

Психический статус пациентов в косметологии как предиктор удовлетворенности эстетическими процедурами и психометрические шкалы для его оценки (обзор литературы)

А. А. Шахнович, к.м.н., зав. отделением косметологии многопрофильного медицинского центра¹
А. А. Рагимова, ассистент кафедры семейной медицины с курсами клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии²
М. А. Самушия, д.м.н., проф., проректор по научной работе²
А. А. Ефремов³

¹Многопрофильный медицинский центр «Меди-Клуб» ООО «Профи-мед», г. Москва

²ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России, г. Москва

³ООО «НП-Клиника», г. Москва

Mental status of patients in cosmetology as predictor of satisfaction with aesthetic procedures and psychometric scales for its assessment (literature review)

A. A. Shakhnovich, A. A. Ragimova, M. A. Samushiya, A. A. Efremov

'Medi-Club' Medical Centre, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia,

'NP-Clinic' Medical Centre; Moscow, Russia

Резюме

В обзоре рассмотрены психоэмоциональные факторы, влияющие на удовлетворенность качеством косметологических процедур, и психометрические шкалы, использующиеся в мировой практике в эстетической медицине и косметологии, для выявления коморбидной психической патологии, определяющей недовольство результатами медицинских вмешательств.

Ключевые слова: косметология, психические расстройства, депрессия, тревога, дисморфофобия, психический статус, удовлетворенность результатами процедур, психометрические шкалы.

Summary

In this literature review we describe factors affecting satisfaction with the quality of cosmetic procedures. We also discuss psychometric scales used in world practice of aesthetic medicine and cosmetology to identify comorbid mental pathology that determines dissatisfaction with the results of medical interventions.

Key words: cosmetology, mental disorders, depression, anxiety, dysmorphophobia, mental status, satisfaction with the results of procedures, psychometric scales.

Изучение психических расстройств в косметологической практике является актуальной проблемой в связи с их высокой распространенностью: в амбулаторной косметологической сети частота диагностики психических нарушений составляет около 40% [1], а среди пациентов эстетических хирургов колеблется в пределах 18–52% [2, 3]. Хотя приведенные значения сопоставимы с соответствующими показателями в других областях соматической медицины, в дерматологической и косметологической практике обнаружено накопление некоторых предпочтительных для этой специальности нарушений, представленных расстройствами личности, аффективными, обсессивно-компульсивными и соматоформными расстройствами [4, 5], а также определенными расстройствами более тяжелых психопатологических регистров (сверхценные, бредовые) [6, 7].

Кожа и нервная система развиваются из одного зародышевого листка и продолжают быть связанными на протяжении всей жизни. Несмотря на внимание исследователей к обсуждаемой теме, информация, относящаяся к клинической интерпретации механизмов накопления психической патологии в кожной клинике и эстетической медицине, в доступной литературе крайне ограничена.

В свою очередь, рядом авторов предпринимаются попытки объяснения факта ассоциации кожного покрова и предпочтительных для дерматологической и косметологической практики психопатологических расстройств на основе психологических (прежде всего психоаналитических) и патофизиологических концепций.

Указания на особую связь психики с кожей содержатся в целом ряде психологических исследований [1, 4, 5]. При этом подчеркивается роль состояния кожного покрова в процессах социального взаимодействия. С одной стороны, кожа является своеобразным средством взаимодействия между личностью и внешней средой — физической и социальной. Кожа активно участвует в социальной жизни человека — формирует образ тела, который играет значимую роль в процессах социального взаимодействия в связи со значимостью внешности в иерархии ценностей современного общества [8]. С другой стороны — благодаря чувствительности кожного покрова к внешним стимулам, в том числе и психоэмоциональным, состояние кожи отражает психическое состояние индивида [9].

Согласно психологической модели, разработанной А. Ш. Тхостовым (2002), накопление определенных психических расстройств в дерматологии связано с измене-

нием восприятия пространства кожного покрова [10]. Если в норме кожа представляет собой субъективно очевидную поверхность, имеющую только одну внешнюю сторону (у взрослого человека существует укоренившаяся иллюзия, что кожа — это только то, что обращено вовне, и не имеет ни внутренней поверхности, ни объема), то в ситуации болезни она начинает объективироваться как реальная объемная структура, во внутреннем пространстве которой могут происходить разнообразные и, возможно, опасные события.

По данным R. Battagay (1992), аффиinitет кожного покрова к психическим расстройствам и прежде всего к патологии телесной чувствительности формируется еще в период тактильной фазы развития ребенка. Предполагается, что дети, лишенные в этот период возможности обмена прикосновениями (кожный контакт) со значимыми близкими, предрасположены к развитию в дальнейшем ряда психических расстройств, включая аутоагрессию, трихотилломанию, моторные стереотипии [11, 12, 13].

Патофизиологические концепции интерпретируют предпочтительное накопление в кожной клинике ряда психических расстройств как следствие морфофункционального единства кожи и нервной системы, реализующегося за счет обширной представленности в коже нейрональных структур, а в головном мозге — проекций кожного покрова, что детерминировано онтогенетически, так как и дермальные структуры, и ЦНС представляют собой образования, развивающиеся из общего зародышевого листка — эктодермы. При этом функции кожи (прежде всего сенсорная, барьерная и пластическая, формообразующая), как никакой другой системы организма, связаны с психическими процессами. С позиций современной нейрофизиологии кожа является важнейшим органом рецепторно-опосредованного сознания собственного тела и способности воспринимать его контакт с окружающим, представляя собой, по сути, «экран, состоящий из сенсорных рецепторов, объединенных сетью соединительнотканых и сосудистых структур» [14]. Благодаря обширной сети механических (тактильных), термических и ноцицептивных (болевых) рецепторов кожа формирует внешний каркас соматосенсорной системы организма, обнаруживающей наибольшую чувствительность к воздействию вредностей (как экзогенных, так и эндогенных), имеющих аффиinitет к области телесной чувствительности. Учитывая значимость перцептивной функции кожи, становится очевидным закономерное вовлечение этого органа в формирование целого ряда психических расстройств, структура которых включает патологические телесные ощущения.

В связи с ростом популярности косметологических эстетических процедур отмечается повышение интереса, в том числе и к психическим предпосылкам данного явления [15]. Так, например, в США с 2005 по 2006 год отмечалось увеличение числа нехирургических косметических вмешательств (инъекций ботулотоксина типа А, липосакций, введения филлеров) на 34%, рост востребованности косметологии с 2000 года составил 200%, а в совокупности с хирургией, по данным за 2012 год, — 300% [15]. За 2017 год, по данным Американского общества эстетической пластической хирургии (ASAPS), отмечался прирост

популярности пластической хирургии на 5,1%. По данным Международного общества эстетической пластической хирургии (ISAPS), в 2016 году в России проведено 158 тыс. пластических операций, тогда как во Франции — 259 тыс., в Испании — 226 тыс., в Японии — 209 тыс. Увеличение популярности косметологических процедур отмечается не только на Западе: Иран к 2018 году достиг по распространенности косметологических процедур уровня Бразилии и Турции [16]. Количество малоинвазивных эстетических процедур в России на данный момент считать не представляется возможным в связи с особенностями развития рынка этих услуг.

По данным N.A. Ross (2015), возраст наибольшей заинтересованности в проведении косметологических вмешательств составляет 22–49 лет, причем пик посещаемости приходится на 40–49 лет [17]. Лишь в 39% случаев обращения к косметологу имели объективные причины, остальные же пациенты при обращении руководствовались мнением родственников (21%), рекламой в журналах (16%) и социальных медиа (15%), что подчеркивает роль социальных процессов в конструировании тела и воплощении в нем системы социальных отношений (изменение стандартов красоты, идеализирующих определенное телосложение, большая значимость внешности в иерархии ценностей у женщин) [18, 19, 20, 21].

Влияние эстетической медицины на качество жизни людей и психический статус пациентов неоднозначно. С одной стороны, по данным A. Afkham-Ebrahimi (2009), ожидания пациентов от эстетических вмешательств связаны с улучшением качества жизни и психоэмоционального статуса (до 92% пациентов считают, что после ринопластики они станут менее застенчивыми; 84% утверждают, что операция изменит их жизнь в лучшую сторону; 71% ожидают, что это даст им уверенность в себе и повысит самооценку; 43% надеются на улучшение отношений с окружающими, а 34% полагают, что от этого зависит их будущее счастье) [22]. С другой стороны — результаты исследования психического статуса среди контингента пациентов, которые уже прошли через эстетические процедуры, демонстрируют высокую распространенность депрессий, а также увеличение суицидального риска [23, 24], а большинство авторов сходятся в мнении о том, что предварительная оценка психоэмоционального статуса пациента перед эстетическими и косметологическими вмешательствами может улучшить удовлетворенность результатами эстетических процедур и операций [25, 26, 27].

Личностные особенности

Наличие у пациента расстройств личности (РЛ) является важным предиктором возникновения неудовлетворенности косметологическими процедурами [15].

По данным M. Nakamura (2017), наиболее распространенным расстройством личности у дерматологических пациентов является нарциссическое РЛ (25,0–34,5%), что существенно выше, чем в общей популяции (0,5–1,0%) и клинической практике (до 16,0%) [28]. Подобные пациенты ощущают неуверенность в ситуации, где находятся в положении подчиненного и требуют к себе индивиду-

ального подхода. Пациенты с истерическим расстройством личности встречаются в косметологической сети в 7,9–27,0% случаев и отличаются повышенным поиском внимания к собственной персоне и наличием нереалистичных ожиданий от проведения процедур; подход к подобным пациентам, как и при пограничном расстройстве, должен быть основан на сохранении врачебного авторитета при выборе и подготовке к проводимым процедурам, и тщательном объяснении сути выбранной косметологической услуги, деталей и последствий ее проведения. Обсессивно-компульсивное расстройство встречается у 15,0% дерматологических амбулаторных пациентов, что превышает общую распространенность в популяции (до 4,0–8,0%). В связи с высокой потребностью подобных пациентов в контроле ситуации желательным является детальное объяснение сути косметологических процедур с последующим подкреплением информации данными научных статей. Распространенность пациентов с пограничным расстройством личности неизвестна, данные пациенты отличаются трудностью вербализации собственных эмоций, ощущения схемы тела и склонны к выполнению радикальных процедур, зачастую вредящих здоровью, а также манипулируют лечащими врачами с целью получения тех или иных медицинских манипуляций [15, 28].

Также у пациенток с минимальными косметологическими процедурами (например, инъекции ботулотоксина типа А) без явных признаков дисморфофобии отмечались акцентуации по типу открытости новому опыту, экстраверсии и нейротизма, однако не отмечалось значимых нарушений в схеме тела [29].

Одними из недооцененных личностных особенностей пациентов являются алекситимия и склонность к соматизации аффективных заболеваний, при которых аффективные фазы отражаются преимущественно не на эмоциональном состоянии, а в телесной сфере [15, 30].

Дисморфофобия и аутоагрессивное поведение

Дисморфофобия — повышенное внимание к особенностям своего внешнего вида, впервые описанное Pierre Janet (1859–1947) под определением «навязчивого стыда собственного тела» и, она относилась к категории обсессивно-компульсивных расстройств. До 2013 года в классификации болезней DSM дисморфофобия входила в категории соматоформных расстройств, а в DSM-V перенесена в группу обсессивно-компульсивных расстройств. В классификации МКБ-11 дисморфофобия, напротив, по-прежнему остается в категории соматоформных расстройств, небредовая форма дисморфофобии отнесена к ипохондрическому расстройству (F45.2), бредовая — к хроническим бредовым расстройствам (F22.8) [31].

Данное расстройство вносит негативный вклад в экономическую ситуацию системы здравоохранения в связи с добавлением дополнительных обследований и процедур [32, 33, 34].

Одной из отличительных черт дисморфофобии является низкая распознаваемость среди дерматологов и косметологов, которые зачастую не выявляют подобных пациентов:

при опросе квалифицированные специалисты ответили, что за год встречали лишь 1–5 пациентов с симптомами, схожими с дисморфообией, и столкнулись с неудовлетворенностью результатами эстетических мероприятий после выполнения им косметологических процедур, хотя, согласно результатам прицельных исследований, выполненных психиатрами, подобные случаи должны встречаться значительно чаще [35].

Распространенность дисморфофобии среди населения составляет 1,0–2,0%, в то время как в косметологической практике отмечается накопление до 15,0% в развернутой форме и 18,4–20,0% в субклинической стадии [36]. Например, у пациентов, обратившихся по поводу проведения операции ринопластики, у 20,1% отмечались черты дисморфофобии, что значительно превышает обнаружение дисморфофобии в общей сети косметологической хирургии (13,2%), дерматологических амбулаторных пациентов (11,3%), психиатрических пациентов, проходящих лечение в стационаре (7,4%), и амбулаторных психиатрических пациентов (5,8%) [36, 37].

В литературе рассматриваются два пика манифестации дисморфофобии у дерматологических пациентов — в подростковом возрасте и после 45 лет, что соответствует возрастным пикам обращаемости в косметологическую сеть в целом. При этом не отмечается разницы в клинических чертах дисморфофобии и разницы встречаемости среди различных полов. Одним из самых значимых факторов, определяющих важность своевременной верификации дисморфофобии, является ее хроническое течение и влияние на качество жизни больных, превосходящее по влиянию сахарный диабет и инфаркт миокарда [38].

Своевременное выявление дисморфофобии позволит повысить удовлетворенность косметологическими процедурами. Также следует помнить о высокой коморбидности к аффективным заболеваниям и высоким риском суицидальных тенденций: тревожные расстройства встречались в 49% случаев, депрессии — в 19%, до 25% предпринимали суицидальную попытку и до 80% хотя бы единожды отмечали суицидальные тенденции [39, 40, 41].

Наиболее беспокоящими дефектами внешнего вида оказались субъективно воспринимаемые отклонения в форме лица и асимметрия внешности, а также вульгарные угри [42]. Лица мужского пола также представлены среди пациентов с дисморфообией, но накапливаются преимущественно у специалистов-трихологов, где их встречаемость в 10 раз выше, чем в общей косметологической сети [43].

Существует две этиологические концепции возникновения дисморфофобии. Согласно психологической теории, у подобных пациентов нарушения в образе тела, а также переживания о собственной привлекательности возникли еще в детском возрасте, кроме того, у пациентов с дисморфофобией отмечается накопление эпизодов нарушения питания (анорексия) (78,7%), эмоционального отторжения в детстве (68,0%), эмоционального (56,0%), физического (37,4%) и сексуального (28,0%) насилия в детском возрасте [44]. С другой стороны, по данным нейровизуальных исследований, у пациентов с дисморфофобией отмечаются нарушения при обработке зрительной информации,

уменьшение объема орбитофронтальной коры и увеличение объема белого вещества по сравнению с группой контроля, что схоже с группой обсессивно-компульсивных расстройств и расстройств пищевого поведения [45, 46].

В отечественной литературе внимания заслуживает систематика дисморфобии у пациентов с фациальной локализацией процесса: дисморфофобия с сензитивными идеями отношения, с преобладанием тревожных и обсессивно-компульсивных симптомов, и второй тип — дисморфофобия с интернальным перфекционизмом со сверхценным отношением к собственной внешности и наиболее выраженным стремлением к косметологической и хирургической помощи [38].

Неудовлетворенность качеством медицинских процедур может быть обусловлена тенденцией пациента к аутоагрессии — склонности к самоповреждающему поведению. Как и в случае с дисморфофобией, подобные пациенты накапливаются преимущественно в дерматологической сети (2,3 %) по сравнению с психиатрической (0,6 %) [47, 48]. Согласно данным медицинской литературы, выделяется три вида самоповреждения: артефактное в виде расчесов; нарушения целостности слизистой в целях удаления «уродующих участков кожи»; самоиндуцированное и доверенное членовредительство с прибеганием к самостоятельному употреблению медикаментов и инфицированных предметов или делегированию самоповреждающих тенденций врачам, в том числе косметологам и хирургам [49, 50].

Одним из крайних проявлений ауагрессивного поведения является искусственный дерматит (искусственный дерматит, патомимия), который характеризуется нанесением самоповреждений кожного покрова в сочетании с преувеличенной ложью (*pseudologia fantastica*), блужданием из больницы в больницу и стремлением быть в роли пациента.

Склонность к самоповреждающему поведению может реализовываться и в непреднамеренном виде, в качестве примера подобного феномена можно привести невротические экскориаии — психосоматические повреждения кожи, не имеющие под собой реальной дерматологической почвы, которые происходят в результате импульсивных или навязчивых действий и сопровождаются зудом [51, 52].

В рамках эндогенного заболевания тенденция к самоповреждению может проявляться ограниченной (*circumscripta*) ипохондрией, сверхценной одержимостью ощущениями определенного участка со стремлением к оперативному лечению [53], а также дерматозоидным бредом в рамках констезиопатической паранойи или шизофрении — бредом одержимости с явлениями тактильного галлюциноза, характеризующимся борьбой с мнимыми паразитами и принимающий форму аутодеструктивного поведения [49].

Аффективные расстройства

Депрессивные расстройства в психодерматологии наиболее связаны с нозогенными (связанными с семантикой диагноза, формирующимися в ответ на болезнь по психологическим механизмам) влияниями заболевания на внешний вид пациента и клинически наиболее часто

представленными тревожно-депрессивными нозогенными реакциями, ипохондрическими реакциями с идеями утраты собственной привлекательности (дисморфическим сензитивным комплексом) [49].

По данным различных исследований, депрессия встречается у дерматологических пациентов в 10 % случаев, а тревожное расстройство — в 17 % [54]. У пациентов с хроническими кожными заболеваниями, такими как псориаз, например, отмечается взаимное влияние тяжести кожного заболевания и депрессии. В обзоре S. Ghosh (2013) предполагает, что все еще есть некоторые доказательства того, что депрессия может привести к повреждению кожи из-за воспаления. Воспалительные цитокины, такие как фактор некроза опухолей альфа (TNF), интерлейкин IL-1, IL-2, IL-10, интерферон гамма (IFN), IL-1β, простагландин E2 (PGE2), C-реактивный белок (СРБ), ИЛ-6 и ИЛ-8 участвуют в патогенезе псориаза, а также большой депрессии [55]. Это предполагает возможную связь между этими состояниями. Кроме того, были изучены генетические вариации серотонинергической системы, которые играют неотъемлемую роль в патофизиологическом механизме у пациентов с депрессией и псориазом.

Нераспознанные депрессии ведут к злоупотреблению пациентами врачебной помощью, снижению удовлетворенностью косметологическими процедурами. Хотя наиболее ассоциированными с суицидальным риском кожными заболеваниями являются акне и псориаз [8], в эстетической косметологии аффективные заболевания также имеют значимые последствия для качества жизни пациентов и взаимопонимания между врачом и пациентом. По данным N. Oi (2013), нераспознанными остаются депрессия в 56 % и тревога в 64 % случаев при их наличии, причем подобное ухудшение диагностики особенно часто встречается у хронических дерматологических пациентов, но в то же время значительно определяет качество жизни и влияет на прогноз основного лечения [56]. Оказание косметологических услуг при этом имеет не только эстетический, но и краткосрочный психотерапевтический эффект [57].

В отечественном исследовании была установлена концепция нозогенных аффективных реакций на дерматологическое заболевание. Показано, что депрессии в ответ на кожные заболевания возникали приблизительно у 50 % пациентов, тяжесть депрессий коррелировала с активностью воспалительного процесса и площадью поражения кожи с преобладанием сензитивных идей отношения и социофобических реакций в виде ипохондрии красоты [58].

Примеры метрических инструментов, применяемых в зарубежной практике в косметологии

В современной научно-практической медицинской литературе по вопросам оценки качества жизни в косметологической практике наиболее часто встречаются описания исследований с применением метрических шкал из общей медицинской практики, адаптированных к эстетической медицине. Среди них General Health Questionnaire, Health Measurement Questionnaire, Short-Form Health Survey, QoL — оценка общего качества жизни, Ways of Coping

Scale — шкала для оценки степени адаптации, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, разработанная для измерения текущего уровня депрессии, Questions on Life Satisfaction Questionnaire (FLZM), стандартизированный тест самооценки удовлетворенности и качества жизни и др. [59].

Представлены многочисленные результаты обследований пациентов эстетической медицины с применением опросников специфичных по дисморфофобии: Body Dysmorphic Symptoms Scale, BDDE-Self Report, Multi-Dimensional Body Self-Relations Questionnaire, Pre-Operative Patient Expectations Questionnaire и Post-Operative Patient Expectations Questionnaire, Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire-Appearance Scales, Rosenberg Self-Esteem Scale [Higgins S., 2018].

Разработаны и описаны метрические шкалы для отдельных направлений эстетической медицины, например для ринопластики: Rhinoplasty Outcomes Evaluation, Glasgow Benefit Inventory, Facial Appearance Sorting Test. Для практикующих врачей-косметологов наиболее применимыми могут быть опросники, специфично разработанные для процедур по омоложению кожи: Facial Lines Treatment Satisfaction Questionnaire, Skin Rejuvenation Outcomes Evaluation, Facial Lines Outcomes Questionnaire, Wrinkle Severity Rating Scale, Global Aesthetic Improvement Scale. Однако они направлены на оценку удовлетворенности состоянием кожи и недостаточно оценивают связанные с ними изменения качества жизни и поведенческих проблем [59, 60].

Широко применяемыми эффективными, надежными и чувствительными инструментами, разработанными для самостоятельной оценки пациентом результатов хирургического и нехирургического эстетического лечения, считаются представленные ниже метрические шкалы.

Шкалы оценки качества жизни применительно к эстетической медицине и косметологии

1. Freiburg Questionnaire on Aesthetic Dermatology and cosmetic surgery (FQAD), шкала Фрайбурга. Специально разработанный метод оценки качества жизни для пластической хирургии и косметологии. FQAD состоит из двух частей: отношение к красоте и телу (FQAD I) и способ лечения (удовлетворение, эффекты на различные области жизни (FQAD II)). Для оценки универсального качества жизни разработана фрайбургская шкала оценки качества жизни, основная версия (core version, FLQA-c). FQAD состоит из двух частей. Первая (44 пункта) оценивает аспекты тела, социальных контактов и внешнее проявление. Представлены следующие шкалы: оценка тела (19 пунктов), уход за телом (8 пунктов), социальные контакты (11 пунктов), уверенность в себе (6 пунктов). Вторая часть (20 пунктов) оценивает результат лечения, эстетические процедуры и удовлетворение [61].
2. Derriford Appearance Scale (DAS 59). В Великобритании Harris и Carr в 2001 году предложили высоковалидный и надежный метод предварительного обследования, основанный на анализе опросника для

выявления эмоциональных и поведенческих проблем пациентов пластической хирургии. Исследование было проведено на 1 474 пациентах. Опросник Derriford Appearance Scale (DAS 59) состоит из 59 основных вопросов, касающихся общего состояния, социальных взаимоотношений, сексуального поведения, стыдливости и застенчивости, раздражительности, уверенности в себе и т.д. В 2005 году предложен сокращенный вариант DAS 24. Эта сокращенная версия ранее предложенного опросника включает 24 пункта и предлагается для реконструктивной пластической хирургии и омоложения лица [62].

3. RoFCAR (Royal Free Hospital, London and the Centre for Appearance Research). В 2014 году Rumsey, Paraskeva, Clarke на основании DAS 24 разработали удобный в применении опросник RoFCAR (Royal Free Hospital, London and the Centre for Appearance Research). Опросник «на одной странице» состоит из девяти ключевых вопросов, последний из которых предполагает написание развернутого ответа собственноручно пациентом. При подозрении на дисморфофобию пациентов просят ответить на дополнительные вопросы [63].
4. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD). В Соединенных Штатах Thomas и соавт. в 2001 году применяли опросник Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD), который помогает выявить психиатрические нарушения у пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Авторы выделяют 16 возможных психиатрических состояний, включая нарушения настроения, тревожные расстройства, нарушения пищевого поведения, соматоформные нарушения, алкогольную зависимость и др. При обследовании 75 пациентов клиники пластической хирургии у 9,3% были диагностированы психиатрические нарушения [64].
5. В Австралии Honigman и соавт. в 2011 году разработали PreFace-опросник для краткого психологического обследования пациентов эстетической хирургии и стоматологии. Он составлен на основании нескольких высоковалидных опросников: General Health Questionnaire-30, Hospital Anxiety и Depression Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Dysmorphic Concerns Questionnaire и Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. В исследовании валидности этого опросника принимали участие 84 пациента, обратившихся за косметологическими процедурами по лицу и стоматологической помощью. Восемь первых пунктов оценивали предоперационный психологический статус пациентов, два заключительных относились к послеоперационному периоду [65].
6. FACE-Q — опросник, разработанный совместно учеными из США и Канады Klassen, Cano, Schwitzer в 2015 году. Представлен на английском языке и во французском переводе. Он включает более 40 шкал и контрольный перечень вопросов для оценки появлений неблагоприятных эффектов, связанного со здоровьем качества жизни (HRQL) и опыта медицинского обслуживания. Восемь шкал разработаны для оценки кожи,

губ, морщин (отдельно для каждой зоны на лице), два перечня контрольных вопросов — для оценки неблагоприятных эффектов для губ, кожи, морщин. Для них предложены четыре варианта ответа. Шкалы для кожи и губ измеряют удовлетворение пациента их состоянием. Шесть шкал, которые измеряют выраженность морщин (в целом, лоб, глабелла, периорбитальная область, губы и линии марионетки), и контрольные вопросы об отрицательном воздействии (кожа и губы), по которым оценивают, насколько обеспокоен пациент каким-то из этих пунктов. В целях проверки представлены три дополнительные шкалы: удовлетворенность с 10 пунктами оценки состояния лица, с 10 пунктами о влиянии на психологическое состояние, с 8 пунктами о влиянии на социальную жизнь [66].

В практике отечественных исследований широко применяются SKINDEX-29 и Dermatology Life Quality Index.

Опросник SKINDEX-29 («Скиндекс-29») состоит из 29 вопросов, имеет три раздела: симптомы, эмоции и функции. Опросник был использован в ряде российских исследований кожных болезней: розацеа, экземы, псориазы, акне [67, 68, 69, 70].

Dermatology Life Quality Index (DLQI) (дерматологический индекс качества жизни, ДИКЖ) состоит из 10 пунктов и включает оценочные показатели от 0 до 3 баллов [71]. Это один из наиболее известных опросников. Он использовался при изучении более чем 36 различных кожных заболеваний [72]. Русифицирован, подготовлен и апробирован на валидность российскими учеными-дерматологами Н. Г. Кочергиным и Е. П. Буровой. В отечественных исследованиях он применялся при псориазе [Круглова Л. С., 2015], атопическом дерматите [74], акне [75], витилиго [75], хронической крапивнице [77], розацеа [78] и др.

В существующих обзорах литературы, сравнивающих различные методы предварительной оценки психологического статуса пациентов, авторы так и не пришли к консенсусу, какие же симптомы обязательны для включения в скрининг. Многие методы оказываются сложноприменимыми в практике (высокозатратные, занимающие много времени, сложные в расчетах). Некоторые опросники недостаточно изучены (например, исследования статистически имеют проблемы выборки, репрезентативности) или неспецифичны для различных отраслей косметологии. Таким образом, представляется весьма перспективной разработка надежного и простого в использовании опросника для определения психологического статуса, а также алгоритма психологического обследования пациентов в косметологии, что позволит достигать большей удовлетворенности результатами процедур.

Список литературы

1. Dalgard F., Svensson Å, Gieler U., Tomas-Aragones L., Lien L., Poot F., Kupfer J. (2018). Dermatologists across Europe underestimate depression and anxiety: Results from 3635 dermatological consultations. *British Journal of Dermatology*. DOI: 10.1111/bjd.16250.
2. Ambro B. & Wright R. (2010). Depression in the Cosmetic Surgery Patient. *Facial Plastic Surgery*, 26 (04), 333–338. DOI: 10.1055/s-0030-1262309.
3. Paula P.R., Arruda F.C., Prado M. & Neves C.G. (2018). Prevalence of Depressive Symptoms in Patients Requesting Cosmetic Breast Surgery in Midwestern Brazil. *Plastic and Reconstructive Surgery — Global Open*, 6 (10). DOI: 10.1097/gox.0000000000001899.
4. Романов Д. В., Самушина М. А. & Романова Ю. Ю. и др. (2018) Трихотилломания: современное состояние проблемы и аспекты клинической типологии. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*, № 1, 135–144.
5. Романова Ю. Ю., Романов Д. В. & Львов А. Н. (2017). Психические расстройства при алопециях (обзор литературы). *Психические расстройства в общей медицине*, 1–2, 31–42.
6. Парфенов Е. А., Плужников И. В. & Романов Д. В. (2016). Нейропсихологический анализ состояния тактильной сферы при дерматозном бреде и ограниченной ипохондрии (пилотное исследование). *Психиатрия*, 3 (71), 66–66.
7. Romanov D. V., Lvov A. N., Smulevich A. B. (2017) Hypochondriasis circumscripta and related artificial disorders in dermatology. Invited lecture 11 (IL11). *Acta dermato-venereologica*, 97 (7), 877.
8. Gupta M. A., Pur D. R., Vujcic B. & Gupta A. K. (2017). Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clinics in Dermatology*, 35 (3), 302–311. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.006.
9. Kahn J. P. (1969). Allergic Children: Their Psyche and Skin. *Postgraduate Medicine*, 45 (2), 149–152. DOI: 10.1080/00325481.1969.11697024.
10. Тхостов А. Ш. (2002). Психология телесности. Москва: Смысл.
11. Battagay R. (1992) [Tactile-symbiotic relationship as the earliest step of child development]. *Z Psychosom Med Psychoanal*, 38 (2), 115–28.
12. Main M. & Stadtman J. (1981). Infant Response to Rejection of Physical Contact by the Mother. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20 (2), 292–307. DOI: 10.1016/s0002-7138(09)60990-0.
13. Weiss S. J. & Puntillo K. (2001). Predictors of cardiac patients psychophysiological responses to caregiving. *International Journal of Nursing Practice*, 7 (3), 177–187. DOI: 10.1046/j.1440-172x.2001.00271.x.
14. Mann M. D. The nervous system in action (n.d.). Retrieved from michaelmann.net/The Nervous System In Action.html.
15. Loron A. M., Ghaffari A. & Poursafargholi N. (2018). Personality Disorders among Individuals Seeking Cosmetic Botulinum Toxin Type A (BoNTA) Injection, a Cross-Sectional Study. *The Eurasian Journal of Medicine*, 50 (3), 164–167. DOI: 10.5152/eurasianjmed.2018.17373.
16. Ebrahimi A. A., Salehi M. & Taffi A. K. (2007). Obsessive-compulsive disorder in dermatology outpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11 (3), 218–221. DOI: 10.1080/13651500601127172.
17. Ross N. A., Todd Q. & Saedi N. (2015). Patient Seeking Behaviors and Online Personas. *Dermatologic Surgery*, 41 (2), 269–276. DOI: 10.1097/dss.0000000000000267.
18. Белоусов А. Е. (1998). Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия Санкт-Петербург: Гиппократ.
19. Ермолаева А. В. (2002). Скрытая мотивация пациентов эстетической хирургии. *Эстетическая медицина*, 4 (1), 288–292.
20. Сластенина В. В. (2007). Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии. *Вестник Томского государственного университета*, (303), 205–208.
21. Bolton M. A., Pruzinsky T., Cash T. F. & Persing J. A. (2003). Measuring Outcomes in Plastic Surgery: Body Image and Quality of Life in Abdominoplasty Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112 (2), 619–625. DOI: 10.1097/01.prs.0000070972.57000.08.
22. Ebrahimi A. A., Salehi M. & Taffi A. K. (2007). Obsessive-compulsive disorder in dermatology outpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11 (3), 218–221. DOI: 10.1080/13651500601127172.
23. Sarwer D. (2007). Cosmetic Breast Augmentation and Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 164 (7), 1006. DOI: 10.1176/appi.ajp.164.7.1006.
24. Kuhn H., Cunha P. R., Matthews N. H., Kroumpouzou G. (2018). Body dysmorphic disorder in the cosmetic practice. *G Ital Dermatol Venereol*. Aug;153 (4): 506–515. doi: 10.23736/S0392-0488.18.05972-2.
25. Li J., Li Q., Zhou B., Gao Y., Ma J. & Li J. (2016). Predictive factors for cosmetic surgery: A hospital-based investigation. *SpringerPlus*, 5 (1). DOI: 10.1186/s40064-016-3188-z.
26. He W., Zheng Q., Ji Y., Shen C., Zhu Q. & Wang W. (2017). Development of a Body Image Concern Scale using both exploratory and confirmatory factor analyses in Chinese university students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1419–1425. DOI: 10.2147/ndt.s138762.
27. Moulton S. J., Gullyas C., Hogg F. J. & Power K. G. (2018). Psychosocial predictors of body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71 (2), 149–154. DOI: 10.1016/j.bjps.2017.11.004.
28. Nakamura M. & Koo J. (2017). Personality disorders and the “difficult” dermatology patient: Maximizing patient satisfaction. *Clinics in Dermatology*, 35 (3), 312–318. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.009.
29. Scharschmidt D., Mirastschijski U., Preiss S., Brähler E., Fischer T. & Borkenhagen A. (2018). Body Image, Personality Traits, and Quality of Life in Botulinum Toxin A and Dermal Filler Patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42 (4), 1119–1125. DOI: 10.1007/s00266-018-1165-3.
30. Dehghani F., Dehghani F., Kafaie P. & Taghizadeh M. R. (2017). Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 42–45. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.10.011.

31. França K., Roccia M. G., Castillo D., Alharbi M., Tchermev G., Chokoeva A., ... Fioranelli M. (2017). Body dysmorphic disorder: History and curiosities. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 167 (S1), 5–7. doi: 10.1007/s10354-017-0544-8.
32. Veale D. & Bewley A. (2015). Body dysmorphic disorder. *Bmj*, 350 (Jun18 9). DOI: 10.1136/bmj.h2278.
33. Dalgard F. J., Bewley A., Evers A. W., Gieler U., Lien L., Sampogna F., ... Kupfer J. (2018). Stigmatisation and body image impairment in dermatological patients: Protocol for an observational multicentre study in 16 European countries. *BMJ Open*, 8 (12). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024877.
34. Altamura C., Paluello M. M., Mundo E., Medda S. & Mannu P. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251 (3), 105–108. DOI: 10.1007/s004060170042.
35. Bouman T. K., Mulken S. & Lei B. V. (2017). Cosmetic Professionals' Awareness of Body Dysmorphic Disorder. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139 (2), 336–342. DOI: 10.1097/jprs.0000000000002962.
36. Ribeiro R. V. (2017). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41 (4), 964–970. DOI: 10.1007/s00266-017-0869-0.
37. Veale D., Gledhill L. J., Christodoulou P. & Hodsoll J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.07.003.
38. Дороженко И. Ю., Матюшенко Е. Н. & Олисова О. Ю. (2014). Дисторфобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса. *Российский журнал кожных и венерических болезней*, 17 (1), 42–47.
39. Koblenzer C. S. (2017). Body dysmorphic disorder in the dermatology patient. *Clinics in Dermatology*, 35 (3), 298–301. DOI: 10.1016/j.clinidermatol.2017.01.002.
40. Brohede S., Wyon Y., Wingren G., Wijma B. & Wijma K. (2017). Body dysmorphic disorder in female Swedish dermatology patients. *International Journal of Dermatology*, 56 (12), 1387–1394. DOI: 10.1111/ijd.13739.
41. Vashi N. A. (2016). Obsession with perfection: Body dysmorphia. *Clinics in Dermatology*, 34 (6), 788–791. DOI: 10.1016/j.clinidermatol.2016.04.006.
42. Thanveer F. & Khunger N. (2016). Screening for body dysmorphic disorder in a dermatology outpatient setting at a tertiary care centre. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 9 (3), 188. DOI: 10.4103/0974-2077.191649.
43. Kacar S. D., Ozuguz P., Bagcioglu E., Coskun K. S., Polat S., Karaca S. & Ozbulut O. (2015). Frequency of body dysmorphic disorder among patients with complaints of hair loss. *International Journal of Dermatology*, 55 (4), 425–429. DOI: 10.1111/ijd.12758.
44. Didie E. R., Tortolani C. C., Pope C. G., Menard W., Fay C. & Phillips K. A. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect*, 30 (10), 1105–1115. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.03.007.
45. Feusner J. D., Moody T., Hembacher E., Townsend J., Mckinley M., Moller H. & Bookheimer S. (2010). Abnormalities of Visual Processing and Frontostriatal Systems in Body Dysmorphic Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67 (2), 197. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.190.
46. Arienzo D., Leow A., Brown J. A., Zhan L., Gadelkarim J., Hovav S. & Feusner J. D. (2013). Abnormal Brain Network Organization in Body Dysmorphic Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 38 (6), 1130–1139. DOI: 10.1038/npp.2013.18.
47. Львов А. Н., Терентьева М. А. (2005). Невротические эксориации, коморбидные инволюционной истерии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*, 6, 40–44.
48. Bursztajn H. J. (1990). Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry. *General Hospital Psychiatry*, 12 (1), 63–64. DOI: 10.1016/0163-8343(90)90041-a.
49. Смуглевич А. Б., Львов А. Н. & Иванов О. А. (2012). Патомимии. Психотатология аутоагрессии в дерматологической практике. Москва: Медицинское информированное агентство.
50. Смуглевич А. Б. (2015). Депрессии при психических и соматических заболеваниях. Москва: Медицинское информационное агентство.
51. Moffaert M. V. (1992). Psychodermatology: An Overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58 (3–4), 125–136. DOI: 10.1159/000288621.
52. Koblenzer C. & Gupta R. (2013). Neurotic Excoriations and Dermatitis Artefacta. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 32 (2), 95–100. DOI: 10.12788/j.sder.0008.
53. Волева Б. А. (2009). Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия) автореф. дисс. докт. мед. наук. Москва.
54. Dalgard F. J., Gieler U., Tomas-Aragones L., Lien L., Poot F., Jemec G. B., ... Kupfer J. (2015). The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135 (4), 984–991. DOI: 10.1038/jid.2014.530.
55. Sharma P., Sreejayan K., Ghosh S., & Behere R. (2013). Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. *Indian Journal of Dermatology*, 58 (1), 39. DOI: 10.4103/0019-5154.105286.
56. Oi N. & Ohi K. (2013). The relationship between psychosocial problems including depression and behavioural trends among middle-aged menopausal women in a cohort study. *International Journal of Cosmetic Science*, 35 (6), 581–587. DOI: 10.1111/jics.12081.
57. Heisig M., & Reich A. (2018). Psychosocial aspects of rosacea with a focus on anxiety and depression. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, Volume 11, 103–107. DOI: 10.2147/ccid.s126850.
58. Дороженко И. Ю., Белоусова Т. А. & Терентьева М. А. (2006). Нозогенные реакции у больных дерматозами фациальной локализации. *Российский журнал кожных и венерических болезней*, 1, 41–45.
59. Беловол А. Н., Ткаченко С. Г. & Береговая А. А. (2012). Современные методики оценки качества жизни пациентов в медицинской косметологии. *Дерматология и венерология*, 3 (57), 5–15.
60. Carruthers A. & Carruthers J. (2010). A validated facial grading scale: The future of facial ageing measurement tools? *Journal of Cosmetic and Laser Therapy*, 12 (5), 235–241. DOI: 10.3109/14764172.2010.514920.
61. Sommer B., Zschocke I., Bergfeld D., Sattler G. & Augustin M. (2003). Satisfaction of Patients After Treatment With Botulinum Toxin for Dynamic Facial Lines. *Dermatologic Surgery*, 29 (5), 456–460. DOI: 10.1097/00042728-200305000-00004.
62. Carr T., Moss T. & Harris D. (2005). The DAS24: A short form of the Deriford Appearance Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology*, 10 (2), 285–298. DOI: 10.1348/135910705x27613.
63. Brunton G., Paraskeva N., Caird J., Bird K. S., Kavanagh J., Kwan I., ... Thomas J. (2014). Psychosocial Predictors, Assessment, and Outcomes of Cosmetic Procedures: A Systematic Rapid Evidence Assessment. *Aesthetic Plastic Surgery*, 38 (5), 1030–1040. DOI: 10.1007/s00266-014-0369-4.
64. Spitzer R. L. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 274 (19), 1511–1517. DOI: 10.1001/jama.274.19.1511.
65. Honigman R. J., Jackson A. C. & Dowling N. A. (2011). The PreFACE. *Annals of Plastic Surgery*, 66 (1), 16–23. DOI: 10.1097/sap.0b013e3181d50e54.
66. Pusic A. L., Klassen A. F., Scott A. M. & Cano S. J. (2013). Development and Psychometric Evaluation of the FACE-Q Satisfaction with Appearance Scale. *Clinics in Plastic Surgery*, 40 (2), 249–260. DOI: 10.1016/j.cps.2012.12.001.
67. Давыдова А. В. & Бакулев А. А. (2015). Сравнение и интерпретация шкал дерматологического индекса качества жизни и SKINDEK-29 у пациентов с различными подтипами розацеа. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 11 (3), 401–405.
68. Новоселецкая А. И. (2010). Оценка показателей качества жизни как критерий эффективности лечения больных экземой. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*, 2, 165–167.
69. Стукалова Н. Я. (2006). Измерение показателей качества жизни у больных с применением опросника SKINDEK-29. *Журнал Клиническая дерматология и венерология*, 4, 56–61.
70. Бурцева Г. Н., Сергеев А. Ю. & Свечникова Е. В. (2009). Самооценка тяжести заболевания, качества жизни и комплаентность у больных с акне. *Врач*, 8, 58–61.
71. Finlay A. & Khan G. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19 (3), 210–216. DOI: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
72. Lewis V. & Finlay A. Y. (2004). 10 Years Experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 9 (2), 169–180. DOI: 10.1111/j.1087-0024.2004.09113.x.
73. Круглова А. С., Понич Е. С. & Бабушкин А. М. (2015). Комбинированное применение устекинумаба и узкополосной фототерапии в лечении тяжелых форм псориаза. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 11 (3), 385–389.
74. Баткаева Н. В., Баткаев Э. А. & Гитинова М. М. (2018). Сравнительная оценка дерматологического индекса качества жизни у больных хроническими воспалительными дерматозами. *Российский медицинский журнал*, 8 (III), 68–71.
75. Арипова М. Л. & Хардинова С. А. (2015). Психосоциальное состояние пациентов с тяжелой степенью акне на фоне терапии изотретиноином. *Вестник дерматологии и венерологии*, 5, 122–127.
76. Дороженко И. Ю., Матюшенко Е. Н. & Олисова О. Ю. (2014). Дисторфобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса. *Российский журнал кожных и венерических болезней*, 17 (1), 42–47.
77. Качергин Н. Г., Колхир П. В. & Косоухова О. А. (2016). Диагностические особенности хронической крапивницы. *Российский журнал кожных и венерических болезней*, 5, 290–295.
78. Давыдова А. В. & Бакулев А. А. (2015). Сравнение и интерпретация шкал дерматологического индекса качества жизни и SKINDEK-29 у пациентов с различными подтипами розацеа. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 11 (3), 401–405.

Для цитирования. Шахнович А. А., Рагимова А. А., Самушия М. А., Ефремов А. А. Психический статус пациентов в косметологии как предиктор удовлетворенности эстетическими процедурами и психометрические шкалы для его оценки (обзор литературы) // Медицинский алфавит. Серия «Дерматология». — 2019. — Т. 2. — 26 (401). — С. 5–11.

