

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК
У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Александр Геннадьевич Ружинских¹, Светлана Леонидовна Соловьева²

¹Городской кожно-венерологический диспансер, 192102, Санкт-Петербург, наб. реки Волковки, д. 3,
e-mail: rigel@rambler.ru, ²Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Реферат. В статье исследуются взаимосвязи между личностными, психопатологическими характеристиками, особенностями внутренней картины болезни больных псориазом и тяжестью течения хронического дерматоза. Анализ взаимосвязей показал, что тяжесть заболевания отрицательно коррелирует с такими личностными психосоциальными характеристиками, как способность к контролю и формированию доверительных отношений. Полученные данные указывают на опосредованную взаимосвязь тяжести течения псориаза с внутренней картиной болезни, ее проявлениями на социальном уровне и психопатологическими характеристиками больных.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, депрессия, враждебность, тревога, фобии, косметический дефект, социальная стигматизация.

PERSONALITY AND PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS TRAITS
OF PATIENTS WITH VARIOUS DEGREES
OF SEVERITY OF PSORIASIS

Alexander G. Ruzhinskikh, Svetlana L. Solovjeva

¹The municipal Hospital of Dermatology and Venereology,
192102, St. Petersburg, Volkovka embankment, 3,
e-mail: rigel@rambler.ru, ²North-West State Medical
University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg,
Kirochnaya street, 41

The article investigates the interrelations between personal, psychopathologic characteristics, internal picture of the disease peculiarities of patients with psoriasis, from one side, and severity of the chronic dermatosis course, from the other. The analysis of interrelations shows that psoriasis disease severity is negatively associated with such personal psychosocial characteristics as ability to control and to formation of trust relations. The data indicate the interrelation of mediated severity of psoriasis with an internal picture of the disease, its manifestations on the social level and psychopathological characteristics of patients. The recommendations for improving quality of specialized dermatological hospital treatment for patients with psoriasis are given.

Key words: the internal vision of illness, personality traits, depression, hostility, anxiety, phobias, cosmetic defect, social stigmatization.

В соответствии с современными представлениями псориаз относится к генетически детерминированным, аутоиммунным, ауто-сомно-доминантным с неполной пенетрацией генов заболеванием многофакторной природы, характеризующимся поражением кожи и патологическими изменениями в различных органах и системах. Психогенные факторы интерпретируются как патопластические, т.е. участвующие в его формировании и обострении [6, 14]. Являясь хроническим, рецидивирующим, приводящим к ранней инвалидизации и сопровождающимся социальной стигматизацией заболеванием, псориаз оказывает значимое влияние на эмоциональный фон и переживается больными как ситуация стресса, который может менять привычную «картину мира» пациента [3].

В плане понимания роли психогенных факторов при псориазе представляется важным обратить внимание на специфику проявления внутренней картины болезни (ВКБ) — многоуровневой структурной характеристики, которая была описана А.Р. Лурия [3, 8]. Так, ВКБ, определяясь как масса всех ощущений и переживаний больного, его самонаблюдений, представлений о заболевании, его причинах и последствиях, отражает триединство когнитивных, эмоционально-аффективных и поведенческих компонентов и представляет собой единое целое в самосознании и самоотношении больного. Являясь структурно сложным феноменом, она зависит не только от «генетических особенностей психики» и от структуры личности больного, но и от его социальной жизни, условий быта и труда [3]. Отражая взаимосвязи и взаимозависимости патогенных, психогенных и личностных факторов больных, ВКБ является ключом к пониманию переживаний, уровня и механизмов нарушения психологической адаптации больного. ВКБ оказывает

непосредственное воздействие как на психическое состояние, на фоне которого формируются иррациональные установки больных, так и на их социальную жизнь и быт. Специфические особенности ВКБ с повышенной чувствительностью, ранимостью, склонностью к драматизации в интерпретации симптомов может осложнять течение заболевания, приводить к стойким нарушениям развития личности, мешать успешному проведению лечебных и реабилитационных мероприятий [8].

Образованные в результате влияния ВКБ нозогенные реакции, встраиваясь в основные патогенетические механизмы заболевания, оказывают негативное влияние на течение псориаза [5]. Отмечается, что имеющиеся аффективные реакции воздействуют на формирование и рецидивирование хронического дерматоза, существенно снижают ответ от проводимой стандартной дерматотропной терапии и приводят к ухудшению качества жизни [10, 15]. Исследования показывают, что наиболее часто у больных псориазом встречаются такие психопатологические расстройства как тревожные, фобические и депрессивные [11, 12]. Так, Т.В. Раева указывает, что депрессивные расстройства у больных псориазом отмечаются в 35,8% случаев. Ею выделялись отдельные варианты его течения: депрессивный, астено-депрессивный и тревожно-депрессивный [12].

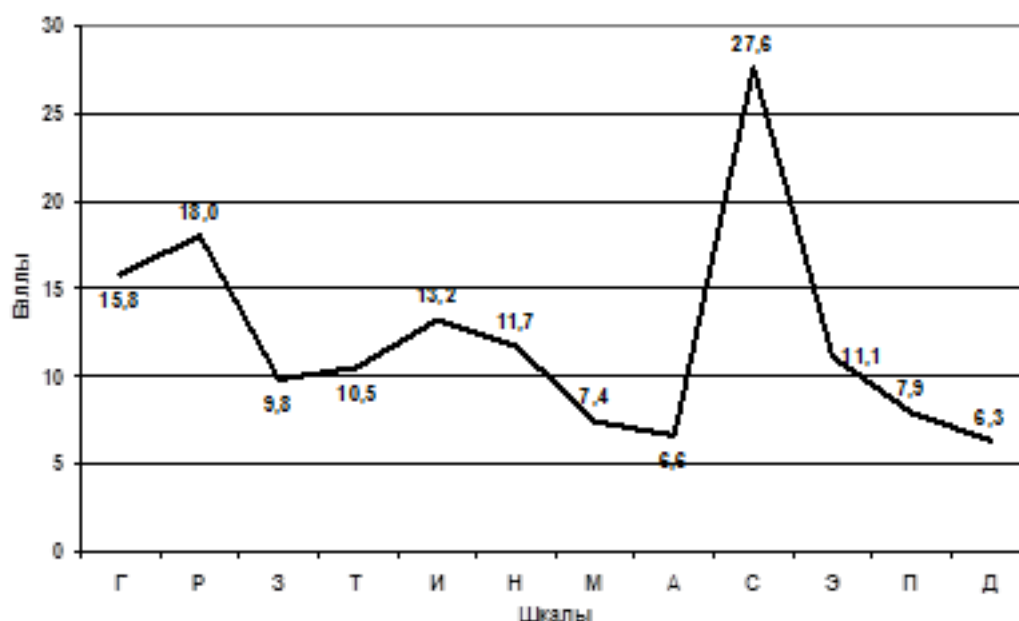
И.Ю. Дороженков и А.Н. Львов, исследуя больных с атопическим дерматитом, угревой болезнью и псориазом, выявили ряд нозогенных реакций: депрессивные расстройства в 48,6% случаев, социофобические реакции – в 32,8% и чувствительные реакции – в 18,4% [7]. Эти реакции сопровождаются идеями внешней неполноценности, переживаниями мнительности, подозрительности, готовности стать объектом критики, активизируются преимущественно в ситуации нахождения больных вне дома. Авторы отмечают высокую субъективную значимость для пациентов наличия дерматологического заболевания, которое сопровождается фиксацией на таких симптомах течения дерматоза, как зуд, болезненность, выраженность и распространенность высыпаний. Н.Н. Новицкая отмечает, что у больных псориазом тревога и депрессия достоверно коррелируют друг с другом и с показателями качества жизни. Автор указывает на наличие взаимосвязи между уровнем тревоги, полом (чаще встречается у женщин) и локализацией элементов на открытых участках кожи [10].

У больных псориазом отмечается высокий уровень социальной стигматизации. А. Мкртчян в своем исследовании выявил, что уровень стигматизации у больных псориазом, по сравнению с группами больных зудящими дерматозами и гнездной алопецией, являлся наибольшим и составлял 47,2% [9]. Другие авторы отмечают, что наличие социальной стигматизации и косметического дефекта тяжело переживаются больными псориазом. Больные начинают стремиться к уменьшению количества социальных контактов, особенно с незнакомыми людьми, для них становятся характерными чувства стыда, гнева, раздражения, беспокойства и смущения; также наблюдается формирование избирательного поведения и утаивание заболевания от других людей. В этой связи авторы отмечают у больных сложности в получении высокооплачиваемой работы, эпизоды увольнения под различными предлогами из-за имеющегося косметического дефекта. Это, в свою очередь, усиливает их социальную дезадаптацию, снижает качество жизни, увеличивает негативные переживания [6, 10, 12, 16].

Особое место в исследовании психических характеристик больных занимают личностные особенности, которые составляют основу психологического фона формирования/рецидивирования заболевания. Выделяются как психологические особенности, так и личностные характеристики, сформированные в результате длительного, хронического, часто рецидивирующего течения заболевания [7, 11]. И.Ю. Дороженков выделяет часто встречающиеся у больных расстройства личности с акцентуацией на проблемах внешнего облика и чувствительность с фиксацией больных на интерперсональной сфере отношений [6]. В другой работе автор указывает на существенный вклад в формирование негативного фона больных таких патологических особенностей личности, как расстройства истерического, психастенического и шизоидного круга с фиксацией на проблемах внешнего облика, а также различные типы ипохондрического развития личности. Согласно данным автора, при поражении открытых участков кожи наблюдается усиление патологических личностных особенностей, которые приобретают характер сверхценного комплекса [5]. Отмечается, что для больных псориазом доминирующим является эмоционально-неустойчивый тип развития личности, выделяются паранойяльно-ипохондрические и чувствительные варианты развития, отмечается особая уязвимость молодых

женщин с расстройством личности драматического кластера (истерический радикал). Угроза потери внешней привлекательности, косметический дефект в этих случаях сопровождается формированием у них депрессивных расстройств с вероятностью суицидальных идей [5, 11–13].

Исследование проводилось на базе дерматологических отделений Санкт-Петербургского городского кожно-венерологического диспансера в день поступления больных в стационар. В исследовании участвовали 96 человек в возрасте от 18 до 71 года. Мужчин было 59 (61,5%), женщин –



Условные обозначения. Г – гармоничный (реалистичный, взвешенный); Р – эргопатический (стенический); З – анозогнозический (эйфорический); Т – тревожный (тревно-депрессивный и обсессивно-фобический); И – ипохондрический; Н – неврастенический; М – меланхолический (витально-тоскливый); А – апатический; С – сенситивный; Э – эгоцентрический (истероидный); П – паранойяльный; Д – дисфорический (агрессивный).

Рис. 1. Профиль типов отношения к болезни больных псориазом по методике ТОБОЛ.

В другом исследовании подчеркивается, что пренебрежение больными правилами, нерадивость, непостоянство, по данным дисперсионного анализа, определяли низкий уровень удовлетворенностью своим здоровьем. Указывается, что такие личностные характеристики, как открытость, общительность, эмоциональная устойчивость, ответственность и гибкость, обуславливают адаптацию больных к хроническому дерматозу и их удовлетворенность качеством жизни [12]. Анализ социальной активности больных псориазом, который показал, что ее высокий и низкий варианты достоверно положительно связаны с тяжестью и распространенностью заболевания, частотой обострения и психопатологическими характеристиками [10].

Целью настоящего исследования стал анализ взаимосвязей личностных, психопатологических характеристик, отношения к болезни и тяжести течения заболевания у больных псориазом.

37 (38,5%). Средний возраст группы составлял $46,7 \pm 17,2$ года.

После предварительного клинического собеседования для выявления проблем психологического спектра пациентам было предложено заполнить следующие методики: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) [1]; методика типов отношения к болезни (ТОБОЛ) [2]; Гиссенский личностный опросник (для получения личностного социально-психологического профиля больных псориазом) [4]. Тяжесть течения псориаза оценивали по методике индекс охвата и тяжести псориаза (Psoriasis Area and Severity Index, PASI). Из исследования исключались больные с психическими расстройствами, с сопутствующим органическим заболеванием центральной нервной системы, злоупотреблением психоактивными веществами (наркотики, алкоголь), тяжелыми соматическими заболева-

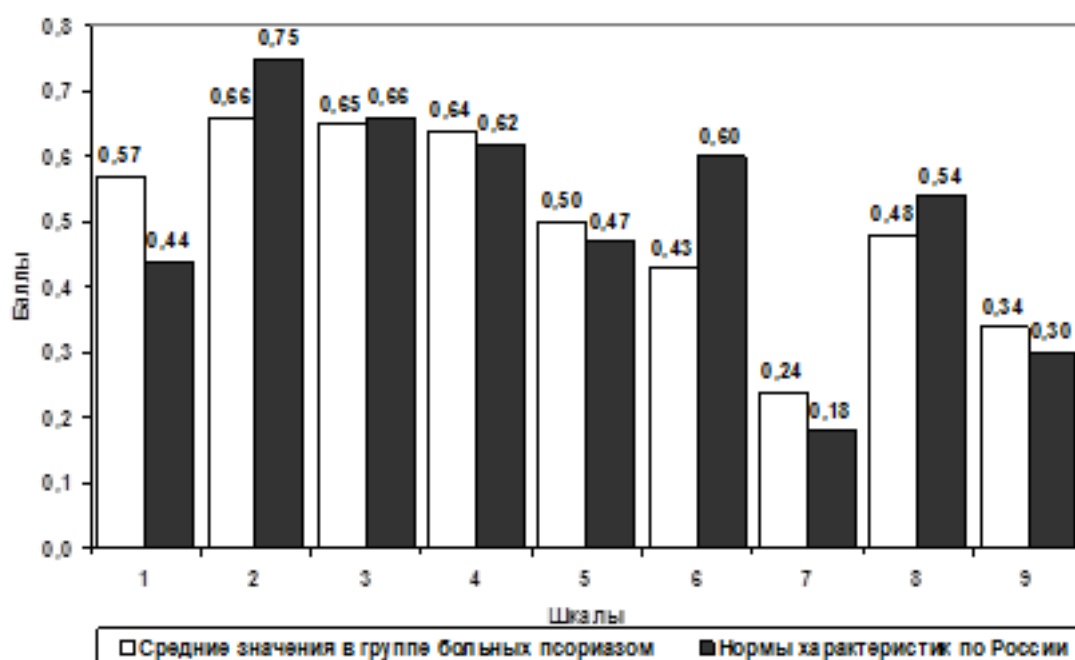
ниями. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS-22.0 с использованием описательной статистики, корреляционного анализа с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

Как показали результаты исследования в группе больных среднее значение индекса PASI составляло $21,26 \pm 15,11$, что соответствует средней степени тяжести течения псориаза. Данные опросника ТОБОЛ представлены на рис.1. Оказалось, что на момент поступления в стационар для больных был характерен сенситивный тип отношения к болезни. Это характеризует больных как чрезмерно уязвимых, озабоченных возможными отрицательными впечатлениями, оценками, которые могут сформироваться у окружающих при проявлении кожного заболевания.

тивные характеристики больных хроническим дерматозом.

Исследование психопатологических особенностей больных по опроснику SCL-90-R показало превышение некоторых психических характеристик больных псориазом над показателями нормы по России (рис. 2). Так, повышение уровня общей тревожности представлено такими характеристиками, как фобии, личностная тревога, что указывает на повышенный уровень дискомфорта, беспокойства, угрозы, переживаемые больными. Межличностная тревога находится на пограничном уровне значений.

Высокий уровень соматических жалоб может объясняться как остротой протекания кожного заболевания, так и, в соответствии с интерпретацией методики, образованием соматических



Условные обозначения: 1 – Соматизация, 2 – Obsessivность-Компульсивность, 3 – Межличностная Тревожность, 4 – Депрессивность, 5 – Тревожность, 6 – Враждебность, 7 – Фобии, 8 – Паранойяльность, 9 – Психотизм.

Рис. 2. Показатели выраженности психопатологических характеристик больных псориазом по тесту SCL-90-R.

Возможные опасения больных, что окружающие начнут пренебрежительно или с опаской относиться к их заболеванию, избегать общения с ними, занимали особое место в их смысловой «картине мира». Имевшееся беспокойство могло усиливаться страхами потери работы, тревогой стать обузой для близких из-за проявлений имевшихся кожных элементов на видимых участках кожи, что, в свою очередь, усиливало sensi-

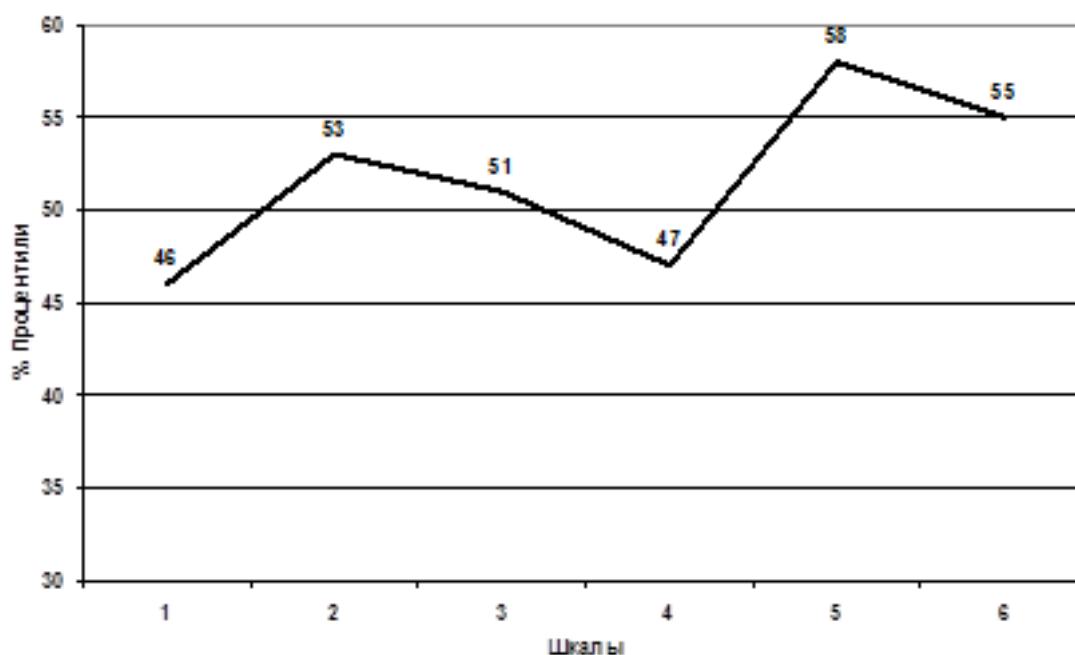
эквивалентов тревожности у данной категории больных.

В соответствии со значениями, полученными по шкале «Депрессивность», у больных наблюдалось снижение настроения, связанное с заболеванием. Также могло наблюдаться формирование чувства беспомощности перед жизненными трудностями в сочетании с чувством бесперспективности, вызванные негативными ирраци-

ональными установками. Самооценка у больных псориазом была снижена.

Данные по шкале «Психотизм» опросника SCL-90-R указывают на тенденцию к формированию «избегающего» стиля жизни. Могут выявляться в разной степени выраженности такие психологические характеристики, как стремление к самоизоляции, субъективизм в восприятии и оценке себя и окружающих, погруженность в собственные переживания. Имеющаяся сложность и противоречивость эмоциональной жизни является привычной частью социального взаимодействия больных.

далась сложность во взаимодействии с окружением, трудности в формировании высокой оценки себя у других людей, своего места в коллективе (шкала I «Социальное одобрение», Me = 46 интерквартильная широта от 38 до 55). Им была свойственна предрасположенность к уступчивости, послушанию, они редко бывали гневливыми, агрессивными (шкала II «Доминантность», Me = 53 интерквартильная широта от 47 до 59). Пациенты имели предрасположенность к анализу, контролю ситуации; могут быть усердными, педантичными; ответственны в делах (шкала III «Контроль», Me = 51 интерквартильная широта



Условные обозначения: 1 – Социальное одобрение, 2 – Доминантность, 3 – Контроль, 4 – Преобладающее настроение, 5 – Открытость – Замкнутость, 6 – Социальные способности.

Рис. 3. Показатели социально-психологического профиля личности больных псориазом.

Таким образом, у пациентов наблюдалось смещение спектра психопатологических характеристик в сторону тревожных расстройств в сочетании с соматическими эквивалентами тревоги, гипотимии и снижения коммуникативности. В клинической картине это проявлялось в виде страхов и тревог, скованности и напряжения в общении и замкнутого, обособленного поведения.

Социально-психологический профиль личности больных псориазом по данным Гиссенского личностного опросника представлен в стандартизированных Т-баллах на рис 3. Так, больные были склонны считать себя непривлекательными и не уважаемыми другими людьми. У них наблю-

от 45 до 56). Больные пытались быть независимыми от окружения, редко подавлены; в сложных, конфликтных ситуациях могли не скрывать своего раздражения (шкала IV «Преобладающее настроение», Me = 47 интерквартильная широта от 40 до 57). Себя больные оценивали как замкнутых, недоверчивых; у них сложно формировались социальные контакты (шкала V «Открытость / Замкнутость», Me = 58 интерквартильная широта от 49 до 62). Обычно в социальных коммуникациях они являлись ведомыми, в компании малообщительны, имели сниженную социальную устойчивость и сниженную способность к формированию длительных привязанностей (шкала VI

«Социальные способности», $Me = 55$ интерквартильная широта от 50 до 64).

Таким образом, для больных псориазом характерен замкнутый, малообщительный образ социальной жизни с переживанием хронической эмоциональной депривации. Они не стремятся к формированию новых контактов, недоверчивы, склонны к избирательному стилю поведения. В коллективе у больных могут наблюдаться некоторые сложности в формировании своей положительной оценки, уважения у других. В коммуникациях они, как правило, независимы, склонны к терпению и уступчивости, но в сложных ситуациях больные способны проявить раздражение.

куратности, беззаботному поведению, легкомысленным и даже импульсивным поступкам.

Ввиду того, что шкала «Контроль» включает в себя также способность больными выполнять и соблюдать врачебные рекомендации, направленные на профилактику и лечение заболевания, обычно такое снижение проявляется ослаблением внимания к соблюдению или эпизодическим нарушениям врачебных рекомендаций, диеты, режима отдыха и др.

Взаимосвязь шкалы «Контроль» со шкалами опросника SCL-90-R «Депрессивность» ($r = 0,22$, $p \leq 0,05$), «Межличностная тревога» ($r = 0,24$, $p \leq 0,05$), «Психотизм» ($r = 0,23$, $p \leq 0,05$) характе-

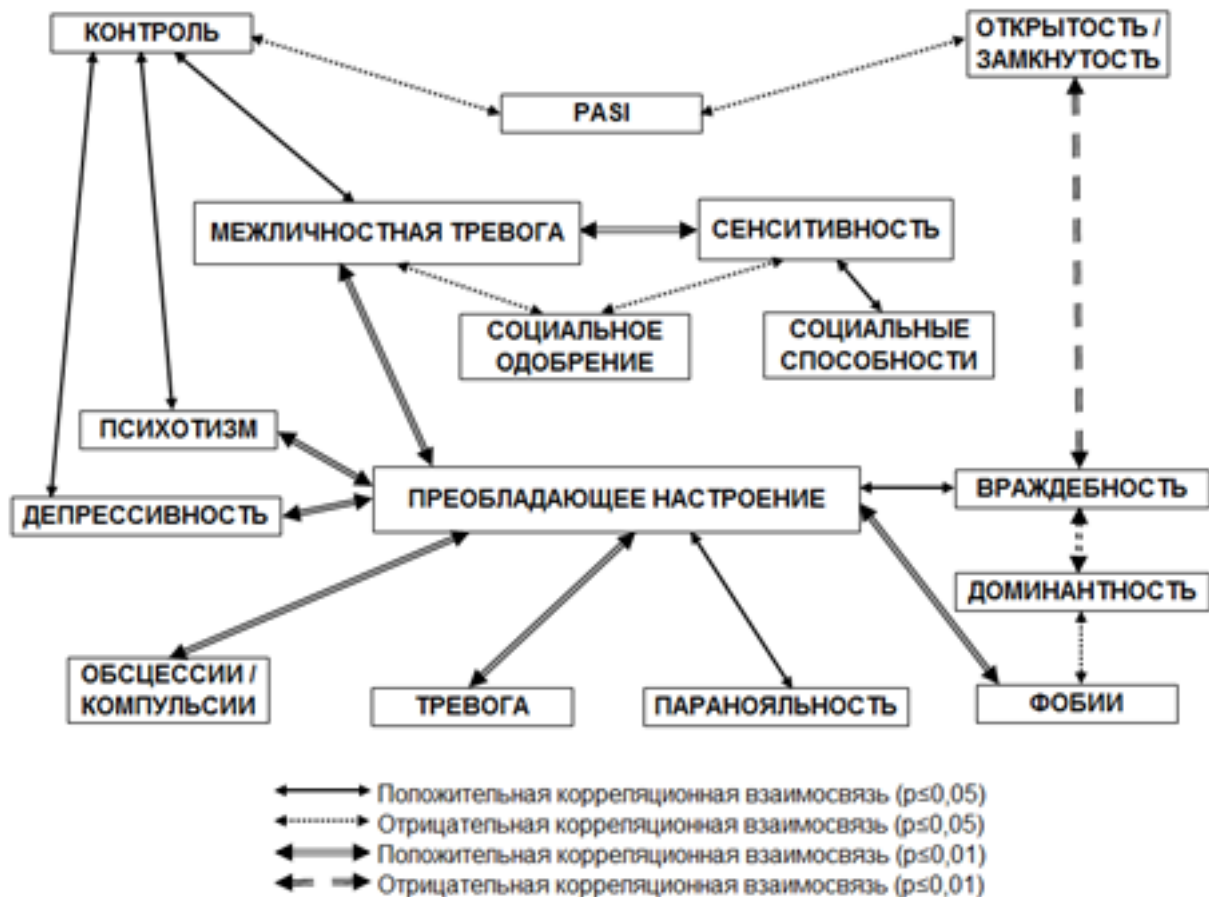


Рис. 4. Схема корреляционных взаимосвязей у больных псориазом.

Результаты исследования корреляционных взаимосвязей представлены на рис. 4.

Полученная отрицательная взаимосвязь между индексом PASI и шкалой «Контроль» Гиссенского личностного опросника ($r = -0,23$, $p \leq 0,05$) характеризуется снижением уровня контроля при утяжелении течения заболевания у больных псориазом, что проявляется склонностью к некоторой неак-

ризуется уменьшением гипотимической симптоматики, снижением проявлений дискомфорта, беспокойства и тревоги в социальных взаимодействиях, погруженности в себя.

Отрицательная взаимосвязь между индексом PASI и полюсом «Замкнутость» Гиссенского личностного опросника (шкала «Открытость / Замкнутость», $r = -0,24$, $p \leq 0,05$) при утяже-

лении течения псориаза указывает на формирование тенденций к открытым, доверительным отношениям, снижение потребности к избирательному, замкнутому поведению. Данный стиль взаимодействия может способствовать как получению социальной поддержки от близких людей, окружения, сохранению качества жизни во время обострения псориаза, адаптации к хроническому дерматозу, необходимой больному, так и повышению качества взаимодействия между больным и лечащим врачом [12]. Формирующийся между больным и врачом комплаенс имеет важное значение для успеха специфической терапии, его повышение позволит улучшить качество оказания дерматологической помощи.

Но в целом, при взаимодействии с широким кругом людей, а в некоторых случаях и с близкими людьми, больные могут отмечать дистанцированное, а иногда и негативное отношение к ним, связанное с комплексом психологических реакций в ответ на формирующийся косметический дефект, с социальной стигматизацией. Наблюдаемые больными у знакомых, коллег по работе, случайных встречных людей чувства тревоги, страха, неприязни, брезгливости, вызванные их косметическим дефектом, особенно при тяжелом течении псориаза, тяжело переживаются ими, способствуют формированию негативного отношения к окружающим [12, 16].

Выявленная отрицательная связь по шкалам «Открытость / Замкнутость» – «Враждебность» (по опроснику SCL-90-R, $r = -0,28$, $p \leq 0,01$) указывает на то, что негативное отношение к окружению может сопровождаться проявлениями агрессивного, враждебного отношения больных к окружающим, включающими различные негативные мысли, чувства и поступки, усиливающиеся при увеличении степени тяжести течения псориаза. При повышении уровня враждебности у больных может наблюдаться снижение терпеливости, уступчивости, проявление нетерпения и вспыльчивости (шкала «Доминантность» Гиссенского личностного опросника, $r = -0,28$, $p \leq 0,01$), что будет сопровождаться повышением склонности к формированию различных страхов и фобий (шкала «Фобии» опросника SCL-90-R, $r = -0,23$, $p \leq 0,05$), оказывающих на больных дезадаптирующее влияние.

Преобладающее настроение больных псориазом (шкала «Преобладающее настроение» Гиссенского личностного опросника) характеризует их как активных, независимых, редко подав-

ленных людей с тенденцией к снижению критичности к своим поступкам, способных в конфликте к проявлению агрессии по отношению к другим людям. При повышении степени тяжести заболевания преобладающее настроение больных будет зависеть от общей результирующей, сформированной выявленными психопатологическими характеристиками. Так, прогнозируемое снижение межличностной тревоги (шкала «Межличностная тревога», $r = 0,43$, $p \leq 0,01$), ослабление замкнутости, избирательного поведения (шкала «Психотизм», $r = 0,48$, $p \leq 0,01$), повышение настроения, самооценки (шкала «Депрессивность», $r = 0,51$, $p \leq 0,01$) будут оказывать влияние на формирование более раскрепощенного взгляда на жизнь, активной позиции у больных, умение отстаивать себя в конфликтных ситуациях. Повышение раздражительности, негодования (шкала «Враждебность», $r = 0,24$, $p \leq 0,05$), страхов, фобий (шкала «Фобии», $r = 0,34$, $p \leq 0,01$), а также личностной тревоги (шкала «Тревога» опросника SCL-90-R, $r = 0,44$, $p \leq 0,01$), которая не связана с тяжестью течения заболевания, но достигает клинических значений, будет в комплексе оказывать отрицательное влияние на преобладающее настроение и тем самым способствовать формированию тенденций к аутоагрессивному поведению. Таким образом, преобладающее настроение у больных будет зависеть от степени выраженности имеющихся психопатологических факторов, преморбидных характеристик личности, а также наличия внешних стрессовых психоэмоциональных (социальных, бытовых) ситуаций, оказывающих дополнительное негативное влияние на выявленные характеристики.

Дальнейшее исследование взаимосвязей показало, что сформированные сенситивным типом отношения к болезни (шкала «Сенситивность» опросника ТОБОЛ), повышенная ранимость, уязвимость, боязнь стать обузой для окружающих, имеющиеся различные негативные иррациональные установки, связанные с болезнью, возможной инвалидизацией, положительно сопряжены с чувством неуверенности в себе, беспокойства и дискомфорта от межличностного взаимодействия (шкала «Межличностная тревога», $r = 0,38$, $p \leq 0,01$). Снижение межличностной тревоги при утяжелении течения заболевания сопровождается ослаблением интерпсихической направленности личностного реагирования больных псориазом на заболевание, ослаблением негативных иррациональных уста-

новок, уровня нарушений социальной адаптации больных, связанных с их отношением к болезни.

Полученные положительная связь между шкалами «Сенситивность» и «Социальные способности» (шкала Гиссенского личностного опросника, $r = 0,20$, $p \leq 0,05$) и отрицательная связь между шкалами «Сенситивность» и «Социальное одобрение» (шкала Гиссенского личностного опросника, $r = -0,20$, $p \leq 0,05$) позволяют сделать прогноз о том, что повышение социальной адаптации больных будет сопровождаться формированием наклонностей, способствующих увеличению общительности и эмоциональной устойчивости их в коллективе. При этом у пациентов могут наблюдаться попытки формировать более длительные межличностные отношения. Возможно проявление установок, оказывающих влияние на снижение субъективного переживания больными своей непривлекательности и ощущения недостаточного уважения себя другими людьми.

Также было обнаружено, что межличностная тревога, дискомфорт при взаимодействии с другими людьми (шкала «Межличностная тревога») отрицательно связаны с субъективными представлениями больных о своей роли в социальной среде, социальной репутации (шкала «Социального одобрения», $r = -0,23$, $p \leq 0,05$). Снижение межличностной тревоги будет способствовать ослаблению дезадаптивных субъективных переживаний больного в отношении себя, формированию новых типов отношений, трансформации у больных представлений о своей роли в социальных коммуникациях.

Выявленная связь межличностной тревоги (шкала «Межличностная тревога») с показателями по шкале «Преобладающего настроения» ($r = 0,43$, $p \leq 0,01$) и по шкале «Контроль» ($r = 0,24$, $p \leq 0,05$) указывают на опосредованную сопряженность ВКБ и ее проявлений на социальном уровне как с различными психопатологическими особенностями больных псориазом, так и с тяжестью течения заболевания.

Таким образом, утяжеление течения псориаза сопровождается изменениями сопряженных с ним выявленных личностных и психопатологических параметров, таких как активизация жизненной позиции, стремление быть независимым, способность к проявлению агрессии по отношению к другим; также отмечаются проявления вспыльчивости, нетерпения. Обнаруживается склонность к снижению контроля, беззаботному

поведению, к критике своих поступков, обязанностей, ослаблению замкнутости, потребность в доверительных отношениях. Выявляется настроенность к формированию длительных эмоциональных отношений, уменьшение субъективного ощущения своей непривлекательности и несостоятельности, ослабления уровня депрессивности и замкнутости, а также враждебности и фобий.

Результаты исследования позволяют предположить, что повышение тяжести кожного процесса, которое воспринимается как ситуация стресса, способствует «личностной мобилизации», повышению активности больных по отношению к социальному окружению. Усиление социального взаимодействия является необходимым условием для формирования психологических и социальных механизмов адаптации, позволяющих больным совладать с обострением заболевания, снизить тяжесть его течения, а также улучшить имеющееся качество жизни. Воздействие внешних негативных психогенных стрессовых факторов, социальная стигматизация, актуализация отрицательных иррациональных установок будут переживаться больными псориазом особо драматичным образом и оказывать непосредственное влияние на общее психическое состояние.

Данные, полученные в результате проведенного анализа, позволяют прогнозировать динамику выявленных особенностей больных псориазом при изменении тяжести течения заболевания. Они дают возможность оценить структуру психосоциальных характеристик у больных псориазом и их связь с тяжестью течения заболевания, влияния взаимоотношений между лечащим врачом и пациентом, воздействию различных психогенных стрессовых факторов на течение хронического кожного процесса и тем самым предсказать эффективность оказания специализированной дерматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности: метод. рекомендации. СПб: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004. 50 с.
2. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни: метод. рекомендации. СПб: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 31 с.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб: Речь, 2011. 271 с.

4. Голынкина Е.А. и др. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач: метод. пособие. СПб, 1993. 20 с.
5. Дороженко И.Ю. Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2009. № 3. С. 18–25.
6. Дороженко И.Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов): обзор литературы: часть 1 // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 1. С. 41–47.
7. Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 4. С. 35–40.
8. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
9. Мкртчян А. Уровень стигматизации пациентов при различных заболеваниях кожи // Дерматология и венерология южного Кавказа. 2007. Т. 5, № 2. С. 10–13.
10. Новицкая Н.Н. Влияние псориаза на качество жизни больных: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2009. 22 с.
11. Петрова Н.Н., Смирнова И.О., Лихонос Л.М. Сравнительная оценка различных подходов к терапии больных псориазом // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013. № 1. С. 63–70.
12. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Томск, 2006. 24 с.
13. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. аг-во, 2007. 434 с.
14. Терлецкий О.В., Разнатовский К.И., Григорьев Г.И. Псориаз: руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псориазического артрита. СПб, 2014. 486 с.
15. Picardi A., Amerio P., Baliva G. [et al.]. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients // *Acta Dermato Venereologica*. 2004. Vol. 84, N 3. P. 213–217.
16. Sampogna F. et al. Impairment of Sexual Life in Patients with Psoriasis // *Dermatology* 2007. Vol. 214, N 2. P. 144–150.
2. Vasserman L.I., Vuks A.Ya., Iovlev B.V., Karpova E.B. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: metod. rekomendatsii*. St.Petersburg: Izd-vo SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2005. 31 p. (in Russian)
3. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoi klinike*. St.Petersburg: Rech', 2011. 271 p. (in Russian)
4. Golynkina E.A. et al. *Gissenskii lichnostnyi oprosnik (ispol'zovanie v psikhodiagnostike dlya resheniya differentsial'no-diaagnosticheskikh i psikhoterapevticheskikh zadach: metod. posobie*. St.Petersburg, 1993. 20 p. (in Russian)
5. Dorozhenok I.Yu. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2009. № 3. pp. 18–25. (in Russian)
6. Dorozhenok I.Yu. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2008. № 1. pp. 41–47. (in Russian)
7. Dorozhenok I.Yu., L'vov A.N. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2009. № 4. pp. 35–40. (in Russian)
8. Luriya R.A. *Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya*. Moscow: Meditsina, 1977. 112 p. (in Russian)
9. Mkrtychyan A. *Dermatologiya i venerologiya yuzhnogo Kavkaza*. 2007. Vol. 5, № 2. pp. 10–13. (in Russian)
10. Novitskaya N.N. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Novosibirsk, 2009. 22 p. (in Russian)
11. Petrova N.N., Smirnova I.O., Likhonos L.M. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2013. № 1. pp. 63–70. (in Russian)
12. Raeva T.V. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. Tomsk, 2006. 24 p. (in Russian)
13. Smulevich A.B. *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh*. Moscow: Med. inform. ag-vo, 2007. 434 p. (in Russian)
14. Terletskii O.V., Raznatovskii K.I., Grigor'ev G.I. *Psoriaz: rukovodstvo po diagnostike i terapii raznykh form psoriaza i psoriaticheskogo artrita*. St.Petersburg, 2014. 486 p. (in Russian)
15. Picardi A., Amerio P., Baliva G. et al. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Dermato Venereologica*. 2004. Vol. 84, N 3. pp. 213–217.
16. Sampogna F. et al. Impairment of Sexual Life in Patients with Psoriasis. *Dermatology*. 2007. Vol. 214, N 2. pp. 144–150.

Поступила 09.06.16.

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Isurina G.L., Kaidanovskaya E.V. et al. *Razrabotka metodiki interpersonal'noi psikhoterapii dlya lecheniya nevroticheskikh rasstroistv i otsenka ee effektivnosti: metod. rekomendatsii*. St.Petersburg: Izd-vo SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2004. 50 p. (in Russian)