

<https://doi.org/10.34883/PI.2022.8.4.014>
УДК 616.89-008-02:616.517:616.5



Белугина О.С. ✉, Скугаревский О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Психологические особенности личности, влияющие на восприятие стресса, при псориазе и atopическом дерматите

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор материала, статистическая обработка данных, написание текста – Белугина О.С.; редактирование, окончательное одобрение варианта статьи для публикации – Скугаревский О.А.

Подана: 14.11.2022

Принята: 19.12.2022

Контакты: theolabelugina@gmail.com

Резюме

Введение. Стресс считается одной из причин обострения псориаза и atopического дерматита.

Цель. Изучить проявления алекситимии, стрессоустойчивость, копинг-стратегии, уровень соматизации, механизмы психологической защиты и эмоциональный интеллект у пациентов с псориазом и atopическим дерматитом.

Материалы и методы. Обследовано 67 пациентов с псориазом, 59 – с atopическим дерматитом, 50 – с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, без кожной патологии (далее – невротические расстройства) и 65 практически здоровых людей. Клинические методы: клинический осмотр и интервьюирование. Психодиагностические методы: алекситимия изучалась с помощью 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии; стрессоустойчивость оценивалась методом Холмса – Раге; копинг-стратегии оценивались с помощью опросника «Способы совладающего поведения» по Лазарусу; психологические защиты изучались методом Плутчика – Келлермана – Конте; эмоциональный интеллект оценивался опросником Дж. Маера, П. Сэловея и Д. Карузо.

Результаты. Пациенты с псориазом и пациенты с невротическими расстройствами демонстрируют затруднения в эмоциональной осведомленности, способности контролировать эмоции и преодолевать стресс эффективным методом по сравнению с практически здоровыми лицами. У пациентов с псориазом сильнее выражено отсутствие способности принимать существующие проблемы, чем у пациентов с невротическими расстройствами. Уровень эмоциональной осведомленности выше у пациентов с atopическим дерматитом, чем у пациентов с невротическими расстройствами. Уровень соматизации у пациентов с atopическим дерматитом ниже, чем у пациентов с невротическими расстройствами. Для пациентов с atopическим дерматитом изученные характеристики психологических особенностей личности, влияющих на восприятие стресса, не проявили статистически значимых различий по сравнению с пациентами с псориазом и практически здоровыми лицами. Низкая стрессоустойчивость при псориазе ассоциирована с нарушением эмоциональной осведомленности, примитивными механизмами психологической защиты, соматизацией и

дезадаптивными копинг-стратегиями, а при atopическом дерматите – с примитивными механизмами психологической защиты и дезадаптивными копинг-стратегиями.

Заключение. При обследовании пациентов с псориазом и atopическим дерматитом следует обратить внимание на их личностные психологические особенности, которые, возможно, могут препятствовать успешному преодолению стресса и быть причиной обострения данных патологий.

Ключевые слова: atopический дерматит, псориаз, алекситимия, эмоциональный интеллект, механизмы психологической защиты, копинг-стратегии, стресс

Olga S. Belugina ✉, Oleg A. Skugarevsky
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Psychological Features that Induce Stress Perception in Patients with Psoriasis and Atopic Dermatitis

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of the study, collection of material, statistical data processing, writing the text – Belugina O.; editing, final approval of the version of the article for publication – Skugarevsky O.

Submitted: 14.11.2022

Accepted: 19.12.2022

Contacts: theolgabelugina@gmail.com

Abstract

Introduction. Stress is considered to be one of the reasons of psoriasis and atopic dermatitis.

Purpose. To study alexithymia, level of stress resistance, coping strategies, somatization, psychological defense mechanisms and emotional intelligence in patients with psoriasis and atopic dermatitis.

Materials and methods. 67 patients with psoriasis, 59 – with atopic dermatitis, 50 – with neurotic disorders and 65 healthy controls were enrolled in the study. Clinical methods: clinical examination and medical interview. Psychodiagnostics: alexithymia was assessed by The 20-item Toronto Alexithymia Scale; stress contribution to illness was assessed by The Holmes and Rage Stress Inventory; coping-strategies were assessed by The Ways of Coping Checklist; somatization was assessed by SOMS-2; psychological defense mechanisms were assessed by Life Style Index; emotional intelligence was assessed by MSCEIT 2.0.

Results. Patients with psoriasis and patients with neurotic disorders show difficulty in emotional awareness, ability to control emotions and cope with stress in an effective way compared to the healthy controls. The ability to accept existing problems lower in patients with psoriasis than in patients with neurotic disorders. The level of emotional awareness is higher in patients with atopic dermatitis than in patients with neurotic disorders. The level of somatization in patients with atopic dermatitis is lower than in patients with neurotic disorders. Studied psychological features that induce stress perception in patients with atopic dermatitis did not show statistically significant differences compared to those in patients with psoriasis and healthy individuals. Low emotional awareness, maladaptive

coping strategies, primitive psychological defense mechanisms and somatization are increasing chances of low stress resistance in patients with psoriasis. Maladaptive coping strategies and primitive psychological defense mechanisms are increasing chances of low stress resistance in patients with atopic dermatitis.

Conclusions. Some psychological features can prevent from successful stress management and cause relapses in patients with psoriasis and atopic dermatitis.

Keywords: atopic dermatitis, psoriasis, alexithymia, emotional intelligence, psychological defense mechanisms, coping strategies, stress

■ ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы псориаза и атопического дерматита обусловлена их широкой распространенностью (Яговдик Н.З., 2015), наличием резистентности в процессе лечения в некоторых случаях и достаточно высокой ассоциированностью данных патологий со стрессом [1]. Более того, имеется представление о том, что чем ниже способность у пациентов с псориазом управлять своими эмоциями, тем они менее удовлетворены получаемым лечением, у них более выражены психопатологические симптомы (тревога, депрессия, нарушение сна) и им сложнее принять собственное заболевание [2]. Также наличие резистентности в лечении данных дерматологических пациентов, возможно, связано с нераспознанным провоцирующим стрессовым фактором [1].

Литературные данные говорят о том, что важно не только воздействие стресса, но и психологические особенности личности, которые влияют на восприятие стресса [3]: алекситимия (отсутствие способности понимать собственные эмоции) [4]; стрессоустойчивость (способность сохранять эмоциональную стабильность в условиях стресса и справляться с психологическими нагрузками); копинг-стратегии преодоления стресса (действия, направленные на преодоление стресса); выраженность актуальных механизмов перевода стресса в соматический симптом; механизмы психологической защиты (психологический процесс или поведенческие реакции, направленные на защиту психики от неприятных эмоций или переживаний) [5]; эмоциональный интеллект (способность понимать эмоции окружающих и использовать эмоции в процессе социальной интеракции) [6]. Затруднения в понимании собственных эмоций и эмоций окружающих, низкая сопротивляемость стрессу, малоэффективные механизмы психологических защит и дезадаптивные копинг-стратегии препятствуют успешному преодолению стресса, что, по результатам многочисленных исследований, может приводить к патологиям психосоматического характера [7, 8].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить проявления алекситимии, стрессоустойчивость, копинг-стратегии, уровень соматизации, механизмы психологической защиты и эмоциональный интеллект у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом одномоментного поперечного исследования с направленным отбором явились 126 пациентов с кожной патологией (67 с псориазом и 59 с атопическим

дерматитом) в период обострения, которые находились на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска (переименован в сентябре 2021 г. в УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии») и в Кожно-венерологическом городском диспансере (амбулаторное дерматовенерологическое отделение № 2). Диагнозы «псориаз обыкновенный» (L 40.0) и «атопический дерматит» (L 20.0) верифицированы врачом-дерматологом. Критерии включения в исследование: распространенный характер высыпаний, наличие кожного зуда, поражение открытых участков кожи, психическая состоятельность пациента и его согласие на проведение исследования. Критерии исключения из исследования: психическая несостоятельность пациента, беременные, пациенты с тяжелыми соматическими расстройствами в стадии декомпенсации, нарушение режима лечения и наличие психически тяжелых заболеваний.

Группа контроля № 1 представлена 50 пациентами с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (далее – невротические расстройства). Местом отбора участников исследования явились ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», УЗ «Минский городской клинический центр психиатрии и психотерапии» и Городская клиническая больница № 10 (психиатрическое отделение), где данные пациенты находились на лечении в период обострения.

Группа контроля № 2 представлена случайной выборкой из 65 практически здоровых людей.

Группы сравнения существенно не различались по полу и были сопоставимыми по возрасту. Общая характеристика исследуемых групп представлена в табл. 1.

Использованы клинические (клинический осмотр и интервьюирование) и психодиагностические методы (специальные верифицированные психологические тесты в форме анкетирования).

Алекситимия оценивалась при помощи 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии (TAS-20-R). Данная методика позволяет изучить составляющие алекситимии: трудности идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим

Таблица 1
Характеристика исследуемых групп
Table 1
Sample characteristics

Диагноз	Всего, N	Мужчины, n	Женщины, n	Возраст, лет, M (±SD)
Псориаз	67 (53,2%)	37 (55%)	30 (45%)	28 (±5,01)
Атопический дерматит	59 (46,8%)	35 (59%)	24 (41%)	26 (±6,07)
Невротические расстройства	50 (100%)	23 (46%)	27 (54%)	30 (±11)
Практически здоровые	65 (100%)	30 (46%)	35 (54%)	28 (±8,73)
Достоверность различий по полу между группами	$\chi^2=3,14$; $p=0,37$			
Достоверность различий по возрасту между группами	$\chi^2=5,17$; $p=0,16$			

людям (ТОЧ) и внешне-ориентированный тип мышления (BOM) – склонность описывать телесные жалобы больше, чем эмоциональные переживания [9].

Стрессоустойчивость оценивалась по методу Холмса – Раге (The Holmes and Rache Stress Inventory). Эта методика дает возможность определить степень сопротивляемости стрессу: высокая, пороговая и низкая [10].

Копинг-стратегии борьбы со стрессом оценивались с помощью опросника «Способы совладающего поведения» по Лазарусу (WCQ). Опросник позволяет оценить выраженность копинг-стратегий: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительная переоценка [11].

Соматизация оценивалась при помощи опросника соматизированных расстройств (SOMS-2) [12].

Механизмы психологической защиты оценивались опросником Плутчика – Келлермана – Конте «Индекс жизненного стиля» (LSI). С помощью этого опросника можно исследовать уровень напряженности психологических защит: отрицание, проекция, регрессия, рационализация, компенсация, гиперкомпенсация, замещение и вытеснение [13].

Эмоциональный интеллект оценивался при помощи опросника Дж. Маера, П. Сэловея и Д. Карузо (MSCEIT 2.0). По данной методике изучались домены эмоционального интеллекта: опытный (способность переживать эмоции и классифицировать их) и стратегический (способность рассуждать об эмоциях и использовать эмоции в процессе социального взаимодействия). Методика представлена секциями, которые предназначены для изучения компонентов эмоционального интеллекта: восприятие и идентификация эмоций; использование эмоций в решении проблемы; понимание и анализ эмоций; сознательное управление эмоциями [14].

Обработка данных проводилась при помощи статистической платформы Jamovi, версии 1.2.22 для macOS. Для сравнения количественных переменных в трех группах применялся метод описательной статистики; One-Way ANOVA тест при нормальном и One-Way ANOVA (Краскела – Уоллиса) тест при отличном от нормального распределении; апостериорный (post hoc) тест Тьюки для множественных сравнений при нормальном распределении и Dwass-Steel-Critchlow-Fligner pairwise comparison тест для множественных сравнений при отличном от нормального распределении. Оценка ассоциированности параметров проводилась при помощи таблиц сопряженности: χ^2 критерия (The Chi-Square Test of Association) и отношения шансов (ОШ) при достоверности 95% (ДИ). Также нами был использован точный тест Фишера (Fisher exact test) для анализа частот в таблице сопряженности, если ожидаемые частоты в ячейках таблицы были <5 . Достоверными считались различия на уровне значимости $p < 0,05$. Полученные данные представлены в виде медианы и стандартного отклонения Me ($\pm$ SD).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Алекситимия

В результате исследования выявлены статистически достоверные различия в уровне алекситимии, ТИЧ и BOM в исследуемых группах пациентов с псориазом, атопическим дерматитом, пациентов с невротическими расстройствами и в группе практически здоровых лиц.

У пациентов с невротическими расстройствами медианное значение уровня алекситимии оказалось самым высоким – 58 ($\pm 12,9$) по сравнению с пациентами с псориазом – 50 ($\pm 11,3$), с atopическим дерматитом – 47 (± 11) и группой практически здоровых лиц – 43 ($\pm 10,5$) ($F=11,1$; $p<0,001$).

В результате парного сравнения между исследуемыми группами было выявлено, что алекситимия выше у пациентов с невротическими расстройствами, чем у пациентов с atopическим дерматитом (Mean difference = $-7,74$; $p=0,003$); у пациентов с псориазом уровень алекситимии выше, чем в группе практически здоровых лиц (Mean difference = $6,77$; $p=0,004$); у пациентов с невротическими расстройствами уровень алекситимии выше, чем у пациентов с псориазом (Mean difference = $-5,74$; $p=0,037$); у пациентов с невротическими расстройствами уровень алекситимии выше, чем в группе практически здоровых лиц (Mean difference = $-12,51$; $p<0,001$). Данные представлены на рис. 1.

У пациентов с невротическими расстройствами медианное значение показателя ТИЧ составило 22 ($\pm 7,43$), что явилось выше данного показателя при псориазе – 17 ($\pm 5,32$), при atopическом дерматите – 16 ($\pm 6,2$) и в группе практически здоровых лиц – 14 ($\pm 5,24$), ($\chi^2=30,7$; $p<0,001$).

При парном сравнении между исследуемыми группами выявлено, что ТИЧ выше у пациентов с невротическими расстройствами, чем у пациентов с atopическим дерматитом ($W=5,11$; $p=0,002$); у пациентов с псориазом уровень ТИЧ выше, чем в группе практически здоровых лиц ($W=-3,914$; $p=0,029$); у пациентов с невротическими расстройствами уровень ТИЧ выше, чем у пациентов с псориазом ($W=5,002$; $p=0,002$); у пациентов с невротическими расстройствами уровень ТИЧ выше, чем в группе практически здоровых лиц ($W=7,254$; $p<0,001$). Данные представлены на рис. 2.

У пациентов с невротическими расстройствами медианное значение ВОМ составило 20 ($\pm 4,45$) по сравнению с пациентами с псориазом – 19 ($\pm 4,97$), с atopическим

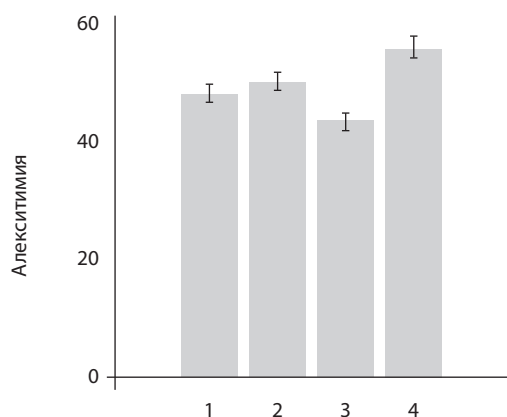


Рис. 1. Сравнение выраженности алекситимии (20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии) среди пациентов с atopическим дерматитом – 1, с псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p<0,001$)

Fig. 1. The 20-item Toronto Alexithymia Scal results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p<0.001$

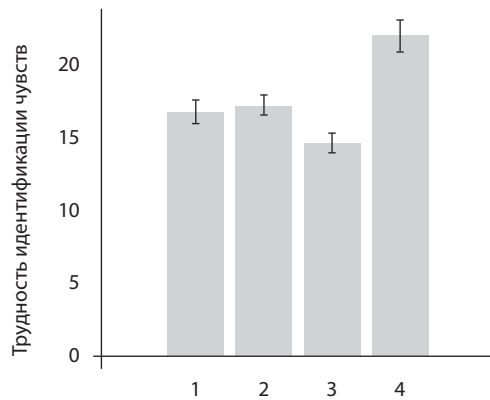


Рис. 2. Сравнение выраженности трудности идентификации чувств (20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии) среди пациентов с atopическим дерматитом – 1, с псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p < 0,001$)
Fig. 2. The 20-item Toronto Alexithymia Scale results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p < 0,001$

дерматитом – $18 (\pm 3,51)$ и с группой практически здоровых лиц – $17 (\pm 4,54)$, $F=5,93$; $p < 0,001$.

Парное сравнение в исследуемых группах показало, что уровень BOM выше у пациентов с псориазом, чем в группе практически здоровых лиц (Mean difference = 2,79; $p=0,002$); у пациентов с невротическими расстройствами уровень BOM выше, чем в группе практически здоровых лиц (Mean difference = $-3,205$; $p < 0,001$). Данные представлены на рис. 3.

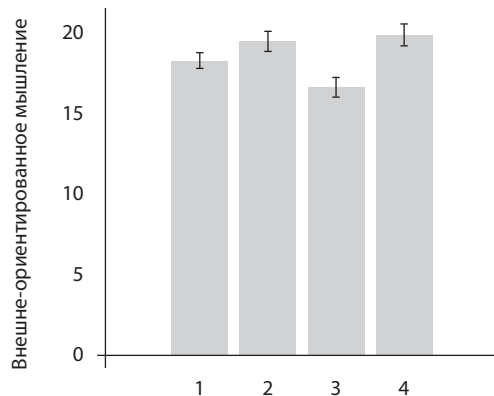


Рис. 3. Сравнение выраженности внешне-ориентированного мышления (20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии) среди пациентов с atopическим дерматитом – 1, с псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p < 0,001$)
Fig. 3. The 20-item Toronto Alexithymia Scale results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p < 0,001$

Стрессоустойчивость

Нами выявлены статистически достоверные различия по показателю стрессоустойчивости в исследуемых группах (чем ниже балл, тем выше стрессоустойчивость).

Высокая стрессоустойчивость была обнаружена в группе практически здоровых лиц – 145 (± 128), пороговую стрессоустойчивость продемонстрировали пациенты с невротическими расстройствами – 247 (± 300), а также пациенты с atopическим дерматитом – 224 (± 145) и псориазом – 205 (± 141) ($\chi^2=15$; $p=0,002$). Пороговая стрессоустойчивость характеризуется снижением способности справляться со стрессом по мере увеличения стрессовой нагрузки.

При парном сравнении уровня стрессоустойчивости группа практически здоровых лиц продемонстрировала высокую стрессоустойчивость по сравнению с пациентами с невротическими расстройствами ($W=5,1865$; $p=0,001$). При сравнении стрессоустойчивости в парах atopический дерматит – псориаз, atopический дерматит – группа практически здоровых лиц, atopический дерматит – невротические расстройства, псориаз – группа практически здоровых лиц, псориаз – невротические расстройства не было выявлено статистически достоверных данных относительно уровня стрессоустойчивости. Данные представлены на рис. 4.

Копинг-стратегии

При изучении копинг-стратегий преодоления стресса были обнаружены статистически достоверные различия в использовании поиска социальной поддержки в ситуации стресса в исследуемых группах.

Пациенты с невротическими расстройствами продемонстрировали наибольший балл по показателю поиска социальной поддержки в ситуации стресса (12 ($\pm 3,97$)) по сравнению с группой практически здоровых лиц (11 ($\pm 2,79$)) и пациентами с atopическим дерматитом (10 ($\pm 3,72$)) и псориазом (10 ($\pm 2,79$)) ($F=4,7$; $p=0,003$).

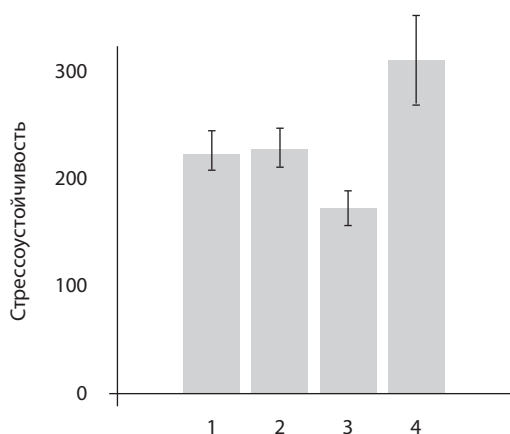


Рис. 4. Сравнение выраженности стрессоустойчивости (метод Холмса – Рэге) среди пациентов с atopическим дерматитом – 1, с псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p=0,002$)

Fig. 4. The Holmes and Raga Stress Inventory results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p=0.002$

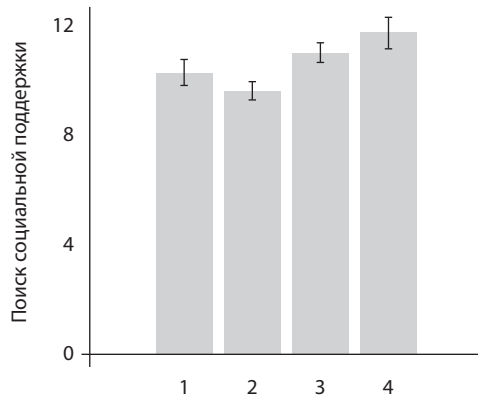


Рис. 5. Сравнение выраженности поиска социальной поддержки (опросник «Способы совладающего поведения» по Лазарусу) среди пациентов с атопическим дерматитом – 1, псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p=0,003$)

Fig. 5. The Ways of Coping Checklist, Lazarus, results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p=0.003$

При парном сравнении было выявлено, что пациенты с невротическими расстройствами более склонны к использованию поиска социальной поддержки, чем пациенты с псориазом (Mean difference = $-2,178$; $p=0,003$). То есть в ситуации стресса эта группа пациентов чаще обращается за помощью и советами к окружающим им людям: семье, друзьям и коллегам. Данные представлены на рис. 5.

Соматизация

Уровень соматизации у пациентов с невротическими расстройствами составил $18,5 (\pm 8,24)$ и этот показатель оказался выше, чем у пациентов с атопическим дерматитом – $9 (\pm 6,62)$, пациентов с псориазом – $7 (\pm 6,58)$ и в группе практически здоровых лиц – $8 (\pm 5,68)$ ($\chi^2=54,9$; $p<0,001$).

При парном сравнении уровень соматизации у пациентов с невротическими расстройствами был выше, чем у пациентов с атопическим дерматитом ($W=7,837$; $p<0,001$), чем у пациентов с псориазом ($W=8,723$; $p<0,001$) и в группе практически здоровых лиц ($W=9,353$; $p\leq 0,001$). То есть для пациентов с невротическими расстройствами, по сравнению с пациентами с псориазом и атопическим дерматитом, более характерно «отелеснивание» негативных эмоций (появление соматических симптомов без присутствия какой-либо соматической патологии) в ситуации стресса. Данные представлены на рис. 6.

Механизмы психологической защиты

Нами были получены достаточно интересные данные, говорящие о том, что примитивный (неэффективный) механизм психологической защиты – отрицание – сильнее выражен у пациентов с псориазом – $45 (\pm 19,3)$, чем у пациентов с атопическим дерматитом – $36 (\pm 19,9)$, чем у пациентов с невротическими расстройствами – $27 (\pm 16,1)$ и чем в группе практически здоровых лиц – $27 (\pm 18)$ ($\chi^2=17,4$; $p<0,001$).

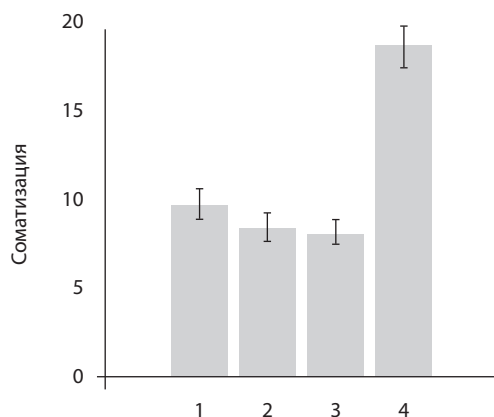


Рис. 6. Сравнение выраженности соматизации (опросник SOMS-2) среди пациентов с atopическим дерматитом – 1, псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p<0,001$)

Fig. 6. SOMS-2 results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p<0.001$

При парном сравнении пациенты с псориазом продемонстрировали наибольшую выраженность отрицания, чем группа практически здоровых лиц ($W=-4,64$; $p=0,006$) и чем группа пациентов с невротическими расстройствами ($W=-5,53$; $p<0,001$). Таким образом, для пациентов с псориазом характерен отказ от принятия и понимания существующей проблемы, что может стать причиной еще большего усугубления существующей проблемы в ситуации стресса [13]. Данные представлены на рис. 7.

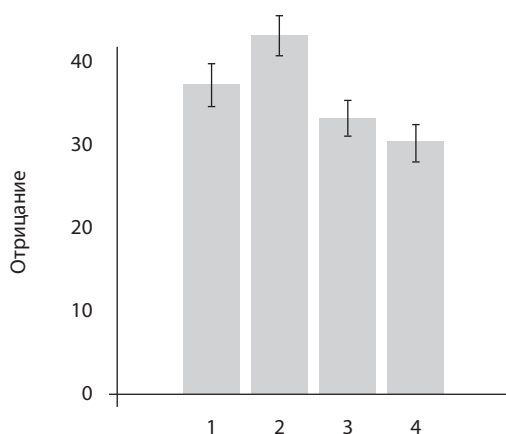


Рис. 7. Сравнение выраженности отрицания (опросник «Индекс жизненного стиля») среди пациентов с atopическим дерматитом – 1, псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p<0,001$)

Fig. 7. LSI results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p<0.001$

Эмоциональный интеллект

Сознательное управление эмоциями сильнее выражено в группе практически здоровых лиц – 0,312 ($\pm 0,0272$), чем у пациентов с атопическим дерматитом – 0,301 ($\pm 0,0351$), у пациентов с псориазом – 0,293 ($\pm 0,0374$) и у пациентов с невротическими расстройствами – 0,29 ($\pm 0,0386$) ($F=5,44$; $p=0,002$).

При парном сравнении в группе практически здоровых лиц выше сознательное управление эмоциями, чем у пациентов с псориазом (Mean difference = $-0,01851$; $p=0,013$) и чем у пациентов с невротическими расстройствами (Mean difference = $0,02124$; $p=0,007$). Таким образом, пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами и псориазом испытывают затруднения в способности управлять и контролировать собственные эмоции во время социального взаимодействия. Данные представлены на рис. 8.

Вклад степени выраженности показателей психологических особенностей личности в степень сопротивляемости стрессу при псориазе

С учетом характера распределения данных для категоризации параметров на высокую и низкую интенсивность для ТИЧ был выбран 70 перцентиль (%), бегство-избегание было категоризовано по 45%, положительная переоценка по 80% и вытеснение по 70%.

По медиане на высокую и низкую интенсивность были категоризованы степень сопротивляемости стрессу, соматизация, регрессия и замещение.

В табл. 2 представлен вклад степени выраженности психологических особенностей личности в степень сопротивляемости стрессу при псориазе.

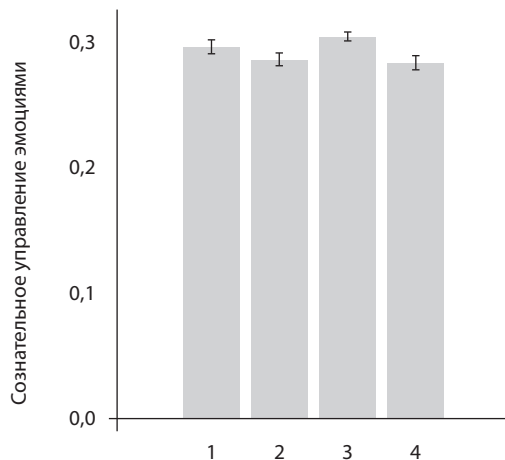


Рис. 8. Сравнение выраженности сознательного управления эмоциями (опросник Дж. Маера, П. Сэловея и Д. Карузо) среди пациентов с атопическим дерматитом – 1, псориазом – 2, практически здоровых лиц – 3 и пациентов с невротическим расстройством – 4 ($p=0,002$)
Fig. 8. MSCEIT 2.0 results (1 – atopic dermatitis; 2 – psoriasis; 3 – healthy controls; 4 – neurotic disorders), $p=0.002$

Таблица 2

Вклад степени выраженности показателей психологических особенностей личности в степень сопротивляемости стрессу при псориазе (методики TAS-20-R, опросник Лазаруса, SOMS-2, LSI)
Table 2

The degree of psychological characteristics expression in relation to stress resistance level in psoriasis (methods: TAS-20-R, WCQ, SOMS-2 and LSI)

Методика	Показатель и его значение	ОШ (±95% ДИ)	Статистическая значимость значений	Степень сопротивляемости стрессу
TAS-20-R	ТИЧ >20	3,77 (1,16–12,25)	$\chi^2=5,19$; $p=0,027$	Низкая (>205)
WCQ	Бегство-избегание >10	2,857 (1,056–7,73)	$\chi^2=4,38$; $p=0,036$	
	Положительная переоценка >14	4,493 (1,109–18,19)	$p=0,033$	
SOMS-2	Соматизация >7	4,182 (1,508–11,6)	$\chi^2=7,89$; $p=0,005$	
LSI	Вытеснение >40	3,314 (1,014–10,84)	$\chi^2=4,15$; $p=0,042$	
	Регрессия >29	2,88 (1,052–7,88)	$\chi^2=4,35$; $p=0,037$	
	Замещение >10	3,659 (1,33–10,04)	$\chi^2=6,57$; $p=0,012$	

Вклад степени выраженности показателей психологических особенностей личности в степень сопротивляемости стрессу при атопическом дерматите

С учетом характера распределения данных для категоризации параметров на высокую и низкую интенсивность для планирования решения проблемы был выбран 61 перцентиль (%), а замещение было категоризовано по 31%.

По медиане на высокую и низкую интенсивность были категоризованы степень сопротивляемости стрессу, конфронтация, самоконтроль, проекция, отрицание, гиперкомпенсация и общая напряженность механизмов психологических защит.

В табл. 3 представлен вклад степени выраженности психологических особенностей личности в степень сопротивляемости стрессу у пациентов с атопическим дерматитом.

■ ВЫВОДЫ

1. У пациентов с псориазом, атопическим дерматитом и невротическими расстройствами наблюдается снижение способности совладать со стрессом по мере увеличения стрессовой нагрузки.
2. Пациентам с псориазом, как и пациентам с невротическими расстройствами, сложнее идентифицировать, понимать и контролировать свои эмоции. Также данные группы пациентов продемонстрировали большую склонность к описанию телесных жалоб, нежели эмоциональных переживаний.
3. Пациенты с псориазом менее склонны признавать и принимать наличие существующих проблем, нежели пациенты с невротическими расстройствами.
4. Пациенты с невротическими расстройствами в поиске эффективного решения проблемы стремятся к поиску помощи у окружающих людей, нежели пациенты с псориазом. Также данная группа пациентов продемонстрировала большую

Таблица 3

Вклад степени выраженности показателей психологических особенностей личности в степень сопротивляемости стрессу при atopическом дерматите (методика: опросник Лазаруса, LSI)

Table 3

The degree of psychological characteristics expression in relation to stress resistance level in atopic dermatitis (methods: WCQ and LSI)

Методика	Показатель и его значение	ОШ (±95% ДИ)	Статистическая значимость значений	Степень сопротивляемости стрессу
WCQ	Конфронтация >8	7,08 (2,11–23,8)	$\chi^2=11,1$; $p<0,001$	Низкая (>224)
	Самоконтроль >12	3,31 (1,13–9,69)	$\chi^2=4,9$; $p=0,027$	
	Планирование решения проблемы >13	4,67 (1,4–15,6)	$\chi^2=6,75$; $p=0,009$	
LSI	Проекция >42	3,38 (1,14–10,1)	$\chi^2=4,97$; $p=0,026$	
	Замещение >8	3,67 (1,1–12,2)	$\chi^2=4,74$; $p=0,03$	
	Отрицание >36	3,82 (1,29–11,3)	$\chi^2=6,11$; $p=0,013$	
	Гиперкомпенсация >20	3,25 (1,02–10,3)	$\chi^2=4,16$; $p=0,041$	
	Общая напряженность механизмов психологических защит >34	3,31 (1,13–9,69)	$\chi^2=4,9$; $p=0,027$	

склонность к проявлению различных соматических жалоб под влиянием стресса (при условии отсутствия какой-либо соматической патологии), чем пациенты с atopическим дерматитом, псориазом и группа практически здоровых лиц.

- Нарушение эмоциональной осведомленности, примитивные механизмы психологической защиты, соматизация и дезадаптивные копинг-стратегии при псориазе и примитивные механизмы психологической защиты, дезадаптивные копинг-стратегии при atopическом дерматите ассоциированы с низкой сопротивляемостью стрессу при данных патологиях кожи.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование показало, что пациенты с псориазом демонстрируют недостаточную эмоциональную осведомленность и используют малоэффективные стратегии преодоления стресса. Полученные данные указывают на то, что оценка психологических особенностей личности (эмоциональная осведомленность, механизмы психологической защиты, копинг-стратегии и уровень соматизации), вероятно, важна для определения стрессоустойчивости пациентов с псориазом и atopическим дерматитом. Своевременное обучение распознаванию эмоций и использованию эффективных методов преодоления стресса при помощи психотерапевтической поддержки может стать дополнением к дерматологическому лечению и профилактике обострений при данных дерматозах.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Šitum M., Kolić M., Buljan M. (2016) Psychodermatology. *Acta Medica Croatica*, vol. 70, suppl. 1, pp. 35–38.
2. Ponsi G., Monachesi B., Panasiti V., Aglioti S.M., Panasiti M.S. (2019) Physiological and behavioral reactivity to social exclusion: A functional infrared thermal imaging study in patients with psoriasis. *J. Neurophysiol.*, vol. 121, no 1, pp. 38–49.
3. Michal M., Wiltink J., Grande G., Beutel M. E., Brähler E. (2011) Type D personality is independently associated with major psychosocial stressors and increased health care utilization in the general population. *J. Affect. Disord.*, vol. 134, no 1–3, pp. 396–403.
4. Baiardini I., Abba S., Ballauri M., Vuillermoz G., Baido F. (2011) Alexithymia and chronic diseases: The state of the art. *G. Ital. Med. Lav. Ergon*, vol. 33, no 1, pp. A47–A59.
5. Belugina O.S., Skugarevsky O.A. (2020) Psychosomatic concepts of psoriasis and atopic dermatitis: difficulty in emotional awareness, moderate stress contribution to illness and maladaptive coping. *Psychiatry and psychopharmacology*, vol. 22, no 5, pp. 32–35. (in Russian)
6. Belugina O.S., Skugarevsky O.A. (2017) Subjective stress experience: alexithymia as one of the skin pathology risk factors. *Medical journal*, no 2, pp. 4–9. (in Russian)
7. Sternberg R.J. (2012) The triarchic theory of successful intelligence. Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues, pp. 156–177.
8. Cramer P. (2015) Understanding defense mechanisms. *Psychodyn Psychiatry*, vol. 43, no 4, pp. 523–552.
9. Starostina E.G., Taylor G.D., Quilty L., Bobrov A.E., Moshnyaga E.N., Puzyrev N.V., Bobrov M.A., Ivashkina M.G., Krivchikova M.N., Shavrikova E.P., Bagby R.M. (2010) Torontskaya shkala alexithymia (20 punktov): validizacija ruskojazyčnoj versii na viberke terapevtičeskix bolnih [A new 20-item version of the Toronto alexithymia scale: validation of the russian language translation in a sample of medical patients]. *Sotsialnaya i kliničeskaja psihiatrija*, vol. 22, no 3, pp. 31–38. (in Russian)
10. Holmes H.H., Rahe R.H. (1967) The Social Reajustment Scale. *J. Psychosom. Res.*, vol. 11, no 2, pp. 215–218.
11. Bituzkaya E.V. (2015) *Oprosnik sposobov kopinga: učeбно-metodičeskoe posobie* [The ways of coping questionnaire: teaching manual], 80 p. (in Russian)
12. Hiller W., Janca A. (2003) Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatria*, no 15, pp. 167–179.
13. Krot A.F. (2015) *Mehanizmi psihologičeskoj zashiti: učeбно-metodičeskoe posobie* [Psychological defense mechanisms: teaching manual], 22 p. (in Russian)
14. Sergienko E.A., Vetrova I.I. (2010) The Mayer – Salovey – Caruso Test «Emotional intelligence» (MSCEIT v. 2.0). Moscow: Institute of Psychology RAS, 175 p. (in Russian)