

Личность и соматическое заболевание: риски и возможности
Personality and somatic disease: risks and opportunities

Особенности субъективной оценки внутрисемейных отношений у больных псориазом

Корабельник П.Ю.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru*

Карпова Э.Б.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru*

Псориаз — распространенное полиэтиологическое заболевание, которое затрагивает значимые элементы системы отношений личности больного, в том числе его внутрисемейные отношения. Проверялась гипотеза о негативном воздействии субъективных переживаний, связанных с псориатической болезнью, на восприятие внутрисемейной обстановки. Исследовано влияние половой принадлежности, длительности и тяжести заболевания на субъективную оценку своего семейного окружения у людей с псориазом. В исследовании приняли участие 99 человек: 66 пациентов с различными формами псориаза (30 мужчин и 36 женщин; возраст — $38 \pm 17,68$ лет; длительность заболевания — $13 \pm 7,78$ лет), из которых 40 человек имели среднюю тяжесть болезни по индексу PASI и 33 пациента с патологией опорно-двигательного аппарата (15 мужчин и 18 женщин; возраст — $41 \pm 14,56$ лет; длительность заболевания — $12 \pm 9,38$ лет), которые составили группу сравнения. В качестве методик были использованы полуструктурированное интервью, Шкала семейного окружения в адаптации С.Ю. Куприянова (1985 г.), Незаконченные предложения (J.M. Sacks, 1950). Субъективное переживание псориатической болезни не оказывает сильного негативного воздействия на восприятие внутрисемейной обстановки. Вместе с тем отмечено влияние пола и длительности заболевания на субъективную оценку своего семейного микроклимата у больных псориазом. Существует своеобразие семейного окружения у людей с псориазом в сравнении с пациентами, страдающими патологией опорно-двигательного аппарата: больные псориазом чаще отмечают, что в их семьях допускается открыто действовать и выражать свои чувства, а также поощряется самостоятельность в принятии решений. Семейный микроклимат респондентов с псориазом в меньшей степени характеризуется иерархичностью семейной организации, ригидностью семейных правил и взаимоконтролем членами семьи.

Данные исследования могут способствовать повышению эффективности психологической работы с псориазическими больными.

Ключевые слова: псориаз, семья, внутрисемейные отношения, субъективная оценка семейного окружения, шкала семейного окружения.

Для цитаты: *Корабельник П.Ю., Карпова Э.Б. Особенности субъективной оценки внутрисемейных отношений у больных псориазом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 1–22. DOI: 10.17759/cpse.2022110101*

Features of the Subjective Assessment of Intrafamilial Relationships in Patients with Psoriasis

Polina Yu. Korabelnik

Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru

Elvira B. Karpova

Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru

Psoriasis is a common polyetiological disease that affects significant elements of the patient's personality relationship system, including his intrafamily relationships. The hypothesis was tested about the negative impact of subjective experiences associated with psoriatic disease on the perception of the family environment. The influence of several factors (gender, duration and severity of the disease) on the subjective assessment of patients with psoriasis of their family environment was analyzed. In total, 99 individuals took part in the study: 66 subjects suffering from various forms of psoriasis (30 men and 36 women; age: 38 ± 17.68 y.o., disease duration: 13 ± 7.78 years). 40 subjects had an average severity of the disease according to the PASI index. Comparison group consisted of 33 patients (15 men and 18 women; age: 41 ± 14.56 y.o.) with pathology of the musculoskeletal system (disease duration: 12 ± 9.38 years). The following methods were used: semi-structured interview, Family Environment Scale adapted by S.Yu. Kupriyanov (1985), Uncompleted sentences (Joseph M. Sacks, 1950). The subjective experience of psoriatic disease does not have a strong negative impact on the perception of the family environment. At the same time, the influence of gender and duration of the disease on the subjective assessment of their family microclimate by patients with psoriasis was noted. There is a peculiarity of the family environment of patients with psoriasis in comparison with patients with pathology of the musculoskeletal system: patients with psoriasis more

often note that in their families it is allowed to openly act and express their feelings, and independence in decision-making is encouraged; the family microclimate of patients with psoriasis is less characterized by the hierarchy of family organization, the rigidity of family rules, and control by family members of each other. These studies can help improve the effectiveness of psychological work with psoriatic patients.

Keywords: psoriasis, family, intrafamily relationships, subjective assessment of the family environment, family environment scale.

For citation: Korabelnik P.Yu., Karpova E.B. Features of the Subjective Assessment of Intrafamilial Relationships in Patients with Psoriasis. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 1–22. DOI: 10.17759/cpse.2022110101 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

Псориаз сопровождается образованием красных шелушащихся бляшек, которые провоцируют как физический дискомфорт, вызванный болью и зудом, так и психологический, связанный с негативными проявлениями в эмоциональной сфере и обеспокоенностью людей, страдающих псориазической болезнью, своим косметическим дефектом [24]. Высыпания на коже, видимые для окружающих, могут порождать неуверенность, повышенную сензитивность и избирательную общительность [25], что влечет за собой нарушения в супружеской и социальной адаптации [1; 2].

Появление заболевания и изменение отношения домочадцев к больному члену семьи значимо влияют на семейные взаимоотношения и структуру семьи [24; 25]. Кожа человека, страдающего псориазом, требует постоянного ухода: специальные кремы и лосьоны, ограниченные контакты с водой, строгая диета и свободная одежда. Родственники больного псориазом также оказываются включенными в ситуацию болезни, и весь быт становится подчиненным снятию симптомов. При этом тяжелое протекание болезни приводит к тому, что больной псориазом зачастую не может работать на прежнем месте и выполнять домашние обязанности из-за психологического и физического самочувствия [10; 25]. Кроме того, данные проведенных исследований указывают на различия в сфере социального взаимодействия мужчин и женщин, страдающих псориазом [24; 25]. Так, было отмечено, что у женщин по мере продолжительности болезни нарастают аутизация, непрактичность, субъективизм [25].

В настоящее время большинство научных работ, посвященных психологическим проблемам больных псориазом, направлены на изучение их личностных характеристик [8; 15; 21; 25]. Появляются исследования, посвященные оценке взаимосвязи субъективной оценки пациентами влияния псориазической болезни на их семейные отношения [10; 12]: описаны представления больных о негативном влиянии состояния кожи в связи с псориазом на отношения с родственниками [4] и на качество жизни семьи в целом [29]. На актуальность исследования стратегий

выстраивания семейных отношений псориазическими больными и характера этих отношений также указывают источники, по данным которых заболевание псориазом может становиться основной причиной развода супругов [22].

Изучение специфики субъективной оценки внутрисемейных отношений больных псориазом представляется нам наиболее осмысленным с помощью сравнения с группой пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Данная патология существенно затрудняет привычное функционирование (в том числе социальное) ввиду двигательного дефекта и поражений, видных невооруженным взглядом [19], что роднит этих пациентов с больными псориазом, заболевание которых также проявляется внешне.

В то же время заболевания опорно-двигательной системы не имеют в патогенезе и этиологии психологического фактора, который мог бы оказывать влияние на межличностное взаимодействие. Больные, страдающие от различных нарушений опорно-двигательного аппарата, испытывают трудности в поддержании привычного социального функционирования вследствие острого болевого синдрома, повышенной уязвимости и зависимости от окружающих [5; 6; 9; 13; 16; 28].

Целенаправленное изучение данной проблемы дает возможность выявить субъективную оценку внутрисемейных отношений в семьях, где присутствует больной псориазом, что может помочь в составлении психокоррекционных программ и комплексному воздействию на псориазическую болезнь.

Под субъективной оценкой внутрисемейных отношений больными псориазом мы подразумеваем их собственный взгляд и суждения о влиянии заболевания на внутрисемейные отношения. Под внутрисемейными отношениями мы понимаем систему отношений между членами семьи (правила, модели поведения, направления личностного роста в семье, организация семейной структуры) [23].

Целью нашего исследования стало описание особенностей субъективной оценки внутрисемейных отношений больными псориазом.

Гипотезами исследования являются следующие предположения:

1) по мнению больных псориазом, заболевание оказывает негативное влияние на их внутрисемейные отношения;

2) половая принадлежность больных, длительность и тяжесть заболевания влияют на субъективную оценку своего семейного окружения у больных псориазом;

3) субъективная оценка внутрисемейных отношений у больных псориазом имеет своеобразие по сравнению с пациентами с патологией опорно-двигательного аппарата.

Среди задач исследования важно отметить описание средних показателей в группах больных псориазом, сформированных по полу, тяжести и длительности заболевания.

Материалы и методы исследования

Выборка. Эмпирическая часть исследования проводилась на базе отделений дерматовенерологии, травматологии и ортопедии клиники Первого медицинского университета им. Павлова, 442-го военного окружного клинического госпиталя ЛенВО Министерства Обороны РФ, СЗГМУ им. И.И. Мечникова в г. Санкт-Петербург с апреля 2013 по февраль 2018 года.

В исследовании приняли участие 99 человек. Критериями включения пациентов в исследование были: лица обоего пола в возрасте 18–60 лет, страдающие псориазом или патологией опорно-двигательного аппарата; прогрессирующая стадия заболевания; продолжительность болезни от одного года; подписанное информированное согласие и соблюдение указаний врача относительно назначенной терапии. Критерии исключения: тяжелые сопутствующие заболевания, выраженные психические расстройства, отказ больного от обследования.

Основную группу составили 66 человек (30 мужчин и 36 женщин) с различными формами псориаза, в возрасте от 19 до 56 лет (возраст — $38,23 \pm 17,68$ лет). Большинство опрошенных (76%) страдают распространенным (вульгарным) псориазом, остальные пациенты имеют диагноз «псориатический артрит» (14%) и «пустулезный псориаз» (10%). Продолжительность заболевания у пациентов данного исследования варьировала от 1 года до 45 лет, средняя продолжительность — $12,66 \pm 7,78$ лет. 34 человека (51,5%) болеют псориазом до 10 лет, 15 человек (22,7%) — от 10 до 20 лет и 17 человек (25,8%) — больше 20 лет.

Для оценки тяжести псориатической болезни использовался опрос пациента на основе упрощенной методики индекса тяжести псориаза (PASI) [11]. Наибольшее количество пациентов (61%) имеют среднюю тяжесть заболевания (обширные поражения кожи, зуд, отсутствие регулярных болей, поражений суставов). Тяжелое протекание патологии отмечено у 24% опрошенных больным псориазом (жалобы на боль, трещины, псориатический артрит). Легкая форма встречается реже всего — у 15% испытуемых (1–3 пятна площадью не более 5 см, незначительные жалобы на сухость кожи и зуд).

Большинство пациентов, страдающих псориазом (59%), состоят в браке, у 9% — это второй брак по счету. У 76% участников исследования есть дети, 8% опрошенных находятся в разводе, 6% — овдовели, 12% — не состояли в браке и 15% опрошенных отметили, что сейчас не состоят в супружеских отношениях. Большинство опрошенных с псориазом относят к своей семье супругу/супруга и детей (53%), 17% опрошенных, помимо партнера и детей, включают в свою семью родителей, а еще 14% — сиблингов, племянников и племянниц. 14% относят к своей семье только детей, 11% — только родителей, 6% — считают своей семьей родителей и детей.

Группу сравнения составили 33 пациента (15 мужчин и 18 женщин) с различными патологиями опорно-двигательного аппарата, в возрасте от 19 до 67 лет (средний возраст — $41,48 \pm 14,56$). Пациенты имеют приобретенные (патологии костей и суставов: остеопороз, остеоартроз, остеохондроз, ревматоидный артрит,

вальгусная деформация стопы, болезнь Келлера — 51,5%; травмы — 36,5%) и врожденные (12%) нарушения опорно-двигательного аппарата. Средняя продолжительность заболевания — $11,66 \pm 9,38$. Основная группа и группа сравнения уравниваются между собой по показателю длительности заболевания ($F=2,45$; $p=0,21$).

Среди опрошенных с опорно-двигательными патологиями 79% состоят в браке и 76% имеют детей. У 12% участников это второй брак по счету. В браке не состояли 6% опрошенных, 15% — находятся в разводе, 21% — не замужем/не женаты. Участники с нарушениями опорно-двигательного аппарата включают в свою семью жену/мужа и детей (67%). 36% опрошенных также относят к своей семье родителей, однако лишь 12% из них считают семьей и других родственников (внуки, братья, сестры, племянники и племянницы). 9% опрошенных относят к своей семье только родителей, 3% — близкого друга.

По таким социодемографическим характеристикам, как распределение по возрасту ($F=2,25$; $p=0,19$), полу ($\chi^2=0,05$; $p=0,83$) и семейному положению ($\chi^2=2,26$; $p=0,13$) группы на статистически значимом уровне не различаются.

В исследовании использовались три *методики*.

1. Полуструктурированное интервью в авторской разработке (Э.Б. Карпова, П.Ю. Корабельник, 2018) [10], направленное на сбор анамнеза заболевания, информации о социальном функционировании больного, а также сведений о его субъективной оценке внутрисемейных отношений (см. Приложение 1).

2. Шкала семейного окружения (ШСО) R.H. Moos и B.S. Moos в адаптации С.В. Куприянова (1985) [23]. Методика предназначена для оценки социального климата в семьях разных типов. Основное внимание уделяется исследованию отношений между членами семьи, направлениям личностного роста, организационной структуре семьи и нарушениям семейных ролей. Методика состоит из десяти шкал, каждая из которых направлена на изучение характеристик семейного окружения. Несмотря на то, что надежность (α Кронбаха) некоторых шкал неудовлетворительна (по данным [3] варьируется в диапазоне от 0,37 до 0,61), а изучение психометрических свойств опросника продолжается, методика ШСО используется как психодиагностический инструмент в семейном консультировании и психотерапии [3; 23]. Методика включает следующие шкалы:

- Сплоченность — степень заботы членов семьи друг о друге, взаимопомощи и выраженности чувства принадлежности к семье;
- Экспрессивность — степень, в которой в семье разрешается открыто действовать и выражать свои чувства;
- Конфликт — выраженность агрессии и конфликтных взаимоотношений в семье;
- Независимость — степень, в которой в семье поощряется самоутверждение и проявление независимости и самостоятельности в принятии решений;

- Ориентация на достижения — выраженность характера достижения и соревнования в различных видах деятельности (учебе, работе);
- Интеллектуально-культурная ориентация — показатель того, насколько члены семьи социально активны, интеллектуальны и окультурены;
- Ориентация на активный отдых — значимость активного отдыха и спорта для семьи;
- Морально-нравственные аспекты — ценность этических и нравственных положений в семейном кругу;
- Организация — степень важности для семьи порядка и организованности (например, структурирование семейной деятельности);
- Контроль — показатель иерархии семейной организации и контроля членами семьи друг друга.

3. Модифицированный вариант проективной методики «Незаконченные предложения» [19], состоящий из 18 вопросов. Вопросы включали предложения, выражающие отношение испытуемых к себе (например, *Самое главное для меня...*), к своей болезни (*Самое неприятное в болезни...*), к близким людям (*Близкие люди...*) и к внутрисемейной обстановке (*В моей семье...*) (см. Приложение 2). Достоинством метода является его гибкость и эффективность при оценке внутренней картины болезни; некоторые исследователи отмечают его достаточно высокую валидность [17].

Процедура. Обследование больных псориазом и больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата проводилось по одинаковой схеме: сначала наедине с испытуемым (в палате больше никого не было/искали тихое место в отделении больницы) проводилось полуструктурированное интервью — испытуемому поочередно задавались вопросы, предварительно уточнив предпочтительность развернутых ответов, далее — ответы заносились в бланк (см. Приложение 1), после чего переходили к методике «Незаконченные предложения» (см. Приложение 2).

Пациенту предлагалось завершить фразу любым наиболее подходящим, по его мнению, словосочетанием. Единицами контент-анализа стали степень влияния псориазической болезни на внутрисемейные отношения (категории ответов «да»/«нет») и выраженность возможности обращения за поддержкой к родным в трудную минуту (категория ответов: «рассчитываю на родных»/«рассчитываю на других людей»). После сбора мнений двоих экспертов (авторов статьи) была проведена оценка степени их согласованности с помощью коэффициента конкордации Кендалла ($W=0,94$). После выполнения «Незаконченных предложений» испытуемые переходили к заполнению Шкалы семейного окружения. Испытуемый заполнял бланки методик самостоятельно; перед тестированием давались инструкции по выполнению методик, кроме того, полная инструкция дублировалась на бланках.

Статистические критерии. Первый этап исследования, посвященный проверке гипотезы о негативном влиянии субъективного переживания псориатической болезни на восприятие внутрисемейных отношений, осуществлялся с помощью результатов полуструктурированного интервью и методики «Незаконченные предложения». В качестве статистического критерия был использован критерий χ^2 Пирсона. Для исследования влияния половой принадлежности больных, длительности и тяжести заболевания на субъективную оценку семейного окружения у людей с псориазом использовались полуструктурированное интервью, «Незаконченные предложения» и методика ШСО. Проверка второй гипотезы осуществлялась путем сравнения полученных данных с применением многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) и критерия Роя (проверка критерием Шапиро–Уилка подтвердила гипотезу о том, что наблюдаемое распределение анализируемых признаков не отличается от теоретически ожидаемого нормального распределения ($p > 0,05$) и наблюдается равенство дисперсий выборок). Второй этап исследования был посвящен проверке гипотезы о своеобразии субъективной оценки внутрисемейных отношений больных псориазом по сравнению с пациентами с патологией опорно-двигательного аппарата. В качестве методов исследований также использовалось полуструктурированное интервью, «Незаконченные предложения», методика ШСО; данные обрабатывались с применением критерия U-критерия Манна–Уитни. Статистическая обработка результатов осуществлялась в программе IBM SPSS v. 21.

Результаты

Результаты полуструктурированного интервью и методики «Незаконченные предложения» показывают, что 74% пациентов с псориазом тепло отзываются о семейной обстановке и считают, что в семье царит «гармония, «лад», «добро и порядок». Большинство людей с псориазом (89%) так же, как и респонденты с опорно-двигательными патологиями (76%), сообщают, что их заболевание не оказывает сильного негативного влияния на внутрисемейные отношения ($\chi^2=3,18$, $df=1$, $p=0,075$). Лишь 8% пациентов с псориатической болезнью продолжают фразу «в моей семье...» словами, что все непросто.

Последовательное проведение апостериорных сравнений данных с помощью U-критерия Манна–Уитни с применением поправки Бонферрони выявило значимые различия между исследуемыми группами по таким шкалам методики ШСО, как Экспрессивность, Конфликт, Независимость и Контроль. Респонденты с псориазом более выразительно оценивают возможность открыто действовать и выражать свои чувства внутри семьи, в том числе негативные (гнев, агрессия), по сравнению с группой людей с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата (табл. 1, шкалы Экспрессивность и Конфликт). Что касается различий по шкале Контроля, то для семейного микроклимата людей с псориазом в меньшей степени характерна иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил и процедур, контроль членами семьи друг друга, чем для микроклимата семьи, где присутствует член семьи с патологией опорно-двигательного аппарата. Кроме того, для респондентов с псориазом больше, чем для респондентов, страдающих патологией опорно-двигательного аппарата, характерна самостоятельность в обдумывании проблем и принятии решений в семье (табл. 1, шкала Независимость).

Таблица 1

Средние значения баллов методики ШСО в сравниваемых группах (N=99)

Шкалы	Респонденты с псориазом M±SD	Респонденты с нарушением опорно-двигательного аппарата M±SD	U	p
Экспрессивность	6,28±0,25	5,21±0,53	603	<0,001
Конфликт	6,04±0,21	4,62±0,31	619	<0,001
Независимость	5,78±0,51	4,69±0,21	576	<0,001
Контроль	4,36±0,22	5,55±0,33	659	0,001

Результаты полуструктурированного интервью и методики «Незаконченные предложения», проанализированные с помощью критерия χ^2 Пирсона, указывают на то, что большинство (76%) пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, равно как и страдающие псориазом (89%), в непростые периоды своей жизни могут рассчитывать на поддержку близких ($\chi^2=3,65$, $df=1$, $p=0,057$). При качественном контент-анализе ответов испытуемых было отмечено, что пациенты из группы сравнения отмечают, что зачастую родственники проявляют по отношению к ним чрезмерную заботу (58%) и это вызывает у некоторых из них (45%) чувство неловкости и смущения. Среди людей с псориазом почти не было таких жалоб (3%) в процессе межличностного взаимодействия в отличие от больных с патологией опорно-двигательного аппарата (73%), которые сталкиваются с неизбежными ограничениями физической активности и вынуждены просить помощи у окружающих ($\chi^2=5,97$, $df=1$, $p<0,001$). Пациенты группы сравнения отмечают, что любят бывать одни (61%), что разнится с ответами больных псориазом (29%), которые заканчивают фразу «одиночество...» негативными определениями ($\chi^2=4,53$, $df=1$, $p=0,026$).

При статистическом сравнении данных методики ШСО у подгрупп респондентов с псориазом, сформированных по полу и длительности заболевания, с помощью MANOVA было выявлено влияние половой принадлежности больных лишь на показатели субшкалы Экспрессивность (табл. 2). Сравнение средних показателей в группах мужчин и женщин показало, что вне зависимости от длительности заболевания среднегрупповые показатели мужчин и женщин, несмотря на близость к статистической норме, различаются между собой. Мужчины, страдающие псориазом, оценивают свою способность открыто выразить чувства в контексте семейных взаимоотношений ниже, чем женщины.

Полученные данные согласуются с результатами полуструктурированного интервью. Если женщины с псориазом свободно говорят с родными о своей болезни и в ответ получают принятие и понимание (67%), то мужчины в основном (57%) свое и отношение родственников к заболеванию оценивают как нейтральное. Половые различия заключаются в том, что женщины, страдающие псориазом, чаще (80%), чем мужчины (21%), просят о помощи своих родных ($\chi^2=6,88$, $df=1$, $p=0,009$).

При этом каждый второй мужчина в трудную минуту обращается к друзьям и знакомым (50%). Об этом говорят и результаты исследования семейного микроклимата.

Таблица 2

Средние показатели в группах мужчин и женщин с разной длительностью заболевания псориазом по шкале Экспрессивности (N=66)

Группы	Длительность заболевания	Экспрессивность M±SD	F-статистики
Женщины (n=36)	до 10 лет	6,61±0,24	F=8,33, df=65, p=0,006
	10–20 лет	5,64±0,33	
	более 20 лет	6,94±0,19	
Мужчины (n=30)	до 10 лет	6,45±0,25	
	10–20 лет	5,32±0,31	
	более 20 лет	5,41±0,21	

Исследование влияния тяжести псориазической болезни на субъективную оценку внутрисемейных отношений (шкалы ШСО) проводилось с помощью критерия наибольшего корня Роя (MANOVA). По этому критерию обнаружены статистически достоверные различия между средними показателями шкал Сплоченность и Независимость в подгруппах, сформированных по критериям степени тяжести (табл. 3).

Таблица 3

Средние показатели в группах больных псориаза разного пола и тяжести заболевания по шкале «Сплоченность» и «Независимость» (N=66)

Группы	Тяжесть заболевания	Сплоченность M±SD	Независимость M±SD	F-статистики
Женщины (n=36)	легкая	6,21±0,32	6,06±0,19	F=4,52, df=65, p=0,039
	средняя	5,78±0,31	5,91±0,22	
	тяжелая	7,82±0,22	6,73±0,33	
Мужчины (n=30)	легкая	7,78±0,25	6,22±0,31	
	средняя	5,44±0,23	4,89±0,25	
	тяжелая	7,11±0,2	6,44±0,25	

Больные псориазом со средней тяжестью заболевания имеют более высокие оценки независимости в сфере семейного функционирования и более низкие оценки

сплоченности членов семьи, чем пациенты с легким и тяжелым течением болезни. Мужчины с псориазом, субъективно выше оценивают сплоченность внутри семьи при легкой степени тяжести заболевания, в то время как женщины отмечают выраженное «чувство принадлежности к семье» во время тяжелого протекания заболевания.

Обсуждение результатов

Наше исследование было посвящено особенностям внутрисемейных отношений у людей с псориазом. Проверялась гипотеза о негативном воздействии субъективных переживаний, связанных с псориатической болезнью, на восприятие внутрисемейной обстановки. Было выявлено, что субъективное переживание псориатической болезни не оказывает сильного негативного воздействия на восприятие внутрисемейной обстановки. Среди группы больных псориазом также не было отмечено стеснения в процессе межличностного взаимодействия, что предположительно может обуславливать общую доверительную атмосферу внутри семьи, возможность открыто говорить о своих чувствах и переживаниях, связанных с болезнью. Так, при исследовании субъективной оценки внутрисемейных отношений респондентами псориазом в сравнении с пациентами, страдающими патологией опорно-двигательного аппарата, была отмечена их более выраженная склонность открыто действовать и выражать свои чувства (в т.ч. негативные) внутри семьи. Особенно это касается женщин с псориазом, которые вне зависимости от длительности заболевания высоко оценивают свою способность открыто проявлять эмоции в контексте семейных взаимоотношений и которые не стесняются попросить о помощи своих родных. Данная тенденция рассогласовывается с данными об усилении аутизации и социальной отчужденности женщин по мере продолжительности псориатической болезни [25].

Кроме того, для семейного микроклимата людей с псориазом в меньшей степени характерна иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил и процедур, контроль членами семьи друг друга, чем для микроклимата семьи, в которой у одного из ее членов есть патологии опорно-двигательного аппарата. Полученные данные также могут обуславливать положительную оценку внутрисемейных отношений больных псориазом, поскольку ситуация болезни существенно меняет привычный жизненный уклад, а человеку сравнительно легче адаптироваться к новому режиму внутри семьи, если в ней выстроены гибкие границы [10; 25].

Для людей с псориазом больше, чем для людей с нарушениями работы опорно-двигательного аппарата, характерна самостоятельность в обдумывании проблем и принятии решений в семье, однако респонденты с псориазом негативно отзываются о состоянии одиночества. Степень независимости в сфере семейного функционирования и низкие показатели сплоченности членов семьи особенно характерны для больных псориазом со средней (по их оценкам) тяжестью заболевания. При этом у мужчин самые высокие показатели сплоченности внутри семьи наблюдаются в период легкого течения заболевания, в то время как женщины с псориазом отмечают выраженное чувство принадлежности к семье во время тяжелого протекания заболевания. Мужчины, страдающие псориазом, оценивают

свое отношение и отношение родственников к заболеванию как нейтральное и отмечают, что в трудную минуту скорее обратятся к друзьям и знакомым, нежели к родным. Полученные данные о влиянии фактора пола на субъективную оценку семейного взаимодействия могут быть интерпретированы как свидетельство культурных и гендерных особенностей, связанных с открытостью женщин и замкнутостью мужчин.

Таким образом, было выявлено влияние половой принадлежности и тяжести псориазической болезни на субъективную оценку семейного окружения. Фактор продолжительности болезни не показал статически значимых различий в сравниваемых группах больных псориазом, однако в дальнейшем он может быть изучен на группах большего размера и с менее большим возрастным разбросом.

Выводы

1. Большинство опрошенных людей с псориазом считает, что их заболевание не оказывает сильного негативного влияния на внутрисемейные отношения.

2. Половая принадлежность больных и тяжесть заболевания влияют на субъективную оценку людей с псориазом своего семейного окружения. Женщины чаще, чем мужчины, отмечают свою экспрессивность во внутрисемейных отношениях, а также субъективную готовность обратиться за помощью к родственникам в трудную минуту. Пациенты с псориазом со «средней» тяжестью заболевания чаще, чем пациенты с «легкой» и «тяжелой» степенью псориазической болезни, отмечают независимость в сфере семейного функционирования и низкую сплоченность членов семьи.

3. Субъективная оценка внутрисемейных отношений у людей с псориазом имеет своеобразие по сравнению с пациентами с патологией опорно-двигательного аппарата. Респонденты с псориазом чаще, чем респонденты с патологиями опорно-двигательного аппарата, отмечают возможность открыто действовать и выражать свои чувства, в том числе негативные. Люди с псориазом чаще, чем люди с нарушением работы опорно-двигательного аппарата, отмечают независимость и самостоятельность членов семьи в обдумывании проблем и принятии решений. Респонденты с псориазом в меньшей степени оценивают организацию семьи как иерархичную, реже отмечают ригидность семейных правил и процедур и контроль членами семьи друг друга, чем респонденты с патологией опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, заболевание псориазом в целом не оказывает выраженного негативного воздействия на субъективную оценку внутрисемейной обстановки больных. Длительность псориазической болезни не влияет на субъективную оценку пациентами своего семейного окружения. Вместе с тем отмечено влияние половой принадлежности и тяжести заболевания на субъективную оценку семейного микроклимата у людей с псориазом. Существует своеобразие семейной организации у респондентов с псориазом в сравнении с респондентами, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата. Расширение выборки в дальнейших исследованиях позволит выявить группы риска развития изменений внутрисемейных отношений

в связи с болезнью и более детально изучить взаимосвязи между субъективными переживаниями, связанными с псориазической болезнью, и характеристиками семейного микроклимата.

К ограничениям исследования следует отнести большой возрастной разброс в исследованных группах и нестратифицированный отбор в выборку пациентов с опорно-двигательной патологией по длительности заболевания. Однако проведенное исследование позволяет расширить представления об особенностях субъективной оценки внутрисемейных отношений больных псориазом.

Литература

1. *Агарков С.Т.* Супружеская дезадаптация. М.: Едиториал УРСС, 2004. 256 с.
2. *Бабюк И.А.* Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья. Донецк: Донеччина, 2002. 215 с.
3. *Барский Ф.И., Воронин И.А., Гиндина Е.Д. и др.* Восприятие семейной обстановки близнецами подросткового возраста: генетические и средовые факторы // Теоретическая и экспериментальная психология. 2014. № 4. С. 26–39.
4. *Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Матусевич С.Л. и др.* Пустулезный псориаз: качество жизни пациентов и методы терапии // Практическая Медицина. 2014. № 8 (84). С. 27–31.
5. *Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б. и др.* Основные задачи Международной Декады (the bone and joint decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России // Научно-практическая ревматология. 2001. № 2. С. 4–8. DOI: 10.14412/1995-4484-2001-391
6. *Давыдова Т.Н., Шакирова Е.П.* Оптимизация социально-медицинской реабилитации после эндопротезирования крупных суставов // Материалы I международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы социально-экономического развития современного общества» (г. Киров, 20 апреля 2020 г.) / Под ред. М.П. Разина, Л.Н. Шмаковой, Н.С. Семено и др. Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2020. С. 96–99.
7. *Карякина Л.А., Смирнова О.Н., Пирятинская В.А.* Псориаз: учебное пособие. СПб.: изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. 52 с.
8. *Касьянова В.Е., Шамаева В.С., Малышева Л.А. и др.* Псориаз: личностные особенности больных // Психосоматические и интегративные исследования. 2018. Том 4. № 3. С. 31–33.
9. *Кислица Г.К.* Особенности психологического пространства у людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2012. № 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57398.shtml (дата обращения: 27.02.2021).

10. *Корабельник П.Ю., Карпова Э.Б.* Особенности восприятия межличностного взаимодействия больными псориазом // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. 2020. Том 8. № 8. С. 52–59.

11. *Кубанов А.А., Карамова А.Э., Знаменская Л.Ф. и др.* Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. Том 92. № 4. С. 33–38. DOI: 10.25208/0042-4609-2016-92-4-33-38

12. *Луценко А.Г.* Типовое состояние семейных отношений при псориазе у мужчин // Медична психологія. 2014. Том 9. № 3. С. 102–104.

13. *Мирзоян О.И.* Функции проблемных методов обучения в социализации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Инновационная наука. 2016. № 1–2 (13). С. 188–191.

14. *Николаева Н.Н., Якубович А.И.* Особенности акцентуаций личности пациентов, страдающих псориазом // Материалы междисциплинарной региональной научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов «Актуальные вопросы дерматовенерологии, косметологии и репродуктивного здоровья» (г. Красноярск, 27 ноября 2020 г.). / Под ред. А.В. Самцова, Е.В. Соколовского. Красноярск: КАСС, 2020. С. 200–205.

15. *Николаевская А.О., Алехина Е.А.* Личностные особенности и качество жизни больных, страдающих псориазом, с различной длительностью заболевания // Сибирский психологический журнал. 2018. № 69. С. 100–112. DOI: 10.17223/17267080/69/6

16. *Пазина М.В.* Эпидемиологические и медико-социальные аспекты заболеваемости хроническими дерматозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2010. 165 с.

17. *Пахомов А.П.* Методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви как учебное пособие // Экспериментальная психология. 2012. Том 5. № 4. С. 99–116. URL: <https://psyjournals.ru/exp/2012/n4/57358.shtml> (дата обращения: 27.02.2021).

18. *Романова Е.В., Толкачева О.Н.* Сравнительное исследование копинг-стратегий, особенностей межличностных отношений и смысложизненных ориентаций у лиц с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Вестник СПбГУ. Социология. 2015. № 4. С. 87–98.

19. *Румянцев Г.Г.* Опыт применения метода «незаконченных предложений» в психиатрической практике // Исследования личности в клинике и в экстремальных условиях / Под. ред. В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвассарского. Л.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1969. С. 266–275.

20. *Страдина М.С.* Опорно-двигательный аппарат // Возрастные особенности человека: учебное пособие / Под. ред. М. С. Страдиной. СПб.: изд-во НГУ им. П.Ф. Лесгафта, 2014. С. 125–128.

21. Терентьев С.Ю., Ермошина Н.П., Яковлева Н.В. Психологические особенности больных экземой и псориазом // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2009. № 3. С. 1–5.
22. Усубалиев М.Б., Кожанов А.С. Социально-гигиеническая характеристика больных вульгарным псориазом // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. С. 121–122.
23. Шкала семейного окружения [Электронный ресурс] // Электронная библиотека психодиагностики. URL: https://psylab.info/Шкала_семейного_окружения (дата обращения: 27.02.2022).
24. Юцковский А.Д., Дубняк Н.С., Федорова Е.Б. и др. К проблеме психогенных дерматозов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 4. С. 29–32.
25. Яговдик Н.З., Сятковский В.А., Азарова Л.А. и др. Социально-психологические особенности личности больных псориазом // Белорусский медицинский журнал. 2013. № 1. С. 110–111.
26. Dueñas M., Ojeda B., Salazar A. et al. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system // Journal of Pain Research. 2016. № 9. P. 457–467. DOI: 10.2147/JPR.S105892
27. Eghlileb, A.M., Davies, E.E.G., Finlay A.Y. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners // British Journal of Dermatology. 2007. Vol. 156. № 6. P. 1245–1250. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x
28. Prang K., Berecki-Gisolf J., Newnam S. Recovery from musculoskeletal injury: the role of social support following a transport accident // Health and Quality of Life Outcomes. 2015. Vol. 13. № 97. P. 1–17. DOI: 10.1186/s12955-015-0291-8
29. Salman A., Yucelten A.D., Sarac E. et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study // Anais Brasileiros de Dermatologia. 2018. Vol. 93. № 6. P. 819–823. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20186981

References

1. Agarkov S.T. Supruzheskaya dezadaptaciya [Marital maladjustment]. Moscow: Editorial URSS, 2004. 256 p.
2. Babyuk I.A. Psikhicheskie i somaticheskie rasstroistva v narushenii seksual'nogo zdorov'ya [Mental and somatic disorders in violation of sexual health]. Donetsk: Donechchina, 2002. 215 p.
3. Barskii F.I., Voronin I.A., Gindina E.D. et al. Vospriyatie semeinoi obstanovki bliznetsami podrostkovogo vozrasta: geneticheskie i sredovye factory [Perception of the family environment by adolescent twins: genetic and environmental factors]. *Teoreticheskaya i ehksperimental'naya psikhologiya=Theoretical and Experimental Psychology*, 2014, no. 4, pp. 26–39.

4. Bakhlykova E.A., Filimonkova N.N., Matusевич S.L. et al. Pustuleznyi psoriaz: kachestvo zhizni patsientov i metody terapii [Pustular psoriasis: quality of life of patients and methods of therapy]. *Prakticheskaya Meditsina=Practical Medicine*, 2014, no. 8 (84), pp. 27–31.

5. Vyalkov A.I., Gusev E.I., Zborovskii A.B. et al. Osnovnye zadachi Mezhdunarodnoi Dekady (the bone and joint decade 2000-2010) v sovershenstvovanii bor'by s naibolee rasprostranennymi zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata v Rossii [The main tasks of the International Decade (the bone and joint decade 2000-2010) in improving the fight against the most common diseases of the musculoskeletal system in Russia]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya=Scientific and Practical Rheumatology*, 2001, no. 2, pp. 4–8. DOI: 10.14412/1995-4484-2001-391

6. Davydova T.N., Shakirova E.P. Optimizatsiya sotsial'no-meditsinskoi reabilitatsii posle ehndoprotezirovaniya krupnykh sustavov [Optimization of social and medical rehabilitation after arthroplasty of large joints]. In M.P. Razin, L.N. Shmakovf, N.S. Semeno et al (eds.), *Materialy I mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Aktual'nye problemy sotsial'no-ehkonomicheskogo razvitiya sovremennogo obshchestva"=Proceedings of the First International Scientific and Practical Conference "Current problems of socio-economic development of modern society"*. Kirov: publ. of Kirov State Medical University, 2020, pp. 96–99.

7. Karyakina L.A., Smirnova O.N., Piryatinskaya V.A. Psoriaz: uchebnoe posobie [Psoriasis: a study guide]. Saint-Petersburg: publ. of NWSMU n.a. I.I. Mechnikov, 2017. 52 p.

8. Kas'yanova V.E., Shamaeva V.S., Malysheva L.A. et al. Psoriaz: lichnostnye osobennosti bol'nykh [Psoriasis: personal characteristics of patients]. *Psikhosomaticheskie i integrativnye issledovaniya=Psychosomatic and Integrative Research*, 2018, vol. 4, no. 3, pp. 31–33.

9. Kislitsa G.K. Osobennosti psikhologicheskogo prostranstva u lyudei s zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Features of the psychological space in people with diseases of the musculoskeletal system]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2012, no. 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57398.shtml (Accessed: 27.02.2021).

10. Korabel'nik P.Yu., Karpova E.B. Osobennosti vospriyatiya mezhlichnostnogo vzaimodeistviya bol'nymi psoriazom [Features of perception of interpersonal interaction by patients with psoriasis]. *Nauchnye issledovaniya vypusknikov fakul'teta psikhologii SPBGU=Scientific research of graduates of the Faculty of Psychology of St. Petersburg University*, 2020, vol. 8, no. 8, pp. 52–59.

11. Kubanov A.A., Karamova A.E., Znamenskaya L.F. et al. Indeks PASI (Psoriasis Area and Severity Index) v otsenke klinicheskikh proyavlenii psoriaza [PASI (Psoriasis Area and Severity Index) in assessing the clinical manifestations of psoriasis]. *Vestnik dermatologii i venerologii=Dermatology and Venereology Bulletin*, 2016, vol. 92, no. 4, pp. 33–38. DOI: 10.25208/0042-4609-2016-92-4-33-38

12. Lutsenko A.G. Tipovoe sostoyanie semeinykh otnoshenii pri psoriaze u muzhchin [Typical state of family relationships in men with psoriasis]. *Medichna psikhologiya=Medical Psychology*, 2014, vol. 9, no. 3, pp. 102–104.

13. Mirzoyan O.I. Funktsii problemnykh metodov obucheniya v sotsializatsii lits s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Functions of problem teaching methods in the socialization of persons with musculoskeletal disorders]. *Innovatsionnaya nauka=Innovative Science*, 2016, no. 1–2 (13), pp. 188–191.

14. Nikolaeva N.N., Yakubovich A.I. Osobennosti aktsentuatsii lichnosti patsientov, stradayushchikh psoriazom [Features of personality accentuations in patients with psoriasis]. In A.V. Samtsov, E.V. Sokolovskiy (eds.), *Materialy mezhdistsiplinarnoi regional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii dermatovenerologov i kosmetologov "Aktual'nye voprosy dermatovenerologii, kosmetologii i reproduktivnogo zdorov'ya"*= *Proceedings of the interdisciplinary regional scientific-practical conference of dermatovenerologists and cosmetologists "Topical issues of dermatovenerology, cosmetology and reproductive health"*. Krasnoyarsk: KASS, 2020, pp. 200–205.

15. Nikolaevskaya A.O., Alekhina E.A. Lichnostnye osobennosti i kachestvo zhizni bol'nykh, stradayushchikh psoriazom, s razlichnoi dlitel'nost'yu zabolevaniya [Personal characteristics and quality of life of patients with psoriasis with varying duration of the disease]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Psychological Journal*, 2018, no. 69, pp. 100–112. DOI: 10.17223/17267080/69/6

16. Pazina M.V. Ehpideologicheskie i mediko-sotsial'nye aspekty zabolevaemosti khronicheskimi dermatozami: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. [Epidemiological and medico-social aspects of the incidence of chronic dermatoses. PhD. (Medicine) Thesis]. Ekaterinburg, 2010. 165 p.

17. Pakhomov A.P. Metodika "Nezakonchennyye predlozheniya" Saksa-Levi kak uchebnoe posobie [Sachs-Levy's "Unfinished Sentences" methodology as a teaching aid]. *Ekspierimental'naya psikhologiya=Experimental Psychology*, 2012, vol. 5, no. 4, pp. 99–116. URL: <https://psyjournals.ru/exp/2012/n4/57358.shtml> (Accessed: 27.02.2021).

18. Romanova E.V., Tolkacheva O.N. Sravnitel'noe issledovanie koping-strategii, osobennostei mezhlchnostnykh otnoshenii i smyslozhiznennykh orientatsii u lits s vrozhdannymi i priobretennymi zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Comparative study of coping strategies, peculiarities of interpersonal relations and life-meaning orientations in persons with congenital and acquired diseases of the musculoskeletal system]. *Vestnik SPBGU. Sotsiologiya=St. Petersburg State University bulletin. Sociology*, 2015, no. 4, pp. 87–98.

19. Rummyantsev G.G. Opyt primeneniya metoda «nezakonchennykh predlozhenii» v psikhiatricheskoi praktike [Experience of using the method of "unfinished sentences" in psychiatric practice]. In V.N. Myasishchev, B.D. Karvassarskiy (eds.), *Issledovaniya lichnosti v klinike i v ehkstremaal'nykh usloviyakh=Personality Research in the Clinic and in Extreme Conditions*. Leningrad: publ. of NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 1969, pp. 266–275.

20. Stradina M.S. Oporno-dvigatel'nyi apparat [Musculoskeletal system]. In M.S. Stradina (ed.), *Vozrastnye osobennosti cheloveka: uchebnoe posobie=Age features of a person: a tutorial*. Saint-Petersburg: publ. of Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, 2014, pp. 125–128.

21. Terent'ev S.Yu., Ermoshina N.P., Yakovleva N.V. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh ehkzemoi i psoriazom [Psychological features of patients with eczema and

psoriasis]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im. akademika I.P. Pavlova*=*Russian Medical and Biological Bulletin n.a. I.P. Pavlov*, 2009, no. 3, pp. 1–5.

22. Usubaliev M.B., Kozhanov A.S. Sotsial'no-gigienicheskaya kharakteristika bol'nykh vul'garnym psoriazom [Socio-hygienic characteristics of patients with psoriasis vulgaris]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*=*Modern Problems of Science and Education*, 2016, no. 6, pp. 121–122.

23. Shkala semeinogo okruzheniya. Elektronnaya biblioteka psikhodiagnostiki [Family Environmental Scale. Digital Library psychodiagnostics]. URL: https://psylab.info/Shkala_semeinogo_okruzheniya (Accessed: 27.02.2022).

24. Yutskovskii A.D., Dubnyak N.S., Fedorova E.B. et al. K probleme psikhogennykh dermatozov [To the problem of psychogenic dermatoses]. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*=*Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2006, no. 4, pp. 29–32.

25. Yagovdik N.Z., Syatkovskii V.A., Azarova L.A. et al. Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti lichnosti bol'nykh psoriazom [Socio-psychological characteristics of the personality of patients with psoriasis]. *Belorusskii meditsinskii zhurnal*=*Belarusian medical journal*, 2013, no. 1, pp. 110–111.

26. Dueñas M., Ojeda B., Salazar A. et al. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 2016, no. 9, pp. 457–467. DOI: 10.2147/JPR.S105892

27. Eghlileb, A.M., Davies, E.E.G., Finlay A.Y. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal of Dermatology*, 2007, vol. 156, no. 6, pp. 1245–1250. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x

28. Prang K., Berecki-Gisolf J., Newnam S. Recovery from musculoskeletal injury: the role of social support following a transport accident. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015, vol. 13, no. 97, pp. 1–17. DOI: 10.1186/s12955-015-0291-8

29. Salman A., Yucelten A.D., Sarac E. et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2018, vol. 93, no. 6, pp. 819–823. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20186981

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Полуструктурированное интервью «Анамнез заболевания и социальная ситуация больного»

1. Дата обследования:
2. ФИО:
3. Дата рождения:
4. Установленный диагноз:
5. Форма лечения: стационар / дневное пребывание / стационар, но ночью дома
6. Дата поступления:
7. Семейное положение:

Есть супруг/супруга

Не женат/не замужем

Официальный брак/Гражданский брак

Какой брак по счету

Разведен(а) / вдова(вдовец) / не состоял(а) в браке

Дети:

есть

нет

8. Сопутствующие заболевания:
9. Общее число госпитализаций:
10. Время начала заболевания (месяц, год):
11. Опишите первый эпизод проявления заболевания, в чем вы видите предполагаемые причины.
12. Опишите первые контакты с врачом, постановку диагноза начало лечения.
13. Опишите основные трудности, с которыми приходится сталкиваться из-за имеющегося заболевания.
14. Как получается решать эти трудности или приспособливаться к ним?
15. Расскажите про реакцию окружающих на проявления вашего заболевания (агрессивная / нейтральная / заинтересованность / поддержка / страх / беспокойство / брезгливость)
16. Расскажите про вашу ответную реакцию на реакцию окружающих: (агрессивная / нейтральная / дружелюбная)

17. Возникает ли беспокойство по поводу внешности, собственной привлекательности в связи с заболеванием?
18. В каких ситуациях возникает это беспокойство?
19. Что успокаивает и поддерживает в случае возникновения этого беспокойства?
20. Место работы:
21. Должность:
22. Влияют ли условия работы на протекание заболевания (*да / нет*)? Каким образом?
23. Влияет ли ваше заболевание на развитие карьеры и уровень доходов (*да / нет*)? Каким образом?
24. От каких занятий и увлечений приходится отказываться в связи с заболеванием?
25. Кого Вы относите к своей семье (*мать / отец, муж / жена, дети, сестры / братья, дедушки / бабушки, другие*)?
26. Как влияет заболевание на отношение к вам со стороны родственников и близких людей?
27. Как влияет заболевание на ваше отношение к родственникам?
28. Какие рекомендации врача приходится нарушать время от времени (*диета / полноценный сон / минимизация стрессовых ситуаций / прием лекарств / отдых / сокращение рабочего времени / отказ от загара / отказ от косметики / другое*)?
29. Каковы ваши прогнозы на дальнейшее состояние вашего здоровья?
30. Что бы могло вам помочь почувствовать себя здоровым человеком?

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Методика «Незаконченные предложения»

Инструкция. Перед вами список незаконченных предложений. Вам предлагается завершить каждое предложение одним или несколькими словами, вложив в него содержание характерное для вас. Выполняйте работу по возможности быстро. Завершайте начало предложения, не раздумывая, первым, что приходит в голову.

1. Моя жизнь — это...
2. Будущее кажется мне...
3. В моей семье...
4. К своему здоровью я отношусь...
5. В трудную минуту я всегда могу рассчитывать на...
6. Мне кажется, что причина моей болезни...
7. Работа для меня...
8. Близкие люди...
9. Самое неприятное в болезни...
10. Я лечусь, потому что...
11. Я надеюсь...
12. Я думаю, что врачи...
13. Моя карьера...
14. Одиночество...
15. Зачастую финансовые вопросы...
16. Больше всего люблю тех людей, которые...
17. Самое главное для меня...
18. Мне нравится, что я...

Корабельник П.Ю., Карпова Э.Б. Особенности субъективной оценки внутрисемейных отношений у больных псориазом
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 1–22.

Korabelnik P.Yu., Karpova E.B. Features of the Subjective Assessment of Intrafamilial Relationships in Patients with Psoriasis
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 1–22.

Информация об авторах

Корабельник Полина Юрьевна, аспирант, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru

Карпова Эльвира Борисовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru

Information about the authors

Polina Yu. Korabelnik, PhD Student, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Faculty of Psychology, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru

Elvira B. Karpova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Faculty of Psychology, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru

Получена: 18.03.2021

Received: 18.03.2021

Принята в печать: 15.02.2022

Accepted: 15.02.2022