

<https://doi.org/10.34883/PI.2022.8.1.011>
УДК 616.89-008-02:616.517:616.5



Белугина О.С. ✉, Скугаревский О.А., Яговдик Н.З., Белугина И.Н.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Атопический дерматит: ассоциированность психологических и нейропсихологических показателей с клиническими характеристиками заболевания

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 18.01.2022
Принята: 11.03.2022
Контакты: theolabelugina@gmail.com

Резюме

Введение. Стресс считается одной из причин обострения атопического дерматита. Способность понимать эмоции, способ совладания со стрессом, механизмы психологических защит, стрессоустойчивость и особенности исполнительских функций тесно связаны с субъективным восприятием стресса и индивидуальной способностью справляться со стрессом.

Цель. Изучить степень выраженности психологических и нейропсихологических параметров относительно клинических проявлений атопического дерматита.

Материалы и методы. На базе УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» (переименован в сентябре 2021 г. в УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии») обследовано 59 пациентов с атопическим дерматитом. Для исследования использовались: анамнестический метод, визуально-аналоговая шкала интенсивности зуда, психологические методы (Торонтская алекситимическая шкала, TAS-20-R; опросник Дж. Маера, П. Сэловея и Д. Карузо; опросник Плутчика – Келлермана – Контэ; опросник Холмса – Раге; опросник способов совладающего поведения по Лазарусу; опросник соматизированных расстройств) и нейропсихологический метод (компьютерная версия Висконсинского теста сортировки карточек).

Результаты. Исследование показало, что низкая эмоциональная осведомленность, дезадаптивные механизмы психологической защиты и копинг-стратегии, а также значительная выраженность механизмов соматизации, низкая стрессоустойчивость и нарушение исполнительских функций ассоциированы с более тяжелыми клиническими проявлениями атопического дерматита.

Заключение. Полученные данные говорят о том, что в процессе обследования и лечения пациента с атопическим дерматитом вышеописанные параметры могут стать потенциальной мишенью для психологической коррекции. Это в будущем, возможно, сможет помочь снизить тяжесть клинического проявления данной патологии кожи.

Ключевые слова: атопический дерматит, клиническая картина, алекситимия, эмоциональный интеллект, механизмы психологической защиты, копинг-стратегии, соматизация, стрессоустойчивость, исполнительские функции

Belugina O. ✉, Skugarevsky O., Jagovdik N., Belugina I.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Atopic Dermatitis: Psychological and Neuropsychological Characteristics and their Association with Clinical Features

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 18.01.2022

Accepted: 11.03.2022

Contacts: theolabelugina@gmail.com

Abstract

Introduction. Stress is considered to be one of the causes of atopic dermatitis. The ability to understand feelings and emotions, coping strategies, psychological defense mechanisms, stress resistance and executive functions are closely related with the subjective perception of stress and the individual's ability to cope with stress.

Purpose. To study the degree of expression of psychological and neuropsychological characteristics in relation to clinical features of atopic dermatitis.

Materials and methods. 59 patients with atopic dermatitis were enrolled in the study at "The City Clinical Dermatovenerologic Dispansery" (renamed from September, 2021: "Minsk City Clinical Center of Dermatovenerology"). Research methods: anamnesis, Visual Analogue Scale, Toronto Alexithymia Scale-20-R, The Mayer – Salovey – Caruso Emotional Intelligence Test, Life Style Index, Social Readjustment Rating Scale, The Ways of Coping Check list, Screening for Somatoform Symptoms and computer version of the Wisconsin Card Sorting Test.

Results. Low emotional intelligence, maladaptive coping strategies, primitive psychological defense mechanisms, somatization, low stress resistance and impaired executive functions are increasing the chances of developing more severe clinical picture in patients with atopic dermatitis.

Conclusions. The results obtained indicate that in the process of examining and treating a patient with atopic dermatitis emotional awareness, coping strategies, psychological defense mechanisms, stress resistance and executive functions may become one of the main targets for psychological help in order to reduce the severity of the clinical manifestation for patients with atopic dermatitis.

Keywords: atopic dermatitis, clinical features, alexithymia, emotional intelligence, coping-strategies, psychological defense mechanisms, stress resistance, somatization, executive functions, cognitive flexibility

■ ВВЕДЕНИЕ

В 1950 г. Францем Александером была предложена «святая семерка психосоматических заболеваний» (Holy Seven Psychosomatic Diseases): бронхиальная астма, гипертония, язвенная болезнь 12-перстной кишки, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит и нейродермит (атопический дерматит) [1].

Атопический дерматит – форма диффузного нейродермита (Neurodermitis), наследственное заболевание многофакторной природы, которое характеризуется хроническим рецидивирующим течением, зудом, воспалительными поражениями кожи, лихенификацией, а также симметричным расположением высыпаний. Зуд различной интенсивности и длительности является характерным симптомом данной патологии. Зуд может возникать внезапно или присутствовать длительно на пораженных участках кожи (Адаскевич В.П. и соавт., 2006). Атопический дерматит чаще всего возникает в первые месяцы после рождения и к 2–3 годам у некоторых пациентов самостоятельно проходит. Очаги поражения локализуются на лице, шее, груди, в локтевых и подколенных складках, в области межфаланговых суставов. Рецидив заболевания может возникать в пубертате. Одной из причин обострения данного заболевания принято считать стресс (Сосновский А.Т. и соавт., 2001).

К личностным характеристикам, которые модулируют индивидуальное восприятие стресса, следует отнести алекситимию (англ. alexithymia – «чувство без слов») – затруднение в понимании собственных чувств [2]. Существуют исследования, подтверждающие, что пациенты с атопическим дерматитом испытывают сложности с пониманием и выражением собственных эмоций [3].

Еще одной личностной характеристикой, связанной с субъективным восприятием стрессового события, является эмоциональный интеллект (англ. emotional intelligence). Эмоциональный интеллект – это способность понимать свои эмоции и эмоции окружающих, управлять эмоциями в процессе межличностной интеракции, умение понимать намерения других людей и собственные желания [4]. Лицам с высоким эмоциональным интеллектом легче преодолевать стресс [5], а низкий эмоциональный интеллект связан с психосоматической патологией [6].

Механизмы психологической защиты (англ. psychological defense mechanisms) играют также немаловажную роль в индивидуальном реагировании на стресс. Психологические защиты направлены на снижение тревожности в ситуации стресса. Механизмы психологической защиты делятся на примитивные (отрицание, проекция, регрессия) и зрелые (рационализация, гиперкомпенсация, компенсация, замещение, вытеснение). Примитивная защита является менее эффективной в борьбе со стрессом [7]. Данные литературы говорят о том, что у пациентов с атопическим дерматитом, по сравнению со здоровыми лицами, наблюдается использование примитивных механизмов защиты [8].

«Копинг» (англ. cope – «преодоление») – это способность индивида совладать с внешними стрессорами [9]. Деадаптивными копингами также чаще всего пользуются алекситимичные личности [3].

Исполнительские функции (англ. executive functions) – когнитивная гибкость, играет важную роль в планировании, решении проблемы, способности справляться со стрессом и управлять эмоциями [10]. В литературе есть данные о том, что у пациентов с психосоматическими расстройствами присутствуют нарушения исполнительских функций [11].

Психологическая помощь (краткосрочная психодинамическая психотерапия; когнитивно-поведенческая терапия; дерматологическое образование) снижает интенсивность зуда и тяжесть течения заболевания у пациентов с атопическим дерматитом [12]. На основании анализа отечественной и зарубежной литературы нами было обнаружено, что вклад психологических и нейропсихологических показателей

в клинические проявления атопического дерматита является важным направлением для исследования в области психодерматологии, поскольку различные домены психологического функционирования оказывают дифференцированное влияние.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить ассоциированность психологических и нейропсихологических параметров с клиническими проявлениями атопического дерматита.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом одномоментного поперечного исследования являлись 59 пациентов с атопическим дерматитом (35 (59%) мужчин и 24 (41%) женщины) в период обострения, которые проходили лечение в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска (переименован в сентябре 2021 г. в УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии») в период с 2018 по 2020 г. Формирование выборки происходило методом направленного отбора. Средний возраст в исследуемой группе пациентов с атопическим дерматитом составил 25,1 года ($\pm 7,08$).

Критериями включения в исследование являлись: информированное согласие на участие в исследовании; диагноз «атопический дерматит», удовлетворяющий критериям МКБ-10; период обострения; распространенная локализация высыпаний; возраст от 18 до 60 лет; отсутствие соматических заболеваний, расстройств психотического спектра и зависимости от психоактивных веществ.

Для изучения интенсивности зуда была использована Визуально-аналоговая шкала, ВАШ (Visual Analog Scale, VAS). Данная методика представлена непрерывной шкалой в виде горизонтальной линии, на которой испытуемый должен отметить степень субъективного восприятия интенсивности своего зуда от 0 до 10.

Также в исследовании были использованы психологические и нейропсихологическая методики.

Психологические методики:

1. Для изучения эмоционального интеллекта нами был использован Опросник Дж. Маера, П. Сэловея и Д. Карузо (The Mayer – Salovey – Caruso Emotional Intelligence Test, MSCEIT 2.0). Данный опросник состоит из специальных вербальных заданий, фотографий лиц людей, пейзажей и абстрактных форм, с помощью которых изучается два основных домена эмоционального интеллекта: опытный (способность переживать и классифицировать эмоции) и стратегический (умение рассуждать об эмоциях и использовать эмоции в процессе социального взаимодействия) [4].
2. Для изучения алекситимии нами была использована Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale-20-R, TAS-20-R). Эта методика включает в себя 20 утверждений и степени согласия с ними. Данные утверждения позволяют изучить три составляющие алекситимии: трудность идентификации чувств (ТИЧ), трудность с описанием чувств другим людям (ТОЧ) и внешне-ориентированный тип мышления (BOM) – тенденция к описанию телесных переживаний, нежели эмоциональных [13].
3. Для изучения механизмов психологической защиты использовался опросник Плутчика – Келлермана – Контэ «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI). Данный опросник состоит из утверждений, которые описывают поведение,

реакции и чувства людей в различных ситуациях. Испытуемому следует согласиться или нет с данными утверждениями. Эта методика позволяет выявить механизмы психологической защиты: вытеснение (бессознательное забывание), отрицание (непринятие реальности), регрессия (детская реакция на стресс – плач или обиды), проекция (приписывание своих чувств другому объекту), компенсация (стремление преодолеть недостатки в существующей или иной сфере), замещение (смещение негатива на эмоционально более «слабый» объект), рационализация (стремление оправдать неприятную ситуацию), гиперкомпенсация (форма компенсации, при которой человек преуспевает в сфере, где имеется дефект, а также начинает доминировать в ней) – и общую напряженность механизмов психологической защиты [14].

4. Для изучения уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации использовался опросник Холмса – Пэра (The Holmes and Rahe Stress Inventory или Social Readjustment Rating Scale, SRRS). Этот опросник состоит из пунктов, описывающих ситуации, которые могли бы стать причиной стресса в течение последнего года у испытуемого. Большая сопротивляемость стрессу (менее 150 баллов) характеризуется очень высокой стрессоустойчивостью [15].
5. Копинг-стратегии совладания со стрессом изучались при помощи опросника «Способы совладающего поведения» по Лазарусу (The Ways of Coping Checklist, R.S. Lazarus, S. Folkman). Эта методика состоит из утверждений и степеней согласия с ними. Утверждения позволяют оценить степень выраженности копинг-стратегий: конфронтация (усиление активности для изменения сложившейся ситуации), дистанцирование (сознательное отстранение от проблемы), самоконтроль (контроль над собственными действиями), поиск социальной поддержки (поиск помощи от окружающих), принятие ответственности (признание проблемы), бегство-избегание (уход от проблемы), планирование решения проблемы (стремление разобраться и решить проблему) и положительная переоценка (сохранение оптимизма) [16].
6. Соматизация изучалась при помощи Опросника соматизированных расстройств (Screening for Somatic Symptoms, SOMS-2). Данный опросник состоит из списка различных соматических жалоб, а испытуемому следует выбрать, какие из перечисленных жалоб имели у него место в течение двух последних лет или на данный момент [17].

Нейропсихологическая методика. Исполнительские функции оценивались при помощи компьютерного варианта Висконсинского теста сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test, WCST). Тест состоит из 128 карточек с изображением фигур, отличающихся по цвету, форме и количеству. В процессе исследования испытуемому предъявляются 4 «базовые» карточки и 5-я «опорная» карточка, которая может быть сходна по одному из параметров (категорий) с одной из 4 карточек: цвет, форма или количество объектов. Участнику исследования следует сопоставить карточки и определить критерий, по которому «опорная» и одна из «базовых» карточек являются сходными. Уведомление о правильности ответа выводится на экран при помощи текстового сообщения в процессе выполнения теста: «правильно» или «ошибка». Критерии, по которым «опорная» карточка может быть сходна с одной из «базовых», меняются в процессе теста время от времени. Эти изменения требуют от испытуемого быстрой перестройки (когнитивной гибкости).

Оценка результатов теста проводится по параметрам:

- Trials Administered – общее количество предъявляемых карточек (меньшее количество говорит о лучшем результате);
- Categories Completed – число законченных категорий (большее количество говорит о лучшем результате);
- Perseverative Errors – perseverативные ошибки, количество ошибок, связанных с фиксацией на прежнем задании, отражает обстоятельность мышления;
- Nonperseverative Errors – nonperseverативные ошибки, ошибки в рамках одной категории;
- Total Correct – общее количество правильных ответов;
- Total Errors – общее количество неправильных ответов;
- Failure to Maintain Set – неспособность удержать счет: испытуемый нашел правило сортировки карточек, однако не смог довести правильные решения до конца, отражает способность следовать правилам;
- Distraction Errors – ошибка, возникающая при нарушениях фиксации внимания, возникает при случайной сортировке карточек;
- Trial to Complete 1st Category – количество карточек, пройденных тестируемым для завершения первой категории, связано со способностью обучаться и с сообразительностью [18].

Обработка данных проводилась при помощи статистической платформы Jamovi, версии 1.2.22 для macOS. Нормальность распределения количественных переменных оценивалась с помощью критерия Шапиро – Уилка. Исходные клинические проявления кожной патологии оценивались методом описательной статистики. 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 . Статистически достоверными считались различия на уровне значимости $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В табл. 1 представлена общая характеристика клинических проявлений в исследуемой группе пациентов с атопическим дерматитом.

С учетом характера распределения данных для категоризации параметров на «высокую» и «низкую» интенсивность для соматизации был взят 81 перцентиль (%), алекситимии – 76%, ТОЧ – 80%, проекции – 29%, рационализации – 83%, опытного домена – 75%, nonperseverативных ошибок – 59%, рационализации – 36%, количества карточек, пройденных для завершения 1-й категории, – 31%, вытеснения – 70%, компенсации – 70%, perseverативных ошибок – 67%, стрессоустойчивости – 33%, гиперкомпенсации – 37%, использования эмоций в решении проблемы – 55%, понимания и анализа эмоций – 65%, опытного домена – 42%, конфронтации – 40%. Количество госпитализаций было категоризировано по 25% на «малое» и «большое».

По медиане на «высокую» и «низкую» интенсивность были категоризованы: интенсивность зуда, ТИЧ, отрицание, общая напряженность механизмов психологических защит, использование эмоций в решении проблемы. Общее количество обострений было категоризировано на «много» и «мало», длительность последней

Таблица 1
Общая характеристика клинических проявлений пациентов с атопическим дерматитом

Параметр		Всего, N=59 (46,8%)	Мужчины, n=35 (59%)	Женщины, n=24 (41%)
Наследственность по кожной патологии, n (%)	Да	16 (27%)	11 (31%)	5 (21%)
	Нет	43 (73%)	24 (69%)	19 (79%)
Сроки прогрессирования, n (%)	Быстро (дни)	30 (51%)	15 (50%)	15 (50%)
	Медленно (недели)	29 (49%)	20 (68%)	9 (32%)
Количество обострений, Me (25–75%)		14 (4–21%)	20 (10–23%)	4 (2–15%)
Количество госпитализаций, Me (25–75%)		2 (1–4%)	2 (1–3%)	2 (1–4%)
Количество госпитализаций за последний год, Me (25–75%)		1 (1–1%)	1 (1–1%)	1 (1–2%)
Сроки последней ремиссии (месяцы), Me (25–75%)		3 (1–13%)	3 (1–6%)	9 (0,7–36%)
Причины обострения, n (%)	Стресс	45 (76%)	23 (51%)	22 (49%)
	Другое	14 (24%)	12 (85%)	2 (15%)
Поражение половых органов и складок, n (%)	Да	5 (8%)	1 (20%)	4 (80%)
	Нет	54 (92%)	34 (63%)	20 (37%)
Интенсивность зуда, Me (25–75%)		5 (4–7,5%)	5 (4–7%)	5 (5–8%)
Избавляется от зуда, n (%)	Расчесывает до появления кровотечения	38 (64%)	20 (52%)	18 (48%)
	Другое	21 (36%)	15 (71%)	6 (29%)
Улучшение процесса (дни), Me (25–75%)		4 (3–5%)	4 (3–7%)	3 (3–4%)
Сезонность	Да	43 (73%)	29 (67%)	14 (33%)
	Нет	16 (27%)	6 (37%)	10 (63%)
Аллергологический анамнез	Да	39 (66%)	26 (66%)	13 (34%)
	Нет	20 (34%)	9 (45%)	11 (55%)
Поражение волосистой части головы	Да	47 (70%)	28 (76%)	19 (63%)
	Нет	20 (30%)	9 (24%)	11 (37%)
Поражение открытых участков тела	Да	61 (91%)	33 (89%)	28 (93%)
	Нет	6 (9%)	4 (11%)	2 (7%)
Высыпания на лице	Да	23 (34%)	11 (30%)	12 (40%)
	Нет	44 (66%)	26 (70%)	18 (60%)

Table 1
Atopic dermatitis: clinical features

Clinical features		Total, N=59 (46.8%)	Male, n=35 (59%)	Female, n=24 (41%)
Hereditary background n (%)	Yes	16 (27%)	11 (31%)	5 (21%)
	No	43 (73%)	24 (69%)	19 (79%)
Rapidly of disease progression n (%)	Fast (days)	30 (51%)	15 (50%)	15 (50%)
	Slow(weeks)	29 (49%)	20 (68%)	9 (32%)
Relapses, Me (25–75%)		14 (4–21%)	20 (10–23%)	4 (2–15%)
Hospitalizations, Me (25–75%)		2 (1–4%)	2 (1–3%)	2 (1–4%)
Hospitalizations (for the last year), Me (25–75%)		1 (1–1%)	1 (1–1%)	1 (1–2%)
Last remission (month), Me (25–75%)		3 (1–13%)	3 (1–6%)	9 (0.7–36%)
Relapse triggers n (%)	Stress	45 (76%)	23 (51%)	22 (49%)
	Other	14 (24%)	12 (85%)	2 (15%)

Table 1 end

Genital rashes n (%)	Yes	5 (8%)	1 (20%)	4 (80%)
	No	54 (92%)	34 (63%)	20 (37%)
Itch intensity, Me (25–75%)		5 (4–7.5%)	5 (4–7%)	5 (5–8%)
Itch management n (%)	Scratching till it bleeds	38 (64%)	20 (52%)	18 (48%)
	Other	21 (36%)	15 (71%)	6 (29%)
Improvement (days), Me (25–75%)		4 (3–5%)	4 (3–7%)	3 (3–4%)
Seasonality	Yes	43 (73%)	29 (67%)	14 (33%)
	No	16 (27%)	6 (37%)	10 (63%)
Allergic anamnesis	Yes	39 (66%)	26 (66%)	13 (34%)
	No	20 (34%)	9 (45%)	11 (55%)
Scalp rashes	Yes	47 (70%)	28 (76%)	19 (63%)
	No	20 (30%)	9 (24%)	11 (37%)
Rash on the visible parts of the body	Yes	61 (91%)	33 (89%)	28 (93%)
	No	6 (9%)	4 (11%)	2 (7%)
Facial rash	Yes	23 (34%)	11 (30%)	12 (40%)
	No	44 (66%)	26 (70%)	18 (60%)

ремиссии была категоризирована на «короткую» и «длительную», скорость разрешения процесса – «быстро» и «медленно».

Причина обострения была категоризирована на «стресс» и «другое» (нарушение диеты, простудное заболевание, алкоголь); избавление от зуда – «травматическое» (расчесывает высыпания до появления кровотечения) или «другое» (терпит, принимает лекарство, использует мазь/лосьон); прогрессирование заболевания – «быстро» (дни) и «медленно» (недели); поражение волосистой части головы – «есть» и «нет».

В результате исследования было выявлено, что нарушения эмоциональной осведомленности увеличивают шансы более сильной интенсивности зуда и большего количества обострений. По данным литературы, возможно, это связано с тем, что отсутствие способности отличать эмоции от телесных ощущений приводит к усилению неприятных чувств в теле под влиянием стресса вследствие неразрешенного конфликта [3]. В свою очередь, нами было выявлено, что лучшая эмоциональная осведомленность ассоциирована с более длительным периодом последней ремиссии.

Помимо этого, дезадаптивные копинг-стратегии ассоциированы с тем, что причиной обострения заболевания является стресс, чему в клинической реальности соответствует большая замедленность разрешения кожного процесса.

Примитивные механизмы психологической защиты связаны с сильной интенсивностью зуда, травматичным способом избавления от зуда (расчесывает высыпания до появления кровотечения) и большим количеством обострений. Сильная напряженность механизмов психологических защит ассоциирована с большим количеством обострений. Это в свою очередь, возможно, связано с тем, что интенсивное использование механизмов психологических защит может приводить к дезадаптивному поведению, которое усугубляет существующие трудности в жизни пациента при наличии постоянного стресса [7] и, как следствие, приводит к более частым обострениям.

Таблица 2
Выраженность компонентов психосоматического реагирования относительно клинических проявлений атопического дерматита (методики: MSCEIT v. 2.0, TAS-20-R, LSI, SRRS, Опросник Лазаруса, SOMS-2 и WCST)

Методика	Показатель и его значение	ОШ (±95% ДИ)	Статистическая значимость значений	Клиническая харак- теристика атопичес- кого дерматита
Опросник Лазаруса	Планирование решения проблемы ≤12	3,60 (1,02–12,6)	$\chi^2=4,24$; $p=0,039$	Стресс как причина обострения
MSCEIT v. 2.0	Опытный домен ≤0,47	4,33 (1,2–15,53)	$p=0,024$	Сильная интенсив- ность зуда (≥5)
TAS-20-R	Алекситимия ≥55	6,04 (1,47–24,8)	$p=0,013$	
	ТИЧ ≥16	3,25 (1,11–9,45)	$\chi^2=4,80$; $p=0,028$	
	ТОЧ ≥17	5,80 (1,11–30,2)	$p=0,036$	
LSI	Рационализация ≥60	5,80 (1,11–30,2)	$p=0,036$	
MSCEIT v. 2.0	Количество карточек, пройденных тестируемым для завершения 1-й категории, ≥20	3,78 (1,28–11,1)	$\chi^2=6,05$; $p=0,014$	Для избавления от зуда расчесывает высыпания до крови
LSI	Отрицание ≥36	4,40 (1,33–14,5)	$\chi^2=6,33$; $p=0,012$	
	Рационализация ≥35	3,75 (1,21–11,5)	$\chi^2=5,50$; $p=0,019$	
WCST	Неперсеверативные ошибки ≥22	4,72 (1,34–16,7)	$\chi^2=6,32$; $p=0,012$	
	Количество карточек, пройденных тестируемым для завершения 1-й категории, ≥15	3,08 (1,00–9,44)	$\chi^2=4,01$; $p=0,045$	
LSI	Вытеснение ≥40	7,66 (1,56–25,8)	$\chi^2=7,66$; $p=0,006$	Большое количество обострений ≥14
	Компенсация ≥40	6,35 (1,56–25,8)	$p=0,007$	
	Общая напряженность механизмов психологических защит ≥34	3,31 (1,13–9,69)	$\chi^2=4,9$; $p=0,027$	
MSCEIT v. 2.0	Использование эмоций в решении проблемы ≤0,428	3,282 (1,129–9,54)	$\chi^2=4,91$; $p=0,027$	
WCST	Персеверативные ошибки ≥18	3,25 (1,02–10,3)	$\chi^2=4,16$; $p=0,041$	
SRRS	Стрессоустойчивость ≥180	11,077 (2,733–44,893)	$p<0,001$	Быстрое прогресси- рование заболевания (дни)
LSI	Гиперкомпенсация ≥15	3,24 (1,02–9,83)	$\chi^2=4,47$; $p=0,035$	Большое количество госпитализаций ≥1
MSCEIT v. 2.0	Использование эмоций для решения проблемы ≥0,435	3,20 (1,10–9,34)	$\chi^2=4,66$; $p=0,031$	Последняя ремиссия (месяцы) ≥3
	Понимание и анализ эмоций ≥0,450	3,85 (1,24–11,9)	$\chi^2=5,74$; $p=0,017$	
	Опытный домен ≥0,452	3,67 (1,21–11,1)	$\chi^2=5,51$; $p=0,019$	
	Общий балл эмоционального интеллекта ≥0,4	4,53 (1,51–13,6)	$\chi^2=7,59$; $p=0,006$	

Окончание таблицы 2

Опросник Лазаруса	Конфронтация ≤ 7	5,056 (1,553–16,46)	$\chi^2=7,79$; $p=0,005$	Скорость разрешения процесса (дни) ≥ 4
SOMS-2	Соматизация ≥ 15	4,88 (1,166–20,44)	$\chi^2=5,26$; $p=0,030$	Поражение волосистой части головы
LSI	Рационализация ≥ 42	4,42 (1,057–18,48)	$p=0,042$	

Table 2

The degree of expression of psychological and neuropsychological characteristics in relation to the clinical features of atopic dermatitis (methods: MSCEIT v. 2.0, TAS-20-R, LSI, SRRS, The Ways of Coping Checklist, SOMS-2 и WCST)

Methods	Psychological and neuropsychological characteristics	Odds ratio ($\pm 95\%$ Confidence Interval)	Statistical significance	Atopic dermatitis: clinical features
The Ways of Coping Checklist	Planful problem-solving ≤ 12	3.60 (1.02–12.6)	$\chi^2=4.24$; $p=0.039$	Relapse trigger: stress
MSCEIT v. 2.0	Experiential ≤ 0.47	4.33 (1.2–15.53)	$p=0.024$	Severe itch intensity (≥ 5)
TAS-20-R	Alexithymia ≥ 55	6.04 (1.47–24.8)	$p=0.013$	
	Difficulty indentifying feeling ≥ 16	3.25 (1.11–9.45)	$\chi^2=4.80$; $p=0.028$	
	Difficulty describing feeling ≥ 17	5.80 (1.11–30.2)	$p=0.036$	
LSI	Rationalization ≥ 60	5.80 (1.11–30.2)	$p=0.036$	
MSCEIT v. 2.0	Trial to Complete 1 st Category ≥ 20	3.78 (1.28–11.1)	$\chi^2=6.05$; $p=0.014$	Scratching until it bleeds
LSI	Denial ≥ 36	4.40 (1.33–14.5)	$\chi^2=6.33$; $p=0.012$	
	Rationalization ≥ 35	3.75 (1.21–11.5)	$\chi^2=5.50$; $p=0.019$	
WCST	Nonperseverative errors ≥ 22	4.72 (1.34–16.7)	$\chi^2=6.32$; $p=0.012$	
	Trial to Complete 1 st Category ≥ 15	3.08 (1.00–9.44)	$\chi^2=4.01$; $p=0.045$	
LSI	Repression ≥ 40	7.66 (1.56–25.8)	$\chi^2=7.66$; $p=0.006$	Relapses ≥ 14
	Compensation ≥ 40	6.35 (1.56–25.8)	$p=0.007$	
	Psychological defense mechanisms intensity ≥ 34	3.31 (1.13–9.69)	$\chi^2=4.9$; $p=0.027$	
MSCEIT v. 2.0	Solving problems with emotion ≤ 0.428	3.282 (1.129–9.54)	$\chi^2=4.91$; $p=0.027$	
WCST	Perseverative errors ≥ 18	3.25 (1.02–10.3)	$\chi^2=4.16$; $p=0.041$	
SRRS	Stress resistance ≥ 180	11.077 (2.733–44.893)	$p<0.001$	Rapid disease progression (days)
LSI	Hypercompensation ≥ 15	3.24 (1.02–9.83)	$\chi^2=4.47$; $p=0.035$	Hospitalizations ≥ 1

Table 2 end

MSCEIT v. 2.0	Solving problem with emotion ≥ 0.435	3.20 (1.10–9.34)	$\chi^2=4.66$; $p=0.031$	Last remission (month) ≥ 3
	Understanding emotions ≥ 0.450	3.85 (1.24–11.9)	$\chi^2=5.74$; $p=0.017$	
	Experiential ≥ 0.452	3.67 (1.21–11.1)	$\chi^2=5.51$; $p=0.019$	
	Emotional intelligence: total score ≥ 0.4	4.53 (1.51–13.6)	$\chi^2=7.59$; $p=0.006$	
The Ways of Coping Checklist	Confrontive coping ≤ 7	5.056 (1.553–16.46)	$\chi^2=7.79$; $p=0.005$	Improvement (days) ≥ 4
SOMS-2	Somatization ≥ 15	4.88 (1.166–20.44)	$\chi^2=5.26$; $p=0.030$	Scalp rashes
LSI	Rationalization ≥ 42	4.42 (1.057–18.48)	$p=0.042$	

Низкая стрессоустойчивость увеличивает шансы быстрого прогрессирования заболевания (в течение нескольких дней). С соматизацией ассоциировано наблюдение по более частой встречаемости поражения волосистой части головы.

Нарушения в исполнительских функциях (обстоятельность мышления) увеличивает шансы большего количества обострений и того, что для избавления от зуда пациент будет расчесывать до крови свои высыпания. Более того, когнитивная гибкость (способность обучаться и быть сообразительным) не спасает пациентов от наличия сильной интенсивности зуда, травматичного способа избавления от зуда (расчесывает высыпания до появления кровотечения) и большого количества обострений.

Полученные данные о вкладе психологических и нейропсихологических показателей в клинические характеристики атопического дерматита представлены в табл. 2.

■ ВЫВОДЫ

1. Исследованные психологические показатели (нарушение эмоциональной осведомленности, примитивные механизмы психологической защиты, дезадаптивные копинг-стратегии, высокий уровень соматизации, низкая стрессоустойчивость) и нарушения исполнительских функций (обстоятельность мышления) увеличивают шансы более тяжелого клинического проявления и течения атопического дерматита, что свидетельствует о психосоматической природе данной патологии кожи.
2. Наличие когнитивной гибкости (сообразительность и обучаемость) не спасает пациентов от достаточно тяжелой клинической картины заболевания (наличие более тяжелой интенсивности зуда) и травматичных способов избавления от зуда (расчесывает высыпания до появления кровотечения).
3. Полученные результаты указывают на то, что лечение пациентов с атопическим дерматитом обязательно должно проводиться в сопровождении таких специалистов, как психотерапевт и психолог, с целенаправленным фокусом влияния на домены психологического конструкта.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование показало, что оценка индивидуальной выраженности психологических и нейропсихологических параметров, представленных в исследовании, у конкретного пациента сможет помочь определить вклад данных показателей в клинические проявления болезни пациента с атопическим дерматитом и будет способствовать реализации своевременных профилактических мер и адекватной медико-психологической помощи при данной патологии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kimball C.P. (1978) Diagnosing Psychosomatic Situations *Clinical Diagnosis of Mental Disorders*, pp. 677–708.
2. Griffith J.L. (1998) Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness *Psychosomatics*, vol. 39, no 6, 359 p.
3. Tominaga T., Choi H., Nagoshi Y., Wada Y., Fukui K. (2013) Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder *Neuropsychiatr Dis Treat*, vol. 10, pp. 55–62.
4. Sergienko E., Vetrova I. (2010) *The Mayer – Salovey – Caruso Test «Emotional intelligence» (MSCEIT v. 2.0), manual*. Moscow: «Institute of Psychology RAS», 175 p. (in Russian)
5. Mikolajczak M., Roy E., Luminet O., Fillée C., Timary P. (2007) The moderating impact of emotional intelligence on free cortisol responses to stress *Psychoneuroendocrinology*, vol. 32, no 8–10, pp. 1000–1012.
6. Sternberg R.J. (2012) The triarchic theory of successful intelligence Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues, pp. 156–177.
7. Cramer P. (2015) Understanding defense mechanisms *Psychodyn Psychiatry*, vol. 43, no 4, pp. 523–552.
8. Biletskaya M., Golikova M. (2019) Zashitno-sovladajushee povedenie muzhchia i zhenschin s atopicheskim dermatitom [Defensive-coping behaviour of patients with atopic dermatitis]. *Klinicheskaya psihologiya*, vol. 10, no 6, pp. 79–84.
9. Suhova E. (2014) Poniatie "koping-strategii" i primer asocialnih coping-strategij [Coping strategies definition and asocial coping-strategies] *Prikladnaya juridicheskaja psihologija*, no 1, pp. 76–83.
10. Blair C. (2017) Educating executive function *Whiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, vol. 8, no 1–2, pp. 1–9.
11. Triverdi J.K. (2006) Cognitive deficits in psychiatric disorders: current status *Indian J Psychiatry*, vol. 48, no 1, pp. 10–20.
12. Chida Y., Steptoe A., Hirakawa N., Sudo N., Kubo C. (2007) The effects of psychological intervention on atopic dermatitis. A systematic review and meta-analysis *Int Arch Allergy Immunol*, vol. 144, no 1, pp. 1–9.
13. Starostina E., Taylor G.D., Quilty L., Bobrov A., Moshnyaga E., Puzyrev N., Bobrov M., Ivashkina M., Krivchikova M., Shavrikova E., Bagby R.M. (2010) Torontskaya shkala alexithymia (20 punktov): validizacija russkojazychnoj versii na viborke terapevtycheskih 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 klinicheskaja psihiatrija*, vol. 22, no 3, pp. 31–38.
14. Krot A. (2015) *Mehanizmi psihologicheskoy zashiti: uchebno-metodicheskoe posobie* [Psychological defense mechanisms: teaching manual], 22 p. (in Russian)
15. Holmes H.H., Rahe R.H. (1967) The Social Reajustment Scale *J. Psychosom. Res.*, vol. 11, no 2, pp. 215–218.
16. Bituzkaya E. (2015) *Oprosnik sposobov kopinga: uchebno-metodicheskoe posobie* [The ways of coping questionnaire: teaching manual], 80 p. (in Russian)
17. Hiller W., Janca A. (2003) Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments *Acta Neuropsychiatria*, no 15, pp. 167–179.
18. Nyhus E., Barceló F. (2009) The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: a critical update *Brain and Cogn.*, vol. 71, no 3, pp. 437–451.