

Белугина О.С., Скугаревский О.А.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Belugina O., Skugarevsky O.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Использование механизмов психологических защит в зависимости от степени стрессоустойчивости и длительности заболевания у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом

Association of Psychological Defense Mechanisms with Stress Resistance Degree and Disease Duration in Patients with Psoriasis and Atopic Dermatitis

Резюме

Введение. Стресс является одним из этиологических факторов для развития псориаза и атопического дерматита. Механизмы психологической защиты направлены на снижение тревожности и защиту психики от неприятных чувств в стрессовых ситуациях. Несостоятельность механизмов психологической защиты рассматривается в качестве возможного фактора провокации расстройств и их хронизации.

Цель. Изучить механизмы психологической защиты и уровень стрессоустойчивости и социальной адаптации у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Нами обследованы 59 пациентов с атопическим дерматитом и 67 с псориазом. Группу контроля составили 65 человек. Механизмы психологической защиты оценивались по методу «Индекс жизненного стиля». Уровень стрессоустойчивости и социальной адаптации оценивался по методу Холмса – Раге.

Результаты. Чем длительнее заболевание в группе пациентов с псориазом, тем сильнее выражен механизм защиты «отрицание». При низкой сопротивляемости стрессу общая напряженность использования механизмов психологических защит возрастает в группах пациентов с псориазом и атопическим дерматитом. Пациенты с псориазом, у которых была выявлена низкая сопротивляемость стрессу, преимущественно используют механизмы психологической защиты «регрессия», «замещение» и «вытеснение». Пациенты с атопическим дерматитом при пороговой и низкой сопротивляемости стрессу чаще используют механизмы защиты «замещение» и «гиперкомпенсация».

Заключение. Результаты исследования говорят о том, что пациенты с псориазом и атопическим дерматитом, имеющие низкую и пороговую сопротивляемость стрессу, а также длительно болеющие пациенты с псориазом нуждаются в психодиагностике механизмов психологических защит и обучении эффективному поведению для преодоления стресса. Это можно объяснить тем, что высокая напряженность и длительное использование механизмов

психологических защит может приводить к дезадаптивному поведению, которое усугубляет существующие трудности в жизни пациента при наличии стресса.

Ключевые слова: псориаз, atopический дерматит, психосоматика, стрессоустойчивость, механизмы психологической защиты, отрицание.

Abstract

Introduction. Stress is one of the etiological factors of psoriasis and atopic dermatitis. Psychological defense mechanisms are reducing anxiety and protecting mind from unpleasant feelings in stressful situations. Psychological defense mechanisms failure is considered as a possible factor of disorders and their chronicity.

Objective. To assess psychological defense mechanisms, the level of stress resistance and social adaptation in patients with psoriasis and atopic dermatitis.

Materials and methods. Patients with atopic dermatitis $n=59$, psoriasis $n=67$ and control group $n=65$ were included in the study. Psychological defense mechanisms were assessed by using «The Life Style Index». The level of stress resistance and social adaptation were assessed by using The Holmes & Rahe Stress Scale.

Results. «Denial» as a psychological defense mechanism more expressed in long-term ill patients with psoriasis. The intensity of psychological defense mechanisms increases in patients with psoriasis and atopic dermatitis with low stress resistance. Patients with psoriasis and with low stress resistance predominantly use psychological defense mechanisms «regression», «displacement» and «repression». Patients with atopic dermatitis, with low and borderline stress resistance, more often use defense mechanisms «displacement» and «hypercompensation».

Conclusions. Long-term ill patients with psoriasis, patients with atopic dermatitis and psoriasis with low and borderline stress resistance require psychological defense mechanisms evaluation. These patients needed to be trained effective stress management because excessive and prolonged use of psychological defense mechanisms can lead to maladaptive behavior that can enhance stress impact.

Keywords: psoriasis, atopic dermatitis, psychosomatics, stress resistance, psychological defense mechanisms, denial.

■ ВВЕДЕНИЕ

Атопический дерматит и псориаз представляют собой хронические кожные воспалительные заболевания, которые не только значительно нарушают качество жизни самих пациентов, но и являются обременительными для их семей, а также требуют больших медицинских затрат на лечение [1–3].

К одному из этиологических факторов развития псориаза и atopического дерматита, если рассматривать данные заболевания в контексте психосоматозов, следует отнести их тесную ассоциированность со стрессом [4].

Стресс играет существенную роль не только в обострениях и рецидиве псориаза, но и сопровождает пациентов на протяжении всей жизни в связи с стигматизацией и наличием косметических дефектов на коже. Более того, по данным литературы, среди пациентов с псориазом распространены такие коморбидные состояния, как тревога и депрессия [5].

Кроме основных симптомов заболевания, которые могут усиливаться при воздействии стресса, пациенты с atopическим дерматитом также могут испытывать чувства стыда из-за многочисленных высыпаний на теле. Это, в свою очередь, отражается на их самооценке, социальном взаимодействии и психическом состоянии: усиление тревоги, появление депрессии и нарушение сна [1].

Механизмы психологической защиты направлены на снижение тревожности и защиту психики от неприятных чувств в стрессовых ситуациях. Выражается чаще всего защита в определенных поведенческих реакциях на стрессовое событие, которые осуществляются на бессознательном уровне. Таким образом, благодаря защите психика пытается приспособиться и исказить существующую реальность с целью ослабления эмоциональных переживаний.

Механизмы психологической защиты можно разделить на примитивные (отрицание, проекция, регрессия) и зрелые (рационализация, гиперкомпенсация, компенсация, замещение, вытеснение). Примитивная защита является базовой и менее эффективной в борьбе со стрессом по сравнению со зрелой [6].

Исследования показывают, что «отрицание» чаще используется пациентами с психосоматическими заболеваниями, чем относительно здоровыми лицами [7]. Использование «отрицания» среди пациентов может быть тесно связано с отказом принятия существующего диагноза и отсроченной медицинской помощи [8].

По данным литературы, пациенты с псориазом, по сравнению со здоровыми лицами, чаще прибегают к таким примитивным механизмам психологической защиты, как «отрицание» и «регрессия» [2].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить механизмы психологической защиты и уровень стрессоустойчивости и социальной адаптации у пациентов с псориазом и atopическим дерматитом.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом одномоментного поперечного исследования являлись 126 пациентов с кожной патологией: 59 пациентов с atopическим дерматитом и 67 пациентов с псориазом в период обострения, которые находились на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» города Минска в промежуток с 2018 по 2020 год. Формирование выборки проходило методом направленного набора. Средний возраст в исследуемой группе пациентов с atopическим дерматитом составил 25,1 года ($\pm 7,08$), в группе пациентов с псориазом – 32,6 года ($\pm 9,61$).

Среди пациентов с atopическим дерматитом стресс был причиной обострения заболевания у 45 (76%) лиц, у 14 (24%) пациентов это было связано с другими факторами. 65 (93%) пациентов с псориазом связывали рецидив и возникновение заболевания со стрессом, 5 пациентов (7%) – с другими факторами.

Критериями включения в исследование были информированное согласие на участие в исследовании; диагноз atopического дерматита и псориаза, удовлетворяющий критериям МКБ-10; распространенная

локализация высыпаний; поражение открытых участков тела; наличие зуда в области высыпаний; возраст от 18 до 60 лет; отсутствие соматических заболеваний, расстройств психотического спектра и зависимости от психоактивных веществ.

Группу контроля составили 65 практически здоровых людей без кожной патологии в возрасте от 18 до 52 лет. Средний возраст – 28,4 года ($\pm 8,91$).

Критериями включения в исследование для группы контроля являлись информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие какой-либо кожной, соматической, психической патологии и состояний с психосоматическим механизмом реагирования.

Группы сравнения существенно не отличались по полу и возрасту. Общая характеристика обследуемых групп представлена в табл. 1.

Для изучения механизмов психологической защиты использовался опросник Плутчика – Келлермана – Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI). Данный опросник состоит из 92 утверждений, описывающих поведение, реакции и чувства людей в определенных ситуациях. Перед испытуемым стоит задача согласиться с этими утверждениями или не согласиться. Эта методика позволяет выявить следующие механизмы психологической защиты: вытеснение, отрицание, регрессия, проекция, компенсация, замещение, рационализация, гиперкомпенсация, а также общую напряженность механизмов психологической защиты.

Таблица 1
Характеристика обследуемых групп

Диагноз	Всего, N	Мужчины, n	Женщины, n	Возраст, лет M (\pm SD)
Псориаз	67 (53,2%)	37 (55%)	30 (45%)	32,6 ($\pm 9,61$)
Атопический дерматит	59 (46,8%)	35 (59%)	24 (41%)	25,1 ($\pm 7,08$)
Контрольная группа	65 (100%)	30 (46%)	35 (54%)	28,4 ($\pm 8,91$)
Достоверность различий по полу между группами	$\chi^2=2,28$; $p=0,320$			
Достоверность различий по возрасту между группами	$\chi^2=1,83$; $p=0,176$			

Table 1
Sample characteristics

Diagnosis	Total, N	Male, n	Female, n	Age, M (\pm SD)
Psoriasis	67 (53,2%)	37 (55%)	30 (45%)	32.6 (± 9.61)
Atopic dermatitis	59 (46,8%)	35 (59%)	24 (41%)	25.1 (± 7.08)
Control group	65 (100%)	30 (46%)	35 (54%)	28.4 (± 8.91)
Gender difference	$\chi^2=2.28$; $p=0.320$			
Age difference	$\chi^2=1.83$; $p=0.176$			

Примитивные механизмы:

- Отрицание – выражается в блокировке и полном неприятии существующей реальности, которая связана с негативными переживаниями.
- Проекция – приписывание своих чувств и эмоций другому человеку, так как данные переживания не являются приемлемыми.
- Регрессия – выражается в детской поведенческой реакции на стрессовую ситуацию, которая сопровождается чувством разрядки и комфорта: плач, обиды и упреки.

Зрелые механизмы:

- рационализация – стремление оправдать и объяснить для себя любыми способами неприемлемо сложившуюся ситуацию;
- компенсация – бессознательное стремление преодолеть какие-то недостатки путем преуспеяния в сфере, в которой существует дефект, или в какой-то другой области;
- гиперкомпенсация является формой компенсации, при которой человек не только преуспевает в сфере, где имеется дефект, но и начинает доминировать в ней;
- замещение – смещение чувств на более слабый объект, который не может «дать сдачи»;
- вытеснение – бессознательное забывание каких-либо неприятных чувств или событий [6].

Для изучения уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации использовался опросник Холмса – Pare (The Holmes and Rage Stress Inventory). Этот опросник состоит из 43 пунктов, описывающих жизненные обстоятельства, которые могли вызвать стрессовые переживания в течение последнего года у испытуемого, и дает возможность определить степень сопротивляемости стрессу: высокая, пороговая и низкая.

Обработка данных проводилась при помощи статистической платформы Jamovi, версии 1.2.22 для macOS. Нормальность распределения количественных переменных оценивалась с помощью критерия Шапиро – Уилка. Для сравнения количественных переменных в трех группах применялся метод описательной статистики, One-Way ANOVA тест при нормальном распределении и Краскелла – Уоллиса тест при отличном от нормального распределении. Достоверными считались различия на уровне значимости $p < 0,05$. Полученные данные представлены в виде медианы и стандартного отклонения Me (\pm SD).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Использование механизмов психологической защиты в зависимости от длительности заболевания у пациентов с псориазом

Была выявлена статистически достоверная разница относительно применения механизма психологической защиты «отрицание» в трех группах. Так, для пациентов с псориазом медиана по данному показателю составила 45 ($\pm 19,3$), для пациентов с atopическим дерматитом – 36 ($\pm 19,9$), для группы контроля – 27 ($\pm 18,0$). Это говорит о том, что пациенты с псориазом значительно чаще используют «отрицание» в качестве примитивного механизма психологической защиты ($\chi^2=10,393$; $p=0,006$).

Более того, оказалось, чем длительнее заболевание в группе пациентов с псориазом, тем сильнее выражено «отрицание» ($F=5,58$; $p=0,007$). Так, для пациентов, которые болеют менее 10 лет, – $Me=45 (\pm 21,1)$, для болеющих от 10 до 20 лет – $Me=45 (\pm 19,4)$, а для болеющих более 20 лет – $Me=55 (\pm 8,24)$. Таким образом, можно предположить, что данная группа пациентов стремится справиться со стрессом при помощи непринятия неприятных переживаний и игнорирования существующей проблемы.

Присутствие «отрицания» как механизма защиты предположительно может быть связано с психологическими трудностями, связанными с приверженностью к лечению, и может выражаться в отсутствии комплаентности пациентов в процессе терапии псориаза [9].

Использование механизмов психологической защиты в зависимости от степени сопротивляемости стрессу у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом

В процессе исследования на основании результатов опросника уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса – Рэя (The Holmes and Rache Stress Inventory) пациенты с кожной патологией были разделены на три группы по степени сопротивляемости стрессу: высокая, пороговая и низкая. Так, в группе пациентов с атопическим дерматитом 23 человека (39%) имели высокую стрессоустойчивость, 23 человека (39%) – пороговую, 13 человек (22%) – низкую. В группе пациентов с псориазом 30 человек (45%) имели высокую стрессоустойчивость, 20 человек (30%) – пороговую, 17 человек (25%) – низкую. Группа контроля была представлена 43 пациентами (66%) с высокой стрессоустойчивостью и 11 (17%) – с пороговой и низкой степенью сопротивляемости стрессу и социальной адаптации.

У пациентов с кожной патологией уровень стрессоустойчивости оказался ниже, чем у здоровых лиц. В частности, была выявлена статистически достоверная разница, касающаяся пороговой сопротивляемости стрессу у пациентов с кожной патологией по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=7,36$; $p=0,025$).

При сравнении показателей уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации в группе пациентов с атопическим дерматитом было выявлено, что пациенты с пороговой и низкой стрессоустойчивостью имели тенденцию к преимущественному использованию механизма психологической защиты «замещение» по сравнению с теми, у кого была высокая степень сопротивляемости стрессу ($p=0,021$). То есть пациенты с атопическим дерматитом с целью разрядить стрессовую обстановку стремятся переадресовать свои негативные импульсы с недопустимого объекта на допустимый. Интересно, что анализ литературы говорит о том, что иногда таким допустимым объектом агрессии может быть сам пациент. В свою очередь, это может приводить к таким физическим симптомам, как кожные высыпания [10]. Еще один механизм психологической защиты, который использовали пациенты при пороговой и низкой стрессоустойчивости, «гиперкомпенсация» ($p<0,001$). Данный механизм представляет собой бессознательное стремление преодолеть наличие существующих недостатков путем гипертрофированного развития одной из сторон или качеств личности. Более высокая общая напряженность использования механизмов психологических защит была

представлена у пациентов с низкой степенью сопротивляемости стрессу ($p=0,005$). Данные представлены в табл. 2.

В группе пациентов с псориазом субъекты с низкой стрессоустойчивостью чаще всего используют примитивный механизм психологической защиты – регрессию ($p=0,033$), то есть поведение в ответ на стрессовую ситуацию преимущественно выражается в виде инфантильной реакции, которая гарантирует безопасность. Данные литературы говорят о том, что «регрессия» является «феноменом бегства в болезнь», с целью снятия напряжения от психологического стресса, а тело превращается в «жертву нерешенных проблем». Этот механизм психологической защиты является пассивным и предполагает, что окружающие будут жалеть пациента и снисходительно относиться к его ошибкам [10]. Также группа пациентов с псориазом с низкой стрессоустойчивостью применяют зрелые защиты: «замещение» ($p=0,012$) и «вытеснение» ($p=0,004$). Вытеснение представляет собой стремление игнорировать

Таблица 2
Сравнение показателей уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации с результатами опросника для изучения индекса жизненного стиля Плутчика – Келлермана – Конте (Life Style Index) у пациентов с атопическим дерматитом ($Me\pm SD$)

Механизм психологической защиты	Атопический дерматит (Me±SD)			F	χ²	P
	Степень сопротивляемости стрессу					
	Высокая	Пороговая	Низкая			
Замещение	0 (±15,3)	20 (±13,5)	20 (±20,7)	–	7,75	0,021*
Гиперкомпенсация	10 (±9,05)	20 (±16,3)	20 (±9,61)	–	23,02	<,001***
Регрессия	24 (±9,05)	35 (±9,05)	29 (±9,05)	–	5,49	0,064
Вытеснение	30 (±18,4)	30 (±20,7)	40 (±18,5)	1,724	–	0,194
Проекция	33 (±21,8)	42 (±21,2)	50 (±20,7)	1,601	–	0,217
Компенсация	20 (±18,9)	30 (±20,3)	30 (±19,7)	1,116	–	0,34
Отрицание	27 (±18,3)	36 (±21,8)	45 (±16,8)	2,822	–	0,074
Рационализация	42 (±17,6)	42 (±20,3)	50 (±18,7)	0,470	–	0,629
Общая напряженность	24 (±11,3)	35 (±11,1)	38 (±9,09)	6,268		0,005**

Примечания: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Table 2
Atopic dermatitis: comparison of level of stress resistance and social adaptation with Life Style Index results ($Me\pm SD$)

Psychological defense mechanism	Atopic dermatitis (Me±SD)			F	X²	P
	Level of stress resistance and social adaptation					
	High	Boderline	Low			
Displacement	0 (±15.3)	20 (±13.5)	20 (±20.7)	–	7.75	0.021*
Hypercompensation	10 (±9.05)	20 (±16.3)	20 (±9.61)	–	23.02	<.001***
Regression	24 (±9.05)	35 (±9.05)	29 (±9.05)	–	5.49	0.064
Repression	30 (±18.4)	30 (±20.7)	40 (±18.5)	1.724	–	0.194
Projection	33 (±21.8)	42 (±21.2)	50 (±20.7)	1.601	–	0.217
Compensation	20 (±18.9)	30 (±20.3)	30 (±19.7)	1.116	–	0.34
Denial	27 (±18.3)	36 (±21.8)	45 (±16.8)	2.822	–	0.074
Rationalization	42 (±17.6)	42 (±20.3)	50 (±18.7)	0.470	–	0.629
Intensity	24 (±11.3)	35 (±11.1)	38 (±9.09)	6.268		0.005**

Notes: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$.

или забыть неприятные мысли, то есть перевести информацию из сознательного на подсознательный уровень. Наиболее высокая общая напряженность использования механизмов психологических защит была выявлена у пациентов с низкой степенью сопротивляемости стрессу ($p=0,021$). Данные представлены в табл. 3.

В контрольной группе здоровых лиц не было выявлено статистически достоверных различий в использовании механизмов психологических защит и их общей напряженности в зависимости от степени сопротивляемости стрессу среди здоровых лиц.

По литературным данным, существуют различные концепции механизмов психологической защиты. Так, Р. Плутчик предположил, что механизмы психологической защиты являются производными эмоций, а эмоции определяют особенности адаптации. Например, чувству вины и страху инициативы соответствует «регрессия», чувству неполноценности – «отрицание», а страху и стыду – «замещение» [10].

Таблица 3

Сравнение показателей уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации с результатами опросника для изучения индекса жизненного стиля Плутчика – Келлермана – Конте (Life Style Index) у пациентов с псориазом ($Me \pm SD$)

Механизм психологической защиты	Псориаз (Me±SD)			F	χ²	P
	Степень сопротивляемости стрессу					
	Высокая	Пороговая	Низкая			
Вытеснение	20 (±17,1)	30 (±15,9)	50 (±17,0)	6,418	–	0,004**
Регрессия	24 (±15)	29 (±13,4)	35 (±13,2)	3,733	–	0,033*
Проекция	42 (±2,5)	42 (±21,5)	58 (±25,1)	2,337	–	0,111
Рационализация	42 (±18,5)	42 (±18,6)	42 (±15,4)	0,155	–	0,857
Компенсация	20 (±17,6)	30 (±16,7)	30 (±20,8)	–	1,411	0,494
Замещение	10 (±8,34)	20 (±17,3)	30 (±20)	–	8,867	0,012*
Отрицание	45 (±20,8)	50 (±19,4)	45 (±17,2)	–	0,278	0,87
Гиперкомпенсация	20 (±18,4)	20 (±18,2)	30 (±16,7)	–	1,839	0,399
Общая напряженность	31 (±9,89)	35 (±8,69)	39 (±11,3)	4,296	–	0,021*

Примечания: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Table 3

Psoriasis: comparison of level of stress resistance and social adaptation with Life Style Index results ($Me \pm SD$)

Psychological defense mechanism	Psoriasis (Me±SD)			F	χ ²	P
	Level of stress resistance and social adaptation					
	High	Boderline	Low			
Displacement	20 (±17.1)	30 (±15.9)	50 (±17.0)	6.418	–	0.004**
Hypercompensation	24 (±15)	29 (±13.4)	35 (±13.2)	3.733	–	0.033*
Regression	42 (±2.5)	42 (±21.5)	58 (±25.1)	2.337	–	0.111
Repression	42 (±18.5)	42 (±18.6)	42 (±15.4)	0.155	–	0.857
Projection	20 (±17.6)	30 (±16.7)	30 (±20.8)	–	1.411	0.494
Compensation	10 (±8.34)	20 (±17.3)	30 (±20)	–	8.867	0.012*
Denial	45 (±20.8)	50 (±19.4)	45 (±17.2)	–	0.278	0.87
Rationalization	20 (±18.4)	20 (±18.2)	30 (±16.7)	–	1.839	0.399
Intensity	31 (±9.89)	35 (±8.69)	39 (±11.3)	4.296	–	0.021*

Notes: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Данные публикаций говорят о том, что как чувство стыда [11], так и чувство вины [12, 13], связанные с высыпаниями на теле, присущи пациентам с псориазом и atopическим дерматитом. Это, возможно, может быть одним из объяснений присутствия выявленных нами механизмов психологической защиты у исследуемой группы.

Более того, так как целью психологических защит является адаптация человека к стрессовой ситуации, полученная нами выраженная общая напряженность психологических защит у пациентов с псориазом и atopическим дерматитом с низкой степенью сопротивляемости стрессу может свидетельствовать о том, что выявленные механизмы защиты могут работать «на износ» [6].

Следует отметить, что, несмотря на адаптивную функцию психологических защит, нужно не забывать о том, что механизмы психологической защиты не устраняют психологического конфликта, а напряжение от стресса смягчается временно. Постоянное и упорное применение определенного механизма психологической защиты при условии сохранения стрессового фактора может привести к использованию и закреплению неправильных форм поведения, которые не смогут изменить существующие трудности. Этот факт следует учитывать при выборе психотерапевтической помощи [10], которая, возможно, сможет повлиять на положительное течение терапии пациентов с псориазом и atopическим дерматитом.

■ ВЫВОДЫ

1. Чем длительнее болеют пациенты с псориазом, тем сильнее у них выражена психологическая защита «отрицание».
2. Общая напряженность использования механизмов психологических защит растет в обеих группах пациентов с кожной патологией при условии низкой сопротивляемости стрессу.
3. Индивиды с низкой сопротивляемостью стрессу из группы пациентов с псориазом чаще используют примитивный механизм защиты «регрессия» и зрелые защиты «замещение» и «вытеснение». При пороговой и низкой сопротивляемости стрессу пациенты с atopическим дерматитом чаще используют зрелые механизмы защиты «замещение» и «гиперкомпенсация».

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование показало, что перед началом терапии пациентов с псориазом и atopическим дерматитом необходимо принять во внимание длительность кожной патологии (особенно у пациентов с псориазом) и уровень стрессоустойчивости. Более того, использование психодиагностики и коррекции механизмов психологических защит у пациентов с псориазом и atopическим дерматитом может стать дополнением к терапии данных пациентов. Это можно объяснить тем, что высокая напряженность и длительное использование механизмов психологических защит может усугублять негативное влияние стресса и закреплять дезадаптивное поведение под влиянием стресса. Возможно, в будущем такой подход сможет улучшить сопротивляемость стрессу, качество жизни и приверженность к лечению у пациентов с псориазом.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aaron M. Drucker (2017) Atopic dermatitis: Burden of illness, quality of life, and associated complications. *Allergy Asthma Proc*, vol. 38 (1), pp. 3–8.
2. Jagovdik N.Z., Belugina I.N., Siatkovsky V.A., Azarova L.A., Siatkovskaya N.V., Belugina O.S. (2015) Interdependence of psychological, social and medical factors in life quality of patients with psoriasis. *Dermatovenerology. Cosmetology*, vol. 2 (2), pp. 28–40.
3. Sarah Al. Sawah, Shonda A. Foster, Orin M. Goldblum, William N. Malatestinic, Baojin Zhu, Nianwen Shi, Xue Song, Steven R. Feldman (2017) Healthcare costs in psoriasis and psoriasis sub-groups over time following psoriasis diagnosis. *J Med Econ*, vol. 20(9), pp. 982–990.
4. 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. *Gannushkin Journal: Psychiatry and psychopharmacotherapy*, vol. 22 (5), pp. 32–35.
5. Fleming P., Bai J.W., Pratt M., Sibbald C., Lynde C., Gulliver W.P. (2017) The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, vol. 31 (5), pp. 798–807.
6. Carner P. (2015) Understanding Defense Mechanisms. *Psychodynamic Psychiatry*, vol. 43(4), pp. 523–552.
7. Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Voitova A.S. (2016) Interrelation of anticipation mechanisms, psychological protection and coping at psychosomatic patients. *Journal of Siberian Medical Sciences*, no 3: 2.
8. Goldbeck R. (1997) Denial in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 43 (6), pp. 575–593.
9. Farah C. Awadalla, Brad Yentzer, Rajesh Balkrishnan, Steven R. Feldman (2007) A role for denial in poor adherence to psoriasis treatment. *J Dermatolog Treat*, vol. 18 (6), pp. 324–325.
10. Subbotina L.J., Jurkova M.V. (2004) Psihologiya zaschiti lichnosti [Psychology of personality protection]. Available at: <http://www.lib.uniyar.ac.ru/edocs/iuni/20041330.pdf>, 104 p. (in Russian)
11. Homayoon D., Hiebler-Ragger M., Zenker M., Weger W., Unterrainer H., Aberer E. (2020) Relationship Between Skin Shame, Psychological Distress and Quality of Life in Patients with Psoriasis: a Pilot Study. *Acta Derm Venereol*, vol. 100(14): adv00205.
12. Jankowiak B., Kowalewska B., Krajewska-Kulak E., Khvorik D.F. (2020) Stigmatization and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)*, vol. 10 (2), pp. 285–296.
13. Lapidus C.S., Kerr P.E. (2001) Social impact of atopic dermatitis. *Med Health R I*, vol. 84(9), pp. 294–295.

Подана/Submitted: 07.04.2021

Принята/Accepted: 19.08.2021

Контакты/Contacts: theolgabelugina@gmail.com