

УДК: 159.944.4

СТЫД ИЗ-ЗА КОЖНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО СВЯЗИ С СОМАТИЧЕСКИМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ДИСТРЕССОМ

А.А. Золотарева

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», Москва

Специалисты в области здравоохранения называют стыд «слоном в комнате» (от англ. идиомы *elephant in the room*, обозначающей нечто явно заметное для окружающих) [1], потому что проблема стыда, включающего широкий спектр эмоциональных переживаний в диапазоне от легкого приступа смущения до жгучей боли унижения, все более очевидна в медицинских наблюдениях и исследованиях [2].

Физическое заболевание может стать источником стыда больного, если он склонен воспринимать свои симптомы и ограничения как личностные дефекты и недостатки. Современные исследователи показывают, что стыд больного может быть таким сильным, что человек будет скрывать от лечащего врача важную информацию, связанную с его здоровьем, подвергаться вследствие этого неадекватным и неэффективным медицинским вмешательствам, тратить силы и ресурсы, необходимые для выздоровления, на сокрытие своих проблем со здоровьем от семьи, друзей и окружающих в попытках предотвращения стигматизации, социальной отчужденности и изолированности [3]. Острый стыд, сопровождающий развитие нового заболевания, со временем превращается в хронический стыд, вызывающий социальную боль и формирующий негативную идентичность у людей с хроническими заболеваниями [4].

Среди физических заболеваний, наиболее связанных с чувством стыда, считаются кожные заболевания. Так, стыд испытывают 30% пациентов с акне и 52% пациентов с псориазом, при этом при любом кожном заболевании 15% людей чувствуют себя отвергнутыми, 19% считают, что другие смотрят на них с отвращением, и 88% отмечают, что кожные заболевания вызывают дискомфорт в личных взаимоотношениях [5, 6]. Специфический стыд связан с тем, что пациенты с кожными заболеваниями испыты-

вают чувство социальной подавленности, страдают от негативной эмоциональности и воспринимают себя физически непривлекательными [7], а окружающие ошибочно принимают проблемы с кожей за симптомы инфекционных заболеваний, избегают общения и физических контактов из-за ложных рисков заражения, считают людей с кожными заболеваниями застенчивыми, малоуспешными и не имеющими особых перспектив в будущем [8–10].

По данным последних исследований, в 10–17% случаев люди с кожными заболеваниями страдают от тревоги, депрессии и мыслей о самоубийстве [11]. В связи с дефицитом знаний о связях стыда из-за кожного заболевания с психопатологией и очевидной значимостью изучения данных закономерностей *цель* настоящего исследования – определение характера связей стыда из-за кожного заболевания с симптомами соматического и психологического неблагополучия.

Материал и методы

Сбор данных проведен в марте 2024 г. Ссылка на электронную анкету была распространена в онлайн-группах пациентов с кожными заболеваниями и на медицинских форумах с консультациями дерматовенерологов. *Критерии включения в выборку* были описаны в приглашении к участию в исследовании: 1) совершеннолетие; 2) наличие кожного заболевания, подтвержденного на очном приеме дерматовенеролога.

Итоговую выборку исследования составили 190 лиц с кожными заболеваниями, полностью прошедшие онлайн-тестирование. Среди опрошенных были преимущественно женщины ($n=125$; 65,8%) в возрасте от 30 до 68 лет ($M=42,17$; $SD=8,74$). Большинство опрошенных отметили, что состоят в браке ($n=165$; 86,8%), являются родителями ($n=159$;

83,7%) и имеют высшее образование ($n=145$; 76,3%). Длительность кожного заболевания варьировала от 1 мес до 52 лет (в месяцах: $M=154,54$; $SD=137,03$). Самыми частыми кожными заболеваниями были следующие (с учетом того, что респонденты могли указывать более одного диагностированного кожного заболевания): дерматит ($n=93$; 48,9%) псориаз ($n=40$; 21,1%), экзема ($n=39$; 20,5%), крапивница ($n=35$; 18,4%), нейродермит ($n=21$; 11,1%).

Для проведения исследования использованы:

1. Шкала соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8 – SSS-8) оценивает степень соматизации на основе перечня соматических симптомов (например, головной боли, боли в груди или одышки, чувства усталости или недостатка энергии) [12]. Каждый симптом оценивается по 5-балльной шкале Ликерта от 0 (совсем нет) до 4 (очень часто). Соматизация считается клинически значимой при общем показателе SSS-8 ≥ 12 . В настоящем исследовании была использована русскоязычная версия шкалы, ранее адаптированная в общей русскоязычной популяции [13].
2. Шкала критерия В соматического симптоматического расстройства (Somatic Symptom Disorder – В Criteria Scale – SSD-12) измеряет степень чрезмерности мыслей, чувств и поведенческих реакций, связанных с соматическими симптомами и проблемами с физическим здоровьем [14]. Соматизация считается клинически значимой при SSD-12 ≥ 22 [15]. В настоящем исследовании была использована русскоязычная версия шкалы, имеющая адекватные значения внутренней надежности ($\alpha=0,915$) и факторной валидности – $SB \chi^2 (50)=136$, $p<0,001$; CFI=0,930; TLI=0,908; SRMR=0,052; RMSEA=0,095 (0,077–0,115).
3. Опросник генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7 – GAD-7) оценивает тяжесть тревожных симптомов (например, чрезмерное беспокойство по разным поводам, чувство страха, как будто может случиться что-то ужасное) [16]. Каждый симптом оценивается по 4-балльной шкале Ликерта от 0 (совсем нет) до 3 (почти каждый день). Тревога считается клинически значимой при общем показателе GAD-7 ≥ 10 . В настоящем исследовании была использована русскоязычная версия шкалы, ранее адаптированная в общей русскоязычной популяции [17].
4. Опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9) измеряет тяжесть депрессивных симптомов (например, чувство

подавленности или безнадежности, снижение интереса и удовольствия от привычных дел) [18]. Каждый симптом оценивается по 4-балльной шкале Ликерта от 0 (совсем нет) до 3 (почти каждый день). Депрессия считается клинически значимой при общем показателе PHQ-9 ≥ 10 . В настоящем исследовании была использована русскоязычная версия шкалы, ранее адаптированная в общей русскоязычной популяции [19].

5. Шкала стыда из-за хронического заболевания (Chronic Illness-Related Shame Scale – CISS) оценивает мысли и чувства больного, связанные со стыдом из-за наличия симптомов хронического соматического заболевания [20]. Мысли и чувства, характеризующие стыд, оцениваются по 5-балльной шкале Ликерта от 0 (совсем неверно) до 4 (абсолютно верно). Шкала была разработана для людей с воспалительными заболеваниями кишечника и впоследствии модифицирована для страдающих хронической болью [21] и остеоартритом коленного сустава [22]. В настоящем исследовании была использована русскоязычная версия шкалы, содержащая вопросы о кожных заболеваниях и имеющая адекватные значения внутренней надежности ($\alpha=0,916$) и факторной валидности – $SB \chi^2 (13)=19,2$, $p=0,117$; CFI=0,993; TLI=0,989; SRMR=0,020; RMSEA=0,050 (0,000–0,095).

Кроме того, участники исследования ответили на вопросы о поле, возрасте, образовании, семейном положении, клиническом диагнозе и длительности кожного заболевания.

Для основного анализа данных были использованы методы описательной статистики и линейного регрессионного анализа. Для психометрического обоснования диагностических инструментов применялись коэффициенты α -Кронбаха и методы конфирматорного факторного анализа с учетом индексов приемлемости (сравнительный индекс согласия = comparative fit index, CFI $\geq 0,90$; индекс Тьюкера-Льюиса = Tucker Lewis index, TLI $\geq 0,90$; стандартизированный среднеквадратичный остаток = standardized root mean squared residual; SRMS $< 0,08$, среднеквадратичная ошибка аппроксимации = root mean square error of approximation, RMSEA $< 0,095$) [23]. Анализ данных был проведен в статистических пакетах Jamovi 1.6.15 и IBMSPSS 27.0.

Исследование проведено с разрешения Комиссии по внутриуниверситетским опросам и этической оценке эмпирических исследовательских проектов НИУ ВШЭ (протокол заседания от 26.02.2024), а также с соблюдением этического кодекса Российского психологического общества и принципов

Хельсинской декларации, разработанной Всемирной медицинской ассоциацией и определяющей этические принципы в отношении исследовательской этики и экспериментов с участием людей [24]. Все респонденты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты

Статистика соматических, тревожных и депрессивных симптомов показала, что лица с кожными заболеваниями в 65,8% случаев имели соматические симптомы, которые причиняли им беспокойство или приводили к значительному нарушению повседневной жизни, в 54,2% случаев они сообщали о чрезмерно интенсивных мыслях, чувствах или поведенческих реакциях, связанных с соматическими симптомами и проблемами с физическим здоровьем, в 39,5% отмечали тревожные симптомы и в 43,7% сообщали о депрессивных симптомах. На рисунке представлена статистика соматических симптомов, которые опрошенные оценивали как появляющиеся с любой интенсивностью и периодичностью в течение прошедшей недели.

Стыд из-за кожного заболевания был связан с более частыми и интенсивными соматическими, тревожными и депрессивными симптомами. Данные взаимосвязи оставались статистически значимыми при учете длительности кожного заболевания и социально-демографических характеристик опрошенных. Кроме того, частота и интенсивность соматических симптомов повышалась с длительностью кожного заболевания, а чрезмерно интенсивные мысли, чувства или поведенческие реакции, связанные с соматическими симптомами и проблемами с физическим здоровьем, чаще наблюдались

у женщин с кожными заболеваниями. В таблице показаны результаты серии регрессионных анализов, определяющих взаимосвязи стыда из-за кожного заболевания с симптомами соматического и психологического дистресса.

Обсуждение

Лица с кожными заболеваниями сообщали о значительных проявлениях тревоги, депрессии и соматизации. Ранее псориаз и атопическая экзема были признаны факторами риска развития тревоги и депрессии [25]. Соматизация при кожных заболеваниях раньше не была исследована, хотя современные специалисты отмечают, что при кожных заболеваниях полезно исключать диагноз соматического симптоматического расстройства, особенно когда больной беспокоится из-за проблем с кожей, тратит много времени и энергии на избавление от кожных дефектов, сообщает о соматических симптомах, не связанных с кожными заболеваниями [26].

Стыд из-за кожного заболевания был взаимосвязан с более частыми и интенсивными соматическими, тревожными и депрессивными симптомами. Данная закономерность позволяет сделать предположение, что стыд может играть важную роль в развитии психопатологии у больных с кожными заболеваниями. Прежде исследователи обсуждали гнев и чувство отвращения как возможные пусковые механизмы развития психопатологии при кожных заболеваниях [27]. Между тем стыд кажется более вероятным фактором развития психопатологии при кожных заболеваниях, потому что он вызывает у больного чувство инаковости и социальной отстраненности, обеспокоенность вопросами внешнего вида и физической привлекательности, ошибочные



Рис. 1. Частота встречаемости соматических, тревожных и депрессивных симптомов у лиц с кожными заболеваниями

впечатления неприятия окружающими и представления о собственной неполноценности [28].

Соматический, но не психологический дистресс оказался взаимосвязан с длительностью кожного заболевания. Хронический стыд, развивающийся при хронификации заболевания, является таким болезненным и психологически разрушительным, что в попытках избавиться от него больные становятся склонны к таким защитным формам поведения, как алкогольная зависимость, расстройства пищевого поведения и антиобщественное поведение [29–31]. Соматизация тоже является защитным механизмом при психологическом дистрессе, отвлекающим больного от признания психологиче-

ской природы проблем со здоровьем и наделяющим его ролью больного со свойственным ей освобождением от ответственности за физическое благополучие [32].

Чрезмерно интенсивные мысли, чувства или поведенческие реакции, связанные с соматическими симптомами и проблемами с физическим здоровьем, чаще наблюдались у женщин с кожными заболеваниями. Данная закономерность может быть объяснена тем, что женщины более склонны к соматизации, сильнее обеспокоены физической привлекательностью и острее воспринимают любые негативные изменения во внешности [33–35]. Дерматовенерологи также напоминают

Связь стыда из-за кожного заболевания с соматическим и психологическим дистрессом

Независимые переменные	β	p	R^2
<i>Зависимая переменная: соматические симптомы (критерий А)</i>			0,031
Стыд из-за кожного заболевания	0,176	0,015	
<i>Зависимая переменная: соматические симптомы (критерий А)</i>			0,099
Стыд из-за кожного заболевания	0,150	0,042	
Пол	0,123	0,099	
Возраст	0,085	0,280	
Семейное положение	-0,108	0,141	
Родительский статус	0,025	0,735	
Уровень образования	-0,049	0,505	
Длительность кожного заболевания	-0,190	0,010	
<i>Зависимая переменная: соматические симптомы (критерий В)</i>			0,156
Стыд из-за кожного заболевания	0,395	<0,001	
<i>Зависимая переменная: соматические симптомы (критерий В)</i>			0,188
Стыд из-за кожного заболевания	0,369	<0,001	
Пол	0,139	0,049	
Возраст	0,057	0,445	
Семейное положение	-0,029	0,672	
Родительский статус	0,089	0,204	
Уровень образования	0,008	0,907	
Длительность кожного заболевания	-0,063	0,364	
<i>Зависимая переменная: тревожные симптомы</i>			0,177
Стыд из-за кожного заболевания	0,420	<0,001	
<i>Зависимая переменная: тревожные симптомы</i>			0,210
Стыд из-за кожного заболевания	0,379	<0,001	
Пол	-0,038	0,581	
Возраст	-0,141	0,057	
Семейное положение	-0,008	0,904	
Родительский статус	0,101	0,144	
Уровень образования	-0,018	0,793	
Длительность кожного заболевания	-0,076	0,264	
<i>Зависимая переменная: депрессивные симптомы</i>			0,089
Стыд из-за кожного заболевания	0,299	<0,001	
<i>Зависимая переменная: депрессивные симптомы</i>			0,115
Стыд из-за кожного заболевания	0,262	<0,001	
Пол	0,019	0,793	
Возраст	-0,090	0,246	
Семейное положение	-0,052	0,473	
Родительский статус	0,032	0,664	
Уровень образования	-0,043	0,553	
Длительность кожного заболевания	-0,111	0,124	

о половых различиях в кожных заболеваниях, которые заключаются в том, что мужчины, как правило, страдают от кожных заболеваний инфекционного характера, а женщины более подвержены так называемым «психосоматическим» кожным заболеваниям (в частности, акне, псориазу и атопическому дерматиту) [36].

Ключевым ограничением настоящего исследования является его опора на результаты онлайн-тестирования. Современные специалисты по-разному относятся к онлайн-исследованиям: одни обеспокоены социальной желательностью и проблемой самоотбора респондентов [37], другие, напротив, убеждены в том, что онлайн-тестирование является надежным методом психологических измерений [38]. Еще одним ограничением выступает отсутствие объективных данных о психопатологии у пациентов с кожными заболеваниями. Между тем точность диагностики психопатологии с доказанной эффективностью повышается при комплексном

подходе и сочетании данных самоотчетов с клиническими оценками и наблюдениями [39].

Заключение

Настоящее исследование восполняет дефицит знаний о связях стыда из-за кожного заболевания с психопатологией, что делает его результаты полезными для развития психодерматологии – молодого направления современной медицины, работающего на стыке психиатрии и дерматологии и занимающегося вопросами не только биологических, но и психосоциальных аспектов кожных заболеваний. Работа со стыдом может быть включена в программу профилактических и психотерапевтических интервенций, которые считаются обязательными в практике психодерматологии [40]. Кроме того, настоящее исследование открывает перспективы дальнейшего теоретического и эмпирического осмысления природы, причин и последствий стыда при хронических психических и физических заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Davidoff F. Shame: The elephant in the room // *BMJ*. 2002. Vol. 324. P. 623–624. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7338.623>
2. Nathanson D.L. Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self. New York: W.W. Norton and Company, 1992. 496 p.
3. Rose S., Paul C., Boyes A. et al. Stigma-related experiences in non-communicable respiratory diseases: A systematic review // *Chron. Respir. Dis.* 2017. Vol. 14, No 3. P. 199–216. DOI: <https://doi.org/10.1177/1479972316680847>
4. Bartky S.L. Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression. London: Routledge, 1990. 156 p.
5. Gisondi P., Puig L., Richard M.A. et al. Quality of life and stigmatization in people with skin diseases in Europe: A large survey from the ‘burden of skin disease’ EADV project // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2023. Vol. 37, No 7. P. 6–14. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.18917>
6. Rzepa T., Jakubowicz O., Witmanowski H. et al. Disease-induced level of shame in patients with acne, psoriasis and syphilis // *Postępy Dermatologii i Alergologii.* 2013. Vol. 30, No 4. P. 233–236. DOI: <https://doi.org/10.5114/pdia.2013.37033>
7. vanBeugen S., van Middendorp H., Ferwerda M. et al. Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis // *Br. J. Dermatol.* 2017. Vol. 176, No 3. P. 687–694. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjd.14875>
8. Dréno B., Tan J., Kang S. et al. How people with facial acne scars are perceived in society: An online survey // *Dermatol. Ther.* 2016. Vol. 6, No 2. P. 207–218. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0113-x>
9. Hong J., Koo B., Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease // *Dermatol. Ther.* 2008. Vol. 21. P. 54–59. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2008.00170.x>
10. Sampogna F., Tabolli S., Abeni D. Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life // *Acta Derm. Venereol.* 2012. Vol. 92. P. 299–303. DOI: <https://doi.org/10.2340/00015555-1273>
11. Dalgard F.J., Gieler U., Tomas-Aragones L. et al. The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries // *J. Invest. Dermatol.* 2015. Vol. 135, No 4. P. 984–991. DOI: <https://doi.org/10.1038/jid.2014.530>
12. Gierk B., Kohlmann S., Kroenke K. et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden // *JAMA Intern. Med.* 2014. Vol. 174, No 3. P. 399–407. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
13. Золотарева А.А. Факторная структура русскоязычной версии шкалы соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8) // *Консультативная психология и психотерапия.* 2022. Т. 30, № 3. С. 8–20. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300302>
14. Toussaint A., Löwe B., Brähler E. et al. The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12): Factorial structure, validity and population-based norms // *J. Psychosom. Res.* 2017. Vol. 97. P. 9–17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.017>
15. van der Feltz-Cornelis C.M., Sweetman J., van Eck van der Sluijs J.F. et al. Diagnostic accuracy of the Dutch version of the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12) compared to the Whiteley Index (WI) and PHQ-15 in a clinical population // *J. Psychosom. Res.* 2023. Vol. 173. ID 111460. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111460>
16. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder // *Arch. Intern. Med.* 2006. Vol. 166, No 10. P. 1092–1097. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
17. Золотарева А.А. Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7) // *Консультативная психология и психотерапия.* 2023. Т. 31, № 4. С.31–46. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310402>
18. Kroenke K., Spitzer R., Williams J.B.W. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure // *J. Gen. Intern. Med.* 2001. Vol. 16, No 9. P. 606–613. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
19. Золотарева А.А. Диагностика депрессии: психометрическая оценка русскоязычной версии опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) [Электронный ресурс] // *Клиническая и специальная психология.* 2023. Т. 12, № 4. С. 107–121. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120406>
20. Trindade I.A., Ferreira C., Pinto-Gouveia J. Chronic Illness-Related Shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients’ depressive symptomatology // *Clin. Psychol. Psychother.* 2017. Vol. 24, No 1. P. 255–263. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2035>
21. Coady A., Godard R., Holtzman S. Understanding the link between pain invalidation and depressive symptoms: The role of shame and social support in people with chronic pain // *J. Health Psychol.* 2024. Vol. 29, No 1. P. 52–64. DOI: <https://doi.org/10.1177/13591053231191919>

22. Yeo J.Y., Lim C.J., Tan B.Y. Adaptation and validation of the chronic illness-related shame scale among patients with knee osteoarthritis in Singapore // *BMC Musculoskelet. Disord.* 2023. Vol. 24. P. 633. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06707-0>
23. Marcoulides K.M., Yuan K.H. New ways to evaluate goodness of fit: A note on using equivalence testing to assess structural equation models // *Struct. Equ. Model.* 2017. Vol. 24, No 1. P. 148–153. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705511.2016.1225260>
24. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects // *JAMA.* 2013. Vol. 310, No 20. P. 2191–2194. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
25. Henderson A.D., Adesanya E., Mulick A. et al. Common mental health disorders in adults with inflammatory skin conditions: Nationwide population-based matched cohort studies in the UK // *BMC Med.* 2023. Vol. 21. P. 285. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02948-x>
26. Levenson J.L., Sharma A.A., Ortega-Loayza A.G. Somatic symptom disorder in dermatology // *Clin. Dermatol.* 2017. Vol. 35, No 3. P. 246–251. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.01.010>
27. Mento C., Rizzo A., Muscatello M.R.A. et al. Negative emotions in skin disorders: A systematic review // *Int. J. Psychol. Res.* 2020. Vol. 13, No 1. P. 71–86. DOI: <https://doi.org/10.21500/20112084.4078>
28. Dolezal L., Lyons B. Health-related shame: An affective determinant of health? // *Med. Humanit.* 2017. Vol. 43, No 4. P. 257–263. DOI: <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011186>
29. Lawrence A.E., Taft C.T. Shame, posttraumatic stress disorder, and intimate partner violence perpetration // *Aggress. Violent Behav.* 2013. Vol. 18. P. 191–194. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.10.002>
30. Potter-Efron R., Carruth B. Shame, guilt and alcoholism: Treatment issues in clinical practice. London: Routledge, 1989. 304 p.
31. Swan S., Andrews B. The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment // *Br. J. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 42. P. 367–378. DOI: <https://doi.org/10.1348/014466503322528919>
32. Ford C.V. Illness as a lifestyle. The role of somatization in medical practice // *Spine J.* 1992. Vol. 17. P. 338–343.
33. Arkenau R., Bauer A., Schneider S. et al. Gender differences in state body satisfaction, affect, and body-related attention patterns towards one's own and a peer's body: An Eye-Tracking Study with Women and Men // *Cogn. Ther. Res.* 2022. Vol. 46. P. 735–746. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10300-5>
34. Beutel M.E., Klein E.M., Henning M. et al. Somatic symptom in the German general population from 1975 to 2013 // *Sci. Rep.* 2020. Vol. 10. ID 1595. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58602-6>
35. Pliner P., Chaiken S., Flett G.L. Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span // *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 1990. Vol. 16, No 2. P. 263–273. DOI: <https://doi.org/10.1177/0146167290162007>
36. Chen W., Mempel M., Traidl-Hofmann C. et al. Gender aspects in skin diseases // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2010. Vol. 24, No 12. P. 1378–1385. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03668.x>
37. Singh S., Sagar R. A critical look at online survey or questionnaire-based research studies during COVID-19 // *Asian J. Psychiatr.* 2021. Vol. 65. ID 102850. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102850>
38. Crutzen R., Göritz A.S. Social desirability and self-reported health risk behaviors in web-based research: Three longitudinal studies // *BMC Public Health.* 2010. Vol. 10. P. 720. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-720>
39. Uher R., Perlis R.H., Placentino A. et al. Self-report and clinician-rated measures of depression severity: Can one replace the other? // *Depress. Anxiety.* 2012. Vol. 29, No 12. P. 1043–1049. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.21993>
40. Misery L., Schut C., Balieva F. et al. White paper on psychodermatology in Europe: A position paper from the EADV Psychodermatology Task Force and the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP) // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2023. Vol. 37, No 12. P. 2419–2427. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.19427>

REFERENCES

1. Davidoff F. Shame: The elephant in the room. *BMJ.* 2002;324:623–4. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7338.623>
2. Nathanson DL. Shame and pride: Affect, sex and the birth of the self. New York: W.W. Norton and Company; 1992. 496 p.
3. Rose S, Paul C, Boyes A, et al. Stigma-related experiences in non-communicable respiratory diseases: A systematic review. *Chron Respir Dis.* 2017;14(3):199–216. DOI: <https://doi.org/10.1177/1479972316680847>
4. Bartky SL. Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression. London: Routledge, 1990. 156 p.
5. Gisondi P, Puig L, Richard MA, et al. Quality of life and stigmatization in people with skin diseases in Europe: A large survey from the 'burden of skin disease' EADV project. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37(7):6–14. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.18917>
6. Rzepa T, Jakubowicz O, Witmanowski H, et al. Disease-induced level of shame in patients with acne, psoriasis and syphilis. *Postępy Dermatologii i Alergologii.* 2013;30(4):233–6. DOI: <https://doi.org/10.5114/pdia.2013.37033>
7. vanBeugen S, van Middendorp H, Ferwerda M, et al. Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2017;176(3):687–94. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjd.14875>
8. Dréno B, Tan J, Kang S, et al. How people with facial acne scars are perceived in society: An online survey. *Dermatol Ther.* 2016;6(2):207–18. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0113-x>
9. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther.* 2008;21:54–9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2008.00170.x>
10. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol.* 2012;92:299–303. DOI: <https://doi.org/10.2340/00015555-1273>
11. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol.* 2015;135(4):984–91. DOI: <https://doi.org/10.1038/jid.2014.530>
12. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):399–407. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
13. Zolotareva AA. [Factor structure of the Russian version of the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya.* 2022;30(3):8–20. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300302>
14. Toussaint A, Löwe B, Brähler E, et al. The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12): Factorial structure, validity and population-based norms. *J Psychosom Res.* 2017;97:9–17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.017>
15. van der Feltz-Cornelis CM, Sweetman J, van Eck van der Sluijs JF, et al. Diagnostic accuracy of the Dutch version of the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12) compared to the Whiteley Index (WI) and PHQ-15 in a clinical population. *J Psychosom Res.* 2023;173:111460. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111460>
16. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092–7. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
17. Zolotareva AA. [Adaptation of the Russian version of the Russian version of the Generalized Anxiety Disorder-7]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya.* 2023;31(4):31–46. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310402>
18. Kroenke K, Spitzer R, Williams JBW. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606–13. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
19. Zolotareva AA. [Diagnosis of depression: Psychometric examination of the Russian version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya.* 2023;12(4):107–21. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120406>

20. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Chronic Illness-Related Shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients' depressive symptomatology. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24(1):255–63. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2035>
21. Coady A, Godard R, Holtzman S. Understanding the link between pain invalidation and depressive symptoms: The role of shame and social support in people with chronic pain. *J Health Psychol*. 2024;29(1):52–64. DOI: <https://doi.org/10.1177/13591053231191919>
22. Yeo JY, Lim CJ, Tan BY. Adaptation and validation of the chronic illness-related shame scale among patients with knee osteoarthritis in Singapore. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24:633. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06707-0>
23. Marcoulides KM, Yuan KH. New ways to evaluate goodness of fit: A note on using equivalence testing to assess structural equation models. *Struct Equ Model*. 2017;24(1):148–53. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705511.2016.1225260>
24. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191–4. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
25. Henderson AD, Adesanya E, Mulick A, et al. Common mental health disorders in adults with inflammatory skin conditions: Nationwide population-based matched cohort studies in the UK. *BMC Med*. 2023;21:285. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02948-x>
26. Levenson JL, Sharma AA, Ortega-Loayza AG. Somatic symptom disorder in dermatology. *Clin Dermatol*. 2017;35(3):246–51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.01.010>
27. Mento C, Rizzo A, Muscatello MRA, et al. Negative emotions in skin disorders: A systematic review. *Int J Psychol Res*. 2020;13(1):71–86. DOI: <https://doi.org/10.21500/20112084.4078>
28. Dolezal L, Lyons B. Health-related shame: An affective determinant of health? *Med. Humanit*. 2017;43(4):257–63. DOI: <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011186>
29. Lawrence AE, Taft CT. Shame, posttraumatic stress disorder, and intimate partner violence perpetration. *Aggress Violent Behav*. 2013;18:191–4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.10.002>
30. Potter-Efron R, Carruth B. Shame, guilt and alcoholism: Treatment issues in clinical practice. London: Routledge, 1989. 304 p.
31. Swan S, Andrews B. The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *Br J Clin Psychol*. 2003;42:367–78. DOI: <https://doi.org/10.1348/014466503322528919>
32. Ford CV. Illness as a lifestyle. The role of somatization in medical practice. *Spine J*. 1992;17:338–43.
33. Arkenau R, Bauer A, Schneider S, et al. Gender differences in state body satisfaction, affect, and body-related attention patterns towards one's own and a peer's body: An Eye-Tracking Study with Women and Men. *Cogn Ther Res*. 2022;46:735–46. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10300-5>
34. Beutel ME, Klein EM, Henning M, et al. Somatic symptom in the German general population from 1975 to 2013. *Sci. Rep*. 2020;10:1595. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58602-6>
35. Pliner P, Chaiken S, Flett GL. Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Pers Soc Psychol Bull*. 1990;16(2):263–73. DOI: <https://doi.org/10.1177/0146167290162007>
36. Chen W, Mempel M, Traidl-Hofmann C, et al. Gender aspects in skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(12):1378–85. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03668.x>
37. Singh S, Sagar R. A critical look at online survey or questionnaire-based research studies during COVID-19. *Asian J Psychiatr*. 2021;65:102850. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102850>
38. Crutzen R, Göritz AS. Social desirability and self-reported health risk behaviors in web-based research: Three longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2010;10:720. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-720>
39. Uher R, Perlis RH, Placentino A, et al. Self-report and clinician-rated measures of depression severity: Can one replace the other? *Depress Anxiety*. 2012;29(12):1043–9. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.21993>
40. Misery L, Schut C, Balieva F, et al. White paper on psychodermatology in Europe: A position paper from the EADV Psychodermatology Task Force and the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(12):2419–27. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdv.19427>

СТЫД ИЗ-ЗА КОЖНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО СВЯЗИ С СОМАТИЧЕСКИМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ДИСТРЕССОМ

А.А. Золотарева

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва

С целью изучения связи стыда из-за кожного заболевания с психопатологией были опрошены 190 людей с кожными заболеваниями (дерматитом, псориазом, экземой, крапивницей и нейродермитом). У 39,5% опрошенных были тревожные симптомы, у 43,7% – депрессивные симптомы, у 65,8% – соматические симптомы, у 54,2% – чрезмерно интенсивные мысли, чувства или поведенческие реакции, связанные с соматическими симптомами и проблемами с физическим здоровьем. Стыд из-за кожного забо-

левания был взаимосвязан с более частыми и интенсивными соматическими, тревожными и депрессивными симптомами. В заключение сделан вывод о том, что работа со стыдом может быть включена в программу профилактических и психотерапевтических интервенций для людей с кожными заболеваниями.

Ключевые слова: стыд, кожные заболевания, соматические симптомы, тревожные симптомы, депрессивные симптомы, психодерматология.

SHAME OF A SKIN DISEASE AND ITS ASSOCIATIONS WITH SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS

AA Zolotareva

HSE University, Moscow

In order to examine the association between shame of a skin disorder and psychopathology, 190 persons with skin disorders (dermatitis, psoriasis, eczema, urticaria and neurodermatitis) have been interviewed. Results showed that 39.5% of respondents had anxiety symptoms, 43.7% had depressive symptoms, 65.8% had somatic symptoms, 54.2% had excessively intense thoughts, feelings or behavioral reactions associated with somatic symptoms and physical

health problems. Shame of a skin disease was related to more frequent and intense somatic, anxiety, and depressive symptoms. In conclusion, work with shame can be included in the program of preventive and psychotherapeutic interventions for persons with skin diseases.

Keywords: shame, skin disease, somatic symptoms, anxiety symptoms, depressive symptoms, psychodermatology.

Золотарева Алена Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент департамента психологии ФГАОУ ВО «Националь-

ный исследовательский университет «Высшая школа экономики»; SPIN-код: 2695-0218; e-mail: alena.a.zolotareva@gmail.com