

УДК 616.517

Яговдик Н.З.¹, Белугина И.Н.¹, Сятковский В.А.², Азарова Л.А.², Сятковская Н.В.³,
Белугина О.С.⁴.

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь,

² Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь,

³Evergreen college, Торонто, Канада

⁴

Jagovdik N.¹, Belugina I.¹, Siatkovski V.², Azarova L.², Siatkovskaia N.³, Belugina O.⁴.

¹Belorussian State Medical University, Minsk, Belarus

²Belorussian State University, Minsk, Belarus

³ Evergreen college, Toronto, Canada

⁴

Сопряженность психологических, социальных и медицинских факторов в структуре качества жизни у пациентов с псориазом

Interdependence of psychological, social and medical factors in life quality of
patients with psoriasis

Резюме

Настоящая статья посвящена изучению роли сопряженности психологических, социальных и медицинских факторов для совершенствования системы медицинской помощи и социальной реабилитации, направленной на повышение качества жизни пациентов с псориазом. Всего обследовано 288 пациентов с псориазом и 148 лиц контрольной группы с использованием комплекса методов для оценки параметров психологического, социального и медицинского характера.

Ключевые слова: псориаз, качество жизни, психологические факторы, социальные факторы, медицинские факторы

Resume

This article focuses on study of the role of interdependence of psychological, social and medical factors for improvement of medical and social rehabilitation, and increasing the quality of life of patients with psoriasis. 288 patients with psoriasis and 148 persons of control group were examined with the use of different methods for evaluation of psychological, social and medical parameters.

Keywords: psoriasis, life quality, psychological factors, social factors, medical factors

ВВЕДЕНИЕ

Согласно общепринятым представлениям псориаз рассматривается как распространенное хроническое заболевание кожи с возможным одновременным поражением других органов и систем, в частности, суставов, и, согласно выводов I-ой Всемирной конференции по псориазу и псориатическому артриту (Стокгольм 2006), является актуальной проблемой медицинского и социального плана [1]. Популяционная частота псориаза колеблется от 0,1% до 8% (в среднем 2% населения) [1,2,3]. По данным Национального псориатического фонда США, псориаз значительно ухудшает качество жизни пациентов по спектру параметров психологического, семейного, социального, трудового плана [1]. Поэтому, планируя лечебные мероприятия, необходимо предусматривать в них меры, направленные на повышение качества жизни конкретного пациента, что требует совместных усилий медицинских и социальных работников [4,5,6]. Важная роль психосоматического компонента в этиопатогенезе заболевания обосновывает принцип системного подхода к терапии и социальной реабилитации в соответствии с которым целое (система) есть большее, чем сумма его частей - подсистем (система несет качества, которых не было у ее подсистем) [6,7,8].

В терапевтической области системно-теоретический подход успешно реализовался, например, в семейной психотерапии, рассматривающей источником нарушения не структуру отдельной личности, а структуру взаимоотношений субъекта со многими лицами, в целом семью как многоуровневую и многофункциональную систему [5,6,9,10]. Эти положения находят свое развитие в рамках социопсихосоматического подхода, введенного Schaefer в 1966 году [10]. Настоящая концепция рассматривает причину психосоматических заболеваний в социальном и личностном конфликте индивидуума. Быстрое социальное и техническое развитие последних десятилетий приводит и к слишком быстрым изменениям таких категорий, как условия жизни общества, конституционные факторы, культурные влияния, социальные взаимосвязи, структура личности индивидуума и др. Исход в патологию психосоматического характера является следствием нарушения адекватных взаимоотношений между индивидуумом и многочисленными социальными структурами [10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью работы является изучение фактора сопряженности психологических, социальных и медицинских факторов для оптимизации результатов медицинской помощи и социальной реабилитации по повышению качества жизни больных псориазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего обследовано 288 больных псориазом, в том числе 167 мужчин и 121 женщина в возрасте от 17 до 68 лет, не злоупотребляющих алкоголем, а также 148

человек контрольной группы (91 мужчина и 57 женщин), личный и семейный анамнез которых неотягощен по псориазу.

Для проведения исследования применялся комплекс психодиагностических методик, включающий известные валидные тесты, адаптированные к нашей популяции: Миннесотский многофакторный опросник личности (MMPI, вариант СМЛ), 16-факторный опросник Кэттелла, тест самооценки тревожности Спилбергера, опросник Леонгарда-Шмишека [11], оценка качества жизни больных и инвалидов (NAIF) [12], психологическая оценка типов отношения к болезни [13], диагностика уровня социальной фрустрированности, шкала депрессии Цунга [14,15], визуально-аналоговая шкала (ВАШ), включавшая 8 из основных параметров оценки качества жизни [6,11] и методика «Индекс жизненного стиля» R. Plutchik. H. Kellerman (LSI) [16]. Был также проведен опрос 85 пациентов с использованием разработанной нами анкеты, позволяющей оценить ряд организационно-методических аспектов психотерапевтической помощи данной категории больных [17].

Результаты проведенных исследований обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок, U- критерия Манна-Уитни и индекса ранговой корреляции Спирмена [18]

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ блока психологических параметров личности не выявил значимых различий изученных показателей между мужской и женской группами в контроле, которые были в целом незначительны и касались более высокого уровня шкал 1, 8 и низкого уровня шкалы 0 в женской группе по тесту СМЛ ($p < 0.05$), более высокого уровня факторов E, L, F1 и низкого уровня факторов M, Q2, Q3 в женской группе по тесту Кэттелла ($p < 0.05$). В женской группе отмечен более высокий уровень как личностной, так и ситуационной тревоги по тесту Спилбергера ($p < 0.05$).

В опытной группе у мужчин отмечен более высокий уровень шкал F, L, K, 1, 2, 3, 4 ($p < 0.05$), 6, 0 и снижение уровня шкал 8 и 9 ($p < 0.05$) по тесту СМЛ, а также подъем шкал L, Q3 и снижение шкалы В по тесту Кэттелла. По тесту Спилбергера у мужчин имело место также некоторое увеличение уровня ситуационной и личностной тревожности.

В опытной группе у женщин констатировано повышение уровня шкал F, L, K, 1, 2, 3, 4 ($p < 0,05$), 6, 0 ($p < 0,05$) по тесту СМЛ. Но, в отличие от мужской группы, в опытной женской группе уровень шкал 7 и 8 был выше, чем в контрольной группе. В тесте Кэттелла в опытной группе был снижен уровень шкал В, С, Е, I на фоне падения

шкалы Q2. Уровень как личностной, так и ситуационной тревоги не отличался сколь-либо существенно от контрольной группы.

Таким образом, у мужчин, больных псориазом, имело место увеличение эмоциональной напряженности, неустойчивости, драматизация проблемы (шкалы F, 3, 4), рост соматизации тревоги, депрессивные тенденции (шкалы 1, 2), сужение, упрощенность стремлений, прагматизм, снижение активности (шкалы 8, 9).

В женской группе в целом сохранялись аналогичные тенденции. Но, в отличие от мужчин, у женщин нарастали аутизация, непрактичность, субъективизм (шкалы 8, 0). При этом, однако, уровень тревожности личности существенно не увеличивался.

Из 10 известных акцентуированных черт характера по данным теста Леонгарда-Шмишека среди обследованных больных доминировали эмотивные, циклотимические, тревожные и аффективно-экзальтированные черты личности. Значительно реже по сравнению с контролем встречались гипертимные, демонстративные и возбудимые черты.

В целом, отмеченные выше изменения, выходили за рамки физиологической нормы у 66% больных, причем у 33% они носили выраженный характер.

Изученные параметры социального функционирования существенно отличались в группах больных в зависимости от формы течения заболевания. В частности, все параметры качества жизни больных с артропатической формой псориаза ниже таковых в группе больных с кожной формой заболевания (табл.1, рис.1). При этом различия по параметрам «социальные функции», «экономическое положение» и «интегральный показатель качества жизни» статистически достоверны ($p < 0,05$).

В группе больных артропатическим псориазом выше уровень социальной фрустрированности и уровень депрессии, что подтверждает общую тенденцию более значительного снижения уровня социальной комфортности в этой группе пациентов.

У $\frac{1}{4}$ больных псориазом (24%) и почти $\frac{1}{2}$ больных с артропатией (41%) доминируют дезадаптивные типы отношения к болезни.

Анализ параметров социальной дезадаптации позволил выявить выраженные особенности состояния ряда показателей у больных псориазом в общей группе по сравнению со здоровыми людьми. Результаты, полученные при обследовании пациентов и здоровых лиц с применением визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) позволили выявить статистически достоверное снижение качества жизни больных псориазом по сравнению со здоровыми людьми, которое было сопряжено, прежде всего, с факторами «состояние кожных покровов» и «взаимоотношения с супругом/ой». В частности, в группе больных псориазом по сравнению с группой практически здоровых лиц наиболее проблемными оказались параметры «качество жизни в целом» ($60,3 \pm 3,2$ и $73,8 \pm 2,3$ соответственно,

$p < 0,01$), которые коррелируют прежде всего с таким медицинским параметром, как «состояние кожных покровов» ($44,8 \pm 2,8$ и $83,0 \pm 1,9$ соответственно, $p < 0,001$) и важнейшим параметром социального благополучия пациентов – «взаимодействие с супругом/супругой» ($73,7 \pm 4,5$ и $87,8 \pm 2,3$ соответственно, $p < 0,05$). Наиболее значимое снижение перечисленных параметров имело место в группе больных артропатической формой псориаза ($p < 0,001$). Фактор отягощенной и не отягощенной наследственности в развитии и течении заболевания, не нарушая отмеченной тенденции, в то же время оказывает определенное влияние на состояние параметров качества жизни больных (Табл.2, рис.2). Данные, полученные при обследовании пациентов с применением ВАШ, таким образом, позволяют выделить семейную психотерапию как практически важный аспект психотерапевтической помощи больным псориазом. Это само по себе ставит перед исследователями, медицинскими и социальными работниками задачи индивидуального подхода к роли заболевания в жизни пациента и обосновывает развитие дальнейших исследований в данном направлении.

Изучение особенностей шкалы эго-защиты у больных псориазом, включающей такие классические механизмы психологической защиты личности, как 1-отрицание, 2-вытеснение (подавление), 3-регрессия, 4-компенсация, 5-проекция, 6-замещение, 7-интеллектуализация, 8- реактивные образования также позволило выявить значимые отличия изучавшихся параметров у больных псориазом по сравнению с лицами контрольной группы. В частности, больные псориазом в целях повышения их социально-психологической адаптации бессознательно более часто используют большинство способов психологической защиты (7 из 8, за исключением интеллектуализации). При этом различия по параметрам отрицание, регрессия и компенсация статистически значимы (Табл.3). Наиболее выраженные изменения, особенно по параметрам регрессия и проекция, наблюдались в группе больных артропатической формой псориаза ($p < 0,01$). Даже более редкое применение такой формы психологической защиты как интеллектуализация, которое в группе больных с кожной формой псориаза не было статистически достоверным ($p > 0,05$), у больных с артропатической формой псориаза было статистически достоверным по сравнению с контролем ($40,2 \pm 6,0$ и $63,5 \pm 3,4$ соответственно, $p < 0,01$). Полученные по методике ИЖС (LSI) результаты свидетельствуют о важности психодиагностики механизмов психологической защиты личности при выборе направления и методов индивидуальной психотерапии, применяемой в комплексе терапевтических мероприятий по купированию проявлений псориаза у пациентов [16,19].

Анализ полученных результатов по методике ИЖС (LSI) индивидуально у каждого из обследуемых позволил отметить наличие существенных различий в механизмах психологической защиты между мужчинами и женщинами, как в группе здоровых лиц, так и больных псориазом. Данное наблюдение, которое является предметом отдельного сообщения, при проведении дальнейших исследований, определяет необходимость строгой стандартизации обследуемых групп по полу, а также возрасту, поскольку в общей и возрастной психологии известна определенная динамика механизмов психологической защиты по мере перехода человека в старшие возрастные группы.

Полученные нами в результате проведенных исследований результаты убедительно показали, что оценка особенностей характера социальной дезадаптации и адекватность механизмов психологической защиты, подсознательно используемых больными псориазом, является клинически значимым подходом, направленным в соответствии с современными международными критериями на конечный результат терапии, ассоциируемый с повышением качества жизни пациентов.

В то же время, опыт работы с пациентами, страдающими псориазом, позволил констатировать такую важную социально-психологическую особенность, как низкий уровень мотивации к процедуре психодиагностического процесса, оценке ими роли психоэмоционального фактора в течении заболевания и приятия психотерапевтической помощи пациенту и членам его семьи. Количество пациентов, «мотивированных» по перечисленному комплексу вопросов, не превышало 15 - 20%, не смотря на указание ими роли психоэмоциональной травмы в 40% случаев первой манифестации и последующих обострений заболевания. Эти цифры отражают состояние «фактора отношения» к проблематике психодиагностической и психотерапевтической культуры в популяции.

В этой связи был проведен опрос 85 пациентов (43 мужчины и 42 женщины) с использованием разработанной нами анкеты для оценки социо-культуральных особенностей личности пациентов, а также организационно-методических аспектов психотерапевтической помощи [17]. Абсолютное большинство - 74 человека (87.1%) составили жители г. Минска. Из числа обследованных 77 человек (90.6%) слышали или читали о том, что возникновение и течение псориаза зависит от состояния нервной системы. При этом 81.2% согласны с этим фактом на основании личного опыта.

В то же время за психотерапевтической помощью за годы болезни обращались всего 18 человек (21.2%). Из не обращавшихся за психотерапевтической помощью 67 человек, 4 человека не обращались из-за финансовых затруднений, 6 человек не знали, что можно обратиться к таким специалистам, а 41 - не смог назвать причину. Были намерены обратиться к психотерапевту 2 человека, а 14 человек считали это «ненужной затеей».

Анализ такого положения дел показал, что только 22 пациентам (25.9%) были даны рекомендации лечащим врачом-дерматологом обратиться за психотерапевтической помощью, что свидетельствует о достаточно низком уровне мотивации пациентов к комплексному лечению врачами-дерматологами. Из всех обратившихся за психотерапевтической помощью 11 человек обращались в государственные учреждения, 4 - в коммерческие структуры. Из числа пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью отметили улучшение состояния и течения заболевания 2 человека и 11 человек (61.1%), не отметив изменений в течении заболевания, не жалели, что обратились к психотерапевту. Только 5 человек оценили результат обращения, как «попусту потраченное время». Таким образом, в целом 72.2% пациентов из числа обратившихся к психотерапевту, свои контакты с ним оценили, в целом, позитивно, однако процент положительных результатов (11.1%) весьма низок. Последнее могло быть связано как с объективными (торпидность псориаза к психотерапевтическому воздействию), так и субъективными факторами (недостаточность профессиональных возможностей психотерапевта в работе с данной категорией пациентов).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют с одной стороны о важной роли психогенного фактора в этиопатогенезе заболевания, а с другой стороны о том, что как в сознании пациентов, так и лечащих врачей-дерматологов психотерапевтический подход остается на низком уровне, в результате чего в лечении псориаза в настоящее время не используется должным образом уже имеющиеся возможности психотерапевтической службы.

Анализ корреляционных связей позволил выявить высокую степень сопряженности таких пар параметров, как общий индекс качества жизни с факторами «состояние кожных покровов» и «взаимоотношения с супругом/ой», качество жизни и уровень социальной фрустрированности и в свою очередь уровень социальной фрустрированности с некоторыми дезадаптивными типами отношения к болезни ($r=0,53 - 0,68$; $p<0,05$). Сопряженность данных параметров психологического и социального порядка подтверждает значимую роль рассмотрения качества жизни как важного интегрального показателя эффективности медицинской и социальной помощи больным псориазом

В развитие рассматриваемой проблемы – качество жизни людей при заболеваниях, ВОЗ разработана Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). МКФ является классификацией доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида

и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма, 2) домены социальной активности и участия в общественной жизни. Учитывая то, что функциональное здоровье индивида зависит от внешних условий, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. МКФ призвана унифицировать языковые и терминологическое понимание и описание специалистами влияния какого-либо заболевания на качество жизни пациента. Данная классификация ВОЗ включает пять компонентов: физические страдания, ограничения общей физической активности, ограничения в социальной активности, изменения в средовых взаимоотношениях (например, в семье, на работе) и влияние личностных восприятий заболевания (например, изменения в отношении к болезни в зависимости от возраста). Группа исследователей из США (Mease Ph. Et all.) совместно с Мюнхенским университетом разработали предложения по адаптации МКФ к псориазу и псориатическому артриту [цит. 1]. Таким образом, дерматологам уже предложен вариант МКФ, использование которого позволит более углубленно понимать степень воздействия псориаза на качество жизни пациентов. Описан и начинает активно изучаться весьма серьезный «вторичный» эффект псориаза – изменение психологического и социального параметров здоровья людей из окружения больного – членов семья, коллег. Для целей изучения этого вопроса был предложен семейный дерматологический индекс качества жизни (СДИКЖ), который является инструментом изучения влияния псориаза на жизнь общества в целом [Basva M et all., цит. 1.].

Полученные нами результаты подтверждают актуальность изучения качества жизни пациентов с псориазом, которое по данным исследователей из различных стран активно проводится уже более десяти лет [20,21,22,23]. Открытие все новых аспектов этой проблемы свидетельствует о необходимости дальнейшего развития новых подходов для повышения качества жизни пациентов с псориазом [24,25,26].

По утвердившемуся на сегодняшний день мнению, эти подходы включают медицинский и социальный вектора проблемы. В частности, одним из направлений медицинского вектора должно явиться многофакторное формирование диагноза заболевания, давно реализованное на практике в виде диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) Американской Ассоциации Психиатров (DSM-IV). Одной из основных особенностей данной классификации, как известно, является т.н. многоуровневая оценка, позволяющая охарактеризовать социально-медицинский статус больного по нескольким переменным – она включает пять осей.

Ось I. Клинические синдромы и состояния, связанные с основным заболеванием.

Ось II. Отклонения в развитии личности, которые включают специфические особенности развития личности конкретного пациента.

Ось III. Содержит перечень физических нарушений, которые могут наблюдаться у пациента.

Ось IV. Содержит шкалу кодирования психосоциальных факторов стрессового характера, способствующих развитию заболевания (супружеские отношения – помолвка, брак, развод, смерть одного из супругов и др., родительские отношения – конфликты с детьми, болезни детей и т. д., межличностные отношения с друзьями, соседями, коллегами, родственниками, начальством, профессиональные отношения – безработица, уход на пенсию и др., условия жизни – смена квартиры, опасности, иммиграция и т.п., материальные затруднения, юридический статус – арест, судебная тяжба, наследственные права и другие группы психо-социальных стрессов.

Ось V. Это глобальная шкала оценки, по которой определяется степень успешности деятельности пациента по совокупности трех областей: социальное положение, профессиональная принадлежность и психическая адекватность (Global Assessment of Functioning Scale, g AF Scale) [27]. Эффективность помощи в соответствии с многоосевым подходом к лечению, связана, таким образом, с участием медицинских, психологических (психотерапевтических) и социальных служб в работе с проблемами пациента, вызванными заболеванием.

Вторым, как отмечалось выше, вектором в развитии новых подходов по повышению качества жизни больных псориазом, является социальный вектор, активно развиваемый в развитых странах Европы и Северной Америки. Например, в условиях Канады в случае выявления «многоосевой» ситуации у пациента, социальные работники реально организуют действия клиента по разрешению всего комплекса социальных вопросов. Социальный работник заводит и ведет социальную карту клиента, в которой отражаются все мероприятия по решению индивидуального комплекса социальных проблем конкретного клиента. Таким образом, заболевший человек после медицинского этапа лечения не остается один на один с любым вопросом социального характера, вызванным или иным образом связанным с заболеванием или оказывающим влияние на его течение. Уже система социальной службы направлена на подготовку специалистов соответствующего профиля, включая такую категорию, как «Community Service Worker», призванных организовывать указанный выше вид работы с клиентом.

Это конкретный пример эффективного практического взаимодействия медицинских и социальных служб в решении носящих социальный характер проблем гражданина, возникающих в случае заболевания псориазом.

К сожалению, в нашей республике вопрос практического взаимодействия медицинских и социальных служб пока не вышел из стадии признания факта его наличия.

В заключение, представляется возможным констатировать, что за последние 10 лет качество жизни стало выступать в развитых странах Европы и Северной Америки [1,20,23,28,29] в качестве интегрального показателя эффективности решения комплекса социально-медицинских вопросов у пациентов с псориазом и псориатическим артритом. Это подразумевает, в соответствии с требованиями ВОЗ, применение многоосевого подхода к диагностике связанных с заболеванием комплекса медицинских и социальных вопросов каждого конкретного клиента. Полученные нами данные, как и результаты ранее проведенных исследований (4,6,17) свидетельствуют об актуальности развития и активного применения аналогичных подходов к совершенствованию социально-медицинской помощи больным псориазом в Республике Беларусь.

ВЫВОДЫ

1. В обследованной группе пациентов с псориазом выявлен спектр психологических особенностей личности, в значимой степени влияющий на успешность социального функционирования.

2. Ряд параметров социального функционирования пациентов с псориазом могут быть охарактеризованы как проблемные и существенным образом определяющие снижение качества жизни

3. Сопряженность психологических, социальных и медицинских факторов играет важную роль для совершенствования системы медицинской помощи и социальной реабилитации с целью всемерного повышения качества жизни пациентов с псориазом.

4. Эффективность работы по повышению качества жизни пациентов с псориазом связана с развитием и поэтапным внедрением многоосевого подхода к медицинской и социальной терапии, который требует совместного участия медицинских, психологических (психотерапевтических) и социальных служб.

ЛИТЕРАТУРА

1. A global perspective Abstract. 1st World Psoriasis and Psoriatic Arthritis Conference. Stockholm, 2006.

2. Mishina O., Dvornikov A., Dontsova E. Zabolevaemostj psoriazom i psoriaticeskim artritom sredi gorodskogo i seljskogo naseleniya Rossiyskoj Federacii [The incidence of psoriasis and psoriatic arthritis among the urban and rural population of the Russian Federation]. Vestnik novyh medicinskih tekhnologij, 2012.- no1. (electronic resource). Available at: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Butletin/E2012-1/4081.pdf> (accessed 18 feb.2015).

3. Dermatopatologiya. W.Kempf, M.Hantschke, H.Kutsner, W.H.C.Burgdorf., Germany: Steinkopff Verlag. - 2008 - 299p.

4. Siatkovski V.A., Siatkovskaja N.V., Iagovdik N.Z., Azarova L.A., Belugina I.N. Kuzmickaja O.V.() Kachestvo zhizni kak integral'nyi pokazatel' effektivnosti medicinskoj i social'noj pomoschi bol'nym psoriasom [Quality of life as integral indication of efficiency of medical and social help to patients with psoriasis] Social'naya rabota.- 2010 - vol.1 - no6.- pp.12-14.

5. Papij N.A. Kozhnye zabolevanya: psychodiagnostika i psychokorrekcija [Skin disorders: psychological diagnostics and therapy] - Minsk: 2001 - Polymya. (in Russian).

6. Iagovdik N.Z., Belugina I.N., Siatkovski V.A., Azarova L.A. Osobennosti socialnoi dezadaptacii i mehanizmy psihologicheskoi zaschity lichnosti y bol'nyh psoriazom [Peculiarities of social disadaptation and defense mechanisms of personality in patients with psoriasis] Medicinskaja panorama. 2014 - vol.1.- no1.- pp.9-11.

7. Pavlova O. Psiho-nejro-immunnye vzaimodejstviya pri psoriaze: Uchebnoe posobie [Psycho-neuro-immune interactions in psoriasis: a tutorial]. Moskva: 2007. - Izdatel'stvo LKI, (in Russian).

8. Pavlova O. () Osnovy psihodermatologii [Basics psychodermatology]. Moskva: 2007 - Izdatel'stvo LKI, (in Russian).

9. Wisnicka B., Szepietowski J. C., Reich A., Orda A. Psoriasis psychological aspects. Dermatol. Psychosom. - 2004. - Vol. 5. - P. 73-78.

10. Ejdemiller A.G., Estickij V.V. Semejnaja psihoterapija [Family psychotherapy] L.: Medicina.- 1990 - 192 p.

11. Ljuban-Plocca B., Peldinger V., Kreger F. Psihosomaticeskij bolnoj na prieme y vracha. [Psychosomatic patient on doctor's visit] S-P.: 1994. – 245 p.

12. Puschkarev A.L., Arinchina N.G. Metodika ocenki kachestva zhizni bol'nyh i invalidov [Evaluation methods of life quality in patients and handicapped] Metod. Rekomendacii, Minsk, 2000. - 16 p.

13. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpov A.B., Vuks A.Ja () Metodika dlja psihologicheskoi diagnostiki tipov otnoshenija k bolezni [Method for psychological diagnostic of types of relation to disease] Metod. Rekomendacii, L. – 1987. - 27p.

14. Bodrov V.A. Praktikum po differencial'noj psihodiagnostike professional'noj dejatel'nosti. [Practicum on differential psycho-diagnostics of professional activity] Uchebnoe posobie -M.:PERSE. - 2003. - 768p.

15. Rajgorodskij D. Prakticheskaja psihodiagnoatika. Metodiki i testy. [Practical psycho-diagnostics] Izdatel'stvo «Bahrah – M».- 2011. - 672 p.

16. Vasserman L.I., Eryshev E.B., Klybova E.B. Psihologicheskaja diagnostika indeksa zhiznennogo stilja. [Psychological diagnostics of life style index] SPb. - 1999 -27 p.
17. Iagovdik N.Z., Belugina I.N., Siatkovski V.A., Azarova L.A., Siatkovskaja N.V., Kuzmickaja O.V.() Kliniko-psihologicheskaya harakteristika i kachestvo zhizni bol'nym psoriasom [Clinical-psychological characteristic and quality of life of patients with psoriasis] ARS Medica. Iskusstvo mediciny. – 2008. - vol.1. - no5.- pp.33-37.
18. Azarova L.A., Siatkovski V.A. Psihodiagnostika: primenenie metodov matematicheskoy statistiki v social'no-psihologicheskich issledovanijah [Psychodiagnosics: use of methods of mathematical statistics in socio-psychological studies]: Metod. Rekomendacii. – Minsk: GIYST BGU. - 2011. - 84p.
19. Davidsson S., Blomqvist K., Molin L. Lifestyle of Nordic people with psoriasis. Int.Dermatol.- 2005. - no44. - pp.378 - 383.
20. Adaskevich V. P., Dubrova V. P., Purtov A.V.() Indeks kachestva zhizni v dermatologicheskich issledovanijah [Life quality index in dermatological studies] //Rossiyskiy Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Bolezney. – 2003. - no 2. - pp. 74 – 78.
21. The WHOQOL Grupp. The world Health Organization Quality of Laif Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization . Soc Sci Med. – 1995. –Vol. 41. – pp.1403-1409.
22. Dubertret L., Mrowietz U., Ranki A. et al. EUROPSO Patient Survey Group. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey//Br.J.Dermatol.2006.-Vol.155(4).-p.729–736.
23. Hobejsh M.M. Psoriaz i kachestvo zhizni [Psoriasis and life quality] Medicinskij vestnik. - 2006. - no 38. – p.12-13.
24. Mrowietz U., Kragballe K., Reich K. et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus // Arch. Dermatol. Res. - 2011.- Vol. 303(1). P.1–10.
25. Blome C., Simianer S., Purwins S. et al. Time needed for treatment is the major predictor of quality of life in psoriasis // Dermatol. 2010. Vol. 221(2). p. 154–159.
26. Hongbo Y., Thomas C.L., Harrison M.A. et al. Translating the science of quality of life into practice: What do dermatology life quality index scores mean? // J. Invest. Dermatol. 2005. - Vol.125(4). - p.659–664.
27. Clinical Psychiatry from Synopsis of psychiatry. Harold I. Kaplan, M.D., Benjamin J.Sadock, M.D., Williams & Wilkins. - 1988.- V.1. - p.51 – 78.

28. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology. Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol. 1994. - Vol. 19(3). - p. 210–216.

29. Heydendael V.M., de Borgie C.A., Spuls P.I. et al. The burden of psoriasis is not determined by disease severity only // J. Invest. Dermatol. Symp. Proc. - 2004.- Vol. 9(2). p. 131–135.

Таблица 1.

Показатели социального функционирования больных псориазом и псориатическим артритом (M±m)

Группа	Показатели								
	Шкала Цунга	УСФ	Качество жизни						
			Физическая подвижность	Эмоциональное состояние	Сексуальная функция	Социальные функции	Познавательная функция	Экономическое положение	Интегральный показатель
1	37,0 ±0,9	1,2 ±0,2	56,6 ±3,4	54,2 ±5,8	65,5 ±4,9	46,0* ±3,6	79,5 ±4,2	45,2* ±9,0	58,0* ±2,8
2	33,5 ±0,9	1,0 ±0,1	58,2 ±2,7	63,0 ±4,0	74,5 ±3,8	58,2 ±2,7	86,2 ±2,9	67,4 ±6,1	66,0 ±1,9

Примечание: группа 1 – больные артропатической формой псориаза

группа 2 – больные кожной формой псориаза

* - p<0.05

УСФ - уровень социальной фрустрированности

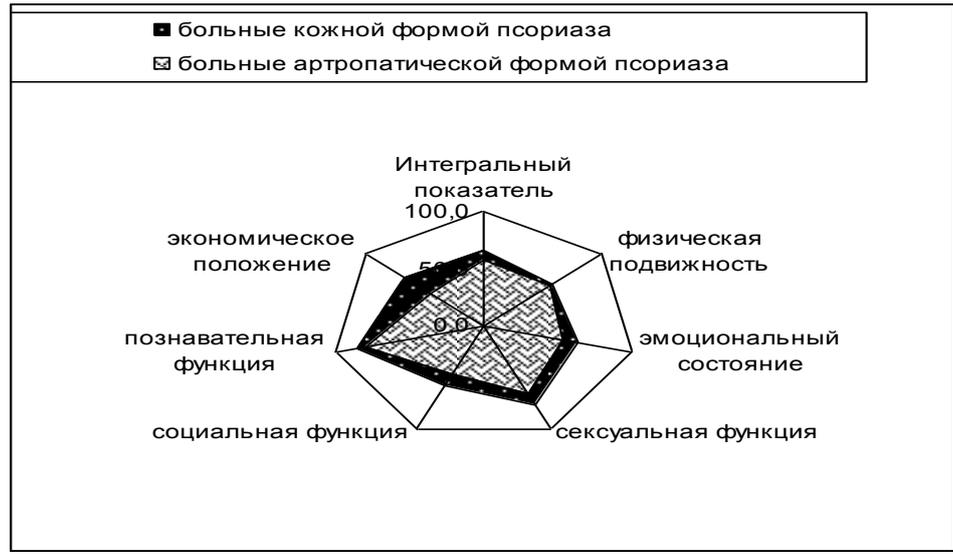
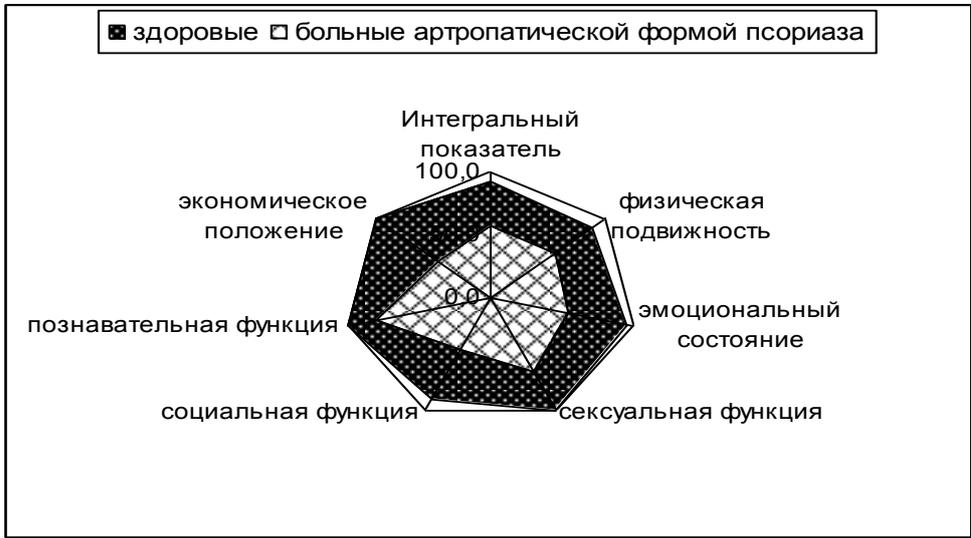
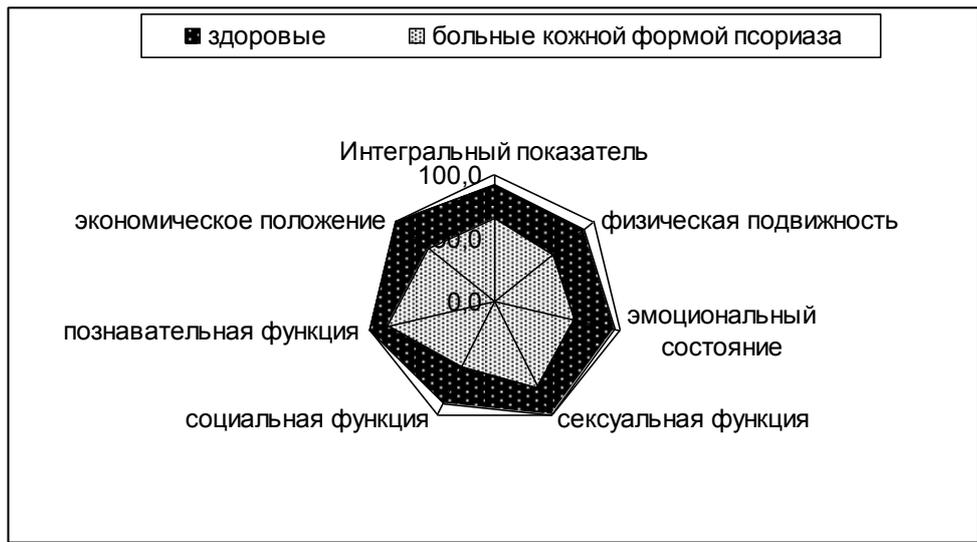


Рис. 1. Показатели качества жизни больных псориазом

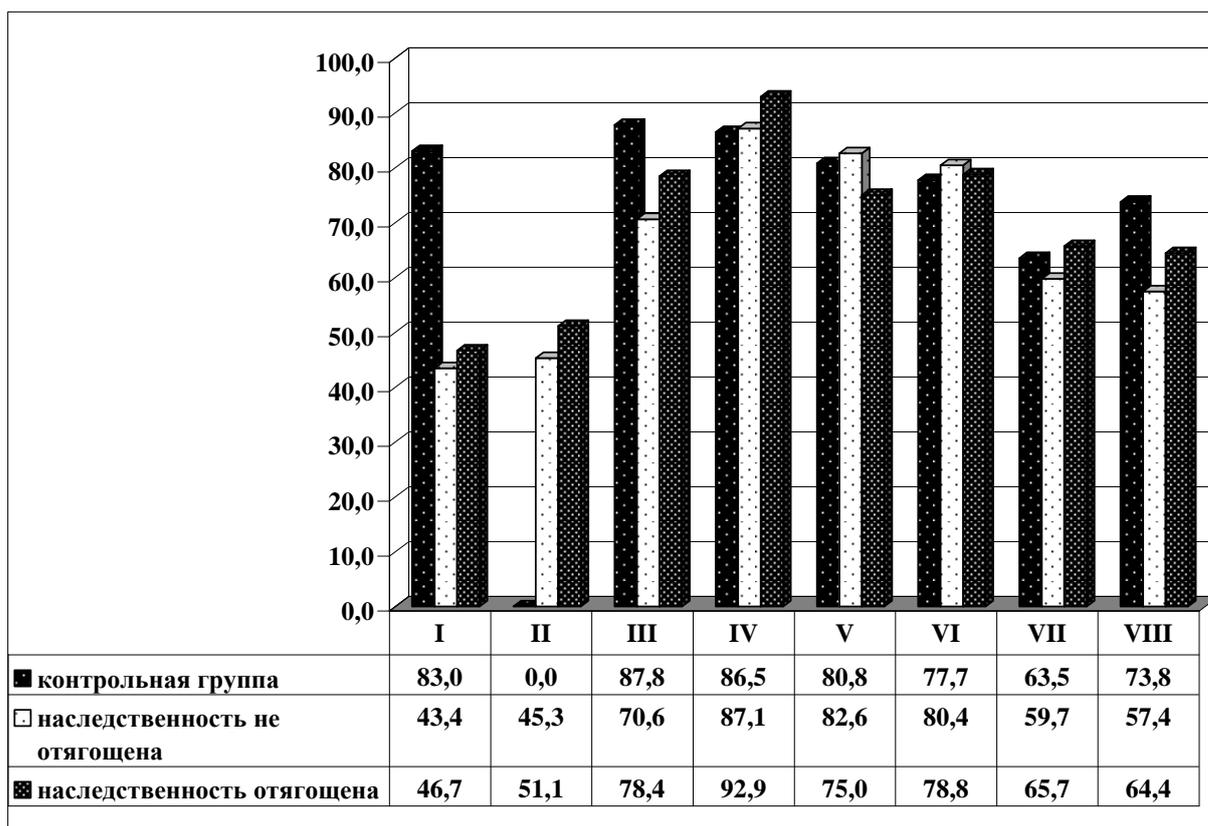


Рис.2. Основные параметры социальной дезадаптации у пациентов с псориазом

Примечание: I – состояние кожных покровов ($p < 0,001$); II – эффективность медицинской помощи; III – взаимодействия с супругом ($p < 0,05$); IV – взаимодействия с детьми; V – взаимодействия на работе; VI – жилищные условия; VII – финансовое положение; VIII – качество жизни в целом ($p < 0,01$).

Таблица 2

Параметры социальной дезадаптации (визуально-аналоговая шкала) у пациентов с псориазом

Параметры	Группы обследованных лиц		
	Контрольная группа n=42	Больные псориазом (общая группа) n=67	p
Состояние кожных покровов	83,0 ± 1,9	44,8 ± 2,8	p<0,001
Эффективность мед.помощи		47,6 ± 3,7	
Взаимодействие с супругом	87,8 ± 2,3	73,7 ± 4,5	p<0,01
Взаимодействие с детьми	86,5 ± 2,5	89,3 ± 2,1	
Взаимодействие на работе	80,8 ± 2,0	79,5 ± 2,9	
Жилищные условия	77,7 ± 2,8	79,8 ± 2,6	
Финансовое положение	63,5 ± 2,9	62,2 ± 2,9	
Качество жизни в целом	73,8 ± 2,3	60,3 ± 3,2	p<0,001

Таблица 3

Механизмы психологической защиты у пациентов с псориазом

Параметры	Группы		
	Контрольная группа n=42	Больные псориазом (общая группа) n=67	p
Отрицание	67,7 ± 3,3	77,9 ± 2,5	p<0,01
Вытеснение	51,6 ± 5,0	61,0 ± 4,1	
Регрессия	42,7 ± 4,4	58,7 ± 3,6	p<0,001
Компенсация	56,8 ± 4,7	67,3 ± 3,2	0,1 < p > 0,05
Проекция	53,8 ± 4,0	59,6 ± 3,3	
Замещение	45,4 ± 4,0	53,5 ± 3,3	
Интеллектуализация	63,5 ± 3,4	61,4 ± 2,9	
Реактивные образования	60,7 ± 4,4	70,0 ± 3,4	