Сибирский психологический журнал. 2018. № 69. С. 100–112

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

DOI: 10.17223/17267080/69/6
УДК 616.517-052:159.923

А.О. Николаевская, Е.А. Алехина

Курский государственный медицинский университет (Курск, Россия)

Личностные особенности и качество жизни больных, страдающих псориазом, с различной длительностью заболевания

Представлены результаты обследования клинико-психопатологическим, экспериментально-психологическим, статистическим методами 39 больных, страдающих хроническим мультифакторным дерматозом – псориазом. Описаны личностные особенности в динамике заболевания, параметры качества жизни больных. Установлено, что длительность течения псориаза влияет на физическое и психологическое благополучие. Выявленные данные о личности больных позволят комплексно подходить к оценке состояние их здоровья, в случае необходимости выстраивать коррекционные мероприятия.

Ключевые слова: *психосоматика; псориаз; личность; качество жизни.*

Введение

Одной из важных медико-социальных проблем дерматологии является хронический мультифакторный дерматоз – псориаз, который на 67-й Ассамблее Всемирной организации здравоохранения признан «хроническим неинфекционным мучительным обезображивающим и приводящим к нетрудоспособности заболеванием, способ излечения от которого неизвестен».

Характерным признаком псориаза является возникновение четко отграниченных от здоровой кожи красных шелушащихся папул размером с монету, которые локализованы преимущественно на коже рук, локтевых и коленных суставов, ступней и волосистой части головы. К проявлениям заболевания также относятся зуд, раздражение, жжение и боль. В достаточно редких тяжелых случаях пораженным оказывается весь кожный покров, когда острое воспаление и шелушение кожи могут вызвать нарушения ее терморегуляции и барьерной функции, что может привести к летальному исходу [1. С. 3]. Псориаз манифестирует в любом возрасте и характеризуется неконтролируемой незлокачественной пролиферацией клеток кожи [2. С. 39; 3. С. 1258].

В последние годы в дерматологической практике широко распространен психосоматический подход, рассматривающий человека с позиции

единства биологического и психического начал. Это обусловлено тем, что ряд дерматологических заболеваний, таких как нейродермит, экзема, ангионевротический отек, крапивница, псориаз, традиционно рассматривался в числе психосоматических расстройств [4. С. 4; 5. С. 110]. По определению А.Б. Смулевича (2016), психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов, проявляющихся психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов [6. С. 223].

В 1968 г. американский ученый Франц Александер в своих трудах подчеркивал, что «кожа – это важный орган выражения эмоций», она обладает специфической предрасположенностью к реакции индивида на стресс. В широко известной книге «Психосоматическая медицина» автор отсылает читателей к наиболее ранним работам Джозефа Клаудера, который, в свою очередь, полагал, что «психика оказывает на кожу большее влияние, чем на любой другой орган... Кожа – важный орган выражения эмоций, который можно сравнить только с глазом». Основная мысль Ф. Александера заключалась в том, что главной ролью в манифестации патогенетических механизмов псориаза выступают «неосознанные эмоциональные конфликты, подавление агрессивных и сексуальных влечений при неспособности самостоятельно контролировать собственные эмоциональные устремления» [7. С. 245]. Аналогичного воззрения придерживаются и современные исследователи. Так, в статье А.Н. Стефановой, Л.Д. Малахова (2002) [8. С. 52] отмечается, что кожа выступает как «психосоматический орган человека» и «фокус проявления его внутренних конфликтов».

Высокий уровень заболеваемости псориазом на нынешнем этапе развития цивилизации объясняется стремительным темпом жизни общества, увеличением эмоциональной нагрузки, требующей огромных нервных и интеллектуальных усилий [9]. Как один из самых упорных и распространенных дерматозов, псориаз занимает лидирующее место в структуре хронических рецидивирующих кожных заболеваний, поражая от 0,1 до 3% населения разных стран [10]. Удельный вес больных псориазом в общей структуре заболеваемости кожными болезнями, по данным российских авторов, составляет 7–10%, а среди стационарных больных дерматологического профиля – 20–30%. В абсолютных цифрах в Российской Федерации около 2,8 млн больных псориазом, в мире им страдают около 125 млн человек [11, С. 2; 12; 13].

Обострение псориаза в 52,5% случаев наблюдается после острых нервно-психических потрясений, отрицательных эмоций и нервного перенапряжения [14. С. 43]. По данным зарубежных авторов, у 80% больных, столкнувшихся со стрессовыми событиями, стоит ожидать обострения заболевания не позднее, чем через 4 недели после них [15. С. 176; 16. С. 14]. Толчком к возникновению болезни могут быть несчастные случаи или смерть близких, семейные ссоры или конфликты на службе, общественные проблемы, нравственные потрясения [17. С. 94; 18. С. 33].

Другой аспект обсуждаемой проблемы обусловлен значительным снижением качества жизни больных псориазом. В специальной литературе указывается на влияние псориаза на социальную активность страдающих людей, ограничение их профессиональной деятельности, быта, взаимоотношений с коллегами [19. С. 1]. Псориатические бляшки, чешуйки на коже, болевой синдром и сильный зуд могут выступать препятствием к реализации основных жизненных потребностей (сон, питание, уход за собой). Поражение кожи рук может препятствовать занятиям спортом, уходу за членами семьи [20. С. 221]. Отмечаются нарушения установления контактов с другими людьми из-за неуверенности, восприятия собственного тела как «нечистого, заразного», стремления больных к уединению, что в конечном итоге может привести к патологическому развитию личности пациента [21. С. 97]. Проявления псориаза способны привести к изменению поведения больных, следствием чего может стать ожирение, повышенное потребление алкоголя и табака. Кроме таких симптомов, как боль, зуд и кровоточивость, вызываемых псориазом, многие болеющие им люди во всем мире испытывают стигматизацию и дискриминацию в обществе и на работе [22, 23].

Большую психологическую проблему порождает наличие псориатических высыпаний на коже лица, ушах, на волосистой части головы, которые могут быть ошибочно восприняты окружающими как педикулез. Люди, болеющие псориазом, зачастую отличаются пониженной самооценкой, сталкиваются с дискриминацией при трудоустройстве, социальной изолюцией ввиду проявлений болезни.

Личность больного, тип акцентуации наряду с другими факторами оказывают влияние на формирование отношения пациента к собственному заболеванию и, соответственно, на качество их жизни [24]. Присущие дерматологическим больным замкнутость, раздражительность, вплоть да озлобленности и агрессии, недоверие к окружающим ухудшают качество жизни больных, их взаимоотношения с медицинскими работниками [17. С. 1021]. Данные о личности пациента дают возможность осуществлять постоянный мониторинг состояния больного, страдающего псориазом, позволяют составить полную и объективную картину болезни и в случае необходимости проводить коррекцию терапии [1. С. 152].

Актуальность изучения личностных особенностей и качества жизни больных псориазом обусловливается длительностью, упорством и непредсказуемостью течения псориаза, тяжестью его клинических проявлений, косметологическими проблемами, значительным влиянием на качество жизни больных и их личность.

Цель настоящего исследования – изучение личностных особенностей и качества жизни больных, страдающих псориазом, с различной длительностью заболевания.

В **задачи** работы входило оценить личностные особенности и качество жизни пациентов, страдающих псориазом, с различной длительностью течения заболевания, провести их сравнительный анализ.

Процедура и методы исследования

В основу настоящей работы легли результаты обследования на добровольной основе экспериментальной группы из 39 респондентов (20 женщин и 19 мужчин в возрасте от 22 до 72 лет), которое осуществлялось в ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер» в 2017 г. У всех обследованных по данным медицинской документации в соответствии с МКБ-10 был выставлен диагноз L 40.0 Псориаз обыкновенный.

Все испытуемые были разделены на три группы в соответствии с длительностью заболевания. В 1-ю группу вошли 9 респондентов с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет, во 2-ю группу – 13 респондентов с длительностью заболевания от 6 до 9 лет, в 3-ю группу – 17 респондентов с длительным течением заболевания от 10 до 13 лет.

В качестве основных методов исследования выступили клинико-психопатологический (опрос пациентов, наблюдение, оценка симптомов и синдромов), экспериментально-психологический (качественная и количественная оценка личностных характеристик, качества жизни) и статистический методы.

Для реализации поставленных задач нами были задействованы следующие психодиагностические инструменты:

– сокращенный многофакторный опросник для исследования личности «Мини-мульт» (СМОЛ), адаптированный Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым;

– SF-36 Health Status Survey – неспецифический опросник для оценки качества жизни, шкалы которого отображают особенности физического функционирования, ролевую деятельность, телесную боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

Статистический метод исследования включал следующие статистические технологии: 1) описательная статистика; 2) φ-критерий Фишера, который позволяет оценить достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых наблюдается интересующий эффект; 3) H-критерий Краскела–Уоллиса для проверки равенства медиан нескольких выборок. Для статистического анализа использовалась программа Statistica (версия 7.0) StatSoft.

Результаты исследования

Переходя к освещению результатов исследования, остановимся на сравнительной оценке частотного распределения базисных шкал опросника «Мини-мульт» в анализируемых группах.

Как видно из табл. 1, у больных с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет личностный профиль статистически значимо чаще ($p \leq 0,05$) отличался подъемом по шкалам ипохондрии (5 пациентов – 55,6%), депрессии (7 пациентов – 77,8%) и паранойяльности (6 пациентов – 66,7%).

Таблица 1

Сравнительная оценка частотного распределения базисных шкал опросника «Мини-мульт» в анализируемых группах

Базисные шкалы опросника «Мини-мульт»	Обследованные группы						φ_1	φ_2	φ_3
	1-я группа (n = 9)		2-я группа (n = 13)		3-я группа (n = 17)				
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
Ипохондрия (Hs)	5	55,6	3	23,1	4	23,5	**1,982#**	0,024	1,628
Депрессия (D)	7	77,8	4	30,8	4	23,5	**2,267#**	0,448	**2,785***
Истерия (Hy)	1	11,1	1	7,7	2	11,8	0,027	0,377	0,053
Психопатия (Pd)	1	11,1	1	7,7	1	5,9	0,027	0,193	0,053
Паранойяльность (Pa)	6	66,7	2	15,4	2	11,8	**2,546***	0,288	**2,935***
Психастения (Pt)	2	22,2	2	15,4	1	5,9	0,421	0,858	1,189
Шизоидность (Sc)	1	11,1	1	7,7	1	5,9	0,027	0,193	0,053
Гипотония (Ma)	1	11,1	1	7,7	1	5,9	0,027	0,193	0,053

Примечание. Здесь и далее: * – $p < 0,05$; **– $p < 0,01$ – значимые статистические различия; # – $0,05<p<0,1$ – различия на уровне статистической тенденции; φ_1 – критерий Фишера при сравнении 1-й и 2-й групп; φ_2 – критерий Фишера при сравнении 2-й и 3-й групп; φ_3 – критерий Фишера при сравнении 1-й и 3-й групп.

Испытуемые с высокими оценками по шкале ипохондрии характеризовались погруженностью в переживания о клинических проявлениях псориаза, проспективно оценивали, как изменится качество их жизни в отдаленном будущем. Большинство пациентов 1-й группы (7 человек – 77,8%) субъективно отмечали «мучительность» для них зуда, выраженный болевой синдром. Размышляли о возможной косметологической коррекции имеющихся дефектов на коже, вплоть до «ее пересадки» 2 пациента – 22,3%. Респонденты анализируемой группы отличались маловерием в успех лечения в дерматовенерологическом стационаре, скептически подходили к рекомендациям специалистов, «перепроверяли» информацию о врачебных назначениях и рекомендациях при выписке в сети Интернет. Зачастую были склонны верить в успех «народной» медицины, гомеопатии.

Испытуемые с высокими показателями по шкале депрессии отличались склонностью к пониженному настроению, даже при отсутствии видимых на то причин, чувствительностью, обидчивостью, сензитивностью, склонностью к тревогам, робостью, застенчивостью. При обострении заболевания у них быстро портилось настроение, отсутствовала вера в успех излечения, настрой отличался пессимизмом. Зачастую они оттягивали свой визит к врачу.

Повышение по шкале «Паранойяльность» проявлялось в настороженном отношении пациентов к медицинскому персоналу. Двое больных

настаивали на повторной сдаче общих анализов крови и мочи, поскольку считали, что «могут быть погрешности в лаборатории при выполнении анализа». Такие пациенты полагалии, что при общении с ними окружающие обращают внимание на их «косметологический дефект», стеснялись контактировать с врачами-ординаторами, предпочитая им специалистов более старшего возраста.

У респондентов 2-й группы по частоте на первом месте в личностном профиле отмечался подъем по шкале «Депрессия» (4 пациента – 30,8%), на втором месте – по шкале «Ипохондрия» (3 пациента – 23,1%), на третьем – по шкалам «Паранойяльность» (2 пациента – 15,4%) и «Психастения» (2 пациента – 15,4%). Повышение по шкалам «Истерия», «Психопатия», «Шизоидность», «Гипотония» встречалось в равном процентном соотношении и составляло по 7,7%.

Что касается пациентов 3-й группы с длительностью заболевания от 10 до 13 лет, то их личностный профиль при исследовании методикой «Мини-мульт» статистически значимо чаще ($p \leq 0,05$) проявлялся повышением по шкалам «Депрессия» (4 пациента – 23,53%) и «Паранойяльность» (2 пациента – 11,76%). Личностные переживания пациентов с подъемом показателей по шкале депрессии проявлялись в следующем: такие больные объективно понимали, что данная патология останется с ними на протяжении всей жизни, им периодически придется обращаться за специализированной помощью и даже госпитализироваться при обострении состояния. Повышение по шкале паранойяльности у длительно болеющих пациентов выражалось в их предубежденности относительно собственной внешности окружающими. Они полагали, что многим лицам «неприятно» общаться с ними ввиду того, что псориатические папулы находятся на видимых участках кожи, даже в летнее время зачастую носили одежду с длинными рукавами. Двое пациентов полагали, что распространяют неприятный запах из-за лекарственных средств, которые наносят на пораженные участки кожи.

Известным фактом выступает представление о том, что клинические проявления псориаза, характер его течения, частота обострений, длительность заболевания во многом определяются психоэмоциональным состояние болеющего человека, а также его личностными особенностями. С другой стороны, может иметь место психопатологическая симптоматика ввиду реакции самого больного на возникновение болезни.

На основе представленных в табл. 1 данных можно судить о том, что в динамике заболевания происходит некоторое изменение личностного профиля страдающих псориазом больных. Так, лица с небольшой длительностью заболевания сталкиваются с новым для себя состоянием – состоянием болезни. Они отличались ипохондричностью, погруженностью в размышления о возможных последствиях псориаза, рассуждениях об изменении в связи с заболеванием их жизненного уклада. Стремились всесторонне самостоятельно исследовать свое заболевание, иметь о нем максимальные представления, которые черпали в сети Интернет. Немаловажным представлялся скептицизм таких больных по отношению к медицин-

скому персоналу, врачебным назначениям, которые «перепроверялись». Субъективно такие пациенты указывали на выраженный болевой синдром, непереносимость зуда. Для них была характерна пониженная самооценка ввиду косметологического дефекта кожи, существовал некоторый радикализм – пациенты всерьез задумывались о серьезных реконструктивных операциях по пересадке пораженных участков кожи, визитах к косметологам по поводу возможной коррекции, не исключали для себя возможность лечения гомеопатией, обращения к представителям нетрадиционной медицины – «знахарям», «целителям».

Настроение таких больных отличалось неустойчивостью, могло легко меняться без видимых причин, они слабо верили в возможности терапии.

Паранойяльность больных с небольшой длительностью заболевания, по нашему мнению, может объясняться тем, что они сталкиваются с новым для себя состоянием, с которым не могут примириться, принять его. Из-за этого испытывают трудности в общении с окружающими – замечают взгляды, направленные именно на их «косметологический дефект», отказываются контактировать с медицинским персоналом более молодого возраста, надеются на ошибки в диагностике в пользу своего здоровья.

Из представленных данных (см. табл. 1) можно увидеть, что в динамике заболевания пациентов с большей длительностью заболевания (от 6 до 9 лет) не отмечалось пиковых значений по анализируемым шкалам личностного профиля, что может свидетельствовать о некоторой гармонизации их психоэмоционального состояния. Больные не были склонны к аггравации имеющихся симптомов, переставали видеть свое будущее в пессимистичных тонах, были привержены терапии.

В динамике заболевания у длительно болеющих (от 10 до 13 лет) наблюдается схожий с респондентами 1-й группы (с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет) личностный профиль с повышением по шкалам «Депрессия» и «Паранойяльность». Однако имеются различия в их непосредственном проявлении. Такие больные осознавали свое заболевание, необходимость приверженности лечению, но понимали невозможность полной ремиссии, что влияло на их эмоциональный фон. Они были убеждены, что окружающие обращают внимание на их внешний вид, старались выбирать одежду, скрывающую пораженные участки кожи. Субъективно они отмечали, что «свыклись» с наличием псориаза и не страдают от возможного неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих своим внешним видом.

Следующим изученным фактором выступила оценка параметров качества жизни больных псориазом с различной длительностью заболевания.

Как видно из табл. 2, пациенты 1-й группы отличались достаточно высокими показателями медиан по шкалам опросника SF-36 Health Status Survey. Это может объясняться небольшой длительностью течения заболевания, когда больные еще не имеют глубоких представлений обо всех сторонах псориаза. Их анамнестические сведения не отличаются большим количеством госпитализаций, сами больные испытывают надежду на вы-

здоровление, полное избавление от имеющейся симптоматики. Представляется интересным, что при высоких уровнях показателя по шкале «Интенсивность боли (BP)» пациенты не обнаруживали в своем большинстве нарушений своей жизненной активности, ролевого, физического и социального функционирования, психического здоровья в целом.

Таблица 2

Сравнительный анализ параметров качества жизни больных в анализируемых группах

Параметры качества жизни	Обследованные группы			H-критерий
	1-я группа (n = 9)	2-я группа (n = 13)	3-я группа (n = 17)	
	Медиана	Медиана	Медиана	
Физическое функционирование (PF)	88,33333333	72,69230769	77,94117647	20,88526 **
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	94,44444444	44,23076923	70,58823529	23,11955**
Интенсивность боли (BP)	91,77777778	52,84615385	73,17647059	20,80729**
Общее состояние здоровья (GH)	85,66666667	44,38461538	64,41176471	20,93295**
Жизненная активность (VT)	83,88888889	35,76923077	55,29411765	26,50183**
Социальное функционирование (SF)	100	80	88,88888889	8,86255**
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	100	100	100	1,35562
Психическое здоровье	83,55555556	59,07692308	65,41176471	11,84478**

** $p < 0,01$ – значимые статистические различия.

Больные, составившие 2-ю группу, характеризовались наименьшими значениями медиан среди больных с различной длительностью заболевания. Данные сведения могут быть объяснены так: пациенты осознают свое состояние как хроническое, понимают необходимость быть приверженными терапии, следовать рекомендациям лечащего врача, сознают, что полная ремиссия маловероятна. Наиболее низкие значения у них отмечались по шкалам «Жизненная активность (VT)», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)», «Общее состояние здоровья (GH)». Медиана по шкале «Интенсивность боли (BP)» у них составила 52,84615385.

Больные 3-й группы с длительным течением заболевания (от 10 до 13 лет) отличались более низкими показателями анализируемых шкал по сравнению с респондентами 1-й группы. Однако в общей массе испытуемых у них не отмечалось сколь-либо существенного снижения по шкалам опросника. Они демонстрировали достаточно высокие цифры, учитывая, что результат в 100 баллов принимается за состояние полного здоровья. Мы полагаем, что

по сравнению с респондентами 2-й группы они более объективны в оценке своего физического, психического, социального и ролевого образа жизни.

При сравнительном анализе параметров качества жизни больных в анализируемых группах статистически значимые различия ($p < 0,01$) были обнаружены по всем шкалам, за исключением шкалы «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)».

Как видно из табл. 2, респонденты 1-й группы отличались достаточно высокими показателями по шкалам, характеризующим качество их жизни. Данный факт может объясняться не столь длительным течением псориаза, отсутствием частых госпитализаций, верой в успех выздоровления, избавления от имеющихся симптомов заболевания.

Схожая тенденция наблюдалась и у респондентов 3-й группы с наиболее длительным течением заболевания. Это может объясняться наилучшей приспособляемостью, адаптацией пациентов к состоянию своего измененного здоровья в динамике заболевания.

Самые низкие уровни медиан, характеризующие основные параметры качества жизни больных, отмечались у пациентов из 2-й группы, что может объясняться осознанием своего состояния как хронического, маловероятностью полной ремиссии, необходимостью приверженности терапии.

Выводы

Личностный профиль больных с небольшой длительностью заболевания от 1 года до 5 лет отличается подъемом по шкалам ипохондрии, депрессии и паранойяльности. Высокие показатели по шкале «Ипохондрия» выражаются в особой погруженности больных в переживания о клинических проявлениях псориаза, размышлениях об особенностях их жизни в связи с заболеванием. У таких больных субъективно отмечался более выраженный болевой синдром, они часто указывали на непереносимость «мучительного зуда», размышляли о косметологической коррекции имеющихся дефектов. Важными представляются неверие таких больных в успех традиционной медицины и обращения за помощью к представителям «народной» медицины, «целителям», «знахарям». Испытуемые с подъемом по шкале «Депрессия» отличались пониженным фоном настроения ввиду особой чувствительности к окружающим событиям из-за проявлений своего заболевания – обидчивостью, робостью, застенчивостью.

Больных с длительно протекающим заболеванием (от 10 до 13 лет) статистически значимо чаще ($p \leq 0,05$) отличало повышение по шкалам «Депрессия» (4 пациента – 23,53%) и «Паранойяльность» (2 пациента – 11,76%). Специфика депрессивных переживаний у таких больных заключалась в осознании ими неизлечимости псориаза, возможных предстоящих госпитализациях при обострения заболевания. Отличительными чертами в суждениях больных с повышением по шкале «Паранойяльность» были предубежденность больных об их внешности, нежелании окружающих общаться ввиду проявлений псориаза.

При исследовании качества жизни больных с различной длительностью течения псориаза было установлено, что больные с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет отличаются достаточно высокими показателями по шкалам, отражающим качество их физического и психического благополучия. Аналогичная тенденция прослеживалась и у больных с длительно существующим заболеванием, что может объясняться выработкой у них механизмов совладеющего с заболеванием поведения.

Полученные в ходе проведенного исследования данные могут быть использованы для создания психокоррекционной программы, направленной на повышение адаптационных возможностей индивида, оптимизацию качества оказываемой медицинской помощи больным псориазом, формирование правильного отношения к своему состоянию.

Литература

1. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориатическая болезнь. Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 1992. 271 с.
2. Катунина О.Р., Резайкина А.В. Современные представления об участии кожи в иммунных процессах // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 2. С. 39–46.
3. Katugampola R.P., Hongbo Y., Finlay A.Y. Clinical management decisions are related to the impact of psoriasis on patient-rated quality of life // The British journal of dermatology. 2005. Vol. 152. P. 1256–1262. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2005.06576.x
4. Китаева И.И. Психоневрологические синдромы у больных псориазом : автореф. дис. … канд. мед. наук. Н. Новгород, 2003. 22 с.
5. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства : учеб. пособие. 2-е изд. Курск : ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. 212 с.
6. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. М., 2016. 776 с.
7. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
8. Стефанова А.Н., Малахов Л.Д. Статус тиамина у алкогользависимых больных псориазом // Вестник постдипломного медицинского образования. 2002. № 3. С. 65.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. : Изд-во Моск. ун-та, 2004. 167 с.
10. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей. СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. 86 с.
11. Basavaraj K.H., Navya M.A., Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update // International Journal of Dermatology. 2011. Vol. 50, № 7. P. 783–792.
12. Ghajarzadeh M., Ghiasi M., Kheirkhah S. Associations between skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata // Acta Medica Iranica. 2012. Vol. 50, № 7. P. 511–515.
13. Всемирная организация здравоохранения. Доклад секретариата 133-й сессии исполнительного комитета. 2013. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_16-ru.pdf
14. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Первичная профилактика психосоматических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. 2005. № 5. С. 41–45.
15. Hayes J., Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits // Dermatologic Therapy. 2010. Vol. 23, № 2. P. 174–180. DOI: 10.1111/j.1529-8019.2010.01312.x.
16. Rieder E., Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments // International Journal of Dermatology. 2012. Vol. 51, № 1. P. 12–26. DOI:10.1111/j.1365-4632.2011.05071.x.

17. Мостовая Л.И. Сравнительный анализ психического статуса больных псориазом и атопическим дерматитом // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. Т. 17, № 5-3. С. 1021–1025.
18. Раева Т.В., Ишутина Н.П. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 4. С. 32–35.
19. Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Матусевич С.Л., Котельникова А.Б., Ковкова Г.Ю.. Пустулезный псориаз: качество жизни пациентов и методы терапии // Практическая медицина. 2014. № 8 (84). С. 27–32.
20. Бройтигам В. Психосоматическая медицина : учебник / пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
21. Терентьев С.Ю., Ермошина Н.П., Яковлева Н.П. Психологические особенности больных экземой и псориазом // Российский медико-биологический вестник им. И.П. Павлова. 2009. № 3. С. 97–98.
22. Сухарев А.В., Назаров Р.Н. Медико-психологическая коррекция в условиях дерматологического стационара // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 4. С. 25–27.
23. Schwarz M.J., Chiang S., Müller N., Ackenheil M. T-helper-1 and T-helper-2 responses in psychiatric disorders // Brain, Behavior, and Immunity. 2001. Vol. 15. P. 340–370. DOI:10.1006/brbi.2001.0647.
24. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л., Овчаренко С.И., Дробижев М.Ю., Ищенко Э.Н., Алмаев Н.А., Лебедева О.И. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1997. № 2. С. 4–9.

Поступила в редакцию 22.11.2017 г.; повторно 07.02.2018 г.; принята 06.05.2018 г.

Сведения об авторах:
НИКОЛАЕВСКАЯ Ангелина Олеговна, кандидат медицинских наук, врач-психиатр, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета Минздрава России. E-mail: angelinasevostyanova@yandex.ru
АЛЕХИНА Екатерина Андреевна, студент факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета Минздрава России. E-mail: koltyrinae@mail.ru

PERSONAL FEATURES AND LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PSORIASIS OF VARIOUS DURATION

Sibirskiy Psikhologicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology, 2018, 69, 100–112. DOI: 10.17223/17267080/69/6

Angelina O. Nikolaevskaya, Ekaterina A. Alekhina, Kursk State Medical University (Kursk, Russian Federation). E-mail: angelinasevostyanova@yandex.ru; koltyrinae@mail.ru

Keywords: psychosomatics; psoriasis; personality; quality of life.

Considering a person from the standpoint of the biological and mental unity underlies the psychosomatic approach, which in recent years has taken a strong position in dermatological practice. This is due to the fact that some dermatological diseases (such as neurodermatitis, eczema, angioedema, urticaria, psoriasis) are traditionally considered among the psychosomatic disorders which arise on the basis of mental and somatic factors interaction manifested by mental disorders that reflect a reaction to somatic disease, developing a somatic pathology under the influence of psychogenic factors. The World Health Organization defines psoriasis as "a chronic, non-infectious agonizing disfiguring and disabling disease, a method of cure from which is unknown." Special literature emphasizes the duration, persistence and unpredictability of psoriasis, the severity of its clinical manifestations, cosmetic problems, significant impact on the life quality of patients, their personality.

According to a study by clinical, psycho-pathological, experimental psychological, statistical method of 39 patients with psoriasis with different duration of the disease we described the personality characteristics and parameters of their life quality.

We have found that the duration of psoriasis specifically affects the personality of patients. Patients with duration of the disease from 1 to 5 years were distinguished by high indices of hypochondria (immersion in experiences about the clinical manifestations of psoriasis, changes in life due to the disease), depression (decreased mood background due to special sensitivity, shyness) and paranoia (prejudice of patients about their appearance, the reluctance of others to communicate).

Patients with the duration of the disease from 10 to 13 years statistically significantly differed by the increase in the scale "Depression" (awareness of the psoriasis incurability, the forthcoming hospitalization with exacerbation). In patients with duration of the disease from 1 year to 5 years, there were high scores on the scales of physical and mental well-being. A similar trend was observed in long-term patients, which can be explained by the development of mechanisms of coping behaviour.

The obtained data formed the basis for the development of psycho-correctional programs aimed at increasing the adaptive capabilities of patients with psoriasis, forming their right attitude to their condition.

References

1. Dovzhanskiy, S.I. & Utts, S.R. (1992) *Psoriaz ili psoriaticheskaya bolezn'* [Psoriasis or psoriatic disease]. Saratov: Saratov State University.
2. Katunina, O.R. & Rezaykina, A.V. (2009) Sovremennye predstavleniya ob uchastii kozhi v immunnykh protsessakh [Modern ideas about the involvement of the skin in immune processes]. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2. pp. 39–46.
3. Katugampola, R.P., Hongbo, Y. & Finlay, A.Y. (2005) Clinical management decisions are related to the impact of psoriasis on patient-rated quality of life. *The British Journal of Dermatology*. 152. pp. 1256–1262. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2005.06576.x
4. Kitaeva, I.I. (2003) *Psikhonevrologicheskie sindromy u bol'nykh psoriazom* [Psychoneurological syndromes in patients with psoriasis]. Abstract of Medicine Cand. Diss. Nizhny Novgorod.
5. Pogosov, A.V., Pogosova, I.A. & Bogushevskaya, Yu.V. (2008) *Psikhosomaticheskie rasstroystva* [Psychosomatic Disorders]. 2nd ed. Kursk: Kursk State Medical University.
6. Smulevich, A.B. (2016) *Psikhosomaticheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike* [Psychosomatic disorders in clinical practice]. Moscow: Medpress-inform.
7. Aleksander, F. (2002) *Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoe primenenie* [Psychosomatic medicine. Principles and practical application]. Translated from English by S. Mogilevsky. Moscow: EKSMO-Press.
8. Stefanova, A.N. & Malakhov, L.D. (2002) Status tiamina u alkogol'zavisimykh bol'nykh psoriazom [Status of thiamine in alcohol-dependent patients with psoriasis]. *Vestnik postdiplomnogo meditsinskogo obrazovaniya – Journal of Postgraduate Medical Education*. 3. pp. 65.
9. Nikolaeva, V.V. (2004) *Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku* [Influence of chronic illness on the psyche]. Moscow: Moscow State University.
10. Wasserman, L.I., Iovlev, B.V., Karpova, E.B. & Vuks, A.Ya. (2005) *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni* [Psychological diagnosis of the attitude to the disease]. St. Petersburg: V.M. Bekhterev Psychoneurological Institute.
11. Basavaraj, K.H., Navya, M.A. & Rashmi, R. (2011) Stress and quality of life in psoriasis: an update. *International Journal of Dermatology*. 50(7). pp. 783–792. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x
12. Ghajarzadeh, M., Ghiasi, M. & Kheirkhah, S. (2012) Associations between skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. *Acta Medica Iranica*. 50(7). pp. 511–515.

13. World Health Organization. (2013) *Doklad sekretariata 133-y sessii ispolnitel'nogo komiteta* [Report of the secretariat 133 sessions of the Executive Committee]. [Online] Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_16-ru.pdf.
14. Velikanova, L.P. & Shevchenko, Yu.S. (2005) Pervichnaya profilaktika psikhosomaticheskikh rasstroystv [Primary prevention of psychosomatic disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 5. pp. 41–45.
15. Hayes, J. & Koo, J. (2010) Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatologic Therapy*. 23(2). pp. 174–180. DOI: 10.1111/j.1529-8019.2010.01312.x
16. Rieder, E. & Tausk, F. (2012) Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *International Journal of Dermatology*. 51(1). pp. 12–26. DOI:10.1111/j.1365-4632.2011.05071.x
17. Mostovaya, L.I. (2015) Sravnitel'nyy analiz psikhicheskogo statusa bol'nykh psoriazom i atopicheskim dermatitom [Comparative analysis of the mental status of patients with psoriasis and atopic dermatitis]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk – Izvestia of Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. 17(5-3). pp. 1021–1025.
18. Raeva, T.V. & Ishutina, N.P. (2006) Psikhologicheskie aspekty kachestva zhizni bol'nykh psoriazom [Psychological aspects of the quality of life of patients with psoriasis]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 4. pp. 32–35.
19. Bakhlykova, E.A., Filimonkova, N.N., Matusevich, S.L., Kotel'nikova, A.B. & Kovkova, G.Yu. (2014) Pustuleznyy psoriaz: kachestvo zhizni patsientov i metody terapii [Pustular psoriasis: quality of life of patients and methods of therapy]. *Prakticheskaya meditsina*. 8(84). pp. 27–32.
20. Bräutigam, W. (1999) *Psikhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic medicine]. Translated from German by G.A. Obukhov, A.V. Bruenk. Moscow: GEOTAR MEDITsINA.
21. Terentiev, S.Yu., Ermoshina, N.P. & Yakovleva, N.P. (2009) Psychological features of eczematous and psoriatic patients. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik im. I.P. Pavlova – I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 3. pp. 97–98. (In Russian).
22. Sukharev, A.V. & Nazarov, R.N. (2006) Mediko-psikhologicheskaya korrektsiya v usloviyakh dermatologicheskogo statsionara [Medico-psychological correction in the conditions of a dermatological hospital]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 4. pp. 25–27.
23. Schwarz, M.J., Chiang, S., Müller, N. & Ackenheil, M. (2001) T-helper-1 and T-helper-2 responses in psychiatric disorders. *Brain, Behavior, and Immunity*. 15. pp. 340–370. DOI: 10.1006/brbi.2001.0647
24. Smulevich, A.B., Tkhostov, A.Sh., Syrkin, A.L., Ovcharenko, S.I., Drobizhev, M.Yu., Ishchenko, E.N., Almaev, N.A. & Lebedeva, O.I. (1997) Klinicheskie i psikhologicheskie aspekty reaktsii na bolezn' (k probleme nozogeniy) [Clinical and psychological aspects of the response to the disease (to the problem of nosogenesis)]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2. pp. 4–9.

Received 22.11.2017;
Revised 07.02.2018;
Accepted 06.05.2018