитывая то, что методика не имеет нормативных значений, а также то, что максимальное значение

Индекс хорошего самочувствия

Показатель методики WHO-V	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Индекс хорошего самочувствия	63,66	21,39	59,92	21,27	62,20	19,84

«Индекса хорошего самочувствия» составляет 100 баллов, можно утверждать, что такие составляющие психологического благополучия как позитивное настроение, активность, интерес к окружающему представлены в каждой группе пациенток в достаточной степени (не снижены).

Удовлетворенность качеством жизни

В таблице 31 представлены результаты сравнительного анализа показателей удовлетворенности отдельными аспектами качества жизни и своим психологическим состоянием пациенток с различной выраженностью косметической проблемы, полученные с помощью «Опросник удовлетворенности качеством жизни» (КЖ) (Практикум по психологии ..., 2005).

Таблица 31.

Удовлетворенность качеством жизни и психологическим состоянием

Показатели методики КЖ	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Индекс качества жизни (ИКЖ)	26,89	4,89	26,88	5,62	28,06	4,73
Работа (карьера)	28,55	7,46	27,11	6,60	29,24	6,10
Личные достижения	28,89	6,37	28,93	6,26	30,08	5,65
Здоровье	26,68	7,86	26,73	8,48	28,22	7,00
Общение с друзьями, близкими	28,39	6,36	28,80	7,36	31,03	5,99
Поддержка	28,18	6,98	26,20	7,61	28,12	6,20

Оптимизм	28,75	5,88	29,07	5,66	28,31	5,79
Напряжение	25,55	7,52	25,73	7,67	28,38	6,01
Самоконтроль	22,36	5,05	24,02	5,96	23,54	6,00
Негативные эмоции	24,66	6,89	25,31	7,36	25,63	7,02

Примечание. Технология обработки результатов методики КЖ предполагает, что, чем выше балл, тем выше удовлетворенность каждым аспектом качества жизни.

При математико-статистическом анализе выявлены близкие к статистической значимости различия между группами по показателям шкал методики КЖ «Общение с друзьями, близкими» ($F=2,510$; $p=0,085$), а также «Напряжение» ($F=2,709$; $p=0,070$). В каждом случае средняя шкальная оценка оказалась выше в группе женщин со значительной выраженностью косметической проблемы: они больше удовлетворены широтой и качеством социальных контактов и испытывают меньшее эмоциональное напряжение (тревогу) по сравнению с пациентками, составившими две другие группы.

В дальнейшем абсолютный показатель удовлетворенности качеством жизни (показатель ИКЖ) в каждой группе был соотнесен с уровнями, предложенными автором методики на основе распределения оценок в нормативной выборке. В таблице 32 приведены результаты анализа частоты встречаемости различных уровней ИКЖ в сравниваемых группах пациенток.

Таблица 32.

Частота встречаемости уровней удовлетворенности качеством жизни

Уровень ИКЖ	Степень выраженности косметической проблемы							
	Слабая		Средняя		Значительная		Вся группа	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Низкий	3	7,0	7	15,9	2	3,6	12	8,4
Средний	31	72,1	27	50,0	36	64,3	89	62,2
Высокий	9	20,9	15	34,1	18	32,1	42	29,4
$\chi^2=7,91$, $p=0,095$								

Получены приближающиеся к статистической значимости различия между сравниваемыми группами женщин по частоте встречаемости уровней ИКЖ. Распределение частот показывает, что в каждой группе существенно преобладала встречаемость среднего уровня удовлетворенности, которая (частота) оказалась максимальной в группе со слабой выраженностью косметической проблемы и минимальной – в группе со средней выраженностью проблемы; в этой группе встретился существенно больший процент лиц с низким уровнем удовлетворенности КЖ, чем в других группах.

3.2.4. Индивидуально-психологические особенности личности

В таблице 33 приведены результаты сравнительного анализа выраженности базисных черт личности в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы, полученные с помощью тест-опросника «Большая пятерка» (BIGV).

Анализ таблицы 33 показывает, что между сравниваемыми группами нет статистически значимых различий средних шкальных оценок методики BIGV, измеряющих выраженность отдельных черт личности. Соотнесение шкальных оценок в каждой группе с распределением средних шкальных оценок, полученным Д.П.Яничевым (2006) на отечественной выборке (n=131), показало в целом сбалансированный характер черт личности, выраженность

Таблица 33.

Индивидуально-психологические особенности личности

Показатели методики BIGV	Степень выраженности косметической проблемы								
	Слабая		Уро- вень	Средняя		Уро- вень	Значительная		Уро- вень
	М	δ		М	δ		М	δ	
Экстраверсия	28,66	5,30	3	28,04	4,83	3	26,69	5,14	2

Самосознание	31,36	5,93	4	30,37	5,06	3	29,65	4,50	3
Сотрудничество	34,49	4,28	3	34,22	3,53	3	33,12	3,88	3
Эмоциональная стабильность	23,49	5,56	3	23,16	6,16	3	23,62	6,25	3
Личностные ресурсы	29,36	5,60	2	28,84	4,75	2	27,66	5,66	2

Распределение средних шкальных оценок методики BIGV в отечественной выборке

Шкалы методики BIG V	Значения шкальных оценок				
	Низкие (1)	Ниже среднего (2)	Средние (3)	Выше среднего (4)	Высокие (5)
Экстраверсия	≥ 22	23-26	27-30	31-34	≤ 35
Самосознание	≥ 18	19-21	22-30	31-35	≤ 36
Сотрудничество	≥ 29	30-31	32-36	37-38	≤ 39
Эмоциональная стабильность	≥ 14	15-18	19-27	28-32	≤ 33
Личностные ресурсы	≥ 22	23-29	30-34	35-37	≤ 38

их преимущественно на уровне средних значений в каждой из сравниваемых групп. Исключение составляет показатель шкалы «Личностные ресурсы», выраженный в каждой группе пациенток на уровне «ниже среднего». Эта особенность, характеризующая изученных женщин скорее как прагматичных, предпочитающих стабильность, чем как стремящихся к получению нового опыта, поиску оригинальных подходов к решению обычных жизненных задач, обладающих богатым воображением и креативностью, была выявлена также на этапе сравнения пациенток косметологической клиники с нормативными данными (п.3.1.). Следует отметить также, что в группе женщин со слабой выраженностью косметической проблемы показатель шкалы «Самосознание» соответствует уровню «Выше среднего» и отражает представленность в структуре личности черт организованности, ответственности, целеустремленности и надежности.

3.2.5. Стратегии и личностные ресурсы стресс-преодолевающего поведения (копинга)

Важнейшими механизмами психологической адаптации, направленными на преодоление стрессовых и проблемных жизненных ситуаций, являются копинг-стратегии и личностные копинг-ресурсы (Абабков В.А., Перре М., 2004; Крюкова Т.Л., Гущина Т.В., 2015). В связи с этим в группах пациенток с различной выраженностью косметической проблемы были изучены эти психологические и поведенческие характеристики.

Стратегии копинга

В таблице 34 приведены статистические характеристики шкальных оценок методики «Способы совладающего поведения» (ССП) (Вассерман Л.И. с соавт., 2010; Вассерман Л.И. с соавт., 2014а).

В структуре копинга в группе пациенток со слабой и значительной степенью выраженности косметической проблемы незначительно доминирует эмоционально-ориентированный копинг «Бегство-избегание», направленный на нормализацию эмоционального состояния при действии стресс-факторов путем «ухода», вытеснения, игнорирования проблемы. Одновременно пациенткам со слабой выраженностью косметической проблемы свойственно использование конструктивных стратегий копинга, направленных на анализ и планирование решения проблемы, а также на поиск внешних ресурсов для ее преодоления.

Статистически значимые различия между группами ($F=2,567$; $p=0,000$) получены по показателю шкалы «Принятие ответственности», который оказался существенно ниже в группе пациенток со значительной выраженностью косметической проблемы: пациенткам этой группы менее, чем пациенткам других групп (но в пределах «нормы»), свойственно понимание своей роли в проблеме, принятие на себя вины и ответственности на разрешения стрессовых и трудных жизненных ситуаций.

Стратегии (копинга)

Показатели методики ССП	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Конфронтация	53,75	10,54	53,52	8,37	51,68	9,98
Дистанцирование	52,27	8,56	50,73	9,46	51,18	9,69
Самоконтроль	51,30	9,24	51,52	9,45	48,79	11,11
Поиск социальной поддержки	53,57	8,07	52,23	8,28	50,61	9,07
Принятие ответственности	53,75	8,15	51,25	8,23	49,84	9,20
Бегство-Избегание	57,34	10,33	53,80	8,93	54,32	9,53
Планирование решения проблемы	54,39	7,86	52,16	8,94	51,04	10,46
Положительная переоценка	52,00	10,34	53,84	10,70	51,18	9,60

Личностные ресурсы копинга

В качестве ресурсов копинга изучались смысложизненные ориентации – одна из важных характеристик ценностно-мотивационной сферы личности, оказывающая регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека (Багненко Е.С., 2022б). В таблице 35 представлены статистические характеристики шкальных оценок методики «Смысложизненные ориентации» (СЖО) (Леонтьев Д.А., 2006).

По всем показателям методики СЖО во всех группах получены сходные оценки: различия средних шкальных оценок между группами не значимы. Близость оценок шкал СЖО, соотнесенных с временной перспективой («Цели», «Процесс», «Результат»), показывает, что пациентки с различной выраженностью косметической проблемы в одинаковой степени удовлетворены пройденным и настоящим отрезком жизни, имеют сходное эмоциональное отношение к будущему. Кроме того, отсутствие различий показателей шкал интернальности («Локуса контроля»)

Смыслоразностные ориентации

Показатели методики СЖО	Степень выраженности косметической проблемы					
	Слабая		Средняя		Значительная	
	М	δ	М	δ	М	δ
Цели	32,11	6,23	33,08	6,63	32,64	6,19
Процесс	29,79	5,96	28,82	6,03	29,00	6,01
Результат	25,62	5,31	26,47	4,43	26,31	5,02
Локус контроля - Я	20,81	4,26	21,00	3,77	20,23	3,84
Локус контроля - жизнь	26,21	2,81	27,25	3,03	26,95	2,99
Общий показатель СЖО	101,64	18,88	102,78	16,66	101,31	16,92

свидетельствует о равных возможностях пациенток трех групп делать собственный выбор и брать ответственность за события жизни на себя. Важно подчеркнуть, что при сходстве шкальных оценок методики СЖО в трех сравниваемых группах общий показатель осмысленности жизни, полученный во всей группе, выше средне-нормативных значений (п. 3.1.).

Таким образом, проведенный в группах пациенток со слабой, средней и значительной выраженностью косметической проблемы сравнительный анализ социально- и индивидуально-психологических характеристик, в совокупности характеризующих уровень психологической адаптации, не показал его отчетливой связи со степенью выраженности дефекта кожи лица. Среди широкого круга изученных психологических характеристик статистически значимые и близкие к ним различия получены по следующим показателям: «Влияние косметической проблемы на жизнедеятельность» (структурированное интервью), «Удовлетворенность общением с друзьями, близкими», «Напряжение» (удовлетворенность эмоциональным состоянием) (методика КЖ), а также «Принятие ответственности» (методика ССП). Во всех случаях в наибольшей степени психодиагностические показатели отличались от других групп в группе пациенток со значительной выраженностью косметической проблемы, причем это отличие не

обязательно свидетельствовало о худшем психологическом статусе пациенток этой группы по сравнению с пациентками других групп.

3.3. Психологические характеристики женщин с различным уровнем нервно-психической адаптации

В главе 1 на основе анализа научной литературы показано, что, по современным представлениям, психологическая адаптация является подструктурой системы психической адаптации человека, находящаяся в интегрированном единстве и взаимодействии с другими подструктурами психической адаптации – биологической и социальной. Нарушение психической адаптации под влиянием стрессовых факторов может приводить к клинически оформленным или субклиническим невротическим, психосоматическим или поведенческим расстройствам (Васильева А.В., Караваяева Т.А., 2020; Дробижев, М.Ю., 2000; Александровский Ю.А., 2021). На основе этих представлений разработан скрининговый «Тест нервно-психической адаптации» (НПА), направленный на выявление нарушений психической адаптации, преимущественно в эмоционально-аффективной сфере. В то же время эмоциональная реакция является одним из механизмов психологической адаптации к стрессу (Коцюбинский А.П., 2001), поэтому НПА, имеющий в своем названии более широкий конструкт «психическая адаптация», релевантен задаче изучения психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица. В дальнейшем будет использовано авторское название методики – «Тест нервно-психической адаптации», направленный одновременно на выявление нарушений в общей системе психической адаптации и в ее подструктуре – психологической адаптации.

На втором этапе сравнительного исследования все женщины, заполнившие тест НПА (n=161), были распределены по уровням (категориям) на континууме нервно-психической адаптации (Гурвич И.Н., 1992). В таблице

36 представлено процентное распределение исследованных женщин по уровням (категория) НПА.

Таблица 36.

Распределение пациенток косметологической клиники по уровням психической адаптации

Уровень психической адаптации	Чел.	%
1. «Здоровье»	30	18,6
2. «Оптимальная адаптация»	7	4,3
3. «Непатологическая психическая дезадаптация»	37	23,0
4. «Патологическая психическая дезадаптация»	12	7,5
5. «Вероятно, болезненное состояние» *	75	46,6

Примечание: * Речь идет не о верифицированном клиническом диагнозе, а об условном названии одной из градаций уровня психической адаптации в методике НПА, данные которой получены путем самоотчета пациенток.

В дальнейшем пациентки были разделены на две группы сравнения: группа 1 – без значительных нарушений психической адаптации («Здоровье», «Оптимальная адаптация», «Непатологическая психическая дезадаптация», $n=74$, средний возраст $39,71 \pm 1,22$ лет); группа 2 – с нарушением психической адаптации («Патологическая психическая дезадаптация», «Вероятно, болезненное состояние», $n=87$, средний возраст $39,38 \pm 1,21$ лет). Как ожидалось, две группы статистически значимо отличаются по общему показателю (баллу) НПА. Этот показатель в группе 1 составил $-1,16 \pm 0,15$, в группе 2 составил $3,20 \pm 0,11$ ($p=0,000$).

Изучение основных *социально-демографических характеристик* показало, что в группе 1 и в группе 2 преобладают женщины с высшим образованием (88,9% и 69,8%, соответственно), постоянно работающие (76,4% и 69,8), преимущественно в сферах частного бизнеса, а также науки и образования; большинство женщин в 1 и 2 группах имеют собственную семью (66,7% и 60,5%) и детей (77,8% и 72,1%); статистически значимые

различия между группами получены по параметру «Проживание»: в группе 2 больший, чем в группе 1, процент женщин, которые проживают одни (22,1% и 4,2%, соответственно, $\chi^2=11,19, p=0,004$).

Наиболее часто встречающимися *клиническими симптомами* в обеих группах были: мимические морщины, гравитационный птоз, борозды и складки. Выявлены статистически значимые различия между группами 1 и 2 по частоте встречаемости симптомов: в группе 1 чаще встречались мимические морщины (57,3% и 43,0%, $\chi^2=3,33, p=0,048$) и рубцы (17,8 и 7,0%, $\chi^2=4,40, p=0,030$), в группе 2 – дисплазия соединительной ткани (2,7% и 15,1%, $\chi^2=7,08, p=0,007$). По степени выраженности косметической проблемы, а также по ее длительности, частоте встречаемости сопутствующих и фоновых заболеваний (эндокринные, дерматологические, онкологические и др.), по степени влияния дефекта кожи лица на жизнедеятельность (по самоотчету пациенток) и эффективности лечения (по экспертной оценке врача) статистически значимых различий между группой 1 и группой 2 не выявлено. Таким образом, сравниваемые группы пациенток оказались вполне сопоставимыми по основным социально-демографическим и клиническим характеристикам.

Как и в случае пациенток с различной выраженностью косметической проблемы, две группы женщин были сопоставлены по показателям психодиагностических методик, полученным до начала косметологического лечения. Всего проанализировано 35 показателей, отражающих эмоционально-аффективные и индивидуально-личностные характеристики пациенток, измеренные с помощью количественных психодиагностических методик: «Уровень невротизации» (УН), «Шкала воспринимаемого стресса» (ШВС-10), «Индекс хорошего самочувствия», «Опросник удовлетворенности качеством жизни» (КЖ), «Большая пятерка» (BIG V), «Способы совладающего поведения» (ССП), «Смыслжизненные ориентации» (СЖО); для определения уровня

психической адаптации использован «Тест нервно-психической адаптации» (НПА).

Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA)

В таблице 37 приведены результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей пациенток двух групп, между которыми получены статистически значимые различия (всего 27 показателей).

Таблица 37.

Психодиагностические показатели пациенток косметологической клиники с разным уровнем психической адаптации

Методика	Психодиагностический показатель	Группа 1		Группа 2		F	p
		M	δ	M	δ		
УН	Уровень невротизации	74,28	30,61	23,51	33,09	84,00	0,000
WHO-V	Итоговая оценка	70,93	18,22	56,10	19,21	22,50	0,000
ШВС-10	Общий балл	23,76	6,14	29,36	6,62	27,56	0,000
ШВС-10	Перенапряжение	15,30	5,06	19,27	4,85	23,22	0,000
ШВС-10	Противодействие стрессу	8,46	2,33	10,09	2,75	14,50	0,000
КЖ	Индекс качества жизни	30,62	4,20	24,87	3,84	67,96	0,000
КЖ	Работа (карьера)	31,27	6,24	26,35	6,51	19,74	0,000
КЖ	Личные достижения	32,66	4,78	27,10	5,73	36,52	0,000
КЖ	Здоровье	30,86	6,49	24,48	7,07	29,26	0,000
КЖ	Общение с друзьями, близкими	33,26	5,63	27,12	5,53	39,94	0,000
КЖ	Поддержка	30,97	5,80	26,16	6,11	31,48	0,000
КЖ	Оптимистичность	31,17	5,40	26,75	5,18	23,21	0,000
КЖ	Напряженность	30,34	6,45	23,88	5,95	36,07	0,000
КЖ	Самоконтроль	25,66	5,28	21,14	5,32	24,04	0,000
КЖ	Негативные эмоции	29,39	5,28	21,86	6,48	53,53	0,000
BIG V	Экстраверсия	29,27	4,79	26,32	5,13	12,66	0,001
BIG V	Самосознание	31,97	4,54	29,49	5,07	9,52	0,002
BIG V	Эмоциональная стабильность	27,01	4,48	20,71	5,31	55,83	0,000

СПП	Дистанцирование	49,34	8,56	53,37	9,66	6,27	0,014
СПП	Принятие ответственности	49,44	7,55	53,62	9,28	7,86	0,006
СПП	Бегство – Избегание	51,67	8,57	58,37	9,18	18,33	0,000
СЖО	Общий балл	112,22	14,32	93,34	14,33	68,69	0,000
СЖО	Цели	35,85	5,02	30,00	6,00	43,76	0,000
СЖО	Процесс	32,23	5,24	26,66	5,23	44,89	0,000
СЖО	Результат	26,66	4,02	24,18	4,46	43,00	0,000
СЖО	Локус контроля - Я	22,86	3,26	18,79	3,44	58,42	0,000
СЖО	Локус контроля - жизнь	27,97	2,50	25,93	2,89	22,37	0,000

Примечание. Технология обработки результатов методики УН предполагает, что, чем выше балл, тем ниже уровень невротизации; методики КЖ – чем выше балл, тем выше удовлетворенность по каждому аспекту качества жизни.

Сравнительный анализ психодиагностических показателей, отражающих *эмоционально-аффективный статус* пациенток двух групп, показал, что общий уровень невротизации значительно ниже в группе 1 по сравнению с группой 2: в первой группе существенно больше выражены эмоциональная устойчивость, фрустрационная толерантность, социальная уверенность, активность, свободная самореализация (отсутствие неуверенности и избыточного «невротического» самоконтроля) пациенток. Эти результаты могут быть дополнены результатами анализа частоты встречаемости в двух группах различных уровней невротизации, выделенных авторами методики УН на основе распределения итоговых показателей невротизации (Карпова Э.Б. с соавт., 2014). Так, «очень низкий» уровень невротизации встретился у 50,0% пациенток 1 группы и у 2,9% пациенток 2 группы; «очень высокий» – у 0,0% пациенток 1 группы и у 4,3% – 2 группы ($\chi^2=51,84$, $p=0,000$). Этому соответствуют результаты сравнения итоговых оценок методики WHO-V, показывающие, что пациентки группы 1 статистически значимо выше оценивают собственный фон настроения, активность, интерес к окружающему, в целом свое психологическое и физическое благополучие (Well-Being), чем пациентки, составившие группу 2.

Одновременно таблица 37 показывает высоко статистически значимые различия между сопоставляемыми группами по всем показателям методики ШВС-10, которые оказались существенно выше в группе пациенток с нарушением психической адаптации (группа 2): они переживали более интенсивное эмоциональное напряжение в течение последнего месяца и прилагали бóльшие психологические усилия для его преодоления, чем пациентки, составившие группу 1.

В исследовании выявлено высоко статистически значимое преобладание всех показателей методики КЖ в группе 1 по сравнению с группой 2, что отражает существенно бóльшую удовлетворенность качеством жизни в целом и различными его аспектами пациенток, составивших группу 1, по сравнению с пациентками группы 2. Это подтверждают результаты анализа частоты встречаемости в сравниваемых группах различных уровней удовлетворенности качеством жизни, выделенных автором методики КЖ на основе распределения итоговых показателей ИКЖ («Индекс качества жизни») (Практикум по психологии здоровья, 2005). Согласно результатам частотного анализа, «низкий» уровень ИКЖ встретился у 0,0% пациенток 1 группы и у 13,6% пациенток 2 группы; «средний» уровень – у 46,0% пациенток 1 группы и у 80,3% пациенток 2 группы, «высокий» уровень – у 54,0% пациенток 1 группы и у 6,1% – 2 группы ($\chi^2=39,66$, $p=0,000$). В совокупности эти результаты свидетельствуют о том, что пациентки, составившие группу 1, значительно больше, чем пациентки группы 2, удовлетворены как различными аспектами своего социального функционирования (работа, личные достижения, общение, социальная поддержка), так и своим психологическим состоянием, сбалансированностью эмоций и способностью контролировать их проявления, а также здоровьем в целом.

Результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей, отражающих *индивидуально-личностные характеристики* женщин с косметологическими проблемами кожи лица (таблица 37),

показали, что в группе 1 по сравнению с группой 2 на высоком уровне статистической значимости преобладают средние оценки шкал «Экстраверсия», «Самосознание» и «Эмоциональная стабильность» методики BIG V. Это свидетельствует о том, что в типологической структуре личности пациенток, составивших группу 1, по сравнению с пациентками группы 2, значительно больше выражены черты активности и общительности, целеустремленности, организованности и ответственности, а также эмоциональной устойчивости и толерантности к стрессу.

Статистически значимые различия между сопоставляемыми группами получены по показателям 3 из 8 изученных копинг-стратегий (шкальных оценок методики ССП). В каждом случае преобладали показатели пациенток группы 2. Наиболее существенные различия получены между средними оценками шкалы «бегство-избегание», что отражает более выраженную склонность пациенток группы 2 к уходу от действенного решения проблемных и стрессовых ситуаций путем использования когнитивных приемов отрицания, отвлечения, неоправданных ожиданий и фантазирования, других способов снижения эмоционального напряжения. Сходную направленность имеет копинг-стратегия «дистанцирование», показатель которой также преобладает в группе 2 и отражает склонность пациенток этой группы к преодолению негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости, использования интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, обесценивания. Одновременно в группе 2 по сравнению с группой 1 на высоком уровне статистической значимости преобладает средняя оценка шкалы «Принятие ответственности».

В таблице 37 приведены также результаты сравнения показателей методики СЖО, отражающих ценностно-мотивационную направленность личности. По всем показателям методики СЖО получены высоко статистически значимые различия между сопоставляемыми группами пациенток. В группе 1 (без нарушений психической адаптации) по

сравнению с группой 2 (с нарушением психической адаптации) значительно преобладают как показатели смысложизненных ориентаций, соотнесенные с временной перспективой (Цели – будущее, Процесс – настоящее, Результат – прожитый отрезок жизни), так и показатели интернальности личности, отражающие представление о себе как о личности, обладающей свободой выбора, строящей свою жизнь в соответствии со своими целями и пониманием ее смысла (Локус контроля – Я), а также способной управлять значимыми событиями жизни (Локус контроля – жизнь).

Множественный регрессионный анализ

Следующий этап исследования был посвящен выделению из совокупности изученных психологических характеристик (психодиагностических показателей), наиболее информативных в отношении риска психической дезадаптации.

Как показали представленные выше результаты сравнительного анализа (таблица 37), уровень психической адаптации пациенток косметологической клиники связан со значительным количеством психодиагностических показателей, измеренных до начала лечения (всего 27 показателей). В связи с этим был проведен множественный регрессионный анализ, который направлен на выявление наиболее прогностически информативных психологических характеристик.

С помощью этого вида анализа, при котором в качестве зависимой переменной был выбран уровень психической адаптации (итоговая оценка методики НПА), построено четыре модели взаимосвязи психологических переменных и НПА. Из этих моделей в качестве наиболее информативной и объясняющей дисперсию уровня психической адаптации более, чем на 2/3 ($R^2=0,708$), была выбрана модель, включающая четыре предиктора (переменных). Эти предикторы представлены в таблице 38.

Как можно видеть, наибольший по абсолютной величине коэффициент частной корреляции – коэффициент β – получен для показателя «Уровень невротизации» (методика «Уровень невротизации – УН»),

Таблица 38.

Модель регрессионной зависимости психологических характеристик и нервно-психической адаптации (НПА) пациенток косметологической клиники

Включенные переменные (психодиагностические показатели)	Коэффициент β	Уровень значимости
«Уровень невротизации» (методика УН)	-0,482	p=0,000
«Локус контроля – Я» (методика СЖО)	-0,183	p=0,004
«Эмоциональная стабильность» (методика BIG V)	-0,244	p=0,001
«Поддержка» (методика КЖ)	-0,145	p=0,032

отражающего степень эмоциональной возбудимости и неустойчивости, а также эгоцентрическую направленность личности. При высоком уровне невротизации (низкое значение показателя УН) отмечается легкость возникновения различных негативных переживаний (тревога, напряженность, беспокойство, раздражительность), низкая толерантность к стрессу, склонность к ипохондрической фиксации как на неприятных соматических ощущениях, так и в сосредоточенности на своих личностных недостатках, что определяет затрудненность в общении, социальную робость и зависимость. При низком уровне невротизации (высокое значение показателя УН), напротив, отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний, чувство собственного достоинства, независимость, легкость в общении, хорошая стрессоустойчивость (Карпова Э.Б. с соавт., 2014). Этот результат подкреплён отрицательным значением коэффициента Бета для показателя «эмоциональная стабильность» (методика BIG V): чем меньше

эмоциональная устойчивость и уравновешенность, тем выше показатель НПА, отражающий риск психической дезадаптации.

Отрицательные значения коэффициентов β , полученные для двух других психодиагностических показателей («Локус контроля – Я» и «Поддержка»), также отражают их связь с уровнем психической адаптации: чем ниже эти показатели, тем выше показатель НПА. В содержательном плане это означает, что высокий уровень интернальности личности и наличие эмоциональной и действенной поддержки со стороны ближайшего социального окружения являются благоприятными прогностическими факторами, снижающими риск психической дезадаптации.

Важно отметить и те результаты множественного регрессионного анализа, которые показывают, что наиболее информативными психодиагностическими методиками в отношении прогноза нарушений психической адаптации пациенток косметологической клиники являются тест-опросники «Уровень невротизации», «Смыслжизненные ориентации», «Большая пятерка» и «Опросник удовлетворенности качеством жизни».

3.4. Взаимосвязь показателей психологической адаптации с клинико-биологическими показателями

В параграфе представлены полученные с помощью корреляционного анализа статистически значимые взаимосвязи между психодиагностическими показателями, в совокупности характеризующими уровень и качество психологической адаптации, возрастом пациенток и рядом клинических характеристик (симптоматика, ее длительность и выраженность, сопутствующие заболевания и др.). В случае показателей возраста и эффективности лечения прослежена связь не только с психологическими данными, но и клиническими характеристиками пациенток с целью комплексной оценки полученных в исследовании результатов.

3.4.1. Взаимосвязь клинических характеристик с возрастом

В таблице 39 приведены статистически значимые корреляции между возрастом и клинической симптоматикой, выявляемой при первичном осмотре врачом дерматологом- косметологом.

Таблица 39.

Взаимосвязь возраста и клинической симптоматики

Клинические симптомы	Коэффициент корреляции (r)
Гравитационный птоз	0,522**
Деволюмизация	0,265**
Борозды и складки	0,516**
Снижение тургора кожи	0,295**
Воспалительные элементы	-0,364**
Розацеа	-0,173*
Гиперпигментация	0,213**
Гипертрихоз	-0,166*
Рубцы	-0,194**

Примечание. В таблицах 39 и 40: ** – корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя), * – корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Представленные в таблице 39 результаты изучения связи клинической симптоматики с возрастом показывают, что с увеличением возраста увеличивается частота встречаемости таких дефектов кожи лица как гравитационный птоз, деволюмизация, борозды и складки, снижение тургора кожи и гиперпигментация. Напротив, чем меньше возраст пациенток, тем чаще встречаются воспалительные элементы, розацеа, гипертрихоз и рубцы.

Прослежены закономерные положительные связи с рядом других клинических характеристик: связь между возрастом и степенью выраженности косметической проблемы ($r=0,180$, $p<0,05$), между возрастом и длительностью косметической проблемы ($r=0,455$, $p<0,01$): чем старше возраст, тем больше степень выраженности и длительность косметической

проблемы. Одновременно выявлена отрицательная связь между возрастом и степенью влияния косметической проблемы на жизнедеятельность (по самооценке пациенток) ($r=-0,243$, $p<0,01$): чем старше пациент, тем меньшее влияние оказывает косметический дефект на его жизнедеятельность и, наоборот, чем моложе пациент, тем большее влияние он оказывает на жизнедеятельность.

3.4.2. Взаимосвязь психологических характеристик с возрастом

В таблице 40 приведены статистически значимые корреляции между возрастом и психодиагностическими показателями, измеренными на начальных этапах лечения.

Таблица 40

Взаимосвязь возраста и психодиагностических показателей

Методика	Психодиагностический показатель	Коэффициент корреляции (r)
КЖ	Здоровье	-0,177*
КЖ	Поддержка	-0,171*
КЖ	Самоконтроль	-0,222**
ВАШ	Здоровье	-0,149*
СДВ	Средняя оценка будущего	-0,183*
СДВ	Величина будущего	-0,197*
СДВ	Структура времени	-0,174*
VIG V	Личностные ресурсы	-0,221**
ССП	Принятие ответственности	-0,196*
ССП	Бегство-Избегание	-0,176*

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что в исследованной группе пациенток косметологической клиники с увеличением возраста снижается удовлетворенность такими аспектами качества жизни как

здоровье, наличие и характер поддержки со стороны ближайшего социального окружения, а также способность контролировать свои эмоциональные реакции (методика КЖ). Также, согласно полученным данным, чем старше пациент, тем ниже оценка своего здоровья в настоящий момент (методика ВАШ) и ниже общая оценка своего будущего в целом и его отдельных аспектов, связанных с ощущением внутренней свободы, смысловой наполненности, а также прогнозируемости, структурированности и подконтрольности своего будущего (методика СДВ). С увеличением возраста уменьшается стремление к самосовершенствованию и поиску нового, увеличивается потребность в стабильности, приверженность стереотипам (методика BIGV); в проблемных и стрессовых ситуациях с увеличением возраста снижается способность увидеть свою роль в возникновении проблемы и в ее разрешении, а также снижается частота использования неконструктивной стратегии копинга, связанной со стремлением к «уходу» от проблемной ситуации путем фантазирования, использования лекарственных средств и др. (методика СПП) (Багненко Е.С., 2021б).

3.4.3. Взаимосвязь клинических и психологических характеристик

В таблице 41 представлены статистически значимые корреляции между наличием клинических симптомов и психологическими характеристиками (психодиагностическими показателями) пациенток.

Таблица 41.

Взаимосвязь клинических симптомов и психологических характеристик

Клинические симптомы	Методика	Психодиагностический показатель	Коэффициент корреляции (r)
Гравитационный птоз	КЖ	Здоровье	-0,207*
	КЖ	Поддержка	-0,175*
	СДВ	Активность настоящего времени	-0,207*

	СПП	Принятие ответственности	-0,166*
Мимические морщины	СДВ	Величина настоящего времени	0,183*
Борозды и складки	УСФ	Удовлетворенность работоспособностью	-0,175*
	ВАШ	Здоровье	-0,151*
	СДВ	Активность настоящего времени	-0,211*
Снижение тургора кожи	ВАШ	Характер	0,188*
	ВАШ	Внешность	0,166*
	BIG V	Сотрудничество	0,176*
Воспалительные элементы	КЖ	Здоровье	0,169*
	КЖ	Напряженность	0,165*
	СПП	Самоконтроль	-0,179*
Дегидратация кожи	BIG V	Экстраверсия	0,173
Дисплазия соединительной ткани	Интервью	Мотив обращения к косметологу: модная тенденция	-0,217**
	НПА	Общий балл	0,188*
	КЖ	Личные достижения	-0,179*
	КЖ	Самоконтроль	-0,170*
	СДВ	Эмоциональная окраска настоящего времени	-0,203*
Сосудистая патология кожи	УСФ	Удовлетворенность взаимоотношениями с родственниками	0,291**
	УСФ	Удовлетворенность взаимоотношениями с лицами противоположного пола	0,185*
	УСФ	Удовлетворенность взаимоотношениями с социальным окружением	0,195*
	УСФ	Удовлетворенность своим психоэмоциональным состоянием	0,237**
	УСФ	Удовлетворенность здоровьем и работоспособностью	0,186*
Гипертрихоз	УСФ	Удовлетворенность своим физическим состоянием	0,182*
	КЖ	Работа (карьера)	0,171*
Рубцы	НПА	Общий балл	-0,203*
	СПП	Принятие ответственности	-0,258**

Ряд полученных корреляций имеет понятный смысл, ряд, по-видимому, имеет чисто статистический (случайный, труднообъяснимый) характер. Тем не менее, вся совокупность полученных взаимосвязей может быть учтена при

разработке основных направлений психологической помощи пациенткам косметологической клиники с дефектами кожи лица (Багненко Е.С., 2021а).

Так, частота встречаемости гравитационного птоза сопровождается снижением удовлетворенности качеством жизни в сферах здоровья и поддержки со стороны социального окружения (методика КЖ), снижением оценки восприятия настоящего периода жизни как активного (методика СДВ) и снижением частоты использования копинга, связанного с принятием на себя ответственности за возникновение и разрешение проблемных и стрессовых жизненных ситуаций (методика СПП).

Наличие (встречаемость) борозд и складок на коже лица так же, как при гравитационном птозе, проявляется снижением восприятия настоящего времени как активного (методика СДВ); кроме того, этот симптом сопровождается снижением удовлетворенности работоспособностью (методика УСФ).

При дисплазии соединительной ткани снижается частота встречаемости (не характерен) мотива обращения к косметологу, обозначенного в Интервью как «Желание следовать модной тенденции», а также снижается удовлетворенность такими аспектами качества жизни как личные достижения (прежде всего, карьера) и способность контролировать собственные эмоциональные реакции (самоконтроль) (методика КЖ); снижается также оценка эмоциональной окрашенности настоящего времени: в его субъективном восприятии доминируют негативные аспекты и неудовлетворенность (методика СДВ). В то же время отмечается возрастание уровня психической адаптации (снижение показателя НПА).

Учитывая конструктивные особенности методики УСФ (большой балл соответствует большей неудовлетворенности) увеличение встречаемости сосудистой патологии кожи сопровождается снижением удовлетворенности в широкой сфере социальных отношений, в сфере собственного настроения, работоспособности и здоровья.

Встречаемость рубцов на лице сопровождается снижением показателя стратегии «Принятие ответственности» в структуре копинга-поведения, то есть поведения, направленного на преодоления стресса (методика СПП).

Наряду с перечисленными корреляционными связями, отражающими снижение психодиагностических показателей при возрастании частоты встречаемости клинического симптома, выявлен ряд противоположных статистически значимых (в ряде случаев трудно интерпретируемых) взаимосвязей: с нарастанием частоты симптома увеличивается значение психодиагностического показателя.

Так, повышение частоты симптома «снижение тургора кожи» сопровождается повышением самооценки характера и внешности (методика ВАШ) и стремления к сотрудничеству, в целом положительного отношения к людям (методика BIGV). В предположительном плане медиатором этой связи может служить возраст пациенток: с увеличением возраста увеличивается частота снижения тургора кожи (таблица 39).

Частота появления симптома «воспалительные элементы» сопровождается возрастанием удовлетворенности качеством жизни в области здоровья и в области переживания внутреннего напряжения, дискомфорта (методика КЖ). Можно предположить, что и в этой закономерности опосредованную роль играет возраст пациенток: чем меньше возраст, тем чаще встречаются воспалительные элементы (таблица 39), и в молодом возрасте эти воспалительные элементы в большей степени являются стрессогенным фактором.

Увеличение встречаемости дегидратации кожи лица сопровождается увеличением показателя экстраверсии (методика BIGV), а гипертрихоз – увеличением удовлетворенности работой (методика КЖ) и снижением удовлетворенности своим здоровьем (методика УСФ), мимические морщины – увеличением оценки своего настоящего как важного, наполненного смыслом отрезка жизни.

В таблице 42 представлены результаты корреляционного анализа ряда других зафиксированных в исследовании клинических показателей с показателями психодиагностических методик.

Таблица 42

Взаимосвязь других клинических характеристик и психодиагностических показателей

Клинические характеристики	Методика	Психодиагностический показатель	Коэффициент корреляции (r)
Фоновые заболевания: эндокринные	BIG V	Экстраверсия	-0,218**
Сопутствующие заболевания: дерматологические	ССП	Поиск социальной поддержки	-0,316**
Сопутствующие заболевания: онкологические	Интервью	Отношение к себе как к личности	0,182*
Длительность проблемы	Интервью	Уверенность в своей внешней привлекательности	-0,172*
	WHO-V	Индекс хорошего самочувствия	-0,186*
Влияние косметической проблемы на жизнедеятельность	СДВ	Средняя оценка будущего	0,184*
	СДВ	Эмоциональная оценка будущего	0,169*
	СДВ	Структура будущего	0,181*
	СДВ	Ощущаемость будущего	0,168*

Данные таблицы 42 показывают, что при наличии у пациенток заболеваний эндокринной системы снижается степень экстраверсии (активности, общительности, эмоциональной откликаемости) и, напротив, усиливается интровертированная направленность личности (методика BIGV); при наличии дерматологических заболеваний снижается частота использования конструктивной копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», предполагающей возможность получения внешних ресурсов для разрешения жизненных трудностей (методика ССП); наличие онкологических заболеваний в анамнезе сопровождается возрастанием уровня самоуважения (Структурированное интервью).

Выявлено также, что увеличение степени выраженности косметической проблемы сопровождается снижением уровня экстраверсии, т.е. уменьшением социальных контактов, общительности и активности (методика BIGV), а также уменьшением частоты использования конструктивной копинг- стратегии «принятие ответственности» в проблемных жизненных ситуациях со склонностью перекладывать вину и ответственность на других (методика СПП).

Как ожидалось, увеличение длительности косметической проблемы сопровождается снижением уверенности в своей внешней привлекательности, а также снижением показателя общего физического и психологического благополучия (методика WHO-V).

В контексте изучения психологической адаптации женщин с дефектами кожи лица немаловажное значение имеет установление влияния выраженности косметической проблемы на жизнедеятельность, определяемого по самоотчету пациенток с их психологическими характеристиками. Проведенный корреляционный анализ выявил прямую (положительную) связь между степенью такого влияния и отношением к своему будущему: чем большее влияние оказывает дефект кожи лица на различные сферы жизни пациенток в настоящее время, тем более позитивно они оценивают свое будущее, характеризуя его как эмоционально яркое, структурированное, логически стройное и высоко личностно значимое (методика СДВ). Важно повторить также, что степень влияния косметической проблемы на жизнедеятельность имеет отрицательную связь с возрастом пациенток: чем старше пациентки, тем меньшее влияние оказывает косметический дефект на их жизнедеятельность (Багненко Е.С., 2021а). Совокупность этих данных указывает на значение временного фактора в отношении к косметическому дефекту: если в настоящее время 46,9% женщин оценивают его влияние на жизнедеятельность как значительное (п. 3.2.1), то при оценке своего будущего это влияние не воспринимается как фатальное, приносящее дискомфорт и проблемы;

напротив, с будущим связаны яркие ожидания и надежды, и с возрастом влияние косметической проблемы на различные сферы жизни снижается.

3.4.4. Взаимосвязь эффективности лечения с клиническими и психологическими характеристиками

В таблице 43 приведены результаты корреляционного анализа оценки эффективности проведенного косметологического лечения (по оценке лечащего врача и по оценке пациенток) с клиническими, а также психологическими характеристиками пациенток.

Таблица 43.

Взаимосвязь между эффективностью лечения, клиническими и психологическими характеристиками

Клинические и психологические характеристики	Эффективность лечения (пациент)	Эффективность лечения (врач)
Клинические характеристики		
Мимические морщины		0,257**
Воспалительные элементы		-0,425**
Снижение тургора кожи		0,185*
Дегидратация кожи		0,153*
Розацеа		-0,232**
Рубцы	-0,245**	
Сопутствующие дерматологические заболевания		-0,374**
Степень выраженности косметической проблемы		-0,391**
Психодиагностические методики и показатели		
Структурированное интервью		
Уверенность в своей внешней привлекательности		0,217**
Эффективность лечения, по оценке пациента	1,00	0,276**
Эффективность лечения, по оценке врача	0,276**	1,00
Личностный тест-опросник BIGV		
Самосознание (организованность)		0,183*
Сотрудничество (кооперативность)		0,177*

Тест-опросник ССП (способы копинга)		
Планирование решения проблемы		0,217**
Методика СДВ		
Структура прошлого времени	-0,251*	

Данные, представленные в таблице 43, показывают взаимосвязь эффективности лечения (по оценке врача) с рядом клинических характеристик. Так, статистический анализ выявил, что снижение эффективности лечения связано с наличием таких клинических симптомов, как воспалительные элементы на коже лица и розацеа, а также с наличием фоновых дерматологических заболеваний. Напротив, более высокой оценке эффективности лечения соответствует наличие в клинической картине мимических морщин, снижения тургора кожи и дегидратации кожи лица. Выявлена также закономерная отрицательная взаимосвязь между эффективностью лечения и степенью выраженности косметической проблемы: эффективность (по оценке врача) тем ниже, чем больше степень выраженности дефекта кожи.

Согласно результатам корреляционного анализа, эффективность лечения (по оценке пациента) из клинических характеристик связана только с наличием рубцов на коже лица: при их наличии оценка эффективности снижается.

Таким образом, корреляционный анализ выявил значительно большее количество взаимосвязей между оценкой эффективности лечения, сделанной лечащим врачом, и клинической симптоматикой – с одной стороны, по сравнению с количеством взаимосвязей между субъективной оценкой эффективности полученного лечения, и клинической симптоматикой – с другой стороны (Багненко Е.С., 2021а).

Изучение взаимосвязи между врачебной оценкой эффективности лечения и психологическими характеристиками пациенток показало наличие положительной взаимосвязи между эффективностью и показателями «Уверенность в своей внешней привлекательности» (Интервью),

«Самосознание», «Сотрудничество » (методика BIGV) и «Планирование решения проблемы» (методика ССП), то есть психологическими показателями, отражающими организованность, кооперативность, доброжелательность и рациональный подход к решению проблем. Таким образом, очевидно, что эффективность лечения в косметологической клинике, как и в других клиниках, связана с представленностью в структуре личности пациентов черт, определяющих их комплаентность (приверженность лечению).

Эффективность лечения, по оценке пациента, отрицательно коррелирует с оценкой структурированности, ясности, упорядоченности своего прошлого.

Необходимо отметить также, что оценки эффективности лечения, сделанные лечащим врачом и пациентом, положительно коррелируют на высоком уровне статистической значимости, однако оценка эффективности, сделанная врачом, значительно больше насыщена корреляционными связями, чем оценка пациенток. В связи с этим можно допустить, что при оценке результативности своей работы лечащий врач учитывает значительно большее количество внешних показателей, чем пациенты, и вкладывает в эту оценку более дифференцированное содержание.

3.4.5. Взаимосвязь оценки своей внешности с клиническими и психологическими характеристиками

Ранее в таблицах 42 и 43 были представлены статистически значимые взаимосвязи между клиническими характеристиками и отдельными аспектами восприятия и отношения к своей внешности женщин с дефектами кожи лица, среди которых наиболее психологически понятным является снижение уверенности в своей внешней привлекательности по мере нарастания длительности косметической проблемы.

В дальнейшем в связи с предположением, что оценка собственной внешности может определяться не только объективными клиническими

характеристиками (наличием симптоматики, ее выраженностью, длительностью и др.), но и субъективными личностными, эмоционально-аффективными и другими психологическими характеристиками пациенток, был проведен корреляционный анализ показателей отношения к своей внешности и всех ранее измеренных психодиагностических показателей. Подобный анализ проведен также в связи с обсуждаемой в научной литературе темой встречаемости дисморфофобических расстройств в клинике эстетической медицины (п. 1.3.)

В таблице 44 представлены статистически значимые результаты изучения взаимосвязи показателей отношения к своей внешности с другими психодиагностическими показателями женщин с косметологическими проблемами.

Таблица 44

Взаимосвязь отношения к своей внешности с психодиагностическими показателями

Психодиагностический показатель, методика	Отношение в своему физическому «Я»	Уверенность в своей внешней привлекательности	Желание многое изменить в своей внешности	Внешность (красота)
Общий балл, НПА	-0,391**	-0,483**	0,353**	-0,235**
Уровень невротизации, УН	0,409**	0,450**	-0,337**	0,236**
Перенапряжение, ШВС-10	-0,244**	-0,274**	0,314**	
Противодействие стрессу, ШВС-10	-0,241**	-0,295**	0,238**	
Общий балл, ШВС-10	-0,272**	-0,323**	0,332**	
Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими, УСФ		-0,188*	0,188*	
Удовлетворенность взаимоотношениями с социальным окружением, УСФ		-0,257**	0,186*	
Удовлетворенность социально-экономическим положением, УСФ		-0,240**	0,203**	
Удовлетворенность здоровьем и работоспособностью, УСФ	-0,286**	-0,328**	0,295**	

Индекс хорошего самочувствия, WHO-V	0,367**	0,452**	-0,336**	0,222**
Индекс качества жизни, КЖ	0,474**	0,481**	-0,279**	0,182*
Работа, КЖ	0,216**	0,282**		
Личные достижения, КЖ	0,372**	0,364**	-0,303**	0,188*
Здоровье, КЖ	0,510**	0,458**	-0,236**	
Общение, КЖ	0,290**	0,380**		
Поддержка, КЖ	0,417**	0,430**	-0,244**	
Оптимизм, КЖ	0,277**	0,242**	-0,196*	0,187*
Напряжение, КЖ	0,445**	0,456**	-0,196*	0,176*
Самоконтроль КЖ	0,355**	0,268**	-0,223**	
Негативные эмоции, КЖ	0,323**	0,365**	-0,348**	0,167*
Ум, ВАШ		0,216**		0,436**
Внешность (красота), ВАШ		0,228**	-0,177*	1,00
Здоровье, ВАШ		0,305**		0,400**
Ср. оценка настоящего, СДВ		0,226**	-0,217**	
Ср. оценка прошлого, СДВ		0,239**	-0,228**	0,174*
Ср. оценка будущего, СДВ		0,203*		
Экстраверсия, BIGV		0,201*		
Самосознание, BIGV	0,191*	0,207**		
Сотрудничество, BIGV	0,280**	0,273**		0,191*
Эмоциональная стабильность, BIGV	0,366**	0,338**	-0,380**	
Личностные ресурсы, BIGV				0,204*
Принятие ответственности, ССП	-0,190*	-0,213**	0,244**	
Бегство – Избегание, ССП	-0,225**	-0,247**	0,202**	
Цели в жизни, СЖО	0,291**	0,301**	-0,232**	
Процесс жизни, СЖО	0,337**	0,432**	-0,283**	0,218**
Результат, СЖО	0,331**	0,342**	-0,285**	0,224*
Локус контроля–Я, СЖО	0,363**	0,352**	-0,280**	0,203*
Локус контроля – Жизнь, СЖО	0,238**	0,250**	-0,163*	
Общий балл, СЖО	0,346**	0,382**	-0,278**	0,234**

Примечание. В методике НПА более высокому уровню адаптации соответствует более низкое значение общего балла (z); в методике УН более высокому уровню невротизации соответствуют более низкое значение показателя УН; в методике УСФ большей удовлетворенности соответствует меньший балл в каждой их сфер жизни.

Как можно видеть, все четыре показателя отношения к своей внешности закономерно коррелируют с показателями методик НПА, УН, WHO-V: чем лучше отношение к своему физическому «Я», больше уверенность в своей внешней привлекательности, выше самооценка по параметру «внешность» (методика ВАШ) и меньше выражено желание

многое изменить в своей внешности, тем выше уровень психической адаптации, общего физического и психологического благополучия и ниже уровень невротизации. Практически, такая же ситуация отражена в корреляциях показателей методики ШВС-10 и отношения к внешности: чем лучше это отношение и чем меньше выражено желание изменить внешность, тем меньше общий уровень воспринимаемого стресса, меньше субъективное переживание внутреннего напряжения и меньше психологических усилий прилагается для совладания с ним. Очевидно также, что справедливы и обратные закономерности: чем выше уровень психической адаптации, ниже уровень невротизации и воспринимаемого стресса, тем лучше отношение к своей внешности.

Таблица 44 показывает также, что с удовлетворенностью своей внешностью положительно связана удовлетворенность в таких важных сферах жизни как взаимоотношения с родными, взаимоотношения в ближайшем социальном окружении вне семьи (друзья, коллеги, лица противоположного пола и др.), удовлетворенность своим социальным статусом и экономическим положением, а также своим здоровьем и работоспособностью (методика УСФ).

Этому соответствует результат изучения взаимосвязи оценки своей внешности с показателями методики КЖ: чем выше оценка внешности и уверенность в своей привлекательности, чем меньше выражено желание изменить внешность, тем выше удовлетворенность качеством жизни в целом, а также выше удовлетворенность такими его аспектами как социальное функционирование (работа, личные достижения, общение, социальная поддержка) и эмоциональное состояние (оптимизм, напряжение, самоконтроль, негативные эмоции).

Важные взаимосвязи выявлены между принятием своей внешности и рядом базисных личностно-характерологических черт, отраженных в показателях методики BIGV. Так, степень уверенности в своей внешней привлекательности положительно коррелирует с экстраверсией

(общительностью и активностью) и так же, как отношение к своему физическому «Я» и оценка внешности (красота) (методика ВАШ), положительно коррелирует с организованностью («самосознание») и с готовностью к кооперации, согласию, доброжелательному взаимодействию с окружающими («сотрудничество»). «Эмоциональная стабильность» положительно связана со степенью принятия своего физического «Я» и с уверенностью в своей внешней привлекательности и отрицательно связана с желанием многое изменить в своей внешности и, напротив, нейротизм (эмоциональная неустойчивость) связан с низкой оценкой своей внешности и стремлением к ее изменениям.

Продемонстрирована положительная связь оценки внешности с такой значимой характеристикой как «личностные ресурсы»: повышение оценки своей внешности сопровождается повышением стремления к поиску нового опыта, знаний, новых нестандартных решений, к саморазвитию; верна также следующая зависимость: чем выше креативный потенциал личности, тем выше уровень принятия своей внешности как элемента самосознания.

Оказались связанными с самооценкой внешности две из восьми изученных копинг-стратегий. По результатам корреляционного анализа, снижение оценки своего физического «Я» и уверенности в своей внешней привлекательности сопровождается возрастанием частоты использования в стрессовых ситуациях стратегий «принятие ответственности» (склонность брать на себя ответственность за ситуацию, нередко сопровождающаяся чувством вины) и «бегство – избегание» (когнитивное или физическое отстранение от ситуации с целью снизить ее эмоционально травмирующее воздействие). Одновременно желание многое изменить в своей внешности сопровождается повышением частоты использования названных копинг-стратегий. Можно предположить, что само это желание (и тем более попытки его воплощения) также является копинг-стратегией, смысл которой состоит в объяснении неудач, неприятностей, стрессов в собственной жизни

недостатками внешности, а устранение проблем – с улучшением ее, то есть в использовании защитного приема рационализации.

При анализе взаимосвязей психодиагностических показателей, характеризующих отношение к временной перспективе, и показателей, характеризующих отношение к своей внешности, получены однозначные непротиворечивые и высоко статистически значимые результаты: чем лучше отношение к своей внешности, тем больше пациентки удовлетворены актуальной жизненной ситуацией (Ср. оценка настоящего, методика СДВ; Процесс жизни, методика СЖО), лучше относятся к пройденному отрезку жизни, считая его насыщенным, эмоционально позитивным и результативным (Ср. оценка прошлого, методика СДВ; Результат, методика СЖО) и более уверены в своем будущем, в успешном достижении целей (Ср. оценка будущего, методика СДВ; Цели, методика СЖО).

Выявлена прямая статистически значимая связь всех изученных аспектов отношения к своей внешности с характеристиками ценностно-смысловой сферы личности (Локус контроля, методика СЖО): чем лучше оценка внешности, тем выше интернальность личности и, наоборот, пациентки, имеющие интернальный локус контроля, больше удовлетворены своей внешностью и уверены в своей внешней привлекательности.

Выявлена также положительная взаимосвязь между отношением к своему физическому «Я» ($r=0,200$, $p<0,01$) и степенью уверенности в своей внешней привлекательности ($r=0,151$, $p<0,05$), с одной стороны, и субъективной оценкой влияния косметической проблемы на жизнедеятельность, с другой стороны. Таким образом, вопреки представлению о том, что, чем хуже оценка своей внешности, тем большее влияние, по мнению пациенток, оказывает косметическая проблема на разные их стороны жизни, в исследовании выявлена противоположная тенденция: чем больше человек принимает свою внешность, тем больше это влияет на его жизнь. Другими словами, полученный результат показывает,

что не неудовлетворенность, а удовлетворенность своей внешностью связана с тем, насколько косметическая проблема влияет на жизнедеятельность.

Таким образом, в исследовании выявлено большое количество взаимосвязей между отношением к своей внешности и другими психологическими характеристиками пациенток косметологической клиники. Количество таких взаимосвязей существенно превышает количество взаимосвязей между отношением к внешности и объективными клиническими характеристиками, зафиксированными лечащим врачом; среди этих связей имеет не только статистический характер, но и клинически оправдана лишь отрицательная взаимосвязь между уверенностью в своей внешней привлекательности и длительностью косметической проблемы.

Важно отметить, что среди психологических характеристик статистически значимые взаимосвязи с отношением к своей внешности имеют не только преходящие характеристики, обусловленные в большой степени актуальным эмоциональным фоном (удовлетворенность различными аспектами жизни, переживание психологического напряжения, ощущение психологического благополучия и др.), но и устойчивые типологические личностно-характерологические черты: все пять базисных черт личности – факторов «Большой пятерки», составляющих структуру личности (Первин Л., Джон О., 2001), коррелируют с оценкой своей внешности, что подчеркивает ее роль в психологической организации личности. Кроме того, можно предположить, что отношение к своей внешности в определенной степени характеризует зрелость личности, так как с ней связаны черты личности, объединенные факторами (базисными чертами) «самосознание», «сотрудничество», «эмоциональная стабильность», «личностные ресурсы»). Этому соответствует полученная в исследовании закономерная прямая взаимосвязь между оценкой своей внешности и интернальностью личности.

3.5 «Психологические профили» пациенток косметологической клиники

В дальнейшем с помощью кластерного анализа, проведенного методом Уорда, была сделана попытка выделить группы пациенток со схожими «психологическими профилями» (кластеры) и с помощью однофакторного дисперсионного анализа определить статистически значимые различия между кластерами по изученным психологическим характеристикам. Подобный подход оправдан в контексте психологического сопровождения лечебного процесса и достаточно давно применяется исследователями, выделяющими специфические «психологические профили» пациентов, проходящих тот или иной вид лечения. В результате кластерного анализа были выделены 3 кластера, объединяющих пациенток со схожими «психологическими профилями».

В табл. 45 приведены статистически значимые и близкие к ним результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей пациенток, составивших «Кластер-1», «Кластер-2» и «Кластер-3».

Таблица 45.

Статистические характеристики шкал психодиагностических методик в группах пациенток, составивших «Кластер-1», «Кластер-2», «Кластер-3»

Психодиагностический показатель, методика	«Кластер-1»		«Кластер-2»		«Кластер-3»		F	p
	M	σ	M	σ	M	σ		
Неискренность, УН	4,47	1,35	5,13	1,41	2,78	1,30	8,70	0,001
Уровень невротизации, УН	48,26	19,17	96,19	15,95	-30,11	19,33	135,97	0,000
Перенапряжение, ШВС-10	18,47	4,69	13,25	5,26	23,67	4,69	13,97	0,000
Противодействие стрессу, ШВС-10	8,91	2-50	7,25	2,08	12,11	2,47	11,90	0,000
Общий балл, ШВС-10	27,38	6,01	20,50	5,97	35,78	4,71	20,18	0,000
Удовлетворенность	1,79	0,91	2,06	1,29	2,89	1,05	3,90	0,026

образованием, УСФ								
Удовлетворенность уровнем профессиональной подготовки, УСФ	2,09	0,96	2,31	1,30	3,11	0,78	3,42	0,040
Удовлетворенность уровнем материальным положением, УСФ	2,44	1,16	2,44	1,09	3,33	0,87	2,50	0,092
Удовлетворенность эмоциональным состоянием, УСФ	2,68	1,09	2,19	1,33	3,56	1,42	3,68	0,032
Удовлетворенность работоспособностью, УСФ	2,44	0,82	2,06	1,39	3,11	1,68	2,85	0,066
Удовлетворенность социальным статусом (блок вопросов) , УСФ	7,71	3,65	9,25	5,22	11,00	2,69	2,65	0,080
Индекс хорошего самочувствия, WHO-V	61,06	21,56	82,00	12,73	50,67	20,59	9,26	0,000
Индекс качества жизни, КЖ	27,04	3,35	33,47	3,62	20,91	4,31	37,54	0,000
Работа, КЖ	29,26	6,39	33,88	5,25	24,67	3,74	7,67	0,001
Личные достижения, КЖ	30,38	4,70	35,25	3,36	22,23	5,70	23,23	0,000
Здоровье, КЖ	26,41	6,63	35,69	3,69	17,11	5,60	30,71	0,000
Общение, КЖ	28,76	6,53	35,94	3,91	26,22	6,87	10,25	0,000
Поддержка, КЖ	27,59	6,39	34,63	4,6	21,33	4,42	16,71	0,000
Оптимизм, КЖ	28,35	4,59	34,19	5,75	25,44	6,91	10,10	0,000
Напряжение, КЖ	25,62	6,85	33,63	5,77	18,33	4,82	18,10	0,000
Самоконтроль КЖ	21,97	4,39	26,94	4,60	16,89	5,30	14,46	0,000
Негативные эмоции, КЖ	25,06	5,12	31,13	5,20	15,89	5,37	25,01	0,000
Внешность (красота), ВАШ	65,29	12,12	76,88	13,15	52,89	19,40	9,21	0,000
Здоровье, ВАШ	69,91	16,79	82,50	10,65	59,67	24,26	6,74	0,002
Сотрудничество, BIGV	33,38	3,76	35,56	3,86	32,67	3,00	2,46	0,095
Эмоциональная стабильность, BIGV	23,56	5,06	28,13	3,63	19,22	4,68	11,09	0,000
Личностные ресурсы, BIGV	26,65	4,36	30,81	4,86	27,44	4,72	4,62	0,014
Конфронтация, СПП	52,50	8,89	49,75	7,53	60,78	4,06	5,63	0,006
Бегство – Избегание, ССП	53,94	7,94	51,63	10,30	60,44	12,28	2,63	0,081
Процесс жизни, СЖО	30,38	5,43	34,19	4,48	26,22	6,00	6,78	0,002
Результат, СЖО	27,00	3,85	30,50	2,50	22,22	5,07	14,14	0,000

Локус контроля–Я, СЖО	30,50	3,47	23,63	3,10	17,89	3,89	8,02	0,001
Локус контроля – Жизнь, СЖО	26,94	2,80	28,44	2,13	25,33	1,80	4,58	0,014
Общий балл, СЖО	106,18	15,79	116,88	12,33	90,33	16,64	9,00	0,000

Первый кластер («Кластер-1»), условно названный «*Оптимальная психологическая адаптация*», объединил более половины женщин, вошедших в выборку кластеризации (57,63%; средний возраст 42,50 лет), чьи психодиагностические показатели занимают промежуточное положение между показателями пациенток, составивших «Кластер 2» и «Кластер 3», и в большинстве случаев соответствуют нормативным показателям (п.3.1). Так, показатель методики УН соответствует градации распределения итоговых оценок «низкий уровень невротизации» (Карпова Э.Б. с соавт., 2016), отражая тем самым устойчивость эмоционального фона, неподверженность сбивающим факторам (фрустрационную толерантность) и уверенность в себе. Показатели методики ШВС-10 отражают наличие в актуальном состоянии пациенток воспринимаемого стресса, однако низкий уровень невротизации (методика УН) и противодействия стрессу (методика ШВС-10) показывают устойчивость личности и эффективность ресурсов совладания со стрессом у пациенток, составивших этот кластер. Показатели удовлетворенности социальными отношениями и другими аспектами, характеризующими качество жизни пациенток, не снижены, а показатели удовлетворенности уровнем своего образования, уровнем профессиональной подготовки и своим социальным статусом превосходят соответствующие показатели пациенток, составивших «Кластер 2» и «Кластер 3». По-видимому, в связи с этой удовлетворенностью показатель шкалы «Личностные ресурсы» (стремление к саморазвитию, поиску нового) в данной группе пациенток ниже, чем в двух других группах (кластерах) и соответствует градации «ниже среднего», согласно распределению средних шкальных оценок методики «Большая пятерка», полученному Д.П.Яничевым (2006) на отечественной нормативной выборке. Выраженность личностных

черт «эмоциональная стабильность» и «сотрудничество» соответствует средне-нормативному уровню так же, как представленность в поведении копинг-стратегий «конфронтация» и «бегство-избегание» (нормативный диапазон показателей составляет $T=50\pm 10$) (Вассерман Л.И. с соавт., 2014). Самооценка внешности и здоровья не снижена (ВАШ). Показатели осмысленности жизни, соотнесенные с временной перспективой, ниже, чем у пациенток, составивших «Кластер 2», и выше, чем у пациенток, составивших «Кластер 3», и одновременно показатель «процесс жизни» (удовлетворенность настоящим отрезком жизни) приблизительно соответствует нормативным данным, а показатель «результат» (удовлетворенность прожитым отрезком жизни) и общий показатель смысло-жизненных ориентаций (СЖО) превосходят их (Леонтьев Д.А., 2006), что в совокупности характеризует гармоничный и эмоционально сбалансированный «психологический профиль». Важно отметить также наиболее высокие по сравнению с другими кластерами и средне-нормативными данными значения показателя интернальности личности (активности, ответственности, независимости).

Во второй кластер («Кластер-2»), условно названный *«Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация»*, вошли 27,12% пациенток (средний возраст 39,25 лет), получивших минимальные баллы по психодиагностическим шкалам, отражающим эмоциональное напряжение, психологический дискомфорт, неудовлетворенность разными аспектами жизни, а также представленность в поведении неконструктивных стратегий копинга – «конфронтация» (предполагающая определенный уровень агрессивности, враждебности) и «бегство-избегание» (дистанцирование от проблем, уход от их разрешения); например, показатель невротизации (методика УН) соответствует градации «очень низкий уровень».

Одновременно эти пациентки получили максимально высокие баллы (по сравнению с пациентками, составившими первый и третий кластеры) по

шкалам, отражающим хорошее психологическое и физическое самочувствие (Well-Being), удовлетворенность всеми изученными аспектами жизни, включая свою внешность и здоровье, а также по шкалам, отражающим стабильные личностно-характерологические черты: «эмоциональная стабильность», «сотрудничество» (кооперативность, дружественное отношение к окружающим), «личностные ресурсы» (стремление к саморазвитию); кроме того, для женщин, составившим второй кластер, характерна более высокая по сравнению с другими респондентками (а также по сравнению с нормативными данными, п. 3.1.) оценка прожитого («результат») и настоящего («процесс») отрезков жизни, более высокий показатель смысло-жизненных ориентаций.

Следует отметить, что у пациенток, составивших второй кластер, по сравнению с пациентками, вошедшими в первый и третий кластеры, повышен показатель шкалы «Неискренность» (методика УН), и этот показатель находится на границе допустимого уровня (порогового значения), после которого результаты тестирования могут признаться недостоверными (Карпова Э.Б. с соавт., 2014). Это отражает наличие выраженной защитной реакции пациенток в ходе проведения психологического исследования, проявившейся в стремлении произвести максимально благоприятное впечатление, продемонстрировав свою успешность и социабельность, намеренно или неосознанно скрыть имеющиеся проблемы и недостатки, что косвенным образом указывает на их наличие, возможную психологическую травматизацию, связанную с ними. Одновременно нельзя исключить, что презентация своего полного благополучия является привычным способом межличностного взаимодействия этой группы пациенток, основанном на соответствующем самовосприятии.

Третий кластер («Кластер-3») составили 15,25% женщин (средний возраст 43,7 лет), чьи психодиагностические показатели в большинстве случаев оказались наполненными зеркально противоположным психологическим содержанием по сравнению с показателями пациенток,

составивших «Кластер-2». Именно поэтому этот кластер получил название «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи»». Так, показатель шкалы «Неискренность» отражает тенденцию усилить имеющиеся психологические проблемы и трудности социального взаимодействия. Показатель УН соответствует повышенному уровню невротизации. Показатели «перенапряжение» и «противодействие стрессу» и общий уровень воспринимаемого стресса (методика ШВС-10) значительно выше соответствующих показателей пациенток, составивших первый и второй кластеры, а также выше средне-нормативных показателей. Ответы пациенток, касающиеся удовлетворенности своим образованием, профессией, материальным положением, социальным статусом, работоспособностью, эмоциональным состоянием (методика УСФ) колеблются между «трудно сказать» и «скорее не удовлетворена». Все 10 показателей удовлетворенности качеством жизни (методика ИК) ниже соответствующих показателей пациенток, составивших первый кластер, и особенно – второй кластер и, в основном, соответствуют «низкому уровню», согласно системе градаций уровней удовлетворенности КЖ, предложенной Н.Е.Водопьяновой (2005). Среди базисных личностных характеристик (методика BIGV) наибольшее отличие от двух других кластеров имеет показатель шкалы «Эмоциональная стабильность», который соответствует нижней границе «средних значений» (Яничев Д.П., 2006). Показатели неконструктивных стратегий преодоления стресса «конфронтация» и «бегство-избегание» превосходят соответствующие показатели в двух других группах и находятся на верхней границе нормативного диапазона ($T=50\pm 10$), немного превосходя ее. По сравнению с другими пациентками, особенно с теми, кто составил «Кластер-2», снижена оценка своей внешности, здоровья, настоящего и прошедшего периодов своей жизни, а также уровня интернальности, отражающий способность человека быть активным «творцом» своей жизни, независимым от внешних обстоятельств, и нести за нее ответственность, то есть в широком смысле характеризующий зрелость

личности. Таким образом, пациентки, составившие «Кластер-3», имеют менее благополучный «психологический профиль» по сравнению с пациентками, составивших первый и второй кластеры, не позволяющий, однако квалифицировать его как патологический, но отражающий реальные психологические проблемы, прежде всего, в эмоционально-аффективной сфере и связанной с ней самооценкой и уверенностью в себе. Совокупность представленных психодиагностических данных, включая низкий показатель шкалы «Неискренности», отражающий готовность показать свои эмоциональные проблемы и трудности социального взаимодействия, убеждает в необходимости оказания психологической помощи пациенткам, составившим «Кластер-3» (Багненко Е.С., 2021в).

Таким образом, кластерный анализ позволил выделить три группы пациенток с отличающимися «психологическими профилями», условно названными: 1) «Оптимальная психологическая адаптация», 2) «Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация», 3) «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи». Как видно из названия, пациентки, имеющие третий профиль, нуждаются в целенаправленной психологической помощи. В предположительном плане, в такой помощи могут нуждаться отдельные пациентки, имеющие второй профиль, – пациентки с выраженной защитной реакцией и демонстрацией в ответах на вопросы тестов полное и исключительное благополучие.

В заключение главы необходимо отметить, что представленные в ней результаты сравнения изучения психологических характеристик пациенток косметологической клиники с нормативными тестовыми данными показали, что эти характеристики могут как способствовать, так и препятствовать успешной психологической адаптации. Так, в группе пациенток по сравнению с тестовой «нормой» выявлен более высокий уровень субъективно переживаемого стресса, внутреннего напряжения и

эмоциональной неустойчивости, более высокая частота использования копинг-стратегий, направленных скорее на оптимизацию эмоционального состояния («дистанцирование» (от проблемы), «бегство-избегание»), чем на конструктивное ее разрешение. Одновременно пациентки продемонстрировали эффективность механизмов совладания со стрессом (механизмов психологической адаптации), что, в частности, отразилось в преобладании по сравнению с тестовой «нормой» показателей конструктивных стратегий копинга «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы» и устойчивых черт личности, которые могут рассматриваться как надежные копинг-ресурсы: «самосознание», «сотрудничество».

В соответствии с задачами исследования в дальнейшем все пациентки были разделены на группы сравнения по степени выраженности косметической проблемы (на основе экспертной оценки лечащего врача) и по уровню нервно-психической адаптации, определенному в ходе скринингового исследования с помощью симптоматического самооценочного «Теста нервно-психической адаптации» (НПА). Результаты сравнения групп пациенток, выделенных по названным критериям (выраженность косметической проблемы и уровень психической адаптации) не показали ожидаемых отчетливых различий по характеристикам эмоционального состояния, качества жизни, психологического благополучия между группами женщин со слабой, средней и значительной степенью выраженности косметической проблемы. Одновременно по 27 психодиагностическим показателям выявлены высоко статистически значимые различия между группами женщин, разделенных по уровню нервно-психической адаптации (по итоговой оценке теста НПА). Эти показатели были подвергнуты множественному регрессионному анализу, который определил наиболее информативные прогностические характеристики в отношении риска психической дезадаптации; к ним относятся повышение «уровня

невротизации» (методика УН), отражающего степень эмоциональной возбудимости и неустойчивости, а также эгоцентрическую направленность личности; экстернальный локус контроля (низкий уровень интернальности) (снижение показателя «Локус контроля – Я», методика СЖО) и неудовлетворенность уровнем социальной поддержки (снижение показателя «Поддержка», методика КЖ).

В исследовании также была сделана попытка установить связи между характером клинической симптоматики (дефектом кожи лица), сопутствующими заболеваниями, эффективностью лечения, другими клиническими характеристиками пациенток и психодиагностическими показателями. Выявлено большое количество таких взаимосвязей, однако не во всех случаях можно с уверенностью сказать, является ли эта связь содержательной, смысловой или чисто статистической. Закономерная психологически понятная взаимосвязь выявлена между увеличением длительности косметической проблемы и снижением уверенности в своей внешней привлекательности, а также со снижением показателя общего физического и психологического благополучия.

На завершающем этапе исследования был проведен кластерный анализ всех количественных психодиагностических показателей, который позволил выделить три группы пациенток, различающихся по совокупности психологических характеристик. Полученные «психологические профили» были условно названы «Оптимальная психологическая адаптация», «Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация», «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи»». Каждый из этих профилей предполагает определенный характер взаимодействия лечащего врача дерматолога-косметолога и пациента для достижения большего комплаенса, а значит – эффективности лечения; в отдельных случаях требует консультации психотерапевта.

ГЛАВА 4. ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОК КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕБНОЙ КОРРЕКЦИИ

Потенциально динамичные психологические характеристики – особенности эмоционального состояния, самооценки, степень удовлетворенности социальными взаимоотношениями и качеством жизни в целом – были измерены и анализировались дважды: до начала и по окончании лечебной коррекции (Багненко Е.С., Гриненко А.О., 2023). Эти параметры изучались в динамике у тех женщин, курс косметологического лечения которых длился не менее трех месяцев. Парное сравнение психодиагностических показателей, полученных в периоды «до лечения» и «после лечения», проводилось с помощью критерия знаковых рангов Уилкоксона.

4.1. Динамика эмоционального состояния

В свете данных литературы о динамическом характере психологических проблем и состояний у женщин, проходящих курс лечебной косметологической коррекции, в частности, о том, что устранение проблем кожи лица положительно влияет на эмоциональное состояние, социальную успешность и качество жизни в целом, были последовательно сопоставлены психометрические показатели, способные отразить эту динамику.

В таблице 46 представлены статистические характеристики шкальных оценок психологических методик, отражающих различные аспекты эмоционального состояния пациенток в периоды до начала и по окончании косметологического лечения.

Динамика показателей эмоционального состояния пациенток
косметологической клиники в процессе лечебной коррекции

Методика	Психодиагностический показатель	До лечения		После лечения		Z	p
		М	δ	М	δ		
НПА	Итоговая оценка	1,19	2,47	0,38	2,40	-2,469	0,014
УН	Итоговая оценка	46,32	42,35	52,88	36,20	-2,126	0,034
ШВС-10	Общий балл	26,77	6,82	24,06	6,82	-2,720	0,007
ШВС-10	Перенапряжение	17,34	5,31	15,53	5,34	-2,758	0,006
ВНО-V	Итоговая оценка	61,93	20,65	74,88	18,02	-4,017	0,000
КЖ	Напряжение	26,99	7,06	28,32	8,00	-2,756	0,006
КЖ	Негативные эмоции	25,48	7,05	26,28	6,35	-2,595	0,009

Примечание: в таблицах 46-47 представлены только те психодиагностические показатели, измеренные до и после лечения, по которым получены статистически значимые и близкие к ним различия.

Показатель НПА (Итоговая оценка) соответствует авторскому названию методики «Тест нервно-психической адаптации» (НПА), направленной на оценку наличия и выраженности у респондентов невротических и невротоподобных симптомов, преимущественно в эмоционально-аффективной сфере. Как можно видеть, итоговая оценка НПА после лечения статистически значимо уменьшилась по сравнению с периодом до начала лечения. В соответствии с технологией обработки данных методики НПА (Гурвич И.Н., 1992), это свидетельствует о снижении риска психической дезадаптации, уменьшении в процессе косметологической коррекции возможных (согласно данным самоотчета) доклинически выраженных невротоподобных симптомов и подпороговых аффективных нарушений (Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2015).

Средний показатель УН, измеренный после курса лечебной коррекции, на статистически значимом уровне превосходит соответствующий показатель, измеренный до лечения. В соответствии с

конструктивными особенностями методики «Уровень невротизации» возрастание положительного значения показателя УН свидетельствует о снижении невротизации. В психологическом плане это свидетельствует об уменьшении проявлений эмоциональной возбудимости, на фоне которой продуцируются различные негативные переживания (тревога, напряженность, беспокойство, раздражительность), фрустрируемости различными внешними и внутренними факторами, а также об уменьшении склонности к ипохондрической фиксации и сосредоточенности на своих личностных недостатках, которые, в свою очередь, определяют затрудненность в общении, социальную робость и зависимость (Карпова Э.Б. с соавт., 2014). Важно отметить также, что в группе исследованных пациенток показатель УН как до лечения, так и после лечения (несмотря на существенную разницу между ними), соответствовал градации «низкий уровень» (от +41 до + 80).

Как отмечалось, методика «Уровень невротизации» содержит контрольную шкалу «неискренности», отражающую степень достоверности полученных результатов исследования. В исследованной группе женщин этот показатель до лечения составил $M=4,58 \pm 0,13$, после лечения – $M=4,95 \pm 0,18$ ($Z = - 2,631$; $p=0,009$) при пороговом значении $M=5$ (Карпова Э.Б. с соавт., 2014). Таким образом, в обоих случаях результаты следует признать достоверными, т.е. не искаженными влиянием «фактора социальной желательности ответов», хотя при заполнении опросника УН после лечения пациентки в большей степени, чем до лечения, стремились придать своим ответам социально одобряемый характер, уменьшить значимость неприятностей и проблем, подчеркнуть собственное психологическое и социальное благополучие.

Получены статистически значимые различия между общими показателями воспринимаемого стресса, измеренными до и после косметологической коррекции (методика ШВС-10). Результаты свидетельствуют о том, что после лечения у пациенток существенно

уменьшилось субъективное ощущение общего психического напряжения и возрос уровень общей психической активности, эмоционального тонуса и психологического комфорта (Абабков В.А. с соавт., 2016). Этому соответствует уменьшение показателя субшкалы «Перенапряжение» в период «после лечения» по сравнению с периодом «до лечения». Статистически значимых различий показателей субшкалы «Противодействие стрессу», отражающей эмоционально-личностные затраты на совладание со стрессовыми ситуациями, в исследовании не получено; этот показатель и до, и после лечения оказался ниже нормативных данных ($M=10,82$, $\delta=4,29$), полученных авторами методики ШВС-10 на отечественной выборке (Абабков В.А. с соавт., 2016).

Представленным результатам соответствует статистически значимое увеличение итоговой оценки методики WHO-V, показывающее повышение фона настроения, активности, интереса к окружающему, в целом ощущения психологического и физического благополучия (Well-Being) в процессе лечения.

Результаты сравнительного анализа средних оценок шкал «Напряжение» и «Негативные эмоции», полученных в периоды до и после лечения с помощью «Опросника удовлетворенности качеством жизни» (КЖ), показывают возрастание субъективной удовлетворенности своим психологическим состоянием пациенток косметологической клиники в процессе лечения, а именно, возрастание удовлетворенности снижением субъективного ощущения общей психической напряженности и тревоги, эмоциональной неустойчивости и подавленности, а также удовлетворенности от ощущения большей сбалансированности эмоций и способности контролировать их проявления.

Важно отметить, что результаты сравнительного психометрического исследования не обнаружили статистически значимых различий между группами женщин с различной степенью выраженности косметической проблемы по показателям, характеризующим психоэмоциональное

состояние (показателям методик «Уровень невротизации», «Шкала воспринимаемого стресса», «Индекс хорошего самочувствия»), измеренных в периоды, как до, так и после косметологического лечения. Одновременно в каждой из этих групп и во всей выборке выявлена положительная динамика названных показателей в процессе косметологического лечения, то есть в период «после лечения» по сравнению с периодом «до лечения» (Багненко Е.С., Гриненко А.О., 2022; Багненко Е.С. с соавт., 2023).

4.2. Динамика самооценки

Важнейшей характеристикой личности, ее самосознания и центральным звеном в системе отношений личности является самооценка (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999), во многом выполняющая функцию регуляции поведения (Ананьев Б. Г., 1980). Изменение различных аспектов отношения к себе в позитивном направлении является началом более глубоких позитивных сдвигов в системе отношений в целом. Поэтому важным шагом при изучении динамики адаптации личности в процессе проводимого косметологического лечения является изучение динамики самооценки. В таблице 47 приведены статистически значимые различия между показателями шкалы «Внешность» визуально-аналоговой шкалы самооценки (ВАШ). По другим показателям ВАШ (ум, характер, здоровье) существенной динамики в процессе лечения не отмечалось.

Результаты исследования показывают высоко значимое увеличение в процессе лечения оценки собственной внешности (по данным ВАШ). Возрастание удовлетворенности своей внешностью согласуется с экспертной врачебной оценкой эффективности проведенного косметологического лечения, согласно которой минимальная эффективность отмечалась лишь у 1,0% пациенток, в то время как косметологическая проблема была устранена полностью в 46,1 % случаев (п. 2.3.2.); пациентки отметили максимальный эффект лечения в 61,1% случаев (п. 3.2.1.).

Таблица 47

Динамика показателя оценки собственной внешности пациенток косметологической клиники в процессе лечебной коррекции

Методика	Психодиагностический показатель	До лечения		После лечения		Z	p
		М	δ	М	δ		
ВАШ	Внешность	65,42	16,91	82,22	10,14	-7,139	0,000

4.3. Динамика удовлетворенности качеством жизни

В таблице 48 приведены статистически значимые различия между показателями шкал методики «Опросник удовлетворенности качеством жизни» (КЖ).

Результаты сравнительного анализа показывают достоверное увеличение в процессе лечения показателей удовлетворенности различными аспектами социального функционирования (личные достижения, общение), а также способностью управлять собственными эмоциональными и поведенческими реакциями (самоконтроль).

Таблица 48

Динамика показателей качества жизни пациенток косметологической клиники в процессе лечебной коррекции

Методика	Психодиагностический показатель	До лечения		После лечения		Z	p
		М	δ	М	δ		
КЖ	Индекс качества жизни	27,64	5,06	28,58	5,35	-3,252	0,001
КЖ	Личные достижения	29,77	6,04	29,77	5,90	-3,510	0,000
КЖ	Общение с друзьями, близкими	30,06	6,59	30,81	6,97	-2,270	0,023
КЖ	Самоконтроль	23,32	5,70	24,14	5,97	-3,317	0,001

4.4. Динамика индивидуально-психологических характеристик

Вопреки устоявшемуся мнению о стабильном характере личностных характеристик, события жизни в определенной степени могут менять характер личностных проявлений, определять динамику устоявшихся паттернов поведения и когнитивных установок. Это доказывают результаты изучения базовых личностных характеристик, относящихся к «Большой пятерке» –характеристик, составляющих структуру личности (Первин Л., Джон О., 2001). В таблице 49 приведены статистически значимые различия между показателями двух шкал методики «Большая пятерка».

Как можно видеть, в процессе косметологического лечения отмечается динамика не только преходящих эмоциональных состояний и переживаний (фон настроения, оценка внешности), но и более устойчивых психологических характеристик пациенток. Так, в исследовании получено возрастание показателей шкал «Самосознание» и «Личностные ресурсы» методики BIG V. Результаты свидетельствуют о том, что по окончании лечения пациентки ощущали себя более организованными, дисциплинированными, ответственными, целеустремленными и настойчивыми, чем до лечения, отмечая, таким образом, усиление волевых сторон личности и уверенности в себе. Кроме того, после лечения и решения (частичного или полного) косметической проблемы, согласно результатам исследования, увеличилось стремление женщин к дальнейшему самосовершенствованию, поиску нового опыта и оригинальных подходов к решению жизненных задач, то есть в широком смысле усилились креативные черты личности и поведения.

Обобщая результаты проведенного динамического исследования, можно отметить, что из 26 психодиагностических показателей, измеренных до начала лечения, 16 показателей имеют статистически значимые изменения по окончании лечения и отражают положительную динамику эмоционального состояния, самосознания, личности и качества

жизни пациенток в процессе нехирургической коррекции дефектов кожи лица.

Таблица 49

Динамика личностных характеристик пациенток косметологической клиники в процессе лечебной коррекции

Методика	Психодиагностический показатель	До лечения		После лечения		Z	p
		М	δ	М	δ		
BIG V	Самосознание	30,36	5,50	31,93	4,60	-2,982	0,003
BIG V	Личностные ресурсы	28,51	5,40	29,41	4,86	-3,456	0,001

4.5. Динамика психодиагностических показателей в группах пациенток с различным уровнем психической адаптации

В дальнейшем была изучена и проанализирована в сравнительном аспекте динамика психодиагностических показателей в группах пациенток, разделенных по уровню психической адаптации, который определялся на основе результатов использования скринингового «Теста нервно-психической адаптации» (п. 3.5.).

В таблице 50 представлена динамика психодиагностических показателей в группе «без нарушений психической адаптации» (группа 1).

Таблица 50

**Динамика психодиагностических показателей в группе 1
(«без нарушений психической адаптации»)**

Методика	Психодиагностический показатель	До лечения		После лечения		Z	p
		М	δ	М	δ		
ВАШ	Внешность	71,00	14,69	83,62	9,98	-3,694	0,000
BIG V	Самосознание	31,97	4,54	33,07	4,92	-2,288	0,022
СДВ	Средняя оценка	6,01	3,84	7,16	4,12	-2,270	0,023

	настоящего времени						
СДВ	Величина настоящего времени	7,48	4,53	8,69	5,10	-1,890	0,059
СДВ	Структура настоящего времени	5,89	5,16	8,03	5,27	-2,002	0,045
СДВ	Ощущаемость настоящего времени	5,23	4,59	6,39	4,99	-2,023	0,045

В группе «без нарушений психической адаптации», как и во всей группе пациенток, включенных в динамическое исследование, после лечения увеличился показатель самооценки своей внешности по сравнению с периодом до лечения, что является закономерным результатом, связанным как с объективными изменениями состояния кожи лица под влиянием терапии, так и с зафиксированным повышением/стабилизацией эмоционального фона в процессе лечения. Среди личностных показателей наибольшую положительную динамику имеет показатель шкалы «Самосознание», отражающий степень организованности, дисциплинированности, целеустремленности, требовательности к себе, настойчивости и упорства, способности придерживаться собственной линии поведения и неподверженности сбивающим факторам.

Отмечается также существенная динамика психодиагностических показателей, отражающих отношение к временной перспективе (Багненко Е.С., 2024): получено статистически значимое преобладание среднего балла и оценок трех факторов из пяти, характеризующих отношение к Настоящему. Это показывает, что пациентки, составившие группу 1, существенно выше оценивают актуальный период жизни в целом и его отдельные аспекты после проведенного косметологического лечения, чем до лечения. Так, пациентки этой группы метафорически характеризуют свое Настоящее после лечения как значительно более длительное, объемное, широкое и глубокое (фактор «Величина»), более ритмичное и непрерывное (фактор «Структура»), более реальное, близкое и открытое (фактор «Ощущаемость»), чем до лечения. В контексте

психосемантического подхода, положенного в основу методики СДВ, это отражает в целом положительную динамику в процессе лечения когнитивно-аффективного отношения к актуальному периоду своей жизни. Важно отметить, что в отношении к другим аспектам временной перспективы – к своему Прошлому и Будущему – существенных изменений в процессе лечения не выявлено.

Таблица 51

Динамика психодиагностических показателей в группе 2
(«с нарушением психической адаптации»)

Методика	Психодиагностический показатель	До лечения		После лечения		Z	p
		М	δ	М	δ		
ВАШ	Внешность	62,90	17,26	80,56	10,30	-5,550	0,000
BIG V	Самосознание	29,49	5,07	31,64	3,86	-2,232	0,026
BIG V	Личностные ресурсы	28,33	5,52	29,55	4,10	-3,144	0,002
BIG V	Эмоциональная стабильность	20,71	5,31	22,95	5,91	-1,766	0,077

В таблице 51 представлена динамика психодиагностических показателей в группе «с нарушением психической адаптации» (группа 2).

Как и в группе 1, в группе 2 («с нарушением психической адаптации») в процессе лечения отмечается статистически значимое увеличение показателей, отражающих самооценку своей внешности и степень выраженности черт личности, обеспечивающих целеустремленный, организованный характер поведения («Самосознание») и стремление к саморазвитию, поиску нового («Личностные ресурсы»); на уровне тенденции к статистической значимости получено увеличение показателя эмоциональной стабильности.

Сравнительный анализ динамики психологических показателей в группах пациенток с различным уровнем психической адаптации показал, что общим для двух групп является увеличение в процессе лечения

показателей, отражающих степень удовлетворенности своей внешностью, а также степень выраженности в структуре личности черт, объединенных названием «самосознание», по сути, отражающим волевые стороны и зрелость личности. Различия проявились в полном отсутствии изменения в процессе лечения отношения к временной перспективе в группе пациенток «с нарушением психической адаптации», с одной стороны, и существенным улучшением оценки настоящего периода своей жизни в группе пациентов «без нарушений психической адаптации», с другой стороны.

В заключение главы 4 можно отметить, что исследование, направленное на объективизацию изменений психологических характеристик пациенток косметологической клиники, показало, прежде всего, существенное изменение эмоционального состояния женщин по окончании малоинвазивного косметологического лечения по сравнению с периодом его начала. Так, полученные результаты свидетельствуют о достоверном снижении уровня невротизации, рассматриваемого как индикатор риска развития невротических расстройств (Карпова Э.Б. с соавт., 2014), о снижении уровня субъективно воспринимаемого стресса и о возрастании удовлетворенности различными аспектами качества жизни, относящимися как к сфере социального функционирования (общение с друзьями и близкими, личные достижения), так и к сфере собственного психоэмоционального состояния. Одновременно и, как можно предположить, в зависимости не только от объективного результата лечения, но и от улучшения общего эмоционального фона, возросла оценка собственной внешности, которая является чрезвычайно важным компонентом самосознания, во многом определяющим характер внутриличностных переживаний и успешность социального функционирования (Багненко Е.С. с соавт., 2021; Dobosz M. et al., 2022). Существенным результатом является также изменение не только динамичных, но и более устойчивых

психологических характеристик: по окончании лечебной коррекции по сравнению с периодом до ее начала возросли показатели «самосознание» и «личностные ресурсы», в совокупности характеризующие зрелость личности (ее волевой компонент и креативность). Сравнительный анализ динамики психологических характеристик в группах пациенток с различным уровнем психической адаптации, показал более отчетливую динамику психологических характеристик в группе «без нарушений психической адаптации» по сравнению с группой «с нарушением психической адаптации», которая (динамика) проявилась, прежде всего, в когнитивной и эмоциональной оценке настоящего периода своей жизни.

ГЛАВА 5. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ И МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ

Анализ мировой литературы и собственный опыт врача-косметолога позволили еще на предварительном этапе исследования наметить те значимые компоненты, которые в совокупности (в интегрированном единстве и взаимодействии) составляют сущность психологической адаптации как одной из подструктур системы биопсихосоциальной адаптации человека, под которой понимается системный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса (Березин Ф.Б., 1988; Вассерман Л.И. с соавт., 2014; Александровский Ю.А., 2021). Как отмечалось, немаловажную роль в этом процессе и его результате играют психологические механизмы преодоления стресса, жизненных трудностей, болезней и других фрустрирующих обстоятельств, к числу которых могут быть отнесены и дефекты кожи лица. Очевидно, что стрессогенность и эмоциональная значимость этих косметических дефектов, а также эффективность совладания с ними, будут определяться психологическими факторами, в совокупности составляющими личностный адаптационный потенциал, взаимодействующий с личностными стратегиями адаптации (Посохова С.Т., 2001; 2013; Абабков В.А., Перре М., 2004; Лазарус Р., 2008; Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю., 2013; Аксенова Г. И. с соавт., 2018; Арапова О.И., 2023).

Очевидно также, что наряду с субъективными психологическими (лично-характерологическими, эмоционально-аффективными, ценностно-мотивационными, поведенческими) факторами, характер и успешность процесса психологической адаптации женщин с дефектами кожи лица определяется объективными факторами, такими как характер клинической симптоматики, степень выраженности, длительность косметической

проблемы, наличие фоновых заболеваний и др., а также могут быть связаны с социально-демографическими факторами (возраст, семейный статус и отношения в семье, род профессиональной деятельности и др.), которые, преломляясь, через систему смыслов и ценностей пациента, находят отражение в особенностях его психологической адаптации.

Для удобства синергического восприятия разнообразных факторов психологической адаптации женщин с косметическими дефектами кожи лица эти факторы представлены на рисунке 3 в виде условной графической модели, на которой показано, что психологическая адаптация связана с блоками социально-демографических, клинических и психологических характеристик пациенток, которые, в свою очередь, взаимосвязаны между собой (на схеме указаны стрелками). Выявленные в исследовании значимые взаимосвязи между отдельными характеристиками, входящими в блоки, составляют системное единство и могут рассматриваться как комплекс факторов, определяющий характер психологической адаптации женщин с косметическими дефектами кожи лица.

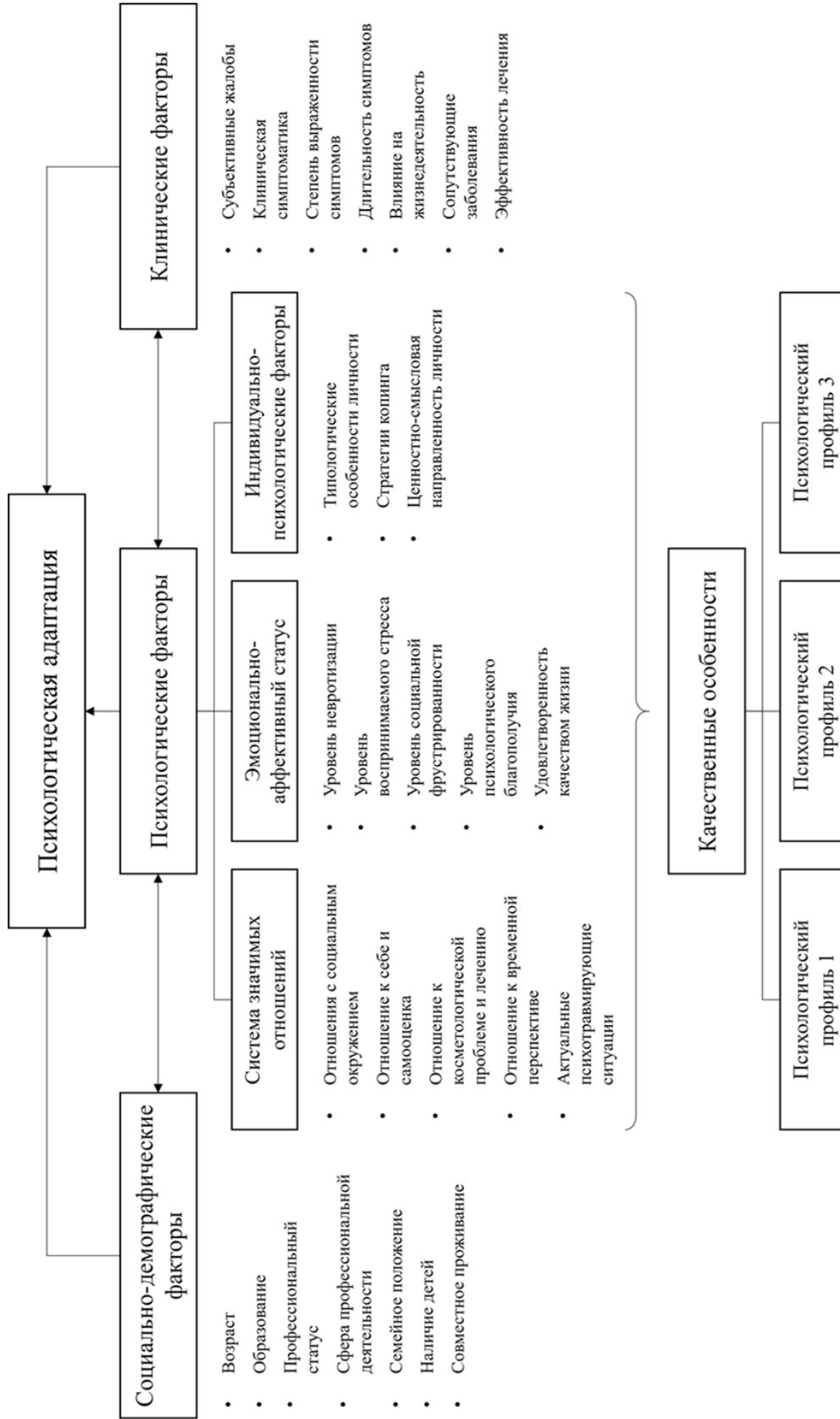


Рисунок 3 – Структурно-функциональная модель психологической адаптации женщин с косметологическими проблемами

Социально-демографические факторы

Среди изученных демографических характеристик наиболее тесные связи с другими факторами имеет возраст пациенток. Выявлены закономерные, клинически оправданные значимые положительные связи возраста пациенток с такими клиническими симптомами, как гравитационный птоз, борозды и складки, снижение тургора кожи – симптомами, которые имеют тенденцию прогрессировать с возрастом, а также отрицательные связи - с воспалительными элементами на лице (акне) – симптомом, характерным для молодых людей. Возраст статистически значимо связан с тяжестью (степенью выраженности) косметической проблемы, ее длительностью и степенью влияния на жизнедеятельность (по оценке пациенток). Косвенным образом возраст взаимосвязан с другими демографическими характеристиками, так как наименьший процент замужних женщин (менее половины) и, соответственно, наибольший процент женщин, не имеющих семьи, а также детей, встретился в группе пациенток со слабой выраженностью косметической проблемы, чей средний возраст значимо ниже, чем возраст женщин со средней и значительной выраженностью такой проблемы.

Одновременно прослежена взаимосвязь возраста с широким спектром психологических характеристик, относящихся к сфере эмоциональных переживаний, сферам личности и поведения. Так, с увеличением возраста снижается удовлетворенность здоровьем в целом и его отдельными аспектами, своей способностью контролировать проявления эмоций, а также той поддержкой, которая оказывается ближайшим социальным окружением; нарастает неуверенность (тревожное отношение) в будущем. С возрастом снижается потребность в самореализации, дальнейшему развитию и, напротив, возрастает потребность в стабильности; в структуре копинга с увеличением возраста снижается частота использования стратегии «принятие ответственности» и, напротив, увеличивается защитная тенденция к проецированию вины и ответственности за негативные ситуации на

окружающих и внешние обстоятельства; одновременно, чем старше пациентка, тем реже используются неконструктивные инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы («бегство-избегание»).

Таким образом, в системе психологической адаптации женщин с косметическими проблемами социально-демографические факторы, среди которых доминирующее значение имеет возраст пациенток, а также наличие собственной семьи и детей, тесно взаимосвязаны с клиническими и психологическими характеристиками.

Клинические факторы

Дифференцированный анализ взаимосвязи степени выраженности косметической проблемы с каждым из изученных социально-демографических и психологических показателей выявил наличие такой взаимосвязи в значительном количестве случаев.

Как отмечалось, показана взаимосвязь между степенью выраженности клинической симптоматики и семейным положением, наличием детей, опосредованная возрастом: в группе более молодых пациенток с меньшей выраженностью косметической проблемы чаще встречаются незамужние женщины, не имеющие детей.

Степень выраженности косметической проблемы взаимосвязана с такой психологической характеристикой как субъективная оценка влияния этой проблемы на жизнедеятельность пациенток. Наибольшая частота влияния (70,7%), как ожидалось, отмечена в группе пациенток со значительной выраженностью косметической проблемы. Одновременно эти пациентки реже пациенток других групп (с незначительной и средней выраженностью проблемы) имеют низкий уровень общего индекса качества жизни, а также имеют более высокую удовлетворенность качеством жизни в таких его сферах, как межличностное общение («Общение с друзьями, близкими») и эмоциональное состояние («Напряжение»); также по сравнению с теми, у кого косметическая проблема выражена не столь

значительно, женщины со значительной выраженностью дефекта кожи лица реже используют механизм копинга «принятие ответственности». Эти данные показывают нелинейный характер зависимости между степенью выраженности косметической проблемы и субъективной удовлетворенностью жизнью, которая (зависимость) так же, как в случае семейного статуса, возможно, опосредуется фактором возраста, так как средний возраст пациенток со значительной выраженностью проблемы статистически значимо выше возраста пациенток со слабой степенью.

Как показано в главе 3, существует большое количество (всего 30) разнонаправленных (положительных и отрицательных) взаимосвязей между отдельными диагностированными врачом клиническими симптомами и изученными психологическими характеристиками пациенток. Ряд из этих взаимосвязей имеет закономерный, ясный психологический смысл, как, например, взаимосвязь между наличием гравитационногоптоза, борозд и складок на коже лица, с одной стороны, и снижением удовлетворенности здоровьем в целом и удовлетворенности настоящим периодом своей жизни, с другой стороны, или взаимосвязь между наличием сосудистой патологии кожи, с одной стороны, и снижением удовлетворенности различными аспектами социального функционирования и удовлетворенности своим эмоциональным состоянием, с другой стороны. Другие клинические проявления имеют менее очевидную (трудно объяснимую) связь с психодиагностическими показателями.

Ряд других клинически значимых характеристик также имеют статистически значимые взаимосвязи с психологическими характеристиками пациенток. Так, длительность имеющейся косметической проблемы отрицательно взаимосвязана со степенью уверенности в своей внешней привлекательности и с индексом хорошего самочувствия (психологического благополучия). Важным клиническим показателем является экспертная оценка врачом эффективности проведенного лечения. Полученные взаимосвязи между этой оценкой и рядом психодиагностических показателей

имеют существенное значение для понимания механизмов формирования комплаентного (приверженного лечению) поведения пациенток косметологической клиники: эффективность лечения тем выше, чем больше в структуре личности пациенток представлены черты организованности и целеустремленности («самосознание»), а также доброжелательности, расположенности к людям («кооперативность»), чем чаще при совладании с трудностями она применяет конструктивную когнитивную стратегию «планирование решения проблемы», и эти психологические особенности определяют поведение пациентки в лечебном процессе, тем самым в определенной степени влияя на его эффективность. Таким образом, клинические и психологические факторы психологической адаптации имеют тесную двухстороннюю связь; в меньшей степени это касается выраженности клинической симптоматики, в большей степени – ее характера, длительности и эффективности лечения.

Психологические факторы

В комплекс психологических факторов, потенциально определяющих успешность психологической адаптации и одновременно представляющих ее структуру, в соответствии с данными литературы, входят система значимых отношений, эмоционально-аффективное состояние, индивидуально-психологические особенности личности, механизмы стресс преодолеляющего поведения (Коцюбинский А.П., 2001; Исаева Е.Р., 2009; Вассерман Л.И. с соавт., 2014; Михайличенко с соавт., 2017; Щелкова О.Ю. с соавт., 2018, Щелкова О.Ю. с соавт., 2022). В настоящем исследовании эти психологические характеристики последовательно изучены в группах пациенток с различной степенью выраженности косметического дефекта, а также во всей группе исследованных пациенток косметологической клиники, сопоставлены с нормативными данными, представленными в литературе, сопоставлены в группах с различным уровнем психической адаптации (психометрическим показателем самооценочной шкалы НПА); показаны

взаимосвязи широкого спектра психологических характеристик с клиническими и социально-демографическими показателями.

Система значимых отношений и межличностное взаимодействие

Одной из общетеоретических основ отечественной медицинской психологии является концепция личности, разработанная В.Н.Мясищевым (1960). В этой концепции личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей средой, как целостная организованная система активных, избирательных, социальных и сознательных связей с реальной действительностью. Нарушение особо значимых отношений личности ведет к различным формам психогенных (конфликтогенных) заболеваний и реакций, протекающих с выраженной или стертой клинической симптоматикой и нарушением социальной адаптации (Болезнь и здоровье ..., 2019).

При изучении системы отношений личности на основании предварительной клинико-психологической беседы были выделены и систематически изучены с помощью структурированного интервью, медико-социологической шкалы УСФ и теста СДВ следующие наиболее значимые для пациенток косметологической клиники сферы отношений.

1. Отношения с социальным окружением: отношение родителей (в детстве или сейчас, если проживают совместно); отношения в собственной семье и отношения с детьми; отношения с лицами противоположного пола.

2. Отношение к себе: отношение к себе, как к личности; отношение к своему физическому «Я»; уверенность в своей внешней привлекательности; желание многое изменить в своей внешности.

3. Отношение к косметической проблеме и лечению: субъективные косметологические жалобы, мотивы обращения за косметологической помощью; влияние косметической проблемы кожи лица на жизнедеятельность; эффективность лечения, по оценке пациента.

4. Отношение к временной перспективе: отношение к прожитому, настоящему и будущему периодам жизни.

Определено, что ряд клинических симптомов взаимосвязаны с неудовлетворенностью пациенток в значимых сферах функционирования личности, таких как взаимоотношения с микросоциальным и широким социальным окружением, включая взаимоотношения с лицами противоположного пола, сферы здоровья и работоспособности, собственного эмоционального состояния; такие взаимосвязи особенно характерны для пациенток с сосудистой патологией кожи лица. Ряд других клинических симптомов (гравитационный птоз, мимические морщины, борозды и складки и др.) и их сочетания взаимосвязаны с негативной оценкой пациентками различных характеристик настоящего периода времени (его активности, эмоциональной наполненности и др.), в то время как степень влияния косметической проблемы на жизнедеятельность взаимосвязана с положительной оценкой своего будущего, что отражает надежды на улучшение актуальной ситуации.

Эмоционально-аффективное состояние

Эмоциональное состояние является одним из кардинальных и облигатных предметов изучения медицинской психологии и психиатрии. В главе 1 представлены исследования, в которых у пациенток косметологической клиники выявлялись эмоционально-аффективные нарушения (преимущественно, тревога и депрессия). Наши наблюдения не фиксировали подобных клинически выраженных патологических состояний. В то же время эмоциональный фон, на котором проходило косметологическое лечение, в предположительном плане, мог определять отношение к себе и отношения в основных сферах социальных отношений, отношение к временной перспективе, отношение к лечению и оценке его результата, определять характер ответов в психодиагностических опросниках. В связи с этим для определения факторов психологической адаптации была использована совокупность методов для разносторонней оценки эмоционального состояния в начале и по окончании косметологического лечения.

1. Оценка негативных эмоциональных состояний: уровня невротизации, уровня воспринимаемого стресса, уровня социальной фрустрированности, наличия и характера актуальной психотравмирующей ситуации.

2. Оценка психологического благополучия и удовлетворенности качеством жизни: в качестве альтернативы негативным эмоциональным состояниям изучены показатели психологического и физического благополучия (Well-Being Index) и удовлетворенности различными аспектами (всего 9) качества жизни пациенток косметологической клиники.

Согласно результатам настоящего исследования, наличие клинического симптома «гравитационный птоз» сопровождается снижением удовлетворенности качеством жизни в сферах здоровья и социальной поддержки, наличие симптома «дисплазия соединительной ткани» - в сферах личных достижений и регуляции эмоций («самоконтроль»), что соответствует снижению показателя НПА у женщин с этой патологией кожи. Выявлено также, что степень выраженности клинической симптоматики взаимосвязана как с общим индексом удовлетворенности качеством жизни, так и с показателями удовлетворенности в сферах межличностного общения и эмоционального состояния; в названных случаях удовлетворенность оказалась выше в группе женщин со значительной выраженностью косметической проблемы.

Индивидуально-психологические особенности личности

Личность является наиболее сложным объектом психологии: «...она объединяет в одно целое всю психологию, и нет в этой науке такого исследования, которое не вносило бы вклад в познание личности» (Мейли Р., 1975, с. 198). Все многообразие проявлений личности детерминировано более стабильной структурой, которая представлена свойствами личности и динамическими связями между ними (Мерлин В.С., 1986). Соответственно, изучение личности с позиций структурного подхода предполагает использование методов многомерной психологической диагностики, которые в случае медико-психологической диагностики предполагают выявление

индивидуальных особенностей личности как повышающих риск развития психической дезадаптации, так и препятствующих ей, и выступающих в роли психологических ресурсов преодоления неблагоприятных жизненных ситуаций и других стрессовых факторов. К таким методам, построенным на основе одной из самых известных современных структурных теорий личности - «пятифакторной модели личности» L.Goldberg, выделяющей пять глобальных факторов личности и взаимосвязи между ними, относится методика «Большая пятерка» (BIGV). Использование этой методики в психологическом исследовании пациенток косметологической клиники позволило определить выраженность этих факторов в структуре личности и сопоставить с нормативными данными, полученными на отечественной выборке. Это следующие факторы: «экстраверсия», «самосознание», «сотрудничество», «эмоциональная стабильность», «личностные ресурсы».

В исследовании получены значимые корреляционные связи названных факторов (шкальных оценок методики BIGV) с рядом демографических и клинических характеристик. Так, с увеличением возраста снижается потребность в саморазвитии, поиске нового, оригинального и увеличивается приверженность к привычному, стабильному («личностные ресурсы»). Фактором возраста, вероятно, опосредована прямая зависимость между появлением симптома «снижение тургора кожи» и фактором личности «сотрудничество» (стремление к кооперации, доброжелательное отношение к людям), а также между симптомом «дегидратация кожи» и фактором «экстраверсия». Особо следует отметить прямую взаимосвязь между клинической оценкой врача эффективности проведенного лечения и факторами личности «самосознание» (организованность, целеустремленность, обязательность и надежность) и «сотрудничество». По сути дела, речь идет о зависимости результата косметологического лечения от правильного терапевтического поведения пациенток.

Копинг-стратегии и личностные копинг-ресурсы

Анализ литературы, посвященной механизмам психологической адаптации личности, показал, что ее центральным механизмом является стресс-преодолевающее поведение, которое реализуется посредством использования копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов. При этом копинг-стратегии рассматриваются как актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессом (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994; Абабков В.А., Перре М., 2004; Вассерман Л.И. с соавт., 2010). Большинство стратегий являются производными от двух способов психологического преодоления – копинга, нацеленного на эмоции (главным образом, на изменение установок в отношении ситуации) и копинга, нацеленного на решение проблемы (Lazarus R.S., 1985). Кроме того, выделяется активное и пассивное копинг-поведение. Целенаправленное поведение, направленное на устранение или уменьшение интенсивности воздействия стрессора на личность, является активным копинг-поведением. Преимущественно интрапсихические формы преодоления стресса, предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, рассматриваются как пассивное копинг-поведение.

Отмеченные положения теории стресса и копинга нашли отражение в многочисленных эмпирических исследованиях механизмов адаптации личности к различным заболеваниям. В подавляющем большинстве таких работ показано, что активный, проблемно-ориентированный копинг является оптимальным способом совладания со стрессом болезни, обеспечивающим достаточно высокое качество жизни. Предпочтение же пассивных эмоционально-ориентированных копинг-стратегий соотносится с высокой вероятностью нарушений психической адаптации, низким качеством жизни и неблагоприятным течением заболевания. Подобные заключения были сделаны при исследовании разнообразных клинических выборок, однако в

косметологической клинике до настоящего времени таких исследований не проводилось.

В связи с этим в настоящем исследовании изучены основные способы совладания со стрессом (копинг-стратегии), личностные копинг-ресурсы (среди широкого спектра которых были выделены ценностно-мотивационная направленность и индивидуально-психологические особенности личности), социальные копинг-ресурсы, (отраженные в характеристиках системы значимых отношений личности), а также взаимосвязь этого комплекса психосоциальных характеристик с клиническими показателями пациенток (Багненко Е.С., Гриненко А.О., 2023).

Анализ структуры копинг-поведения показал ее гармоничный сбалансированный характер в исследованной группе женщин: показатели ни одной из 8 изученных копинг-стратегий не выходят за пределы «нормативного диапазона»; при этом по сравнению с другими стратегиями некоторое преобладание имеет эмоционально ориентированный копинг «бегство-избегание», приближающийся по своим содержательным характеристикам к механизму психологической защиты «вытеснение» (проблемы). Отдельные копинг-стратегии имеют психологически понятную связь с клиническими показателями. Среди этих стратегий особое место занимает стратегия «принятие ответственности», показатель которой отрицательно коррелирует с наличием симптомов «гравитационный птоз» и «рубцы»; частота использования этой конструктивной копинг-стратегии, предполагающей понимание и признании своей роли в возникновении и разрешении проблемной ситуации, снижается по мере возрастания степени выраженности косметической проблемы.

Важное значение для понимания психологических аспектов лечебного процесса в косметологии имеет то, что с его эффективностью положительно взаимосвязана конструктивная когнитивная копинг-стратегия «планирование решения проблемы». Среди личностных копинг-ресурсов, как отмечалось, связь с клиническими показателями имеют черты, объединенные в факторы

личности «самосознание», «сотрудничество», «экстраверсия». Среди социальных копинг-ресурсов наиболее тесную связь с клиническими характеристиками имеет удовлетворенность общением с друзьями и близкими (со степенью выраженности косметической проблемы); удовлетворенность взаимоотношениями с родственниками, с лицами противоположного пола и с широким социальным окружением связана – с наличием ряда клинических симптомов (прежде всего, с «сосудистой патологией кожи»). Выявлено также, что удовлетворенность поддержкой со стороны ближайшего социального окружения снижается с возрастом.

Таким образом, в исследовании выявлены многочисленные тесные взаимосвязи между структурно-функциональными компонентами психологической адаптации пациенток косметологической клиники, а именно, между клиническими характеристиками (характером симптоматики, ее выраженностью и длительностью), социально-демографическими характеристиками (прежде всего, возрастом и наличием семьи) и широким спектром психологических характеристик (системой значимых отношений, эмоциональным состоянием, личностью, копинг-механизмами) (Багненко Е.С., 2021г). Такое обилие характеристик и взаимосвязей побудило к поиску более обобщенных факторов, объединяющих отдельные характеристики психологической адаптации и связи между ними.

Психологические профили

Кластерный анализ позволил выделить три группы пациенток с отличающимися «психологическими профилями» (Багненко Е.С., Богатенков А.И., 2023).

Более половины пациенток, составивших выборку кластеризации, оказались объединены рядом психологических характеристик, позволивших дать этому кластеру название «Оптимальная психологическая адаптация». Основное отличие от двух других кластеров проявилось в психодиагностических показателях, характеризующих состояние эмоционально-аффективной сферы. Женщины, вошедшие в этот кластер,

имеют низкий показатель невротизации, что в содержательном плане отражает эмоциональную устойчивость, высокую сопротивляемость стрессовым воздействиям, хороший самоконтроль, уверенность в себе, отсутствие повышенной тревожности и ипохондрической фиксации на состоянии здоровья, а также фиксации на личностных недостатках и проблемах, что в совокупности демонстрирует низкий риск развития пограничной психической патологии (Карпова Э.Б. с соавт., 2014). Выбранное название кластера соответствует мнению современных ученых, рассматривающих психологическую адаптацию как процесс саморегуляции эмоций и поведения, включающий волевой компонент (Thompson R.A., 2019), а психологическую устойчивость как критерий успешности адаптации (Smith B.L. et al., 2019 p.). К этому можно добавить, что женщины этой группы имеют самый высокий среди трех кластеров (и по сравнению с нормативными данными) показатель интернальности личности («локус-контроля - Я»), которая также включает волевой компонент и является важным личностным ресурсом преодоления стрессовых воздействий (ресурсом копинга).

В кластер «Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация» вошли 27,12% женщин, чьи психодиагностические показатели отражают минимальный уровень невротизации и такой же уровень социальной фрустрированности, а также высокий уровень удовлетворенности своим физическим и психологическим самочувствием, внешностью, качеством жизни в целом и его отдельными аспектами (профессиональной деятельностью, личными достижениями, межличностным взаимодействием и социальной поддержкой и др.), прожитым («результат») и актуальным («процесс») отрезками жизни. Повышенными оказались также показатели личностных черт, ответственных за успешное социальное взаимодействие («сотрудничество»), устойчивость эмоциональных реакций («эмоциональная стабильность») и стремление к саморазвитию («личностные ресурсы»), пониженными – показатели

неконструктивных копингов «конфронтация» и «бегство - избегание». Одновременно по сравнению с другими кластерами в этой группе женщин повышен показатель контрольной шкалы, условно названной шкалой «неискренности» и выявляющей стремление респондента представить себя в максимально благоприятном свете, скрыть имеющиеся проблемы и недостатки.

На основании полученных данных можно предположить, что столь благополучная самопрезентация в ответах на вопросы психодиагностических тестов (стандартизованных самоотчетов) имеет компенсаторный характер, то есть является защитным механизмом психики, представляющим собой попытку преодоления каких-либо недостатков – реальных или кажущихся (Коцюбинский А.П., 2001, 2017). Возможно также, что такая самопрезентация является привычным способом поведения (позиционирования себя) в значимых ситуациях лиц с высоким социальным статусом.

Кластер «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи» составили 15,25% женщин, чье эмоциональное состояние, общее психологическое благополучие, удовлетворенность качеством жизни, отношение к себе, к временной перспективе, уровень интернальности и общий уровень осмысленности жизни оказались существенно ниже (хуже), а показатели неконструктивных стратегий копинга «конфронтация» и «бегство - избегание» статистически значимо выше соответствующих характеристик пациенток, вошедших в два других кластера, а также средне-нормативных тестовых данных, при этом показатель контрольной шкалы «неискренности» находится на уровне низких значений, отражая тем самым понимание пациентками своих психологических проблем и недостатков и, возможно, утрированное предъявление их в ответах психологических тестов с целью привлечь внимание и получить сочувствие и поддержку.

Таким образом, проведенный анализ показал, что женщины, получающие косметологическую коррекцию дефектов кожи лица, не

являются однородной группой по своим психологическим характеристикам. Среди них можно выделить основную (наиболее многочисленную) группу с устойчивой эмоциональностью, в целом обладающих психологическими характеристиками, отражающими успешность психологической и социальной адаптации и удовлетворенность качеством жизни, что в определенной степени развенчивает утверждение ряда авторов (Maisel A. et al, 2018) о том, что посещение косметолога является способом преодоления существующих психологических проблем. Это не означает, однако, что эти женщины не имеют таких проблем и стрессовых переживаний, однако механизмы психологической адаптации – стратегии, а также личностные и внешние ресурсы копинга – обеспечивают ее оптимальный уровень.

Одновременно в отношении почти трети пациенток косметологической клиники можно предположить наличие трудностей психологической адаптации, маскируемых максимально и исключительно благоприятной (успешной) самопрезентацией. Такой модус поведения в ходе психологического исследования может свидетельствовать о его компенсаторном (защитном) характере на фоне повышенной уязвимости и проблем адаптации, либо иметь защитный от вторжения в свой внутренний мир характер, либо представлять собой привычный способ поведения в социуме публичных, медийных или высоко статусных личностей (Березин Ф.Б. с соавт., 1994).

Небольшую группу составляют пациентки с высоким риском психологической дезадаптации (невротизации), который проявляется в неустойчивости фона настроения, низкой стрессоустойчивости, пониженной самооценке, низкой удовлетворенности различными аспектами качества жизни. В исследовании не установлено, однако, прямой связи этих факторов с выраженностью и длительностью клинической симптоматики, хотя их триггерную и патогенетическую роль в общей психологической картине исключить нельзя.

Представленное выделение групп пациенток, характеризующихся различными комплексами психологических характеристик, может помочь врачу-косметологу в построении оптимального межличностного взаимодействия с пациенткой в лечебном процессе, что является основой для реализации деонтологических норм и партнерской модели их отношений, а также для формирования комплаентного поведения пациента. В отдельных случаях это может быть основанием для направления пациента за психотерапевтической помощью.

В завершение главы, посвященной попытке представить теоретическую концепцию и структурно-функциональную модель психологической адаптации женщин с косметическими проблемами, можно заключить, что она представляет собой сложную динамическую систему интегрированного взаимодействия клинических, социально-демографических, социально- и индивидуально-психологических характеристик, целью которой является психологическое преодоление стрессовых факторов, вызванных дефектами кожи лица, оптимизация качества жизни в различных ее сферах и повышение общего психологического благополучия.

Обобщение результатов теоретического анализа данных эмпирического исследования (результатов сравнения психодиагностических показателей исследованных женщин с нормативными данными, результатов многомерного регрессионного анализа, выявившего наиболее информативные факторы риска эмоционально-аффективных нарушений, результатов кластерного анализа, а также результатов изучения динамики психологических характеристик в процессе лечения), позволяет сделать вывод о том, что ведущую роль в психологической адаптации пациенток косметологической клиники играет эмоциональная устойчивость личности, включающая способность к волевой регуляции эмоций, а также эффективные способы совладания со стрессом, предполагающая умение использовать для

этого внешний («поиск социальной поддержки») и собственный когнитивный («планирование решения проблемы») ресурс. Существенную роль играют личностные ресурсы копинга, среди которых особое значение имеет интернальность личности и типологические черты «самосознание» и «сотрудничество». Напротив, факторами повышенного риска дезадаптации выступают эмоциональная неустойчивость, комплекс характеристик, объединенных понятием «невротизация» (повышенная эмоциональная возбудимость и неустойчивость, тревожность, неуверенность, фиксация на личностных и телесных недостатках), экстернальный локус контроля, а также и неудовлетворенность поддержкой социального окружения.

ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время не оспаривается роль социальных и психологических факторов в механизмах возникновения, течения и лечения дерматологических заболеваний и косметологических проблем (Незнанов Н.Г., Васильева А.В., 2015; Караваева Т. А., Королькова Т. Н., 2018; Багненко Е.С. с соавт., 2021). Сплошной (невыборочный) характер проведенного исследования позволяет предположить, что полученные данные соответствуют реальному распределению характера жалоб, а также возрасту, социальному и психологическому статусу пациенток косметологической клиники. Изучение социальных позиций показало, что основную массу женщин, обращающихся за косметологической помощью, составляют образованные, социально активные, разделяющие семейные ценности женщины. Так, подавляющее большинство изученных пациенток – это лица молодого и среднего возраста (средний возраст пациенток составил 39 лет), имеющие высшее образование, работающие постоянно в таких социально-значимых областях, как наука и образование, частный бизнес. Большинство исследованных женщин имеют семью и детей, и их наличие связано с возрастом. Наименее благополучный семейный статус, по данным настоящего исследования, отмечается в группе более молодых женщин с незначительной выраженностью косметической проблемы.

Поученные результаты изучения социально-демографических характеристик женщин, обращающихся за косметической помощью, соотносятся с результатами аналогичных зарубежных исследований. По данным N.Mobayed с соавторами (2020), основными потребителями минимально инвазивных косметических процедур являются женщины, родившиеся между 1981 и 1996 годами, т.е. 25-40 лет; в исследовании S.Dadkhahfar с соавторами (2021) среди пациенток, получающих косметические процедуры, основную массу составляли женщины в возрасте $39,6 \pm 10,74$ года, замужние, работающие; высокий образовательный статус

отмечен в исследовании 199 пациенток частной клиники в г.Гданьске (Dobosz M. et al., 2022). В исследованиях D.Scharschmidt с соавторами (2018) выявлено, что большинство пациенток берлинских косметологических клиник, получавших ботокс и инъекции филлеров, это высокообразованные, живущие с партнером женщины среднего возраста, с более высоким социальным статусом и доходом, с более высокими показателями качества жизни, чем не обращавшиеся за косметологической помощью женщины того же возраста. Важно подчеркнуть, что, по замечанию авторов, это исследование 145 женщин является первым подобным исследованием потребительниц ботокса и филлеров в Германии. По этому параметру настоящее исследование соответствует исследованию немецких коллег, так как подобных работ в нашей стране до этого не проводилось.

Анализ клинических характеристик показал отчетливую связь симптоматики и ее выраженности с возрастом пациенток, что подтверждается клиническим опытом и результатами исследований: по данным A.Maisel с соавторами (2020) пациентки в возрасте до 45 лет обращались по поводу угрей, липосакции, удаления татуировок, волос; более старшие хотели получать процедуры с филлерами, устранение морщин, улучшение контура нижней челюсти.

Среди клиничко-психологических характеристик особый интерес представляют результаты изучения мотивов обращения женщин за косметологической помощью. Как можно было ожидать, и по нашим данным, и по данным зарубежных исследователей, основным мотивом обращения в косметологическую клинику является «желание иметь здоровую кожу». Однако в ряде исследований показано, что этот мотив не является единственным и не всегда основным. Так, в исследовании A.Maisel с соавторами (2018) 440 женщин старше 45 лет показано, что ведущими мотивами обращения за косметологической помощью были улучшение эмоционального и психологического настроения и качества жизни в целом; желание предотвратить старение, скорректировать овал лица и

качество кожи, также как улучшить внешний вид с профессиональной целью – на втором месте. В качестве основных мотивов обращения к дерматологу-косметологу M.Dobosz с соавторами (2022) выделяют желание выглядеть свежее, уменьшить признаки старения и инвестировать в себя. Этому соответствует проведенный нами анализ мотивов обращения женщин за косметологической помощью, по результатам которого, мотив «повышение успешности в профессиональной деятельности» встретился в 60,4% случаев, мотив «повышение успешности в личной жизни» – в 74,58%, и эти мотивы наиболее характерны для женщин старше 40 лет.

При изучении системы значимых отношений особое внимание было уделено анализу отношения к себе как центральному звену этой системы, имеющему важное значение для психологической устойчивости личности в целом, в то время как его нарушения являются главным звеном в развитии невротических расстройств и расстройств адаптации (Мясищев В.Н., 1960; Васильева А.В., Караваева Т.А., 2020). По данным настоящего исследования, большинство пациенток были недостаточно удовлетворены как своей внешностью, так и личностно-характерологическими качествами, и эта неудовлетворенность больше выражена у более молодых женщин с незначительными дефектами кожи лица, ориентированными в большой степени на восприятие их членами референтного окружения. Это соответствует результатам инструментального (с помощью айтрекера) исследования самоотношения в возрастном аспекте Н.П.Яровой с соавторами (2021), показавшими, что у молодых женщин восприятие собственных привлекательных черт и недостатков связано с компонентами самоотношения, включающими оценку окружающих (экстернальный механизм восприятия собственной внешности), в то время как для женщин зрелого возраста более характерен интернальный механизм, ориентированный на внутренние процессы своего «Я». В целом, можно согласиться с Е.А.Варлашкиной (2015) в том, что неадекватно заниженная самооценка реального и завышенная самооценка идеального образов

физического Я являются определяющими факторами неудовлетворенности своей внешностью, а также в том, что неудовлетворенность образом физического Я связана с неудовлетворенностью семейными отношениями, взаимоотношениями с мужчинами, развитием коммуникативных качеств и неуверенностью в себе. Важно отметить также, что, по результатам проведенного структурированного интервью, 7 женщин выразили полную неудовлетворенность своим физическим обликом; эти женщины нуждаются в более углубленном психологическом исследовании и, возможно, в специализированной психотерапевтической помощи в связи с риском невротических или аффективных расстройств.

Снижение самооценки и удовлетворенности собой являются отчетливыми, но не единственными психолого-диагностическими признаками расстройств настроения, в том числе подпороговых аффективных расстройств (Краснов В.Н., 2011; Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2015). Доказана взаимосвязь депрессии с отношением к временной перспективе (Тейверлаур М., 1992; Шустрова Г.П., 2006; Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б., 2007), которую К.Левин определяет как совокупность взглядов индивида на его психологическое прошлое и психологическое будущее, существующее в данный момент времени (Мандрикова Е.Ю., 2008). Таким образом, и отношение к себе, и отношение к временной перспективе могут рассматриваться не только в контексте нарушения значимых отношений личности, но и в контексте эмоционально-аффективных нарушений, которые, в свою очередь, выступают важнейшим фактором психической дезадаптации (Болезнь и здоровье, психотерапия ..., 2019). В этих условиях изучение отношения к себе и к временной перспективе пациенток косметологической клиники приобретает особое значение для формирования оптимальной психотерапевтической тактики в ходе коррекции дефектов кожи лица для обеспечения комплексного (косметологического и психологического) лечения пациенток, в отдельных случаях дополняя его специализированной психотерапевтической помощью.

Отношение к временной перспективе изучалось в настоящей работе с помощью оригинальной методики «Семантический дифференциал времени» (СДВ), построенной на принципах психосемантики и позволяющей определять когнитивные и эмоциональные аспекты субъективного восприятия временной перспективы (своего настоящего, прошедшего и будущего). Результаты свидетельствуют о том, что пациентки косметологической клиники положительно, хотя и несколько хуже, чем нормативная выборка, оценивают актуальный период жизни в целом и его отдельные аспекты, удовлетворены прожитым отрезком жизни, воспринимая его как достаточно продуктивный, результативный, а также положительно относятся к будущему, что отражает не только оптимистичный фон настроения, наличие целей и планов на будущее, но и обладание хорошими адаптационными возможностями (личностными ресурсами) преодоления стресса (Вассерман Л.И. с соавт., 2014). Такое отношение к временной перспективе, по данным настоящего исследования, не связано с выраженностью косметической проблемы (Багненко Е.С., 2024).

В связи с имеющимися в литературе сведениями о частоте встречаемости психических нарушений у пациентов клиники эстетической медицины (Wang Q. et al., 2016; Sarwer D.B., 2019; Özkur E. et al., 2020; Pikoos T.D. et al., 2021) в настоящем исследовании этому вопросу было уделено особое внимание. Так, были поставлены задачи выявления уровня невротизации, уровня субъективно воспринимаемого эмоционального стресса, социальной фрустрированности и, напротив, уровня психологического благополучия и удовлетворенности качеством жизни пациенток косметологической клиники. Поскольку в ряде работ указывается на психическую травматизацию, обусловленную дефектами кожи лица, было сделано предположение о существовании закономерной связи между выраженностью косметического дефекта и нарушением эмоционального состояния, в связи с чем было проведено сравнительное психометрическое исследование групп женщин с различной (слабой, средней и значительной)

выраженностью косметической проблемы. Кроме того, в связи с данными литературы о динамическом характере психологических проблем и состояний у женщин, проходящих курс лечебной косметологической коррекции, в частности, о том, что устранение проблем кожи лица положительно влияет на эмоциональное состояние, социальную успешность и качество жизни в целом (Waldman A. et al., 2019; Khademi M. et al., 2021; McKeown D.J., 2021; Weinkle S.H. et al., 2021; Kurtti A. et al., 2022), были сопоставлены психометрические показатели женщин трех групп, полученные в периоды «до начала лечения» и «после окончания лечения».

Результаты исследования показали, что во всех группах женщин с различной выраженностью косметической проблемы как до начала лечения, так и по его окончании отмечался низкий уровень невротизации (Багненко Е.С., Гриненко А.О., 2022). Согласно представлению авторов-разработчиков теста «Уровень невротизации» (Карпова Э.Б. с соавт., 2014), это отражает в целом эмоциональную устойчивость, фрустрационную толерантность, социальную уверенность, активность, свободную самореализацию (отсутствие неуверенности и избыточного («невротического») самоконтроля). По результатам динамического исследования, эти качества, изначально характеризующие пациенток, достоверно усиливаются по мере полного или частичного устранения косметической проблемы (после курса лечебной коррекции).

Несмотря на низкий уровень невротизации (то есть риска развития невротических и других пограничных психических расстройств), в ходе клинико-психологического интервью в каждой группе около одной четверти женщин отметили наличие затяжной психотравмирующей ситуации; 17 пациенток отметили, что переживают в настоящее время острую стрессовую ситуацию. Данные о том, что женщины, обратившиеся за косметологической помощью, имеют в анамнезе психические травмы, приведены также в работах J.F.Sobanko с соавторами (2015), и S.Dadkhahfar с соавторами (2021).

Анализ психометрических показателей «Шкалы воспринимаемого стресса-10» (ШВС-10) позволил сделать заключение о том, что общий уровень субъективно воспринимаемого в течение последнего месяца стресса, а также показатель «перенапряжение» в исследованных группах женщин превышают соответствующие нормативные показатели, полученные авторами методики на российской выборке (Абабков В.А. с соавт., 2016), в то время как показатель «противодействие стрессу», напротив, ниже, чем в нормативной выборке, и по этим показателям сравниваемые группы женщин существенно не отличаются. Это свидетельствует о том, что изученные группы пациенток вне зависимости от выраженности косметической проблемы затрачивают меньшие усилия для преодоления объективно существующих и субъективно воспринимаемых стрессовых ситуаций. Таким образом, результаты настоящего исследования подтверждают ранее полученные данные о наличии значительных личностных ресурсов копинга (совладания со стрессом) у большинства пациенток косметологической клиники, в совокупности отражающих зрелость и адаптивность личности (Александров А.А., Багненко Е.С., 2012).

Учитывая роль эмоционального состояния в психологической адаптации личности дополнительно к изучению отдельных его аспектов была использована скрининговая методика «Тест нервно-психической адаптации» (НПА), предназначенная для выявления риска психической дезадаптации путем идентификации субклинических симптомов пограничных психических расстройств, преимущественно в эмоционально-аффективной сфере.

В соответствии с показателем НПА исследованные пациентки были разделены на 2 группы – с отсутствием и наличием риска психической дезадаптации. В группу с риском дезадаптации (с риском эмоционально-аффективных нарушений), согласно данным методики НПА, попали более половины пациенток (54,1%). Эти данные, впервые полученные нами в отечественной практике, в определенной мере соответствуют данным

современных зарубежных авторов, показавших, что среди пациенток косметологической клиники, получающих малоинвазивное лечение, немало лиц с нарушениями психической адаптации, проявляющимися подпороговыми аффективными расстройствами и повышением индекса общей тяжести состояния (Özkur E. et al., 2020), тревожным и нарциссическим расстройствами личности, другими личностными и поведенческими девиациями (Loron A.M. et al., 2018; Husain W. et al., 2021), а также дисморфофобическими расстройствами (Pikoos T.D. et al., 2021; Dobosz M. et al., 2022). Также в контексте риска психической дезадаптации могут быть рассмотрены данные исследования (Сац Е.А., 2015) о том, что в возрастной группе 25-35 лет причинами посещения косметолога в 78% случаев служат негативное настроение и в 69% – чувство неполноценности.

Выделенные на основе показателя методики НПА группы пациенток были сопоставлены по всем изученным социально-демографическим, клиническим и психологическим показателям. Выявлено, что эти группы пациенток практически не отличаются по возрасту, уровню образования, семейному и трудовому статусу, по клиническим характеристикам, включая основные симптомы (дефекты кожи лица), степень выраженности, длительность косметической проблемы, эффективность лечения и др., однако статистически значимо различаются по большинству психологических характеристик, таких как самооценка, отношение к себе, отношение в настоящему, прошлому и будущему и др., в совокупности характеризующих эмоциональное состояние.

Всего же в ходе исследования из 35 количественных показателей, содержащихся в 8 психологических методиках, было выделено 27 показателей, различающихся на высоком уровне статистической значимости группы пациенток с риском нарушения и без риска нарушения психической адаптации (эмоционально-аффективных расстройств), поэтому дальнейший анализ результатов эмпирического исследования строился как сопоставление психологических характеристик пациенток двух групп.

Выявлено, что в группе женщин с риском нарушения адаптации существенно выше уровень невротизации, которая (невротизация) характеризуется, прежде всего, повышенной эмоциональной возбудимостью и неустойчивостью, а также проявлениями эгоцентрической направленности личности – фиксацией на своей личностной несостоятельности и на соматическом неблагополучии (Карпова Э.Б., 2014). Аналогичные данные получены при использовании теста «Качество жизни», содержащего девять шкал, оценки которых отражают удовлетворенность различными аспектами жизни (работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми) и своим психологическим состоянием (пессимизм, напряженность, дискомфорт, другие негативные эмоциональные состояния): значительно бóльшую неудовлетворенность в различных сферах жизни и в области собственного психологического благополучия показали пациентки, составившие группу с риском нарушения психической адаптации. Это в определенной мере согласуется с данным аналитического обзора 28 исследований качества жизни пациенток клиники эстетической медицины, в котором отражено снижение показателей качества жизни пациенток по сравнению с нормативными значениями до начала косметологических процедур (Bensoussan J.C. et al., 2014).

При изучении устойчивых личностных и поведенческих паттернов пациенток двух групп выявлено преобладание в группе без нарушений психической адаптации черт экстраверсии, самосознания и эмоциональной устойчивости, а также всех показателей смысловых ориентаций и интернального локуса контроля.

Полученные нами данные в отношении психологических характеристик пациенток косметологической клиники в большой степени совпадают с результатами немецких авторов (Scharschmidt D. et al., 2018), которые с помощью опросников ВОЗ-КЖ и «Большая пятерка» исследовали 145 женщин, обратившихся за ботулинотерапией или инъекциями филлера. Согласно этим данным, пациенткам свойственен высокий уровень экстравертности, доброжелательности, открытости по отношению ко всему

новому, а также высокий уровень невротизации (neuroticism). Однако в этой работе, в отличие от настоящего исследования, психологические особенности не сопоставлялись в группах пациенток с различным уровнем психической адаптации (с различным риском эмоционально-аффективных расстройств), а оценивались в целом по группе.

Поскольку в настоящем исследовании были получены данные о существенном преобладании показателей невротизации, воспринимаемого стресса, социальной фрустрированности и психотравмирующих ситуаций в группе пациенток с риском нарушением психической адаптации по сравнению с пациентками без подобного риска, научный и практический интерес представило сравнительное изучение способов и ресурсов психологического преодоления стресса (копинга), которые рассматриваются как важнейшие механизмы психологической адаптации (Аббатов В.А., Перре М., 2004; Folkman S. et al., 1986). Важность такого исследования определяется также отсутствием в доступной литературе сведений о подобных исследованиях, несмотря на очевидную эмоциональную значимость и стрессогенность дефектов кожи лица. По результатам настоящего исследования, в структуре копинг-поведения пациенток, составивших группу с риском нарушений психической адаптации, ведущей является стратегия «Бегство-избегание». Кроме того, показатель этой шкалы, а также показатель шкалы «Дистанцирование» на высоком уровне статистической значимости превосходят соответствующие показатели в группе без нарушений психической адаптации. Полученные данные соответствуют доказанной во многих исследованиях взаимосвязи копинг-стратегий ухода (уклонения, отрицания, дистанцирования от проблемы) со снижением уровня психосоциальной адаптации (Исаева Е.Р., 2009; Федунина Н.Ю. с соавт., 2018; Шиндриков Р.Ю. с соавт., 2020). Одновременно в группе с наличием риска по сравнению с группой без риска нарушений адаптации выявлено преобладание копинг-стратегий «Самоконтроль» и «Принятие ответственности».

Анализ полученных данных обращает к отечественной литературе, посвященной теоретическим проблемам психологического преодоления трудных жизненных ситуаций, в которой подчеркивается невозможность изучения копинга вне контекста целостной ситуации, в которой находится субъект (Анцыферова Л.И., 1994); копинг рассматривается как индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями (Нартова-Бочавер С.К., 1997). В соответствии с этим можно предположить, что свойственные женщинам с дефектами кожи лица формы поведения, связанные со снижением способности к свободной самореализации, чувством вины и собственной несостоятельности (копинг-стратегии «Самоконтроль» и «Принятие ответственности»), увеличивают риск психической дезадаптации. Это согласуется с результатами масштабного эмпирического исследования, согласно которым «самокритика и подавление эмоций увеличивают вероятность прибегания к другим неэффективным стратегиям совладания, а также увеличивают показатели психопатологической симптоматики» (Шетче К., 2022, с. 68).

В качестве личностных ресурсов копинга, обеспечивающих психологический фон для преодоления стресса и способствующих развитию копинг-стратегий, в настоящей работе изучались смысложизненные ориентации, связанные с временной перспективой: цели в жизни (будущее), насыщенность жизни (настоящее), удовлетворенность самореализацией, или «результативность» жизни (прошлое), а также локус контроля – в связи с тем, что в литературе эта интегральная характеристика личности, оказывающая регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека (Rotter J.B., 1966), рассматривается в качестве одного из основных копинг-ресурсов в структуре совладающего поведения (Кочуров М.Г., 2020; Ксенофортова Е.Г. с соавт., 2021; Brehm S.S. et al., 2005). Согласно результатам сравнительного анализа, все названные психологические характеристики, отраженные в показателях методики

СЖО, значительно преобладали в группе без риска психической дезадаптации (риска эмоционально-аффективных расстройств).

Таким образом, можно заключить, что уровень психической адаптации пациенток косметологической клиники тесно связан с наличием или отсутствием целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу; с тем, насколько они воспринимают процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом и насколько пройденный отрезок жизни субъективно оценивается как продуктивный. Одновременно результаты исследования подтвердили связь уровня психической адаптации с интернальностью личности. Это еще раз подтвердило доказанный в психологии факт связи интернального локуса контроля с целенаправленной, преобразующей активностью человека, отражением в его сознании собственной самостоятельности, независимости, уверенности, ответственности, и, напротив, связь экстернального локуса контроля – с тревожностью, эмоциональной неустойчивостью и напряженностью, депрессивностью, невротичностью (Ксенофонтова Е.Г. с соавт., 2021; Rotter J.B., 1966).

В связи с множественностью и разнообразием психологических характеристик, различающих группы пациенток с различным риском психической дезадаптации, была использована процедура множественного регрессионного анализа, которая показала, что такими предикторами риска являются психологические характеристики, отраженные в низких значениях психометрических показателей «Уровень невротизации» (методика УН), «Локус контроля – Я» (методика СЖО), «Эмоциональная стабильность» (методика BIG V), «Поддержка» (методика КЖ). В содержательном плане это означает, что повышение риска нарушений психической адаптации сопряжено с высоким уровнем невротизации (тревога, напряженность, беспокойство, раздражительность, низкая толерантность к стрессу, склонность к ипохондрической фиксации) и эмоциональной неустойчивости;

напротив, высокий уровень интернальности личности и наличие эмоциональной и действенной поддержки со стороны ближайшего социального окружения являются благоприятными прогностическими факторами, снижающими риск психической дезадаптации.

К новым разработкам, представленным в диссертации и не имеющим аналогов в литературе, относится выделение на основе использования процедуры кластерного анализа обобщенных «психологических профилей» пациенток косметологической клиники, позволивших представить в интегрированном виде эмоционально-личностные и поведенческие характеристики изученных пациенток – женщин, характеризующихся «оптимальной психологической адаптацией», «полным психологическим благополучием, социальной успешностью и их демонстрацией», а также «психологическим неблагополучием и «призывом к помощи». Признавая условность такой классификации, следует признать и ее значение как ориентира для построения оптимального терапевтического контакта с пациентками, различающимися по своим психологическим характеристикам. Важно подчеркнуть, что проблема терапевтического альянса и характера межличностного взаимодействия врача-косметолога изучалась нами и ранее (Багненко Е.С., 2010).

На последнем этапе эмпирического исследования были сопоставлены психодиагностические показатели всей группы исследованных пациенток, а также групп пациенток с наличием и отсутствием риска психической дезадаптации (риска эмоционально-аффективных расстройств), полученные в периоды «до начала лечения» и «по окончании лечения». Показано, что из 26 психодиагностических показателей, оцененных до начала лечения, 16 показателей имеют статистически значимые изменения и отражают положительную динамику эмоционального состояния, самосознания, отношения к временной перспективе, отдельных аспектов качества жизни, а также психологических характеристик, отражающих

волевые стороны и зрелость личности во всей группе пациенток в процессе нехирургической коррекции дефектов кожи лица.

Так, динамика показателя невротизации, не выходящего за пределы нормативных значений, и до и после лечения, отражает, тем не менее, уменьшение в процессе лечебной коррекции проявлений эмоциональной возбудимости и неустойчивости, фиксации на собственных недостатках, а также возрастание уверенности в себе и стрессоустойчивости. Уровень воспринимаемого стресса снижается в процессе лечения; положительная динамика этого показателя свидетельствует о снижении общего психоэмоционального напряжения, переживания стрессогенности актуальной ситуации, а также о возрастании активности и жизненного тонуса. Одновременно во всей выборке выявлено статистически значимое повышение «Индекса психологического благополучия». Отмечено также высоко значимое увеличение в процессе лечения оценки собственной внешности, при этом возрастание субъективной удовлетворенности своей внешностью согласуется с экспертной врачебной оценкой эффективности проведенного косметологического лечения.

В совокупности эти результаты отражают позитивное влияние проведенного лечения не только на состояние кожи лица, но и на эмоциональное состояние пациенток и согласуются с результатами исследования М.Khademi с соавторами (2021), сообщающих о достоверном снижении уровня депрессии пациенток после инъекций ботокса, с данными работы D.J.McKeown (2021), в которой показано улучшение психологического состояния женщин и снижение уровня дистресса, связанного с внешним видом, а также с результатами исследований ряда зарубежных авторов, в которых показана положительная динамика самооценки в процессе косметологического лечения (ShahP., RiederE.A., 2021; Weinkle S.H. et al., 2021).

В динамическом исследовании показано также, что в процессе лечебной коррекции дефектов кожи лица у пациенток косметологической

клиники возрастает удовлетворенность различными аспектами качества жизни, относящимися как к сфере социального функционирования (общение с друзьями и близкими, личные достижения), так и собственного эмоционального состояния. Эти данные соответствуют приведенным в литературе сведениям об улучшении социального функционирования и качества жизни пациенток после курса косметологического лечения (RibeiroF, SteinerD., 2018; McKeownD.J. 2021; ShahP., RiederE.A.,2021; KurttiA. etal., 2022).

Проведенный сравнительный анализ динамики психодиагностических показателей в процессе лечения пациенток с наличием и отсутствием риска психической дезадаптации (риска эмоционально-аффективных нарушений) показал их положительные изменения в обеих группах за исключением изменения отношения к настоящему периоду жизни в группе с повышенным риском психической дезадаптации. Необходимо отметить, что в проанализированных источниках литературы приводятся сведения о динамике психологических показателей в целом пациенток косметологической клиники без дифференциации их по каким-либо критериям. Таким образом, настоящее сравнительное динамическое исследование является первым в изучаемой области и открывает пути для индивидуализации психологической помощи пациенткам косметологической клиники с различным риском психической дезадаптации.

Обобщение результатов анализа отечественной и зарубежной литература, а также результатов собственного эмпирического исследования, представленных в диссертации, позволили сформулировать концепцию психологической адаптации женщин с дефектами кожи лица, обращающихся в косметологическую клинику. Согласно этой концепции, психологическая адаптация таких женщин понимается как подструктура более общей системы психической адаптации, разработанной в отечественной психологии на основе системного подхода и биопсихосоциальной парадигмы в понимании развития человека, его здоровья и болезни. В системе психологической

адаптации пациенток косметологической клиники в интегрированном единстве и взаимодействии представлены демографические, клинические, социальные и психологические факторы, определяющие уровень психологического благополучия, индивидуальный характер и успешность социального функционирования, а также риск невротизации, эмоционально-аффективных нарушений. Такое понимание психологической адаптации открывает перспективы и намечает основные направления индивидуализированной психологической помощи пациенткам косметологической клиники, в целом способствует активному внедрению персонифицированного подхода в клинику лечебной косметологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы одной из наиболее значимых задач медицинской психологии является профилактика нарушений психической адаптации в связи с действием стресс-факторов. Психическая адаптация представляет собой сложную биопсихосоциальную систему, подсистемой которой выступает психологическая адаптация личности, направленная на совладания с проблемными или стрессовыми состояниями без нарушений своего эмоционального состояния, личностной интеграции и социального функционирования.

Представленные результаты психологического исследования пациенток косметологической клиники и данные мировой литературы позволяют сделать заключение о том, что психологическая адаптация женщин с косметическими проблемами кожи лица является динамической системой, интегрирующей в единстве и взаимодействии демографические, социальные, психологические и клинические факторы. Также анализ представленных результатов исследования позволяют заключить, что психологическая адаптация является одновременно процессом и результатом такого взаимодействия. Эти заключения соответствуют классическим и современным концепциям системной организации психики человека (Анохин П.К., 1978), системного подхода в общей (Ганзен В.А., 1984; Ломов Б.Ф., 2003) и медицинской психологии (Щелкова О.Ю., 2008), а *также системной концепции психической (физиологической, психологической, и социальной) адаптации человека (Александровский Ю.А., 1976, 2021; Ф.Б. Березин, 1988; Вассерман Л.И. с соавт., 1994; Вассерман Л.И. с соавт., 2014).

В настоящей работе эти концепции апробированы и подтверждены на группе пациенток косметологической клиники, которые, в отличие от пациенток клиники пластической хирургии, практически не изучены в психологическом плане. Результаты проведенного исследования доказали, что так же, как в случае пациентов других клиник (Михайличенко Т.Г.,

Щелкова О.Ю., 2017; Щелкова О.Ю. с соавт., 2018), система адаптации пациенток, обратившихся в косметологическую клинику с различными проблемами кожи лица, включает такие психологические феномены и концепты как эмоционально-аффективное состояние, личностно-характерологические особенности, мотивационно-смысловая организация личности, когнитивно-поведенческие механизмы преодоления стресса, а также значимые отношения личности. В связи с этим представленные в диссертации обобщения можно рассматривать как одну из психологических концепций, построенных на различном клиническом материале и составляющих теоретический базис современной медицинской психологии (Булыгина В.Г., 2016; Шаболтас А.В., 2018; Морозова Е.В., 2023).

В более широком контексте появление в последние десятилетия научных исследований в области психологических и социальных аспектов косметологии во взаимосвязи с клиническими характеристиками пациентов (Багненко Е.С., 2021а; Багненко Е.С. с соавт., 2021; Sachdeva M. et al., 2021; Zhang Q. et al., 2021; Tan J. et al., 2022; Yang F. et al., 2022) позволяет прогнозировать в ближайшей перспективе формирование нового направления медицинской науки и практики – психокосметологии, по аналогии с уже существующими направлениями: психокардиологией (Смулевич А.Б. с соавт., 2005), психоонкологией (Холланд Дж., Ривкина Н.М., 2014) и онкопсихологией (Онкопсихология ..., 2017), психодерматологией (Краснова О.В., 2018) и другими. Развитие этого нового научного направления составляет перспективы настоящего диссертационного исследования.

ВЫВОДЫ

1. Анализ мировой литературы показывает, что в механизмах психологической адаптации женщин с косметическими проблемами участвуют не только индивидуально-психологические, но и демографические, социальные, медико-биологические и клинические факторы; это послужило основой для системного изучения этих факторов в их единстве и взаимодействии.

2. Изучение социально-демографических характеристик пациенток косметологической клиники свидетельствует о том, что они представляют социальную группу женщин, характеризующихся высоким уровнем образования, работающих, преимущественно, в сферах науки, образования или бизнеса, в большинстве имеющих семью (60,6%) и детей (71,5%) и в целом – более высокий социальный статус, определяющий, в том числе, потребность в совершенствовании своего внешнего облика, что является в их окружении социально одобряемым стилем поведения.

3. Изучение клинических характеристик показало, что в силу высоких требований к своему статусу косметические дефекты, большинство из которых являются следствием старения кожи, служат особо значимыми факторами риска психологической дезадаптации женщин, преимущественно, средней возрастной категории. Наиболее стрессогенными изменениями такого рода являются гравитационный птоз, сопровождающийся изменениями овала лица, борозды и складки, розацеа и гиперпигментация на лице и руках. У более молодых пациенток такими изменениями являются акне и жирная кожа. Существует статистически доказанная связь этих изменений не только с возрастом и общим состоянием здоровья пациенток, но и с психодиагностическими показателями, характеризующими эмоциональное состояние, удовлетворенность качеством жизни и социальным функционированием. Индекс удовлетворенности качеством жизни закономерно связан как с выраженностью и длительностью

косметической проблемы, так и с определенными методами косметологической коррекции и ее конечным результатом.

4. Выявлены следующие особенности и проблемы в системе значимых отношений пациенток косметологической клиники.

4.1. Взаимоотношения исследованных женщин с референтным социальным окружением (с мужьями, детьми, родителями и мужчинами) не сопровождается выраженной конфликтностью, напряженностью, холодностью или отстраненностью. Однако у 13% пациенток, в основном молодого возраста, отношения с мужчинами «складываются с трудом», хотя косметические проблемы у них оказываются слабо выраженными.

4.2. Отношение к себе характеризуется недостаточной удовлетворенностью, как своей внешностью, так и личностно-характерологическими качествами, 66,2% женщин не уверены в своей внешней привлекательности, и эти показатели (неудовлетворенность и неуверенность) не связаны со степенью выраженности косметической проблемы, а также с выраженным или тотальным снижением самооценки, которое имело бы диагностическое значение в отношении патологического снижения эмоционального фона (депрессии).

4.3. В отношении к временной перспективе вне зависимости от выраженности косметической проблемы характерна положительная, хотя и несколько сниженная по сравнению с нормативной выборкой, оценка актуального периода жизни («настоящего»), более высокая, чем в нормативной выборке, оценка прожитого отрезка жизни («прошлого») и высокая, превышающая средние нормативные значения, оптимистичная оценка будущего времени, которое воспринимается как динамичное, структурированное, эмоциональное.

4.4. «Внутренняя картина болезни» (отношение к косметологическому дефекту и лечению) имеет объективный характер: выявлена положительная статистическая связь между субъективной оценкой и объективной оценкой врачом-косметологом, как выраженности проблемы,

так и результата лечения, хотя последний пациентками оценивается менее строго, чем врачом. Существуют прямые взаимосвязи выраженности косметической проблемы с субъективной оценкой ее влияния на жизнедеятельность, а также связь эффективности лечения с факторами личности, определяющими комплаентность – «самосознание» (организованность) и «сотрудничество», связь мотивов обращения к косметологу с возрастом пациенток: мотивы «быть более успешной в личной жизни» и «быть более успешной в профессиональной деятельности» доминируют у женщин старше 40 лет.

5. Эмоционально-аффективный статус пациенток косметологической клиники неоднороден: высокие психометрические показатели субъективно воспринимаемого стресса, данные структурированного интервью о том, что 22,6% пациенток находятся в затяжной психотравмирующей ситуации, 9,1% переживают в период посещения косметолога острую стрессовую ситуацию, повышенные (превышающие средние нормативные значения) показатели эмоциональной неустойчивости в структуре личности, с одной стороны, сочетаются с высоким уровнем фрустрационной толерантности, низким уровнем невротизации и низким (по сравнению с нормативными данными) уровнем усилий, направленных на противодействие стрессу, с другой стороны.

6. Наиболее информативными психодиагностическими показателями риска эмоционально-аффективных нарушений, по данным множественного регрессионного анализа, являются высокий «Уровень невротизации» (методика УН) и низкие значения оценок шкал «Локус контроля – Я» (методика «Смыслжизненные ориентации»), «Эмоциональная стабильность» (методика «Большая пятерка»). Основными механизмами психологической компенсации риска эмоционально-аффективных нарушений являются: использование широкого репертуара эмоционально и -проблемно-ориентированных стратегий преодоления стресса (показатели 7 из 8

изученных копинг-стратегий превышают нормативные значения), в том числе активное привлечение, как внешнего («поиск социальной поддержки»), так и собственного когнитивного («планирование решения проблемы») ресурса; эффективное использование личностных копинг-ресурсов, основными из которых являются: сбалансированный, не выходящий за пределы средних нормативных значений «профиль» личности, в структуре которой преобладают факторы «самосознание» и «сотрудничество», а также интернальность личности, удовлетворенность самореализацией в прошлом и позитивное отношение к будущему, высокий общий уровень осмысленности жизни (методика «Смысложиненные ориентации»).

7. Совокупный анализ с помощью методов математической статистики всего многообразия изученных психодиагностических показателей позволил выделить 3 кластера, объединяющих пациенток со схожими «психологическими профилями»: «Оптимальная психологическая адаптация» (57,6%), «Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация» (27,1%), «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи» (15,3%), содержательные характеристики которых послужили основой для выделения «мишеней» и «ресурсов» для психологической помощи пациенткам косметологической клиники.

8. Динамика психодиагностических показателей в процессе лечения показывает, что нехирургическая коррекция косметических проблем у женщин оказывает положительный эффект в отношении: 1) эмоционального состояния (снижение уровня эмоциональной возбудимости и неустойчивости, общего эмоционального напряжения, переживания стрессогенности актуальной ситуации), 2) самосознания (возрастание оценки своей внешности и уверенности в себе), 3) удовлетворенности различными аспектами качества жизни, относящимися, как к сфере социального функционирования, так и собственного эмоционального состояния. Характер динамики психологических

характеристик в процессе лечения отличается в группах пациенток с различным эмоционально-аффективным статусом: в группе с повышенным риском его нарушений отсутствуют изменения отношения к временной перспективе (к своему «настоящему», «прошлому» и «будущему») в отличие от группы пациенток с высокими показателями эмоциональной устойчивости, у которых отмечено значительное улучшение отношения к настоящему периоду жизни.

9. В теоретическом плане результаты проведенного эмпирического исследования, охватывающие разные (эмоционально-аффективные, характерологические, поведенческие, мотивационно-смысловые) аспекты личности, а также системы ее значимых отношений, в их взаимосвязи с клиническими и социально-демографическими факторами, позволяют рассматривать психологическую адаптацию пациенток косметологической клиники с позиций системного подхода в психологии и биопсихосоциальной парадигмы современной медицины как динамическую систему интегрированного взаимодействия этих факторов, как процесс и результат такого взаимодействия, а также представить ее в виде структурно-функциональной модели. В практическом плане такое рассмотрение позволяет наметить пути психологической помощи и профилактики состояний психической дезадаптации женщин с дефектами кожи лица.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На основании результатов диссертационного исследования и клинического опыта работы в области лечебной косметологии можно определить основные задачи психологической диагностики и основные направления психологической помощи женщинам с дефектами кожи лица.

Рекомендации по проведению психологической диагностики пациентов косметологической клиники

1. Психологическая диагностика в косметологической клинике должна строиться в соответствии с основными принципами медицинской психодиагностики и быть направленной на комплексное выявление стресс-факторов, связанных с дефектами кожи лица, как важнейшего компонента межличностной коммуникации, а также на выявление личностных и средовых ресурсов совладания со стрессом, с целью профилактики нарушений психологической адаптации и оптимизации качества жизни пациентов.

2. В связи с вероятным стрессогенным характером дефектов кожи лица психологическое исследование в косметологической клинике должно быть направлено на выявление 1) нарушений эмоционального состояния пациента, включая выраженность симптомов депрессии, тревоги, ипохондрии, дисфории и др., общий уровень невротизации и воспринимаемого стресса; 2) неадаптивные стратегии совладания со стрессом, неконструктивные формы поведения; 3) нарушения социального функционирования и системы значимых отношений, а также центрального звена этой системе – отношения к себе; 4) мотивы обращения за косметологической помощью, в том числе дисфункциональные когнитивные убеждения (включая дисморфофобические), а также ряд других психологических конструктов, актуальность которых определяется на предварительном этапе исследования (этапе клинической беседы).

3. Для верификации личностных и социальных ресурсов совладания со стрессом, оптимизации эмоционального состояния, поведения и качества

жизни пациенток косметологической клиники психологическое исследование должно быть направлено на выявление уровня психологического благополучия, удовлетворенности в различных сферах жизни, индивидуально-психологических особенностей и мотивационно смысловой сферы личности, а также конструктивных копинг-стратегий.

4. Для определения наиболее неблагоприятных факторов нарушений психологической адаптации пациенток косметологической клиники, а также для выявления личностных ресурсов их компенсации оптимальным (информативным и достаточным) является психодиагностический комплекс, состоящий из тест-опросников «Уровень невротизации», «Смысло-жизненные ориентации», «Большая пятерка» и «Опросник удовлетворенности качеством жизни».

5. Для углубленной психодиагностической работы, направленной на выявление зон наибольшей психологической неудовлетворенности в системе значимых отношений личности, уровня комплаентности, мотивов и удовлетворенности результатами лечения, врач дерматолог-косметолог или психолог, работающий в клинике эстетической медицины, могут использовать структурированное интервью, специализированное для женщин с косметологическими проблемами кожи лица (Приложение 1).

Рекомендации по взаимодействию врача дерматолога-косметолога с пациентами косметологической клиники

1. Для оптимизации процесса и результата лечебной коррекции врачам дерматологами-косметологами целесообразно опираться на современный биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни человека, личностно-центрированную парадигму современной медицины, современную партнерскую (не патерналистскую) модель взаимоотношений врача и больного, на введенное ВОЗ понятие «приверженность терапии/лечению» (adherence) и представления о факторах, ее определяющих, а также на разработанную в рамках социальной психологии «модель убеждений в отношении здоровья (англ. HealthBeliefModel)».

2. Современная партнерская модель взаимоотношений врача и больного должна реализоваться лечащим врачом с учетом не только клинических факторов, но и социальных и психологических характеристик пациентов. В соответствии с результатами настоящего исследования, наиболее важными «факторами, связанными с пациентом» в отношении риска психической дезадаптации выступает эмоциональная неустойчивость; напротив, наибольшим протективным значением обладают интернальность, кооперативность и организованность, а также копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» и «планирование решение проблемы». Именно эти психологические характеристики пациенток должны учитываться врачом для построения продуктивных отношений с пациентом.

3. Современная партнерская модель взаимоотношений врача и больного предполагают активное и ответственное участие пациента в лечебном процессе, основанное на знаниях, установках, убеждениях, мотивации. Значимым фактором коррекции дисфункциональных убеждений и мотивации, является информированность пациентов о всех аспектах предстоящего лечения. Одновременно информированность выступает фактором укрепления мотивации и приверженности лечению, а также фактором эмоциональной поддержки.

4. Оптимальным (необходимым и достаточным) является следующий объем информации, предоставляемый врачом на начальном этапе лечения: о результатах визуальной оценки, в том числе о степени выраженности изменений кожи лица, о программе лечебной коррекции (комплексной или таргетной), включая использование аппаратных методов воздействия, инъекционных методов, наружных средств, методов дерматологического и косметологического домашнего ухода, препаратов per os., о необходимости составления индивидуального графика посещения, о предполагаемом прогнозе эффективности лечения.

5. Коммуникацию врача с пациентом следует строить с учетом выделенных в настоящем исследовании трех условных «психологических профилей» пациентов (кластеров).

5.1. При отнесении (экспертным наблюдением путем) пациента к кластеру «Оптимальная психологическая адаптация» информирования его врачом о цели и программе исследования, как правило, достаточно для формирования комплаентного поведения и удовлетворенности процессом и результатом лечения.

5.2. При отнесении пациента к кластеру «Полное психологическое благополучие, социальная успешность и их демонстрация» на начальных этапах лечения врачу следует транслировать пациенту его приятие и положительную оценку, в которой он нуждается, так как в основе демонстративного поведения нередко лежит личностная незрелость, неуверенность, зависимость. В дальнейшем по мере установления комплаентных отношений врачу следует соблюдать эмоциональную нейтральность, чтобы не поощрять демонстративные (эгоцентрические, претензионные) формы поведения.

5.3. При отнесении пациента к кластеру «Психологическое неблагополучие и «призыв к помощи» врачу следует быть особенно внимательным к особенностям поведения, высказываниям пациента. Они могут иметь ситуационный, преходящий характер или быть проявлением личностной (типологической) тревожности, неуверенности, субдепрессивности, которые эффективно устраняются в ходе клинической беседы приемами информирования и эмоциональной поддержки.

В отдельных случаях при устойчивых проявлениях стресса, выраженной тревоги, депрессии, при наличии некорректируемых патологических установок, дезорганизирующих поведение пациента (то есть при возникновении сомнений в его психическом здоровье) целесообразно рекомендовать консультацию психотерапевта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Абабков, В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии /В.А.Абабков, М.Перре. - СПб.: Речь, 2004. - 166 с.
- 2.Абабков, В.А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» /В.А.Абабков, К.Барышникова, О.В.Воронцова-Венгер [и др.] // Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 16. Психология. Педагогика. - 2016. - Вып.2. - С.6-15.
- 3.Аксенова, Г.И. Проблема адаптации личности в зарубежной психологии /Г.И.Аксенова, П.Ю.Аксенова, И.И.Купцо //Прикладная юридическая психология. - 2018. - № 4(45). - С. 6–11.
- 4.Александров, А.А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица /А.А.Александров, Е.С.Багненко //Вестник психотерапии. – 2012. – Т.41, №46. – С.52–66.
- 5.Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация /Ю.А.Александровский. - М.: Медицина, 1976. - 272 с.
- Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства /Руководство для врачей /Ю.А.Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 552 с.
- 6.Ананьев, Б.Г. Избранные психологические труды: в 2 т. /Б.Г.Ананьев. - М.: Педагогика, 1980. - Т.1. - 232 с.
- 7.Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональной системы. – М.: Наука, 1978. – 400 с.
- 8.Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита /Л.И.Анцыферова //Психологический журнал. - 1994.-Т.15, №1. - С.3-19.
- 9.Арапова, О.И. Феномен адаптации. Теоретический обзор /О.И.Арапова //Психология. Психофизиология. - 2023. - Т.16, №3. - С. 111–122.
- 10.Багненко, Е.С. Структура отношений «клиент-врач» в косметологической клинике // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике /Е.С.Багненко. - СПб., 2010. - Вып.10. - С.17-20.

- 11.Багненко, Е.С. Так ли часты дисморфофобии в косметологической практике? /Е.С.Багненко //Будущее клинической психологии – 2011; Мат. V Междунар. науч.-практ. конф. ПГУ. - Пермь, 2011. - С.25.
- 12.Багненко, Е.С. Система значимых отношений женщин, обращающихся за косметологической помощью /Е.С.Багненко //Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 2012.-№3.-С.42–47.
- 13.Багненко, Е.С. Роль внешности в социальной адаптации человека /Е.С.Багненко //Психология. Психофизиология. - 2021.-Т.14, №4.-С.105-113.
- 14.Багненко, Е.С. Психологические характеристики женщин с проблемами кожи лица: связь с возрастом, диагнозом, эффективностью лечения /Е.С.Багненко //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2021а. - Т.55, №3. - С.62-72.
- 15.Багненко, Е.С. Стратегии и личностные ресурсы копинга женщин с косметологическими проблемами кожи лица /Е.С.Багненко //Ананьевские чтения - 2021: Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года /Под общей редакцией А.В. Шаболтас. Отв. ред. В.И. Прусаков. – СПб.: ООО "Скифия-принт", 2021б. - С.75-76.
- 16.Багненко, Е.С. Актуальность и проблемы оказания косметологической помощи в современном обществе /Е.С.Багненко //Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов. - СПб.: Медиапайр, 2021в. – Вып.26. – С.152-155.
- 17.Багненко, Е.С. О применении теории отношений В.Н.Мясищева в косметологической клинике /Е.С.Багненко //Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств: Сборник тезисов, Санкт-Петербург, 29 октября 2021 года – СПб.: Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021г. - С.27-28.

- 18.Багненко, Е.С. Взаимосвязь клинических и психологических характеристик женщин, обращающихся за косметологической помощью /Е.С.Багненко, Е.Р.Аравийская, А.И.Богатенков [и др.] //Вестн. дерматологии и венерологии. – 2021.- Т.97, №5.- С.66-75.
- 19.Багненко, Е.С. Уровень невротизации женщин с косметологическими проблемами кожи лица /Е.С.Багненко, А.О.Гриненко //Вестник психотерапии. - 2022. - № 84. - С. 31–45.
- 20.Багненко, Е.С. Нехирургическая коррекция внешности: что движет ее потребителями? /Е.С.Багненко //Психология. Психофизиология. – 2022а. - Т.15, №3. - С.26-34.
- 21.Багненко, Е.С. Ценностно-мотивационная направленность женщин с косметологическими проблемами кожи лица /Е.С.Багненко //Ананьевские чтения - 2022. 60 лет социальной психологии в СПбГУ: от истоков - к новым достижениям и инновациям: Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 18–21 октября 2022 года. – СПб.: ООО "Скифия-принт", 2022б. – С.83-84.
- 22.Багненко, Е.С. Психосоциальные характеристики пациенток косметологической клиники: результаты исследования на сплошной выборке /Е.С.Багненко //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2023. - Т.57, №1. - С.48-60.
- 23.Багненко, Е.С. Психологические особенности пациенток косметологической клиники: результаты сопоставления с нормативными данными /Е.С.Багненко //Психология. Психофизиология. – 2023а. - Т.16, №4, С.33-46.
- 24.Багненко, Е.С. Влияние косметических дефектов у женщин на их психологическое состояние: обзор литературы и экспериментальное исследование /Е.С.Багненко //Психическое здоровье. – 2023б. - Т.18, №7.- С.21-29.
- 25.Багненко, Е.С. Психосоциальные факторы нарушения психической адаптации пациенток косметологической клиники /Е.С.Багненко //Учёные

- записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. – 2023в. - Т.30, №1. - С.62-70.
- 26.Багненко, Е.С. Динамика психологических характеристик пациенток косметологической клиники в процессе лечения /Е.С.Багненко //Учёные записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. – 2023г. - Т.30, №2. - С.55-60.
- 27.Багненко, Е.С. Нехирургические косметологические вмешательства как фактор коррекции психологического состояния у женщин /Е.С.Багненко //Джанелидзеvские чтения - 2023: Сборник научных трудов научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 01–03 марта 2023 года. – СПб.: Государственное бюджетное учреждение "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", 2023д. – С.16-18.
- 28.Багненко, Е.С. «Психологические профили» пациенток косметологической клиники /Е.С.Багненко, А.И.Богатенков //Живая психология. – 2023. - Т.10, №2(42). - С.37-45.
- 29.Багненко, Е.С. Динамика эмоционального состояния пациенток косметологической клиники в процессе нехирургической коррекции /Е.С.Багненко, А.И.Богатенков, А.О.Гриненко //Живая психология. – 2023. - Т.10, №5(45). - С.16-25.
- 30.Багненко, Е.С. Стратегии и личностные ресурсы копинга в системе психической адаптации женщин с косметологическими проблемами кожи лица /Е.С.Багненко, А.О.Гриненко //Вестник психотерапии. – 2023. - №85. - С.37-50.
- 31.Багненко, Е.С. Отношение к себе и к временной перспективе женщин с косметологическими проблемами кожи лица /Е.С.Багненко//Обзорvние психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2024. - Т.58, №1. - С.91-102.

- 32.Багненко, Е.С. Факторы риска психической дезадаптации женщин с косметологическими проблемами /Е.С.Багненко, Е.Р.Исаева //Вестник психотерапии. – 2024. - №89. - С. 40-50.
- 33.Баранская, Л.Т. Факторы риска расстройств личностной адаптации у пациентов эстетической хирургии: автореф.дис....д-ра. психол. наук; спец. 19.00.04; защищена 15.10.2010 /Л.Т.Баранская; Место защиты: ФГОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова»; Работа выполнена: ГОУ ВПО «Уральский государственный университет им. А.М. Горького. – Екатеринбург, 2010. - 45 с.
- 34.Бек, А. Когнитивная терапия депрессии /А.Бек, А.Раш, Б.Шо [и др.] /Пер.с англ. - СПб.: Питер, 2003. - 304 с.
- 35.Белогай, К.Н. Представления женщин о своем теле: феноменология и факторы развития /К.Н.Белогай, И.С.Морозова - ред. - Кемерово: ФГБОУ ВПО «Кемеровский государственный университет», 2019 [Электронный ресурс.]
- 36.Белогай, К.Н. Образ тела женщины: онтогенетические и социокультурные аспекты развития, возрастно-психологическая изменчивость: автореф. дис....д-ра психол. наук; спец. 19.00.13; защищена 15.03.2022 /К.Н.Белогай; Место защиты: Российский государственный педагогический университет им.А.И.Герцена; Работа выполнена: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет. - СПб., 2021. – 40 с.
- 37.Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека /Ф.Б.Березин. - Л.: Наука, 1988. – 267 с.
- 38.Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) /Ф.Б.Березин, М.П.Мирошников, Е.Д.Соколова.- М.: Фолиум, 1994. - 174 с.
- 39.Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание /Р.Бернс. [Пер. с англ.]. - М.: Прогресс, 1986. - 422 с.
- 40.Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности /В.М.Блейхер, Л.Ф.Бурлачук Л.Ф. - Киев: Вища школа, 1978. - 142с.

- 41.Бодалев, А.А. Психология межличностного общения /А.А.Бодалев. - Рязань: РВШ МВД РФ, 1994. - 89 с.
- 42.Бойкова, И.А. Инвестиции в красоту как разновидность вложения в человеческий капитал /И.А.Бойкова, А.И.Вахабова, В.В.Клюшин // Волжский: история, культура, образование / Мат. общегородской науч.-практ. конф. - Волжский, 2014. - С.134-136.
- 43.Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание /2-е изд., перераб. и доп. / /Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост.: А.В.Васильева, Т.А.Караваяева. - СПб.: ООО Издательский дом «Алеф-Пресс», 2019. - 496 с.
- 44.Бугуева, Н.А. Техники трансформации человеческого тела как один из способов социализации телесности /Н.А.Бугуева // Вестник Челябинского государственного университета. - 2011. - №18(233). - С.60-64.
- 45.Булыгина, В.Г. Психологическая концепция профилактики общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами: автореф.дис....д-ра психол. наук спец. 19.00.04 /В.Г.Булыгина; защищена 2016г. Место защиты; Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России; Работа выполнена: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского». – СПб., 2016. – 393 с.
- 46.Варлашкина, Е.А. Личностные предикторы удовлетворенности образом физического Я у женщин в период зрелости: автореф....дис. канд. психол. наук; спец.19.10.13: защищена 26.12.2016 /Е.А.Варлашкина; Место защиты: ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный университет им.П.Г.Демидова», ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д.Ушинского»; Работа выполнена: ФГБОУ ВПО «Омский государственный университет им. Ф.М.Достоевского» . - Омск, 2015. - 24с.
- 47.Варшаловская, Е.Б. Психологические аспекты неврозов /Е.Б.Варшаловская, Г.Л.Исурина, Е.В.Кайдановская и др. //Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание. - 2-е изд., перераб. и доп. /Под

общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева. - СПб.: ООО Издательский дом «Алеф-Пресс», 2019. - С.157-163 с.

48.Васильева, А.В. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе /А.В.Васильева, Т.А.Караваева //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева- 2020. - №2. - С.95-104.

49.Вассерман, Л. И. Совладание со стрессом /Л.И.Вассерман, В.А.Абабков, Е.А.Трифопова. СПб.: Речь, 2010. - 192 с.

50.Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения //Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллективная монография /Л.И.Вассерман, В.А.Абабков, Е.А.Трифопова и др. -СПб.: Скифия-принт, 2014а.- С.323-345.

51.Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика уровня социальной фрустрированности /Л.И.Вассерман, М.А.Беребин, Б.В.Иовлев //Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. - СПб.: Скифия-принт, 2014б. С.187-213.

52.Вассерман, Л.И. О системном подходе в оценке психической адаптации /Л.И.Вассерман, М.А.Беребин, Н.И.Косенков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 1994. - № 3. - С.16-25.

53.Вассерман, Л.И. Социальный стресс и здоровье /Л.И.Вассерман, Е.А.Дубинина // Руководство по психологии здоровья [Под ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой]. - М.: Изд-во Московского ун-та, 2019. - С.363-392.

54.Вассерман, Л.И. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни /Л.И.Вассерман, Е.А.Трифопова //Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. [Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.]. - СПб.: Скифия-принт, 2014в. - С.30-43.

55.Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к временной перспективе /Л.И.Вассерман, Е.А.Трифопова, К.Р.Червинская

//Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. - СПб.: Скифия-принт, 2014. - С.298-322.

56.Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство /Л.И.Вассерман, Е.А.Трифорова Е.А., О.Ю.Щелкова. - СПб.: Речь, 2011. - 271 с.

57.Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение /Л.И.Вассерман, О.Ю.Щелкова. - СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 736 с.

58.Вассерман, Л.И. Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации /Л.И.Вассерман, О.Ю.Щелкова, Е.А.Дубинина [и др.] //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2021. - Т.56, №3. - С.8-18.

59.Вассерман, Л.И. Методология медицинской психодиагностики: биопсихосоциальный подход, концепция адаптации и гуманистическая психология /Л.И.Вассерман, О.Ю.Щелкова, Е.А.Трифорова //Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. / Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – науч.ред. - СПб.: Скифия-принт, 2014. - С. 12-24.

60.Воронцова-Вельяминова, С.И. Стиль жизни как категория образа жизнедеятельности /С.И.Воронцова-Вельяминова // Проблемы современного антропосоциального познания. - Брянск: Брянский государственный технический университет, 2021. - С.81-84.

61.Ганзен В. А. Системные описания в психологии. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. - 176 с.

62.Герасимова, А.А. Стратегии совладания, психологическое благополучие и проблемное использование интернета в период пандемии /А.А.Герасимова, А.Б.Холмогорова //Психологическая наука и образование. - 2020. - Т.25, №6. - С . 31-40 .

63.Головаха, Е.И. Психологическое время личности /Е.И.Головаха, А.А.Кроник. - М.: Смысл, 2008. - 415 с.

64. Гончарова, Д.А. Программа профилактики дискриминирующего феномена «лукизм» / Д.А.Гончарова, Д.Матюшкова //Актуальные вопросы современной науки и образования /Сб. науч. статей по мат. XX Междунар. научн.-практ. конф. - М., 2021.- С.506-512.
65. Гришина, Н.В. Экзистенциальная психология /Н.В.Гришина. - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2018. - 494 с.
66. Губачев Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. - Ленинград : Медицина, 1981. – 216 с.
67. Гурвич, И.Н. Тест нервно-психической адаптации /И.Н.Гурвич //Вестник гипнологии и психотерапии.- 1992. - № 3. - С.46-53.
68. Дороженок, И.Ю. Нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью /И.Ю.Дороженок, Е.Н.Матюшенко //Психические расстройства в общей медицине. - 2009. - №2. - С. 32-36.
69. Дробижев, М.Ю. Нозогении /М.Ю.Дробижев // Пограничная психическая патология в общемедицинской практике /А.Б.Смулевич – ред. - М.: Изд. дом «Русский врач», 2000. - С.89-99.
70. Еремян, З.А. История становления и развития концепции качества жизни в медицине /З.А.Еремян, О.Ю.Щелкова // Психология. Психофизиология. - 2022. - Т.15, №1. - С. 37-49.
71. Ермолаева, А.В. Восприятие собственной внешности в формировании личности женщины-лидера: автореф. дис....канд. психол. наук; спец. 19.00.05; защищена 16.12.2004 /А.В.Ермолаева; Место защиты: Российская академия государственной службы при Президенте РФ; Работа выполнена: Международный акмеологический институт. - М., 2004. - 28с.
72. Изард, К. Психология эмоций /Пер. с англ. /К.Изард. - СПб.: Питер, 2006. - 460с.
73. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология /Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпова – СПб.: Сенсор, 1999. – 76с.

- 74.Иовлев, Б.В. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН) /Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпова, А.Я.Вукс /Л.И.Вассерман – науч.ред. - СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1999а. - 34 с.
- 75.Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни /Е.Р.Исаева. - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. - 136с.
- 76.Исурина, Г.Л. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н.Мясищева на современном этапе /Г.Л.Исурина, Б.Д.Карвасарский, В.А.Ташлыков [и др.] //Теория и практика медицинской психологии и психотерапии; Сб. науч. тр. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - СПб., 1994. - Т.134. - С.100-109.
- 77.Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им.В.М.Бехтерева, 1998. - 255 с.
- 78.Караваева, Т.А. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах. /Т.А.Караваева, Т.Н.Королькова //Клинич. дерматол. и венерол. – 2018. – Т.17, №5. – С.7-17.
- 79.Карпов А.В. Общая психология. - М: Гардарики, 2005. – 232с.
- 80.Карпова, Э.Б. Психологическая диагностика уровня невротизации /Э.Б.Карпова, Б.В.Иовлев, А.Я.Вукс // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. [Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. - ред.]. - СПб.: Скифия-принт, 2014. - С.154-170.
- 81.Карпова, Э.Б. Психологическая концепция отношений В. Н. Мясищева: основы и содержание /Э.Б.Карпова, Г.Л.Исурина, А.Л.Журавлев // Психологический журнал. - 2020. - Т.41, №2. – С.5-14.
- 82.Килошенко, М.И. Рефлексия невербального поведения в социальной перцепции: автореф. дис. ... канд. психол. наук; спец. 19.00.13, защищена 24.04.1994 /М.И.Килошенко; Место защиты Санкт-Петербургский

государственный университет; Работа выполнена: Санкт-Петербургский государственный университет. - СПб., 1994. 16 с.

83. Кононов, А.Н. Феномен лукизма: исследование особенностей восприятия человека по внешнему виду /А.Н.Кононов, А.А.Шаклеин //Психолого-педагогический поиск.- 2021.-Т.2, №58.-С.131-141.

84. Коцюбинский, А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении /А.П.Коцюбинский // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. - С.230-241.

85. Коцюбинский, А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) /А.П.Коцюбинский. - СПб.: СпецЛит, 2017. - 285 с.

86. Коцюбинский, А.П. Аффективные непсихотические состояния при аутохтонных психических расстройствах (психопатология, терапия) /А.П.Коцюбинский, Г.Э.Мазо. - СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева, 2015. - 44 с.

87. Кочуров, М.Г. Связь копинг-стратегий с локусом контроля /М.Г.Кочуров //Международный научно-исследовательский журнал. Психологические науки. - 2020. - №1-2(91). - С.40-43.

88. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра /В.Н.Краснов. - М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.

89. Краснова, О.В. Основы психодерматологии / О.В.Краснова. - М.: Ленанд, 2018. - 240 с.

90. Кремнева, Т.В. Психофизиологические особенности пациентов с косметическими дефектами и методы их коррекции: автореф.дис....канд. мед.наук; спец.19.00.02: защищена 21.05.2013 /Т.В.Кремнева; Место защиты: ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»; Работа выполнена: ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова». - СПб., 2013.- 19 с.

- 91.Крюкова, Т.Л. Культура, стресс и копинг: социокультурная контекстуализация совладающего поведения. /Т.Л.Крюкова, Т.В.Гущина. – Кострома: Костром. гос. ун-т им. Н.А. Некрасова, Костром. гос. технол. ун-т, 2015. - 235 с.
- 92.Крюкова, Т.Л. Факторы отношения женщин средней взрослости к собственному внешнему облику /Т.Л.Крюкова, А.А.Осьминина //Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2020. – Т.26. - №2.- С.56-62.
- 93.Ксенофонтова, Е.Г. Локус контроля - более полувека исследований. Монография /Е.Г.Ксенофонтова, С.В.Забегалина, Е.Ю.Коржова. -М.: Проспект, 2021. - 112с.
- 94.Кузнецова, Е. Этические принципы психологического исследования /Е.Кузнецова // Образовательный портал «Справочник». Дата последнего обновления статьи: 25.08.2022. URL https://spravochnick.ru/psihologiya/eticheskie_principy_psihologicheskogo_issledovaniya/ (дата обращения: 26.01.2023).
- 95.Куликов, Л.В. Эмоциональная устойчивость личности /Л.В.Куликов. - СПб.: Факультет психологии СПбГУ, 2008. - 41с.
- 96.Лазарус, Р. Стресс, оценка и копинг /Р.Лазарус. /Пер. с англ. - М.: Медицина, 2008. – 218с.
- 97.Лапина, Ю. Тело, еда, секс и тревога. Что беспокоит современную женщину? Исследование клинического психолога /Ю.Лапина. - М.: Алпина нонфикшн, 2018. - 229 с.
- 98.Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) [2-е изд.] /Д.А.Леонтьев Д.А. - М.: Смысл, 2006. - 18с.
- 99.Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности [3-е изд., доп.] /Д.А.Леонтьев. - М.: Смысл, 2007. – 511с.
- 100.Либина, А. Психология современной женщины /А.Либина.- М.: Эксмо, 2003.- 816с.

101. Лицо человека: познание, общение, деятельность: коллект. моногр. [Под ред. К.И. Ананьевой, В.А. Барабанщикова, А.А. Демидова]. - М.: Московский институт психоанализа, 2019. - 568 с.
102. Ломов, Б.Ф. Системность в психологии: избранные психологические труды / Б.Ф. Ломов. – Москва: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК, 1996. – 384 с.
103. Майорова, А.В. Угревая болезнь в практике врача-дерматокосметолога / А.В. Майорова, В.С. Шаповалов, С.Н. Ахтямов. - М.: Фирма КЛАВЕЛЬ, 2005. - 118 с.
104. Мандрикова, Е.Ю. Временная перспектива личности: современные зарубежные и отечественные подходы к ее изучению / Е.Ю. Мандрикова // Время пути: исследования и размышления / Р.А. Ахмерова и др. – ред. - Киев: Ин-т социологии НАН Украины, 2008. - С. 37-67.
105. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 [ВОЗ]; [Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина] - СПб.: Адис, 1994. - 303 с.
106. Мейли, Р. Структура личности / Р. Мейли // Экспериментальная психология. - М.: Прогресс, 1975. - Вып.5. - С.196-283.
107. Мерлин, В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности / В.С. Мерлин. - М.: Педагогика, 1986. - 253 с.
108. Микиртумов, Б.Е. Клиническая семантика психопатологии / 2-е изд. / Б.Е. Микиртумов, А.Б. Ильичев. - СПб.: СПбПМА, 2007. - 216 с.
109. Михайличенко, Т.Г. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа / Т.Г. Михайличенко, О.Ю. Щелкова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». - 2017.- Т.10, №1. - С.121-138.
110. Монахов, С.А. Дифференцированная терапия акне с учетом тяжести кожного процесса и спектра психоэмоциональных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук; спец. 14.00.11; защищена 23.05.2005 / С.А. Монахов; Место защиты: ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова»;

Работа выполнена: ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова». - М., 2005. - 24 с.

111.Морозова, Е.В. Реабилитационная приверженность личности в условиях инвалидизации: психологическая концепция: дис....д-ра психол. наук; спец.5.3.6.; защищена 9.10.2023 /Е.В.Морозова; Место защиты ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный университет; Работа выполнена: Федеральное бюро медико-социальной экспертизы,Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова: - СПб., 2023. - 532 с.

112.Мясищев, В.Н. Личность и неврозы /В.Н.Мясищев. -Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 224 с.

113.Нартова-Бочавер, С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности /С.К.Нартова-Бочавер //Психологический журнал. - 1997. - Т.18, №5. - С.20-30.

114.Незнанов, Н.Г. Возможности психодинамического подхода в мультидименсиональной модели этиопатогенеза дерматологических заболеваний /Н.Г.Незнанов, А.В.Васильева //Психиатрические расстройства в общей медицине. – 2015. - №4. – С.16–21.

115.Николаев, Е.Л. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов /Е.Л.Николаев, Е.Ю.Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. - № 9. – С.18-32.

116.Николаева, В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни / В.В. Николаева // Психосоматика: телесность и культура /В.В.Николаева - ред. - М.: Академический Проект, 2009. – С.96-129.

117.Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /А.А.Новик, Т.И.Ионова. - 2-е изд. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. - 320 с.

- 118.Онкопсихология для врачей и медицинских психологов /Руководство/ А.М.Беляев и коллектив авторов /А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю.Семиглазова, М.В.Рогачев - ред.- СПб.: Любавич, 2017. - 352 с.
- 119.Осницкий, А.В. Проблемы психического здоровья и адаптации личности /А.В.Осницкий. - СПб.: Серебряный век, 2004. - 384 с.
- 120.Основные методы психологической диагностики в клинико-экспериментальных исследованиях /Н.Н.Баурова, А.А.Марченко, И.Ф.Дьяконов [и др.] - СПб.: СпецЛит, 2021. - 335 с.
- 121.Осьминина, А.А. Факторы удовлетворенности внешним обликом и активности в омоложении у женщин средней взрослости: автореф.дис....канд.психол.наук; спец. 19.00.13; защищена 27.12.2021 /А.А.Осьминина; Место защиты: ФГБОУ ВО «Костромской государственной университет»; Работа выполнена: ФГБОУ ВО «Костромской государственной университет». - Кострома, 2021.- 24 с.
- 122.Павлов, И.П. Полное собрание сочинение. 2- е изд. – М.-Л.: Академия наук СССР, 1951-1952. - Т.3, кн.2.- 439 с.
- 123.Первин, Л. Психология личности /Пер. с англ. /Л.Первин, О.Джон. – М: Аспект Пресс, 2001. - 606 с.
- 124.Петленко, В. П. Основные методологические проблемы теории медицины /В.П.Петленко. - Л.: Медицина, 1982. – 256 с.
- 125.Платонов, К.К. Структура и развитие личности. – М.: Наука, 1986. – 254с.
- 126.Посохова, С.Т. Личностные феномены адаптации // Здоровая личность /С.Т.Посохова /Г.С.Никифоров. – ред. - СПб.: Речь, 2013. С. 276-295.
- 127.Практикум по психологии здоровья /Никифоров Г.С. - ред. - М. и др.: Питер, 2005. – 238 с.
- 128.Пузыревич, Н.Л. Пленница собственной красоты /Н.Л.Пузыревич //Диалог: психологический и социально-педагогический журнал. - 2013. - №5. - С.26-30.

- 129.Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практич. рук-во /С.Я.Рубинштейн. - М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. - 303 с.
- 130.Сац, Е.А. Особенности самосознания женщин, недовольных своей внешностью: автореф. дис....канд. психол. наук; спец. 19.00.01; защищена 28.05.2015/Сац Е.А.; Место защиты: ФГБОУ ВПО «Российский государственный гуманитарный университет»; Работа выполнена: Институт психологии им. Л.С.Выготского Федерального ГБОУ ВПО «Российский государственный гуманитарный университет» (РГГУ). - М., 2015. – 28 с.
- 131.Сац, Е.А. Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг /Е.А.Сац, И.М.Слободчиков //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – Vol.1, №1. – С.1563.
- 132.Святенко, Л.В. Психологические факторы расстройств адаптации женщин с избыточным весом: автореф. дис....канд. психол. наук; спец. 19.00.04; защищена 14.03.2012 /Святенко Л.В.; Место защиты: ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный университет; Работа выполнена: ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный университет. - СПб., 2012. - 25 с.
- 133.Семичов, С.Б. Предболезненные психические расстройства /С.Б.Семичов. - Л.: Медицина, 1987. – 181 с.
- 134.Сериков, Г.В. Привлекательный внешний облик как «инструментальная ценность», его значимость в молодежной среде /Г.В.Сериков //Психолог.- 2018. - №6. - С.21-30.
- 135.Сирота, Н.А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков /Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский //Обзор психиатрии и медицинской психологии. - 1994. - №1. - С.63-74.
- 136.Смулевич, А.Б. Психокardiология /А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, М.Ю.Дробижев [и др.]. - М.: Медицинское информационное агентство, 2005. - 777 с.

- 137.Соловьева, С.Л. Психотерапия : новейший справочник практического психолога / С.Л.Соловьева. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005. - 704 с.
- 120.Стрельцова, М.А. Отношение к внешности - психологический феномен /М.М.Стрельцова, Г.Г.Вербинина //Высшая школа.-2020. -№8. - С.47-50.
- 138.Суэми, В. Психология красоты и привлекательности /Пер. с англ. /В.Суэми, А.Фернхем. - СПб.: Питер, 2009. - 240 с.
- 139.Тейверлаур, М.П. Значение восприятия времени для внутренней картины болезни при невротической депрессии /М.П.Тейверлаур //Обозрение психиатрии и мед. психологии им.В.М.Бехтерева.- 1991.- №2. – С.84-86.
- 140.Тхостов, А.Ш. Культурно-исторический подход к психологии здоровья: культурология, семиотика и мифология здоровья /А.Ш.Тхостов, А.С.Нелюбина //Руководство по психологии здоровья /А.Ш.Тхостова, Е.И.Рассказова - ред. - М.: Издательство Московского университета, 2019. - С.102-152.
- 141.Тхостов, А.Ш. Психология телесности /А.Ш.Тхостов. - М.: Смысл. - 2002. – 287 с.
- 142.Фаустова, А.Г. Динамика самоотношения при изменении внешности: автореф. дис. ...канд. психол. наук; спец. 19.00.13; защищена 19.10.2017 /А.Г.Фаустова; Место защиты: ФГБУН Институт психологии Российской академии наук ФГБУН Институт психологии Российской академии наук; Работа выполнена: ФГБУН Институт психологии Российской академии наук. - М., 2017. - 28 с.
- 143.Федунина, Н.Ю. Особенности совладания со стрессом у подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением /Н.Ю.Федунина, Г.С.Банников, Т.С.Павлова [и др.] //Консультативная психология и психотерапия. - 2018. - Т. 26, №2. - С.33-52.
- 144.Франкл, В. Человек в поисках смысла /В.Франкл /Пер. с англ. и нем. - М.: Прогресс, 1990. - 368 с.
- 145.Фромм, Э. Человек для себя. Революция надежды. Иметь или быть. /Э.Фромм. - М.: АСТ, 2007. - 602 с.

146. Холланд, Дж. Психонкология. История развития / Дж. Холланд, Н.М. Ривкина // Консультативная психология и психотерапия. - 2014. - Т.22, №1. - С.14-22.
147. Шаболтас, А.В. Психологическая концепция и технологии превенции ВИЧ-инфекции: автореф. дис.... д-ра. психол. наук; спец. 19.00.04; защищена 28.06. / А.В. Шаболтас; Место защиты: Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России; Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».- СПб., 2018. – 51
148. Шакуров, И.Г. Психоэмоциональный статус и личностно-характерологические особенности пациентов с рубцовыми изменениями кожи / И.Г. Шакуров, И.Б. Глубокова, А.И. Табашникова // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2009. - № 3. - С.50-60.
149. Шетче, К. От копинговых стратегий к симптомам психопатологии: моделирование структурными уравнениями, подтверждающее важность социальной поддержки / К. Шетче // Консультативная психология и психотерапия. - 2022. - Т.30, №1. - С.67-92.
150. Шиндриков, Р.Ю. Копинг-поведение в системе психосоциальной оценки пациентов, ожидающих трансплантацию сердца / Р.Ю. Шиндриков, О.Ю. Щелкова, Е.А. Демченко [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. - 2020. - Т.28, №2. - С.170-190.
151. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации / Авторы-составители Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс / Л.И. Вассерман – науч.ред. - СПб. Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1999. - 34 с.
152. Шустрова, Г.П. Психосемантический подход в диагностике личности и оценке динамики лечения больных с депрессивными расстройствами в пожилом возрасте: автореф. дис... канд. психол. наук; спец. 19.00.04; защищена 13.04.2006 / Г.П. Шустрова; Место защиты: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.

В.М.Бехтерева; Работа выполнена: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.- СПб., 2006. - 24 с.

153.Щелкова, О.Ю. Системный подход в медицинской психологии /О.Ю.Щелкова // Психодиагностика и психокоррекция [Под ред. А.А.Александрова]. - СПб.: Питер, 2008.- С. 84-114.

154.Щелкова, О.Ю. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей /О.Ю.Щелкова, Е.Б.Усманова, И.А.Горбунов [и др.] // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. - 2018. - Т.25, № 3. - С.62–72.

155.Щелкова, О.Ю. Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием /О.Ю.Щелкова, М.В.Яковлева, Е.Б.Усманова [и др.] //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2022. - Т. 56, №1.- С.79-94.

156.Эйдемиллер, Э. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. /Э.Эйдемиллер, В.Юстицкис. - СПб.: Питер, 2009. - 672 с.

157.Эспинас, А.В. Социальная жизнь животных: опыт сравнительной психологии /А.В.Эспинас. - М.: ЛИБРОКОМ, 2012. – 319 с.

158.Яничев, Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и невротоподобной симптоматикой: дисс....канд. психол. наук; спец. 19.00.04; защищена 20.12.2006 /Яничев Д.П.; Место защиты: Санкт-Петербургский государственный университет; Работа выполнена Санкт-Петербургский государственный университет. - СПб., 2006. - 156 с.

159.Яременко, С. Н. Внешность человека в культуре /С.Н.Яременко. - Ростов-на-Дону: Издательский центр ДГТУ, 1997. - 172 с.

160.Яровая, Н.П. Взаимосвязь самоотношения и глазоувидительных паттернов при восприятии женщинами собственного лица /Н.П.Яровая,

Е.Р.Аравийская, В.С.Зуева [и др.] //Рос. психол. журн. - 2021. - Т.18, №1. - С.22-33.

161.Aderka, I.M. Body image in social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and panic disorder. /I.M.Aderka, C.A.Gutner, A.Lazarov [et al.] //Body Image. - 2014. - Vol.11, №1. - P.51-56.

162.Agrawal, H. Impact of social media and photo-editing practice on seeking cosmetic dermatology care /H.Agrawal, S.Agrawal //Clin.Cosmet.Invest.Dermatol. - 2021. -Vol.14.- P.1377-1385.

163.Alam, M. Botulinum toxin and the facial feedback hypothesis: can looking better make you feel happier? /M.Alam, K.C.Barret, R.M.Hodapp et al. //J.Am.Acad.Dermatol. – 2008. – Vol.58, №6. –P.1061-72.

164.Alam, M. Multicenter prospective cohort study of the incidence of adverse events associated with cosmetic dermatologic procedures: lasers, energy devices, and injectable neurotoxins and fillers /M.Alam, R.Kakar, M.Nodzinski et al. //JAMA Dermatol.- 2015. - Vol.15, №3. - P.271-277.

165.AlOtaibi, H.M. Quality of life assessment among patients suffering from different dermatological diseases /H.M.AlOtaibi, N.A.AlFurayh, B.M.AlNooh et al. //Saudi Med.J. – 2021. – Vol.42, №11. – P.1195-1200.

166.Amatya, B. Assessment and comparison of quality of life in patients with melasma and vitiligo /B.Amatya, D.B.Pokhrel //Kathmandu Univ.Med.J.(KUMJ). – 2019. – Vol.17, №66. – P.114-118.

167.Anderson, U.S. I only have eyes for you: ovulation redirects attention (but not memory) to attractive men /U.S.Anderson, E.F.Perea, D.V.Becker et al. //J.Exp.Soc.Psychol.- 2010. – Vol.46, №5. - P.804-808.

168.Asimakopoulou, E. Plastic surgery on body image, body satisfaction and self-esteem /E.Asimakopoulou, H.Zavrides, T.Askitis //Acta Chir.Plast. – 2020. – Vol.61, №1-4. – P.3-9.

169.Balkrishnan, R. Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes /R.Balkrishnan, A.J.McMichael, J.Y.Hu et al. //Int.J.Dermatol. - 2006. - Vol.45, №2. - P.111-115.

- 170.Barankin, B. Psychological effect of common skin diseases /B.Barankin, J.DeKoven //Can.Fam.Phisician. - 2002. - Vol.48. - P.712-716.
- 171.Barrier, C. La dimension esthétique du soin comme accompagnement social [The aesthetic dimension of care as social support] /C.Barrier //Soins. - 2021. - T.66, №859. - P.39-41.
- 172.Bech, P. Measuring the dimension of psychological general well-being by the WHO-5 /P.Bech //Quality of Life Newsletter. - 2004. - Vol.1, №32. - P.15-16.
- 173.Bensoussan, J.C. Quality of life before and after cosmetic surgery /J.C.Bensoussan, M.A.Bolton, S.Pi [et al.] //CNS Spectr. – 2014. – Vol.19, №4. – P.282-292.
- 174.Benzeval, M. Does perceived physical attractiveness in adolescence predict better socioeconomic position in adulthood? Evidence from 20 years of follow up in a population cohort study /M.Benzeval, M.J.Green, S.Macintyre //PLoS One. - 2013. -Vol.8, №5. - e63975.
- 175.Bonsall, A. A review of the quality of life following pulsed dye laser treatment for erythemotelangiectatic rosacea /A.Bonsall, S.Rajpara //J.Cosmet.Laser Ther. – 2016. –Vol.18, №2. – P.86-90.
- 176.Bowdring, M.A. Perception of physical attractiveness when consuming and not consuming alcohol: a meta-analysis /M.A.Bowdring, M.A.Sayette //Addiction.- 2018. doi: 10.1111/add.14227. 29660184.
- 177.Brehm, S.S. Social psychology - 6th ed. /S.S.Brehm, S.M.Kassin, S.Fein. - Boston: Houghton Mifflin, 2005. - 706 p.
- 178.Brewin, M.P. The lived experience and quality of life with burn scarring: the results from a large-scale online survey /M.P.Brewin, S.J.Homer //Burns. – 2018. – Vol.44, №7. –P.1801-1810.
- 179.Brierley, M.E. The body and the beautiful: health, attractiveness and body composition in men's and women's bodies /M.E.Brierley, K.R.Brooks, J.Mond [et al.] //PLoS One.- 2016. - Vol.11, №6. - e0156722.

180. Brown, B.C. The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring /B.C.Brown, S.P.McKenna, K.Siddhi [et al.] //J.Plast.Reconstr.Aesthet.Surg.- 2008.- Vol.61, №9. - P.1049-1058.
181. Bueller, H. Ideal facial relationships and goals /H.Bueller //Facial Plast.Surg. - 2018. - Vol.34, №5. - P.458–465.
182. Bush, J.W. "Counterintuitive" preferences in health-related quality-of-life measurement /J.W.Bush, J.P.Anderson, R.M.Kaplan [et al.] //Med Care. – 1982. - Vol.20, №5. - P.516-525. doi:10.1097/00005650-198205000-00008.
183. Campbell, S.L. Resident attractiveness: an influential factor in the quality of care in nursing homes /S.L.Campbell //J.Gerontol.Nurs. - 2005. - Vol.31, №8. - P.18-25.
184. Capparuccini, O. The potential hedonic role of olfaction in sexual selection and its dominance in visual cross-modal interactions /O.Capparuccini, C.P.Berrie, A.Mazzatenta //Perception. - 2010. - Vol.39, №10. - P.1322-1329.
185. Carrard, I. Associations between body dissatisfaction, importance of appearance, and aging anxiety with depression, and appearance-related behaviors in women in mid-life /I.Carrard, M.Argyrides, X.Ioannou [et al.] //J.Women Aging. -2019. -Vol.33, №1. - P.70-83.14.
186. Cash, T.F. The eye of the beholder: susceptibility to sexism and beautism in the evaluation of managerial applicants /T.F.Cash, R.N.Kilcullen //J.Appl.Soc.Psychol. - 1985. - Vol.15. - P.591–605.
187. Cattaneo, Z. Neural correlates of visual aesthetic appreciation: insights from non-invasive brain stimulation /Z.Cattaneo //Exp.Brain Res. - 2020. - Vol.238, №1. - P.1-16.
188. Cela-Conde, C.J. Activation of the prefrontal cortex in the human visual aesthetic perception /C.J.Cela-Conde, G.Marty, F.Maestú [et al.] //Proc.Natl.Acad.Sci.USA.- 2004. - Vol.101, №16. - P.6321-6325.
189. Cellerino, A. Psychobiology of facial attractiveness /Cellerino A. //J.Endocrin.Invest. - 2003. - Vol.26, № 3. - Suppl. - S.45–48.

- 190.Chelnokova, O. Rewards of beauty: the opioid system mediates social motivation in humans /O.Chelnokova, B.Laeng, M.Eikemo [et al.] //Mol.Psych. - 2014. - Vol.19, №7. - P.746-747.
- 191.Cheng, Q. Neural responses to facial attractiveness in the judgments of moral goodness and moral beauty /Q.Cheng, Z.Han, S.Liu [et al.] //Brain Struct.Funct. - 2022. -Vol.227, №3. - P.843-863. doi: 10.1007/s00429-021-02422-5.
- 192.Chernyshov, P.V. Quality of life measurement in rosacea. Position statement of the European Academy of Dermatology and Venereology task forces on quality of life and patient oriented outcomes and acne, rosacea and hidradenitis suppurativa /P.V.Chernyshov, A.Y.Finlay, L.Tomas-Aragones [et al.] //J.Eur.Acad.Dermatol.Venereol. – 2023. – Vol.37, No.5. – pp.954-964. doi: 10.1111/jdv.18918
- 193.Chuh, A. The skin and the mind /A.Chuh A., W.Wong, V.Zawar // Aust. Fam.Phisician. - 2006. - Vol. 35, №9. - P.723-725.
- 194.Coetzee, V. Cross-cultural agreement in facial attractiveness preferences: the role of ethnicity and gender /V.Coetzee, J.M.Greeff, I.D.Stephen [et al.] //PLoS One. -2014. -Vol.9, №7. - e99629. doi:10.1371/journal.pone.0099629.
- 195.Cogsdill, E.J. Inferring character from faces: a developmental study /E.J.Cogsdill, A.T.Todorov, E.L.Spelke [et al.] //Psychol.Sci.-2014.-Vol.25, №5. - P.1132-1139. doi:10.1177/0956797614523297.
- 196.Cohen, J.L. High patient satisfaction for up to 6 months with onabotulinumtoxin A treatment upper facial lines /J.L.Cohen, S.Fagien, P.Oglivie [et al.] //Meta-Analysis Dermatol.Surg.- 2022.-Vol.48, №11-P.1191-1197.
- 197.Cohen, S. A global measure of perceived stress /S.Cohen, T.Kamarck, R.Mermelstein //J.Health Soc.Behav. – 1983. – Vol.24. –P.385-396.
- 198.Conrado, L.A. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: prevalence and clinical features /L.A.Conrado, A.G.Hounie, J.B.Diniz [et al.] //J.Am.Acad.Dermatol.-2010.-Vol.63, №2.-P.235-243.
- 199.Cotterill, J.A. Suicide in dermatological patients /J.ACotterill, W.J.Cunliffe //Br. J.Dermatol. - 1997. - Vol. 137, №2. - P. 246-250.

- 200.Crumbaugh, J.S. An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Freud's concept of noogenic neurosis /J.S.Crumbaugh L.T.Maholick //J. Clinical Psychology. -1964. - Vol. 20, № 2. - P.200–207.
- 201.Cunliffe, W.J. Acne and unemployment /W.J.Cunliffe //Br.J.Dermatol. - 1986. - Vol.115, №3. - P. 386.
- 202.Dabas, G. Psychological disturbances in patients with pigmentary disorders: a cross-sectional study /G.Dabas, K.Vinay, D.Parsad [et al.] //J.Eur.Acad.Dermatol.Venereol. - 2020. – Vol.34, №2. – P.392-399. doi:10.1111/jdv.15987.
- 203.Dadkhahfar, S. Motivations and characteristics of patients seeking minimally invasive cosmetic procedures in two Iranian dermatology centers: a cross-sectional study /S.Dadkhahfar, M.Gheisari, Y.Kalantari [et al.] //Int.J.Womens Dermatol.-2021. - Vol.7, №5. - Part B. - P.737-742.
- 204.Dalgard, F.J. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries /F.J.Dalgard, U.Gieler, L.Tomas-Aragones [et al.] //J.Invest.Dermatol. - 2015. - Vol.135, №4. - P.984-991. doi:10.1038/jid.2014.530
- 205.Damon, F. Preference for attractive faces is species-specific /F.Damon, Z.Li, Y.Yan [et al.] //J.Comp.Psychol. - 2019. - Vol.133, №2. - P.262-271. doi:10.1037/com0000148.
- 206.Dayan S.H. Topical skin therapies in subjects undergoing full facial rejuvenation: randomized controlled trial /S.H.Dayan, J.T.Bacos, T.Ho [et al.]. //J.Cosmet. Dermatol. - 2019.-Vol.18, №3.-P.798-805.
- 207.Dayan, S. Aesthetic treatment positively impacts social perception: analysis of subjects from the HARMONY study /S.Dayan, A.Rivkin, J.M.Sykes [et al.] //Aesthet.Surg.J.-2019.-Vol.39, №12.-Vol.1380-1389. doi:10.1093/asj/sjy239.
- 208.de Aquino, M.S. Assessment of quality of life in patients who underwent minimally invasive cosmetic procedures /M.S.de Aquino, A.Haddad, L.M.Ferreira //Aesthet.Plast.Surg. – 2013. – Vol.37, №3. –P.497-503. doi:10.1007/s00266-012-9992-1000.

209. DeBrune, L. Women's attractiveness of self-resembling faces changes across the menstrual cycle /L.M.DeBrune, B.C.Jones, D.I.Perett //Horm.Behav.-2005.-Vol.47, №4.-P.379–383. doi: 0.1016/j.yhbeh.2004.11.006.
210. Dobosz, M. Motivations, demography, and clinical features of body dysmorphic disorder among people seeking cosmetic treatments: a study of 199 patients /M.Dobosz, P.Rogowska, E.Sokołowska [et al.] //J.Cosmet.Dermatol. – 2022. -Vol.21, №10. - P.4646-4650.doi: 10.1111/jocd.14890.
211. Dreno, B. Acne relapses: impact on quality of life and productivity /B.Dreno, C.Bordet, S.Seite, C.Taieb //J.Eur.Acad.Dermatol.Venereol.-2019.-Vol.33, №5. – P.937-943. doi:10.1111/jdv.15419.
212. Du Mont, J. Perceived discrimination and self-rated health in Canada: an exploratory study /J.Du Mont, T.Forte //BMC Public Health.-Vol.16.-P.742. doi:10.1186/s12889-016-3344-y.
213. Dural, S. Hemispheric specialization in the assessment of female physical attractiveness /S.Dural, H.Cetinkaya, E.Gülbetekin //Laterality. - 2015. - Vol.20, №2. - P.232-248. doi:10.1080/1357650X.2014.955503.
214. Đurović, M.R. Quality of life in Montenegrin pupils with acne /M.R.Đurović, M.Đurović, J.Janković [et al.] //PLoS One. – 2021. – Vol.16, №4. -e0250155. doi:10.1371/journal.pone.0250155.
215. Eleftheriou, A. Does attractiveness influence condom use intentions in women who have sex with men? /A.Eleftheriou, S.Bullock, C.A.Graham [et al.] //PLoS One. – 2019.-Vol.14, №5.-e0217152.
216. Eliot, R.S. Relationship of emotional stress to the heart /R.S.Eliot //Heart Dis.Stroke. – 1993. - Vol.2, №3. – P.243-246.
217. Etkoff, N. A novel test of the Duchenne marker: smiles after botulinum toxin treatment for crow's feet wrinkles /N.Etkoff, S.Stock, E.G.Krumhuber [et al.] //Front.Psychol. – 2021. – Vol.11. –P.612654. doi:10.3389/fpsyg.2020.612654.
218. Ferrari, C. The dorsomedial prefrontal cortex mediates the interaction between moral and aesthetic valuation: a TMS study on the beauty-is-good stereotype

- /C.Ferrari, M.Nadal, S.Schiavi [et al.] //Soc.Cogn.Affect.Neurosci.-2017.-Vol.12, №5.-P.707-717. doi:10.1093/scan/nsx002.
- 219.Fisher, M. L. The shape of beauty: determinants of female physical attractiveness /M.L.Fisher, M.Voracek //J. Cosm.Dermatol.-2006.-Vol.5, №2.-P.190–194. doi:10.1111/j.1473-2165.2006.00249.x.
- 220.Folkman, S. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms /S.Folkman, R.Lazarus, R.Gruen [et al.] //J.Pers.Soc.Psychol. -1986. - Vol.50, №3. - P.571-579.
- 221.Foo, Y.Z. Predictors of facial attractiveness and health in humans /Y.Z.Foo, L.W.Simmons, G.Rhodes //Sci.Rep. - 2017. - Vol.7. - P.39731. doi:10.1038/srep39731.
- 222.Galadari, H. COVID-19 and its impact on cosmetic dermatology /H.Galadari, A.S.Gupta, G.Kroumpozos [et al.] //Derm.Ther. -2020. - Vol.33, №6. -e13822. doi:10.1111/dth.13822.
- 223.Gheorghiu, A.I. Facial appearance affects science communication /A.I.Gheorghiu, M.J.Callan, W.J.Skylark //Proc.Natl.Acad.Sci.USA.-2017.-Vol.114, №23.-P.5970-5975. doi:10.1073/pnas.1620542114.
- 224.Gibson, J.A.G. The association of affective disorders and facial scarring: systematic review and meta-analysis /J.A.G.Gibson, E.Ackling, Bisson J.I. [et al.] //J.Affect.Disord. – 2018. – Vol.239. – P.1-10. doi:10.1016/j.jad.2018.06.013.
- 225.Gobbini, M.I. Neural response to the visual familiarity of faces /M.I.Gobbini, J.V.Haxby //Brain Res.Bull. - 2006. - Vol.71. - P.76-82. doi:10.1016/j.brainresbull.2006.08.003.
- 226.Goldberg, L.R. The development of markers for the Big-five factor structure //J.R.Goldberg // Pers.Soc.Psychol. - 1992. - Vol. 59, №6. - P.1216–1229.
- 227.Gouda-Vossos, A. The interplay between economic status and attractiveness, and the importance of attire in mate choice judgments /A.Gouda-Vossos, R.C.Brooks, B.J.W.Dixson//Front.Psychol.-2019.-Vol.10.-P.462. doi:10.3389/fpsyg.2019.00462.

- 228.Grossbart, T.A. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient /T.A.Grossbart, D.B.Sarwer //Semin.Cutan.Med.Surg. -2003. - Vol.22, №2. - P.136-47. doi:10.1053/sder.2003.50013.
- 229.Guest, E. The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: a systematic review /E.Guest, B.Costa, H.Williamson [et al.] //Body Image.-2019.-Vol.30.-P.10-25. doi:10.1016/j.bodyim.2019.04.002.
- 230.Halsey, L.G. An explanation for enhanced perceptions of attractiveness after alcohol consumption /L.G.Halsey, J.W.Huber, R.D.J.Buften [et al.] //Alcohol. - 2010. – Vol.44, №4. - P. 307–313. doi:10.1016/j.alcohol.2010.02.001.
- 231.Hamilton, H.K. No difference in psychotropic medication use in cosmetic and general dermatology patients /H.K.Hamilton, E.Lilly, K.A.Arndt [et al.] //J.Drugs Dermatol. -2016. - Vol.15, №7. - P.858-861.
- 232.Hashim, P.W. Ideals of facial beauty /P.W.Hashim, J.K.Nia, M.Taliercio [et al.] //Cutis. – 2017. – Vol.100, №4. - P.222-224.
- 233.Heisig, M. Psychosocial aspects of rosacea with a focus on anxiety and depression /M.Heisig, A.Reich //Clin.Cosmet.Investig.Dermatol. – 2018. - No.11. – P.103-107. doi:10.2147/CCID.S126850.
- 234.Hibler, B.P. Assessing improvement of facial appearance and quality of life after minimally-invasive cosmetic dermatology procedures using the FACE-Q Scales /B.P.Hibler, J.Schwitzer, A.M.Rossi //J.Drugs Dermatol.- 2016.- Vol.15, №1. - P.62-67.
- 235.Hoffman, L. Look better, feel better, live better? The impact of minimally invasive aesthetic procedures on satisfaction with appearance and psychological wellbeing /L.Hoffman, S.Fabi //J.Clin.Aesthet Dermatol.-2022.-Vol.15, №5.- P.47-58.
- 236.Huang, Y. Health related quality of life of rosacea patients in China assessed by Dermatology Life Quality Index and willingness to pay /Y.Huang, S.Yan, H.Xie [et al.] //Patient Prefer.Adherence. – 2022. – Vol.16. – P.659-670. doi:10.2147/PPA.S345258.

- 237.Huber, S. Effects of parental socio-economic conditions on facial attractiveness /S.Huber, M.Fieder //Evol.Psychol.-2014.-Vol.12, №5.-P.1056-1065.
- 238.Hull, P.R. Acne, depression, and suicide //Dermatol.Clin. - 2005. -Vol.23, №4. -P.665-674.
- 239.Husain, W. The psychodermatological role of cosmetic dermatologists and beauticians in addressing charismaphobia and related mental disorders /W.Husain, N.Zahid, A.Jehanzeb [et al.] //J.Cosmet.Dermatol. – 2022. - Vol.21, №4.- P.1712-1720. doi:10.1111/jocd.14317.
- 240.Ikino J.K. Melasma and assessment of the quality of life in Brazilian women /J.K.Ikino, D.H.Nunes, V.P.Silva [et al.] //An.Bras.Dermatol.-2015.- Vol.90, №2. - P.196-200. doi:10.1590/abd1806-4841.20152771.
- 241.Imadojemu, S. Influence of surgical and minimally invasive facial cosmetic procedures on psychosocial outcomes: a systematic review /S.Imadojemu, D.B.Sarwer, I.Percec [et al.] //JAMA Dermatol. - 2013.- Vol.149, №11. - P.1325-1333.
- 242.Jones, B.C. Ovulation, sex hormones, and women's mating psychology /B.C.Jones, A.C.Hahn, L.M.DeBruine //Trends Cogn.Sci.-2019.-Vol.23, №1.- P.51–62. doi:10.1016/j.tics.2018.10.008.
- 243.Kagha, K. Melasma's impact on quality of life /K.Kagha, S.Fabi, M.P.Goldman //J.Drugs Dermatol. - 2020. – Vol.19, №2. –P.184-187. doi:10.36849/JDD.2020.4663.
- 244.Kanwisher, N. The fusiform face area: a cortical region specialized for the perception of faces /N.Kanwisher, G.Yovel //Philos.Trans.R.Soc. Lond.B.Biol.Sci. - 2006. - Vol.361. - P.2109–2128. doi:10.1098/rstb.2006.1934.
- 245.Khademi, M. The healing effects of facial BOTOX injection on symptoms of depression alongside its effects on beauty preservation //M.Khademi, M.Roohaninasab, A.Goodarzi [et al.] //J.Cosmet.Dermatol. – 2021. – Vol.20, №5. – P.1411-1415. doi.org/10.1111/jocd.13990.

- 246.Kilkenny, M. The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 3.Acne vulgaris /M.Kilkenny, K.Merlin, A.Plunkett [et al.] //Br.J. Dermatol. -1998. - Vol.139, №5. - P. 840–845.
- 247.Korotkova, I. Clinical and psychological characteristics and targets for psychotherapy at atopic dermatitis patients /I.Korotkova, S.Klibson, M.Gulordava [et al.] // Arch.Psych.Psychother. - 2021.- №3. - P. 17-24.
doi.org/10.12740/APP/132537.
- 248.Koski, J.E. Understanding social hierarchies: the neural and psychological foundations of status perception /J.E.Koski, H.Xie, I.R.Olson //Soc.Neurosci. – 2015.-Vol.10, №5.-P.527-550.
- 249.Kouris, A. Patients' self-esteem before and after chemical peeling procedure /A.Kouris A., E.Platsidaki, C.Christodoulou.- 2018. – Vol.20, №4.-P.220-222. doi:10.1080/14764172.2017.1400168.
- 250.Kranz, D. Bald and bad? /D.Kranz, L.Nadarevic, E.Erdfelder //J.Exper.Psychol.-2019. - Vol.66, №5. - P.331–345. doi:10.1027/1618-3169/a000457.
- 251.Krems, J.A. Women selectively guard their (desirable) mates from ovulating women /J.A.Krems, R.Neel, S.L.Neuberg [et al.] //J.Pers.Soc.Psychol. - 2016. - Vol.110, №4. -P.551-573. doi:10.1037/pspi0000044.
- 252.Kundu, K. Gender differences in quality of life and psychological impact of facial burn scars in a tertiary care center /K.Kundu, V.S.Rawat, D.Chattopadhyay //Burns. - 2021. – Vol.47, №5. – P.1153-1160. doi:10.1016/j.burns.2020.10.021.
- 253.Kurtti, A. Combination facial aesthetic treatment in millennials /A.Kurtti, C.Charles, J.Jagedo //J.Drugs Dermatol. – 2022. -Vol.21, №1. - P.37-42.
- 254.Labunskaya, V. Appearance perfectionism. Satisfaction and concern with appearance factors of lookism accessibility in everyday interaction / V.Labunskaya, D.Pogontseva //5th International multidisciplinary scientific conference on social sciences and arts SGEM. - Albena, Bulgaria, 2018.-София: СТЕФ92 Технолоджи, 2018.-С.41-48.

- 255.Langan, E.A. Psychodermatology: a special edition of skin health and disease /E.A.Langan, G.W.M.Millington // Skin Health Dis. – 2022. - Vol.2, №4. -e192. doi:10.1002/ski2.192.
- 256.Langlois, J. H. Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. /J.H.Langlois, L.Kalakanis, A.J.Rubenstein [et al.] //Psychol.Bull.-2000. - Vol.126, №3. - P.390–423. doi:10.1037/0033–2909.126.3.390.
- 257.Lasek, R.J. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients /R.J.Lasek, M.-M.Chren //Arch. Dermatol. - 1998. - Vol.134, №4. - P.454-458.
- 258.Lazarus, R.S. Stress, appraisal and coping /R.S.Lazarus, S.Folkman. - N.Y.: Springer, 1984. - 456 p.
- 259.Lazarus, R.S. The psychology of stress and coping. /R.S.Lazarus //Issues Ment.Health Nurs. – 1985. - Vol.7, №1-4. - P.399-418. doi:0.3109/01612848509009463.
- 260.Lee, H. Lookism hurts: appearance discrimination and self-rated health in South Korea /H.Lee, I.Son, J.Yoon [et al.] //Int.J.Equity Health.-2017.-Vol.16, №1.-P.204. doi:10.1186/s12939-017-0678-8.
- 261.Leidger, A. Sexual self-esteem and psychological burden of adults with neurofibromatosis type 1 /A.Leidger, M.Vosschulte, T.O.Nieder [et al.] //Front.Psychol. – 2022. – Vol.13. – P.883019. doi:10.3389/fpsyg.2022.883019.
- 262.Lephart, E.D. A review of the role of estrogen in dermal aging and facial attractiveness in women /E.D.Lephart //J.Cosmet/Dermatol. – 2018. – Vol.17, №3. - P.282–288. doi: \10.1111/jocd.12508.
- 263.Lephart, E.D. Human scalp hair: modulation by various factors and hormones do estrogens inhibit or stimulate: a perplexing perspective /E.D.Lephart //J.Cosm.Dermatol.-2019.-Vol.18, №6.-P.1860–1865. doi:10.1111/jocd.12888.
- 264.Lewis, M.B. Exploring the positive and negative implications of facial feedback /M.B.Lewis //Emotion. – 2012. – Vol.12, №4. –P.852-9. doi:10.1037/a0029275.

- 265.Lewis, M.B. The interactions between botulinum-toxin-based facial treatments and embodied emotions /M.B.Lewis //Sci.Rep. – 2018. – Vol.8, №1. – P.14720. doi:10.1038/s41598-018-33119-1.
- 266.Lie, H.C. Genetic diversity revealed in human faces /H.C.Lie, G.Rhodes, L.W.Simmons //Evolution.-2008. - Vol.62, №10. - P.2473-2486. doi:10.1111/j.1558-5646.2008.00478.x.
- 267.Little, A.C. Facial attractiveness: evolutionary based research /A.C.Little, B.C.Jones, L.M.DeBruine //Philos.Trans.R.Soc.Lond.B.Biol.Sci. - 2011. - Vol.366, №1571. - P.1638–1659. doi:10.1098/rstb.2010.0404.
- 268.Liu, C.H. Predicting attractiveness from face parts reveals multiple covarying cues. /C.H.Liu, A.W.Young, J.Li [et al.] //Br.J.Psychol. - 2022. - Vol.113, №1. - P.264-286. doi:10.1111/bjop.12532.
- 269.Loron, A.M. Personality disorders among individuals seeking cosmetic botulinum toxin type A (BoNTA) injection, a cross-sectional study /A.M.Loron, A.Ghaffari, N.Poursafarholi N. //Eurasian J.Med. – 2018. - Vol.50, №3. - P.164-167.
- 270.Lundström, J.N. Functional neuronal processing of human body odors /J.N.Lundström, M.J.Olsson //Vitam.Horm. - 2010. -Vol.83. - P.1–23. doi:10.1016/S0083-6729(10)83001-8.
- 271.Lutz, C.K. Infant monkeys' visual responses to drawings of normal and distorted faces /C.K.Lutz, J.S.Lockard, V.M.Gunderson [et al.] //Am.J.Primatol. - 1998. - Vol.44, №2. - P.169-174. doi:10.1002/(SICI)1098-2345(1998)44:2<169::AID-AJP7>3.0.CO;2-U.
- 272.Ma, Y. Changes in purchasing patterns in the beauty market due to post-COVID-19: literature review /Y.Ma, K.H.Kwon //J.Cosmet/Dermatol. – 2021.- Vol.20, №10.-P.3074-3079.
- 273.MacCallum, F. Altered images: understanding the influence of unrealistic images and beauty aspirations /F.MacCallum, H.Widdows //Health Care Anal.- 2018.-Vol.26, №3.-P.235-245.

274. Macêdo Uchôa, F.N. Influence of body dissatisfaction on the self-esteem of Brazilian adolescents: a cross-sectional study /F.N.Macêdo Uchôa, N.M.Uchôa, T.N.D.C.Daniele [et al.] //Int.Jviron.Res Public Health. – 2020. - Vol.17, №10.- P.3536. doi:10.3390/ijerph17103536.
275. Maestriperi, D. Explaining financial and prosocial biases in favor of attractive people: interdisciplinary perspectives from economics, social psychology, and evolutionary psychology /D.Maestriperi, A.Henry, N.Nickels //Behav.Brain Sci.- 2017.- Vol. 40. - e19. doi:10.1017/S0140525X16000340.
276. Magin, P. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of qualitative study /P.Magin, J.Adams, G.Heading [et al.] //Can.Fam.Phisician. - 2006. - Vol.52. - P.978.
277. Maisel, A. Self-reported patient motivations for seeking cosmetic procedures /A.Maisel, A.Waldman, K.Furlan [et al.] //JAMA Dermatol. – 2018. – Vol.154, №10. –P.1167-1174. doi:10.1001/jamadermatol.2018.2357.
278. Maisel, A. Types of cosmetic procedures requested by different types of patients and the reasons for these preferences /A.Maisel, A.Waldman, E.Poon [et al.] //Dermatol.Surg. – 2020. – Vol.46, №12ю – P.1728-1732. doi:10.1097/DSS.0000000000002632.
279. Mallon, E. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires /E.Mallon E., J.N.Newton, A.Klassen [et al.] //Br.J.Dermatol.-1999. - Vol.140, №4. - P. 672-676.
280. Marcinkowska, U.M. A comparison of masculinity facial preference among naturally cycling, pregnant, lactating, and post-menopausal women. U.M.Marcinkowska, G.Jasienska, P.Prokop //Arch.Sex Behav. - 2018. - Vol.47, №5. - P.1367-1374. doi:10.1007/s10508-017-1093-3.
281. Marshall, C.D. Cutaneous scarring: basic science, current treatments, and future directions /C.D.Marshall, M.S.Hu, T.Leavitt [et al.] //Adv.Wound Care (New Rochelle). -2018. - Vol.7, №2. - P.29-45. doi: 10.1089/wound.2016.0696.

- 282.Masch, L. Can a beautiful smile win the vote? The role of candidates' physical attractiveness and facial expressions in elections /L.Masch, A.Gassner, U.Rosar //Polit.Life Sci.-2021.-Vol.40, №2.- P.213-223. doi:10.1017/pls.2021.17.
- 283.Maurer, D. Infants' perception of natural and distorted arrangements of a schematic face /D.Maurer, M.Barrera //Child Dev. -1981. - Vol.52, №1.- P.196-202.
- 284.McKeown, D.J. Impact of minimally invasive aesthetic procedures on the psychological and social dimensions of health /D.J.McKeown //Plast.Reconstr.Surg.Glob.Open. – 2021. - Vol.9, №4. - e3578.
- 285.Milutinovic, J. Evaluation of facial beauty using antropometric proportions /J.Milutinovic, K.Zelic, N.Nedeljkovic //Sci.World J. - 2014. - Vol.20. - P.428250. doi:10.1155/2014/428250.
- 286.Mobayed, N. Minimally Invasive facial cosmetic procedures for the millennial aesthetic patient /N.Mobayed, J.K.Nguyen, J.J.Jagdeo //Drugs Dermatol. – 2020. – Vol.19, №1. – P.100-103. doi:10.36849/JDD.2020.4641. PMID: 32395973.
- 287.Mobius, M.M. Why beauty matters /M.M.Mobius, T.S.Rosenblat //Am.Econ.Rev.-2006.-Vol.96.-P.222–235.
- 288.Moos, R.H. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression /R.H.Moos, A.G.Billings //J.Person.Soc.Psychology. - 1984. - Vol.46. - P.877-891.
- 289.Nakamura, K. Transcranial direct current stimulation over the medial prefrontal cortex and left primary motor cortex (mPFC-IPMC) affects subjective beauty but not ugliness /K.Nakamura, H.Kawabata //Front.Hum.Neurosci. - 2015. - Vol.9. - P.654. doi:10.3389/fnhum.2015.00654.
- 290.Orringer, J.S. Prevalence of psychotropic medication use among cosmetic and medical dermatology patients: a comparative study /J.S.Orringer, Y.R.Helfrich, T.Hamilton [et al.] //J.Am.Acad.Dermatol.-2006.-Vol.54, №3.-P.416-419.
- 291.Oussedik, E. Psychosocial burden and other impacts of rosacea on patients' quality of life /E.Oussedik, M.Bourcier, J.Tan //Dermatol.Clin. – 2018. – Vol.36, №2.-P.103-113. doi:10.1016/j.det.2017.11.005.

- 292.Özkuur, E. Psychopathology among individuals seeking minimally invasive cosmetic procedures /E.Özkuur, I.Kıvanç Altunay, Ç.Aydın //J.Cosmet.Dermatol. – 2020. - Vol.7, №4.- P.939-945.
- 293.Pang, R. Influence of the pandemic dissemination of COVID-19 on facial rejuvenation: a survey of Twitter /R.Pang, Z.Wei, W.Liu [et al.] //J.Cosmet.Dermatol.-2020.-Vol.19.-P.2778-2784.
- 294.Passakova, N. The role of sex hormones and social determinants in assessment of facial attractiveness /N.Passakova, P.Celec, R.Gardlik //Bratisl.Lek.Listy.-2019. - Vol.120, №6. - P.443-448. doi:10.4149/BLL_2019_071.
- 295.Patel, V. Beauty and the mask /V.Patel, D.M.Mazzaferro, D.B.Sarwer [et al.] //Plast.Reconstr.Surg.Glob.Open. - 2020. -Vol.8. - e3048. doi:10.1097/GOX.0000000000003048.
- 296.Paudel, S. Quality of life in Nepalese patients with melasma: an observational cross-sectional study at a tertiary center /S.Paudel, I.Acharya Poudel, P.Upadhyay [et al.] //J.Nepal Health Res.Counc. - 2022. – Vol.20, №2. – P.316-320. doi:10.33314/jnhrc.v20i02.3875.
- 297.Pearl, R.L. Ageism and health in patients undergoing cosmetic procedures /R.L.Pearl, I.Percec //Aesthet.Surg.J. – 2019. – Vol.39, №7. –P.288-292. [https://doi.org/ 10.1093/asj/sjy283](https://doi.org/10.1093/asj/sjy283).
- 298.Peterson, R. D. Effects of physical attractiveness of political beliefs /R.D.Peterson, C.L.Palmer //Polit. Life Sci.-2017.-Vol.36, №2.- P.3–16. doi:0.1017/pls.2017.18.
- 299.Pikoos T.D. Assessing unrealistic expectations in clients undertaking minor cosmetic procedures: the development of the aesthetic procedure expectations scale /T.D.Pikoos, S.L.Rossell, N.Tzimas [et al.] //Fac.Plast.Surg.Aesthet.Med. – 2021. - Vol.23, №4. - P.263-269.
- 300.Pourani, M.R. Perceived impact of COVID-19 pandemic on body dysmorphic disorder and anxiety among population seeking cosmetic procedures /M.R.Pourani, F.Ghalamkarpour //J. Cosmet. Dermatol. - 2022.-Vol.21, №4.-P.1352-1355.

- 301.Probst, F. Testosterone-to-oestradiol ratio is associated with female facial attractiveness /F.Probst, C.Bobst, J.S.Lobmaier //Q.J.Exp.Psychol.(Hove). - 2016. - Vol.69, №1. - P.89-99. doi:10.1080/17470218.2015.1024696.
- 302.Rhodes, G. The evolutionary psychology of facial beauty /G.Rhodes //Ann.Rev.Psychol. - 2006. - Vol.57. - P.199–226.
doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190208
- 303.Ribeiro, F. Quality of life before and after cosmetic procedures on the face: a cross-sectional study in a public service /F.Ribeiro, S.Steiner //J.Cosmet.Dermatol. – 2018. - Vol.17, №5. - P.688-692.
- 304.Rosenthal, G.G. J. Sexual selection and the ascent of women: mate choice research since Darwin /G.G.Rosenthal, M.J.Ryan //Science.-2022.-Vol.375, №6578. doi:10.1126/science.abi6308.
- 305.Rotter, J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement /J.Rotter //Psychol.Monogr. - 1966. - Vol.80, №1. - P.1-28.
- 306.Rumsey, N. The Oxford handbook of psychology of appearance /N.Rumsey, D.Harcourt.- McGraw-Hill: Open University Press, 2012.– 692p.
- 307.Rumsey, N., Harcourt, D. The psychology of appearance /N.Rumsey, D.Harcourt. - McGraw-Hill: Open University Press, 2005. - 256 p.
- 308.Ryali, C.K. From likely to likable: the role of statistical typicality in human social assessment of faces /C.K.Ryali, S.Goffin, P.Winkielman [et al.] //Proc.Natl.Acad.Sci.USA. – 2020.-Vol.117, P.47.-P.29371-29380.
- 309.Ryan, M.J. Darwin, sexual selection, and the brain /M.J.Ryan //Proc.Natl.Acad.Sci.USA.-2021.-Vol.118, №8.- e2008194118.
doi:10.1073/pnas.2008194118.
- 310.Sachdeva, M. The prevalence, risk factors, and psychosocial impacts of acne vulgaris in medical students: a literature review /M.Sachdeva, J.Tan, J.Lim [et al.] //Int.J.Dermatol. – 2021. – Vol.60, №7. – P.792-798. doi:10.1111/ijd.15280.
- 311.Sadick, N.S. The impact of cosmetic interventions on quality of life /N.S.Sadick //Dermatol.Online J.-2008.-Vol.14, №8.-P.2.

- 312.Sadick, N.S. Cosmetic dermatology /N.S.Sadick, N.Krueger //Dermatol.Clin.-2014.-Vol.32, №1. - xi. doi:10.1016/j.det.2013.10.001.
- 313.Samson, N. Visible skin condition and perception of human facial appearance /N.Samson, B.Fink, P.J.Matts //Int.J.Cosm.Sci.-2010.-Vol.32, №3.-P.167–184. doi:10.1111/j.1468–2494.2009.00535.x.
- 314.Samuels, C.A. Facial aesthetics: babies prefer attractiveness to symmetry /C.A.Samuels, G.Butterworth, T.Roberts [et al.] //Perception.-2013.-Vol.42, №11. - P.1244-1252. doi:10.1068/p230823n.
- 315.Samuels, D.V. Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: a meta-analytic review /D.V.Samuels, R.Rosenthal, R.Lin [et al.] //J.Am.Acad.Dermatol. – 2020. – Vol.83, №2. – P.532-541. doi:10.1016/j.jaad.2020.02.040.
- 316.Sanclemente, G. The impact of skin diseases on quality of life: a multicenter study G.Sanclemente, C.Burgos, J.Nova [et al.] //Actas Dermosifiliogr. - 2017. - Vol.108, №3. - P.244-252.
- 317.Sangma, L.N. Quality of life and psychological morbidity in vitiligo patients: a study in a teaching hospital from north-east India /L.N.Sangma, Nath J., D.Bhagabati //Indian J.Dermatol. – 2015. – Vol.60, №2. – P.142-6. doi:10.4103/0019-5154.152508.
- 318.Sarwer, D. B. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments /D.B.Sarwer //Body Image. - 2019. - Vol.31. - P.302-308. doi:10.1016/j.bodyim.2019.01.009.
- 319.Scharschmidt, D. Body image, personality traits, and quality of life in Botulinum Toxin A and dermal filler patients /D.Scharschmidt, U.Mirastschijski, S.Preiss [et al.] //Aesthetic.Plast.Surg.- 2018. – Vol.42, №4. -P.1119-1125. [https://doi.org/ 10.1007/s00266-018-1165-3](https://doi.org/10.1007/s00266-018-1165-3)
- 320.Schein, S.S. Unattractive infant faces elicit negative affect from adults /S.S.Schein, J.H.Langlois //Infant Behav.Dev.-2015.-Vol.38.-P.130–134. doi:10.1016/j.infbeh.2014.12.009.
- 321.Senior, C. Interviewing strategies in the face of beauty: a psychophysiological investigation into the job negotiation process /C.Senior, K.Thomson, J.Badger [et

- al.] //Ann.NY Acad.Sci. -2007 - Vol.1118.-P.142-162.doi:10.1196/annals.1412.005.
- 322.Sergeant, M.J. Female perception of male body odor /M.J.Sergeant //Vitam.Horm. - 2010. - Vol.83. - P.25–45. doi:10.1016/S0083-6729(10)83002-X.
- 323.Sezgin, B. Aesthetically thriving through coronavirus disease 2019 (COVID-19): an evaluation of patient motivation and perception on aesthetic surgery and minimally invasive procedures /B.Sezgin, S.Tatar, B.S.Kara [et al.] //Fac.Plast.Surg. – 2021. -Vol.37, №3. - P.317-324.
- 324.Shah, P. Observer-reported outcomes and cosmetic procedures: a systematic review /P.Shah, E.A.Rieder //Dermatol.Surg. – 2021. - Vol.47, №1. - P.65-69.
- 325.Singh, D. Mating strategies of young women: role of physical attractiveness /D.Singh //J.Sex Res. – 2004. - Vol. 41, №1. -P. 43-54.
- 326.Šitum, M. Psychodermatology /M.Šitum, M.Kolić, M.Buljan //Acta Med.Croat.-2016.-Vol.70, suppl.1.-P.35–38.
- 327.Skov, M. The nature of beauty: behavior, cognition, and neurobiology /M.Skov, M.Nadal //Ann.NY Acad.Sci. – 2021. - Vol.1488, №1. - P.44-55.
- 328.Smith, B. L. Adaptation as a dynamic construct for studying stress resilience and susceptibility / B.L.Smith //Brain Behav.Immun. - 2019. - Vol. 81. - P. 18–19.
- 329.Sobanko, J.F. Prospective cohort study investigating changes in body image, quality of life, and self-esteem following minimally invasive cosmetic procedures /J.F.Sobanko, J.Dai, J.M.Gelfand [et al.] //Dermatol.Surg. – 2018. – Vol.44, №81. – C.1121-1128. doi.org/10.1097/DSS.0000000000001523.
- 330.Sobanko, J.F. Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting /J.F.Sobanko, A.J.Taglienti, A.J.Wilson [et al.]. //Aesthet.Surg.J.- 2015. - Vol.35, №8. - P.1014-1020.
- 331.Sorokowska, A. Seeing or smelling? Assessing personality on the basis of different stimuli /A.Sorokowska //Pers.Indiv.Diff.-2013.-Vol.55.-P.175–179. doi:10.1016/j.paid.2013.02.026.
- 332.Stamu-O'Brien, C. Psychodermatology of acne: psychological aspects and effects of acne vulgaris /C.Stamu-O'Brien, M.Jafferany, S.Carniciu [et al.]

//J.Cosmet.Dermatol. – 2021. – Vol.20, №4. - P.1080-1083. doi: 0.1111/jocd.13765.

333.Swami, V.] Asexuality is inversely associated with positive body image in British adults /V.Swami, R.Laughton, S.Grover [et al.] //Heliyon.-2019.-Vol.5, №9.- e02452. doi:10.1016/j.heliyon.2019.e02452.

334.Swami, V. The impact of psychological stress on men's judgements of female body size /V.Swami, M.J.Tovée //PLoS One. - 2012. - Vol.7, №8. - e42593. doi:10.1371/journal.pone.0042593.

335.Swami, V. Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudaimonic (psychological and social) well-being in British adults /V.Swami, L.Weis, D.Barron [et al.] //J.Soc.Psychol. -2018. - Vol.158, №5. - P.541–552. doi:0.1080/00224545.2017.1392278.

336.Tadinac, M. Why do we want be young and beautiful (and women especially)? From the evolutionary psychological perspective /M.Tadinac //Acta Clin.Croat. – 2010. - Vol.49, №4. - P.501-508.

337.Talley, H.L. Saving face: disfigurement and the politics of appearance /H.L.Talley. -NY: New York University Press, 2014. – 256 p.

338.Tan, J. Impact of facial atrophic acne scars on quality of life: a multi-country population-based survey /J.Tan, S.Beissert, F.Cook-Bolden F. [et al.] //Am.J.Clin.Dermatol. – 2022. – Vol.23, №1. –P.115-123. doi:10.1007/s40257-021-00628-1.

339.Thompson, R.A. Emotion dysregulation: a theme in search of definition R.A.Thompson //Develop.Psychopathol. - 2019. - Vol. 31, №3. - P.805–815. doi:10.1017/s0954579419000282.

340.Todorov, A. Social attributions from faces: determinants, consequences, accuracy and functional significance /A.Todorov, Ch.Olivola, P.Mende-Siedlecki //Ann.Rev.Psychol. - 2015. - Vol.66. – P.519-545. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143831.

341.Valentova, J.V. Shape differences between the faces of homosexual and heterosexual men /J.V.Valentova, K.Kleisner, J.Havlíček [et al.]

//Arch.Sex.Behav.-2014. - Vol.43, №2. - P.353–361. doi:10.1007/s10508-013-0194-x.

342.Valentova, J.V. Positive association between vocal and facial attractiveness in women but not in men: a cross-cultural study /J.V.Valentova, M.A.Varella, J.Havlíček [et al.] //Behav.Proc. - 2017. - Vol.135. - P.95–100. doi:10.1016/j.beproc.2016.12.005.

343.Van der Meeren, H.L. The psychological impact of severe acne /H.L.van der Meeren, W.W.van der Schaar, CM. van den Hurk C.M. // Cutis. - 1985. - Vol.36, №1. - P.84-86.

344.Waldman, A. Patients believe that cosmetic procedures affect their quality of life: an interview study of patient-reported motivations /A.Waldman, A.Maisel A., A.Weil [et al.] //J.Am.Acad.Dermatol. – 2019. - Vol.80, №6. - P.1671-1681.

345.Walker, C.E. Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women /C.E.Walker, E.G.Krumhuber, S.Dayan [et al.] //Curr.Psychol. - 2021. -Vol.40. – P.3355–3364. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00282-1>.

346.Wang, J.V. Trends in cosmetic consumer preferences during COVID-19 pandemic: comparing 2021 to 2020 /J.V.Wang, G.S.Munavalli, C.B.Zachary [et al.] //J.Cosmet.Dermatol. – 2022.-Vol.21, №1. - P.48-50. doi:10.1111/jocd.14615.

347.Wang, Q. Avoiding psychological pitfalls in aesthetic medical procedures /Q.Wang, C.Cao, R.Guo [et al.] // Aesthetic Plast.Surg. - 2016. - Vol.40, №6. - P.954-961.

348.Weber, H. Belastungsverarbeitung /H.Weber // Z. Klinische Psychologie. - 1992. – Bd.21, H.1. - S.17-27.

349.Weeden, J. Physical attractiveness and health in Western societies: a review /J.Weeden, J.Sabini //Psychol.Bull. - 2005. -Vol.131, №5. -P.635–653. doi:10.1037/0033–2909.131.5.635.

350.Weinkle, S.H. Impact of comprehensive, minimally invasive, multimodal aesthetic treatment on satisfaction with facial appearance: the HARMONY study /S.H.Weinkle, W.O.Werschler, C.F.Teller [et al.] //Aesthet.Surg.J. - 2018. – Vol.38, №5. – P.540-556. doi.org/10.1093/asj/sjx179.

351. Weinstein, J.M. Quality of life in vascular anomalies /J.M.Weinstein, S.L.Chamlin //Lymphat.Res.Biol. – 2005. – Vol.3, №4. – P.256-259. doi:10.1089/lrb.2005.3.256.
352. Westfall, R. Effects of instructor attractiveness on learning /R.Westfall, M.Millar, M.Walsh //J.Gen.Psychol. - 2016. - Vol.143, №3. - P.161-171. doi:10.1080/00221309.2016.1200529.
353. White, A.E. Beauty at the ballot box: disease threats predict preferences for physically attractive leaders /A.E.White, D.T.Kenrick, S.L.Neuberg //Psychol.Sci.- 2013. - Vol.24, №12. - P.2429-2936. doi:10.1177/0956797613493642.
354. Whitehead, R.D. Attractive skin coloration: harnessing sexual selection to improve diet and health / R.D.Whitehead, G.Ozakinci, D.I.Perrett //Evol.Psychol. - 2012. - Vol.10, №5. - P.842–854.
355. Wollmer, M.A. Treatment of depression with botulinum toxin /M.A.Wollmer, M.Magid, T.H.C.Kruger [et al.] //Toxins (Basel). – 2022. – Vol.14, №6. – P.:383. doi:10.3390/toxins14060383.
356. Xu, S. The analysis of acne increasing suicide risk /S.Xu, Y.Zhu, H.Hu [et al.] //Medicine (Baltimore). – 2021. - Vol.100, №24. - e26035. doi:10.1097/MD.00000000000026035.
357. Yang, F. Cross-sectional study on the relationship between rosacea severity and quality of life or psychological state /F.Yang, Q.Zhang, D.Song [et al.] //Clin.Cosmet.Investig.Dermatol. - 2022. - Vol.15. - P.2807-2816. doi:10.2147/CCID.S390921.
358. Yang, T.T. Impacts of skin disorders associated with facial discoloration on quality of life: novel insights explaining discordance between life quality scores and willingness to pay /T.T.Yang, C.E.Lan //J.Cosmet.Dermatol. - 2022. – Vol.21, №7. – P.3053-3058. doi:10.1111/jocd.14546.
359. Yarosh, D.B. Perception and deception: human beauty and the brain /D.B.Yarosh //Behav.Sci.(Basel). - 2019. - Vol.9, №4. - P.34. doi:10.3390/bs9040034.

- 360.Yew, Y.W. Psychosocial impact of skin diseases: a population-based study /Y.W.Yew, A.H.Y.Kuan, L.Ge [et al.] // PLoS One. – 2020. - Vol.15, №12.-: e0244765. doi:10.1371/journal.pone.0244765.
- 361.Zaidel, D.W. Relationship between facial asymmetry and judging trustworthiness in faces /D.W.Zaidel, S.Bava, V.A.Reis //Laterality. 2003. - Vol. 8, № 3. - P. 225–232. doi:10.1080/13576500244000120.
- 362.Zaidel, D.W. Neuroesthetics is not just about art /D.W.Zaidel //Front.Hum.Neurosci. - 2015. - Vol.9. - P.80. doi:10.3389/fnhum.2015.00080. doi:10.3389/fnhum.2015.00080.
- 363.Zhang, Q. The safety and efficacy of botulinum toxin A on the treatment of depression /Q.Zhang, W.Wu, Y.Fan [et al.] //Brain Behav. – 2021. – Vol.11, №9. -e2333. doi:10.1002/brb3.2333.
- 364.Zhang, Y. The assessment of psychology, quality of life in acne patients and evaluation of ALA-PDT for moderate to severe acne /Y.Zhang, H.Wu, C.Tu [et al.] //Photodiagnosis Photodyn.Ther. – 2021. – Vol.33. – P.102099. doi:10.1016/j.pdpdt.2020.102099.
- 365.Zheng, R. Normality mediates the effect of symmetry on facial attractiveness /R.Zheng, D.Ren, C.Xie [et al.] //Acta Psychol.(Amst). - 2021. - Vol.217. - P.103311. doi:10.1016/j.actpsy.2021.103311.
- 366.Zhu, Q. Processing mechanism of social cues in faces /Q.Zhu, H.Kou, T.Y.Bi //Sheng Li Xue Bao.-2019.-Vol.71, №1.-P.73–85.

ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение 1****Информационная карта**

Ф.И.О.

Социально-демографические характеристики

1. Возраст
2. Образование
 1. Среднее
 2. Незаконченное высшее
 3. Высшее
3. Профессиональный статус в настоящее время
 1. Работает
 2. Не работает
 3. Работает эпизодически
4. Сфера профессиональной деятельности
 1. Наука и образование
 2. Промышленность
 3. Экономико-финансовая сфера
 4. Торговля
 5. Служащий
 6. Частный бизнес
5. Семейное положение
 1. Замужем
 2. Не замужем
 3. Разведена
 4. Вдова
6. Дети
 1. 1
 2. 2
 3. 3 и более
 4. Нет
7. Проживание
 1. Своя семья
 2. Одна
 3. С родителями

Клинические характеристики

8. Клинические симптомы
 1. Гравитационный птоз
 2. Деволюмизация
 3. Мимические морщины
 4. Борозды и складки

5. Снижение тургора кожи
6. Воспалительные элементы
7. Дегидратация кожи
8. Дисплазия соединительной ткани
9. Сосудистая патология кожи
10. Розацеа
11. Гиперпигментация
12. Гипертрихоз
9. Сопутствующие заболевания
 1. Эндокринные
 2. Дерматологические
 3. Соматическая патология
 4. Онкологические заболевания
10. Степень выраженности косметологической проблемы
 1. Слабая
 2. Средняя
 3. Значительная
11. Длительность имеющейся проблемы
 1. Менее 1 месяца
 2. От 1 месяца до 1 года
 3. От 1 года до 3 лет
 4. От 3 до 5 лет
 5. Более 5 лет
12. Влияние на жизнедеятельность
 1. Скорее не влияет
 2. Скорее влияет
 3. Значительно влияет
13. Морфотипы старения
 1. Деформационный
 2. Мышечный
 3. Мелкоморщинистый
 4. Усталый
 5. Комбинированный
14. Изотип лица
 1. Ромб
 2. Прямоугольник
 3. Квадрат
 4. Трапеция
 5. Сердце
 6. Овал
15. Тип кожи
 1. Очень жирная
 2. Жирная
 3. Сухая

4. Комбинированная

16. Фототипы по Фицпатрику

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5
6. 6

17. Связь клинической картины с генотипом

1. Прослеживается
2. Отсутствует

18. Связь клинической картины с фенотипом

1. Прослеживается
2. Отсутствует

Методы косметологической коррекции

19. Объем косметологической помощи

1. Таргетная (лечим один конкретный симптом)
2. Комплексная

20. Домашние средства для наружного применения

1. Крема
2. Сыворотки
3. Лосьоны
4. Тоники
5. Очищающие средства
6. Патчи
7. Маски
8. Не применялись

21. Профессиональные средства наружного ухода

1. Пилинги
2. Маски
3. Массаж
4. Не применялись

22. Аппаратные методы лечения

1. Сфокусированный УЗ
2. РЧ лифтинг
3. ИК фототермолиз
4. Фракционный фототермолиз
5. Игольчатая РЧ терапия
6. СО₂ шлифовка
7. IPL-технология
8. Сосудистая лазеродеструкция
9. Лазерная эпиляция
10. Фотодинамическая терапия
11. Безинъекционная биоревитализация

12. Криолиполиз
13. Не применялись
23. Инъекционные методы лечения
 1. ВТА
 2. Филлеры ГК
 3. Филлеры ГАК
 4. Стимуляторы коллаген- и эластингенеза
 5. Биоревитализанты
 6. Мезотерапия
 7. PRP терапия
 8. Тредлифтинг
 9. Не применялись
24. Медикаментозные препараты для внутреннего применения в домашних условиях
 1. Да
 2. Нет
25. Сочетание использованных методик косметологической коррекции
 1. Только наружный уход
 2. Только инъекции
 3. Только аппараты
 4. Наружный уход + инъекционные вмешательства
 5. Наружный уход + аппаратные методики
 6. Наружный уход + инъекционные вмешательства + аппаратные методики
 7. Инъекции + аппараты
26. Эффективность лечения, по оценке врача
 1. Эффекта нет
 2. Минимальный эффект
 3. Проблема частично решена, показана дальнейшая терапия
 4. Проблема частично решена, дальнейшая терапия не показана
 5. Проблема устранена полностью

Социально-психологические характеристики, система значимых отношений

27. Отношения в собственной семье
 1. Открыто-конфликтные, напряженные
 2. Холодноватые, отчужденные
 3. Теплые, эмоционально-приятные
28. Отношения в родительской семье (в детстве или сейчас, если проживаете совместно)
 1. Гиперопека
 2. Подавление
 3. Отвержение
 4. Полное принятие и поддержка

29. Отношение с детьми
 1. Холодные, отчужденные
 2. Нейтральные
 3. Теплые, доверительные
30. Отношения с лицами противоположного пола
 1. Не общаюсь, избегаю
 2. Складываются с трудом
 3. Складываются просто
31. Отношение к себе, как к личности
 1. Полная неудовлетворенность
 2. Некоторая неудовлетворенность
 3. Полное принятие и удовлетворенность
32. Отношение к своему физическому «Я»
 1. Полная неудовлетворенность
 2. Некоторая неудовлетворенность
 3. Полное принятие и удовлетворенность
33. 24 Уверенность в своей внешней привлекательности
 1. Отсутствует
 2. Неполная
 3. Полная
34. Желание многое изменить в своей внешности
 1. Выражено незначительно
 2. Выражено средне
 3. Выражено значительно
35. Наличие и специфика актуальной психотравмирующей ситуации:
 1. В настоящее время психотравмирующие ситуации отсутствуют
 2. Наличие острого стресса
 3. Затяжная психотравмирующая ситуация

Субъективные косметологические жалобы

36. Пигментации
 1. Есть
 2. Нет
37. Морщины
 1. Есть
 2. Нет
38. Изменение овала лица
 1. Есть
 2. Нет
39. Воспалительные элементы
 1. Есть
 2. Нет

40. Сухость кожи

Есть

Нет

41. Дряблость кожи

1. Есть

2. Нет

42. Краснота лица (видимость сосудов)

1. Есть

2. Нет

43. Нежелательные волосы на лице

1. Есть

2. Нет

Мотивы обращения за косметологической помощью

44. Неудовлетворенность внешним видом кожи

1. Есть

2. Нет

45. Желание иметь здоровую кожу

1. Есть

2. Нет

46. Улучшение внешности позволит быть более успешной в профессиональной деятельности

1. Есть

2. Нет

47. Улучшение внешности позволит быть более успешной в личной жизни

1. Есть

2. Нет

48. Модная тенденция

1. Есть

2. Нет

49. Эффективность лечения, по оценке клиента

1. Минимальная

2. Средняя (частичное устранение косметологической проблемы)

3. Максимальная (полное устранение косметологической проблемы)

Психодиагностические показатели

«Тест нервно-психической адаптации» (до лечения)

50. Общий балл (Z)

51. Уровень адаптации

1. Здоровье

2. Оптимальная адаптация

3. Непатологическая психическая дезадаптация

4. Патологическая психическая дезадаптация

5. Вероятно, болезненное состояние

«Тест нервно-психической адаптации» (после лечения)

52. Общий балл (Z)

53. Уровень адаптации

1. Здоровье
2. Оптимальная адаптация
3. Непатологическая психическая дезадаптация
4. Патологическая психическая дезадаптация
5. Вероятно, болезненное состояние

«Уровень невротизации» (До лечения)

54. Ложь (балл)

55. Уровень невротизации (балл)

56. Уровень невротизации

1. Очень высокий
2. Высокий
3. Повышенный
4. Неопределенный
5. Пониженный
6. Низкий
7. Очень низкий

«Уровень невротизации» (После лечения)

57. Ложь (балл)

58. Уровень невротизации (балл)

59. Уровень невротизации

1. Очень высокий
2. Высокий
3. Повышенный
4. Неопределенный
5. Пониженный
6. Низкий
7. Очень низкий

«Шкала воспринимаемого стресса-10» (До лечения)

60. Перенапряжение (балл)

61. Противодействие стрессу (балл)

62. Общий балл ШВС

«Шкала воспринимаемого стресса-10» (После лечения)

63. Перенапряжение (балл)

64. Противодействие стрессу (балл)

65. Общий балл ШВС

**«Уровень социальной фрустрированности», удовлетворенность
(До лечения)**

66. Взаимоотношениями с женой (мужем)
67. Взаимоотношениями с родителями
68. Взаимоотношениями с детьми
69. Взаимоотношениями с родственниками
70. Взаимоотношениями с друзьями
71. Взаимоотношениями с противоположным полом
72. Взаимоотношениями с коллегами по работе
73. Взаимоотношениями с вышестоящими по работе
74. своим образованием
75. уровнем профессиональной подготовки
76. сферой профессиональной деятельности
77. своей работой в целом
78. материальным положением
79. жилищно-бытовыми условиями
80. проведением свободного времени
81. своим физическим состоянием
82. своим психо-эмоциональным состоянием
83. своей работоспособностью
84. своим образом жизни

По блокам:

85. Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими
86. Удовлетворенность ближайшим социальным окружением
87. Удовлетворенность своим социальным статусом
88. Социально-экономическим положением
89. Своим здоровьем и работоспособностью

**«Уровень социальной фрустрированности», удовлетворенность
(После лечения)**

90. Взаимоотношениями с женой (мужем)
91. Взаимоотношениями с родителями
92. Взаимоотношениями с детьми
93. Взаимоотношениями с родственниками
94. Взаимоотношениями с друзьями
95. Взаимоотношениями с противоположным полом
96. Взаимоотношениями с коллегами по работе
97. Взаимоотношениями с вышестоящими по работе
98. своим образованием
99. уровнем профессиональной подготовки
100. сферой профессиональной деятельности
101. своей работой в целом
102. материальным положением

- 103. жилищно-бытовыми условиями
- 104. проведением свободного времени
- 105. своим физическим состоянием
- 106. своим психо-эмоциональным состоянием
- 107. своей работоспособностью
- 108. своим образом жизни

По блокам:

- 109. Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими
- 110. Удовлетворенность ближайшим социальным окружением
- 111. Удовлетворенность своим социальным статусом
- 112. Социально-экономическим положением
- 113. Своим здоровьем и работоспособностью

«Индекс общего (хорошего) самочувствия»/ВОЗ (До лечения)

- 114. Общий балл

«Индекс общего (хорошего) самочувствия»/ВОЗ (После лечения)

- 115. Общий балл

«Опросник удовлетворенности качеством жизни» (До лечения)

- 116. Индекс качества жизни (ИКЖ), балл
- 117. Индекс качества жизни, уровень
 - 1. Очень низкий (депрессивный)
 - 2. Низкий
 - 3. Средний
 - 4. Высокий
- 118. Работа (карьера) – шкальная оценка
- 119. Работа (карьера) – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 120. Личные достижения – шкальная оценка
- 121. Личные достижения – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 122. Здоровье – шкальная оценка
- 123. Здоровье – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 124. Общение с друзьями, близкими – шкальная оценка
- 125. Общение с друзьями, близкими – уровень
 - 1. Низкий

- 2. Средний
- 3. Высокий
- 126. Поддержка – шкальная оценка
- 127. Поддержка – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 128. Оптимистичность – шкальная оценка
- 129. Оптимистичность – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 130. Напряженность – шкальная оценка
- 131. Напряженность – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 132. Самоконтроль – шкальная оценка
- 133. Самоконтроль – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 134. Негативные эмоции – шкальная оценка
- 135. Негативные эмоции – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий

«Опросник удовлетворенности качеством жизни» (После лечения)

- 136. Индекс качества жизни (ИКЖ), балл
- 137. Индекс качества жизни, уровень
 - 1. Очень низкий (депрессивный)
 - 2. Низкий
 - 3. Средний
 - 4. Высокий
- 138. Работа (карьера) – шкальная оценка
- 139. Работа (карьера) – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 140. Личные достижения – шкальная оценка
- 141. Личные достижения – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний

- 3. Высокий
- 142. Здоровье – шкальная оценка
- 143. Здоровье – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 144. Общение с друзьями, близкими – шкальная оценка
- 145. Общение с друзьями, близкими – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 146. Поддержка – шкальная оценка
- 147. Поддержка – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 148. Оптимистичность – шкальная оценка
- 149. Оптимистичность – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 150. Напряженность – шкальная оценка
- 151. Напряженность – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 152. Самоконтроль – шкальная оценка
- 153. Самоконтроль – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий
- 154. Негативные эмоции – шкальная оценка
- 155. Негативные эмоции – уровень
 - 1. Низкий
 - 2. Средний
 - 3. Высокий

«Визуально-аналоговая шкала самооценки» (До лечения)

- 156. Ум
- 157. Красота
- 158. Здоровье
- 159. Характер

«Визуально-аналоговая шкала самооценки» (После лечения)

- 160. Ум
- 161. Красота
- 162. Здоровье
- 163. Характер

«Семантический дифференциал времени» (До лечения)

Настоящее

- 164. Итоговый показатель, (средняя оценка будущего), балл
- 165. Итоговый показатель, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 166. Активность, балл
- 167. Активность, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 168. Эмоциональная окраска, балл
- 169. Эмоциональная окраска, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 170. Величина, балл
- 171. Величина, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 172. Структура, балл
- 173. Структура, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 174. Ощущаемость, балл
- 175. Ощущаемость, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный

Прошлое

176. Итоговый показатель, (средняя оценка будущего), балл
177. Итоговый показатель, уровень
1. Пониженный
 2. Незначительно пониженный
 3. Незначительно повышенный
 4. Повышенный
178. Активность, балл
179. Активность, уровень
1. Пониженный
 2. Незначительно пониженный
 3. Незначительно повышенный
 4. Повышенный
180. Эмоциональная окраска, балл
181. Эмоциональная окраска, уровень
1. Пониженный
 2. Незначительно пониженный
 3. Незначительно повышенный
 4. Повышенный
182. Величина, балл
183. Величина, уровень
1. Пониженный
 2. Незначительно пониженный
 3. Незначительно повышенный
 4. Повышенный
184. Структура, балл
185. Структура, уровень
1. Пониженный
 2. Незначительно пониженный
 3. Незначительно повышенный
 4. Повышенный
186. Ощущаемость, балл
187. Ощущаемость, уровень
1. Пониженный
 2. Незначительно пониженный
 3. Незначительно повышенный
 4. Повышенный

Будущее

188. Итоговый показатель, (средняя оценка будущего), балл
189. Итоговый показатель, уровень
1. Пониженный
 2. Незначительно пониженный
 3. Незначительно повышенный

- 4. Повышенный
- 190. Активность, балл
- 191. Активность, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 192. Эмоциональная окраска, балл
- 193. Эмоциональная окраска, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 194. Величина, балл
- 195. Величина, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 196. Структура, балл
- 197. Структура, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 198. Ощущаемость, балл
- 199. Ощущаемость, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный

Семантический дифференциал времени (После лечения)
Настоящее

- 200. Итоговый показатель, (средняя оценка будущего), балл
- 201. Итоговый показатель, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 202. Активность, балл
- 203. Активность, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный

- 3. Незначительно повышенный
- 4. Повышенный
- 204. Эмоциональная окраска, балл
- 205. Эмоциональная окраска, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 206. Величина, балл
- 207. Величина, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 208. Структура, балл
- 209. Структура, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 210. Ощущаемость, балл
- 211. Ощущаемость, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный

Прошлое

- 212. Итоговый показатель, (средняя оценка будущего), балл
- 213. Итоговый показатель, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 214. Активность, балл
- 215. Активность, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 216. Эмоциональная окраска, балл
- 217. Эмоциональная окраска, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный

- 4. Повышенный
- 218. Величина, балл
- 219. Величина, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 220. Структура, балл
- 221. Структура, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 222. Ощущаемость, балл
- 223. Ощущаемость, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный

Будущее

- 224. Итоговый показатель (средняя оценка будущего), балл
- 225. Итоговый показатель, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 226. Активность, балл
- 227. Активность, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 228. Эмоциональная окраска, балл
- 229. Эмоциональная окраска, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 230. Величина, балл
- 231. Величина, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный

- 232. Структура, балл
- 233. Структура, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный
- 234. Ощущаемость, балл
- 235. Ощущаемость, уровень
 - 1. Пониженный
 - 2. Незначительно пониженный
 - 3. Незначительно повышенный
 - 4. Повышенный

Личностный тест-опросник «Сквозной биполярный перечень»

- 236. Экстраверсия (балл)
- 237. Экстраверсия (уровень)
 - 1. Низкий
 - 2. Ниже среднего
 - 3. Средний
 - 4. Выше среднего
 - 5. Высокий
- 238. Самосознание (балл)
- 239. Самосознание (уровень)
 - 1. Низкий
 - 2. Ниже среднего
 - 3. Средний
 - 4. Выше среднего
 - 5. Высокий
- 240. Сотрудничество (балл)
- 241. Сотрудничество (уровень)
 - 1. Низкий
 - 2. Ниже среднего
 - 3. Средний
 - 4. Выше среднего
 - 5. Высокий
- 242. Эмоциональная стабильность (балл)
- 243. Эмоциональная стабильность (уровень)
- 244. Личностные ресурсы (балл)
 - 1. Низкий
 - 2. Ниже среднего
 - 3. Средний
 - 4. Выше среднего
 - 5. Высокий
- 245. Личностные ресурсы (уровень)

1. Низкий
2. Ниже среднего
3. Средний
4. Выше среднего
5. Высокий

Тест-опросник «Способы копинга»

246. Конфронтация
247. Дистанцирование
248. Самоконтроль
249. Поиск социальной поддержки
250. Принятие ответственности
251. Избегание
252. Планирование решения проблемы
253. Положительная переоценка

Тест-опросник «Смыслжизненные ориентации»

254. Цели в жизни
255. Процесс (интерес и эмоциональная насыщенность) жизни
256. Результативность жизни (удовлетворенность самореализацией)
257. Локус контроля – Я
258. Управляемость жизни
259. Общий показатель

**Локальный этический комитет
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего
образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

197022, г. Санкт-Петербург,
ул. Льва Толстого 6-8, лит. Ч

Тел/факс: (812) 338-66-17

Выписка из протокола № 262
заседания Локального этического комитета
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России
от «30» мая 2022 г.

1. Заседание состоялось по адресу: Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6-8, лит. Ч
2. Присутствовали члены Этического комитета:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. Звартау Э.Э. | 7. Кетова Т.Н. |
| 2. Трофимов В.И. | 8. Лазарев С.М. |
| 3. Черевкова М.В. | 9. Старцева Я.И. |
| 4. Гнедова С.В. | 10. Цибин А.Ю. |
| 5. Егорова Н.В. | 11. Эмануэль Ю.В. |
| 6. Есаян А.М. | |

3. Слушали:

Рассмотрение вопроса об одобрении инициативного научного исследования, проводимого по протоколу: «**Психологическая адаптация женщин с косметологическими проблемами кожи**» (ООО СП плюс (Институт красоты «Галактика»)).

Дело № 14/22-н (Багненко Е.С.)

Представленные документы:

- Заявка на проведение этической экспертизы, версия от 23.05.2022г.
- Резюме на главного исследователя (Багненко Елена Сергеевна), версия от 23.05.2022г
- Список исполнителей, версия от 23.05.2022г
- Аннотация научной работы по протоколу "Психологическая адаптация женщин с косметологическими проблемами кожи", версия от 23.05.2022.
- Информационный листок пациента и форма информированного согласия, версия от 23.05.2022.
- Письмо от руководителя ИК Галактика от 24.05.2022.

Выступили:

Эксперт этического комитета с информацией об исследовании и предложением одобрить данное научное исследование.

Путем консенсуса постановили:

Одобрить инициативное научное исследование, проводимое по протоколу: «**Психологическая адаптация женщин с косметологическими проблемами кожи**» (ООО СП плюс (Институт красоты «Галактика»)).

Председатель
Локального этического комитета
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова
Минздрава России, д.м.н., профессор

Ответственный секретарь
Локального этического комитета
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова
Минздрава России



Э.Э. Звартау

М.В. Черевкова

Информированное согласие на участие в психологическом исследовании

Ф.И.О. врача _____

Ф.И.О. пациента _____

Настоящим договором я уполномочиваю врача _____ провести психологическое исследование (интервью, анкетирование, заполнение тест-опросников), направленное на выявление различных аспектов качества жизни, связанного со здоровьем, психологических аспектов косметологического лечения и особенностей эмоционального состояния женщин, обращающихся к врачу-косметологу.

Я информирована о том, что психологическое исследование проводится с научной целью.

Мне объяснено, что полученные данные будут статистически обработаны, проанализированы и обобщены в виде результатов научного исследования. Процедура психологического исследования является абсолютно добровольной, а данные строго конфиденциальны. Допускается анонимное заполнение психологических тестов.

Врач обсудил со мной следующие вопросы:

- необходимость данного психологического исследования;
- необходимость проведения тестирования до начала лечения и после;
- используемые тесты являются опубликованными, официально признанными профессиональными методами медицинской психодиагностики;
- пациент вправе ответить не на все имеющиеся вопросы.

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что прочитала и полностью поняла содержание настоящей формы согласия на проведение психологического исследования, и что все вопросы мне разъяснены.

Подпись пациента _____

Лечащий врач _____

Дата _____