

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.3.007>
УДК 616.89-008-02:616.517:616.5

Белугина О.С. ✉, Скугаревский О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Мишени консультативно-психиатрической помощи пациентам с псориазом и атопическим дерматитом при наличии расстройства адаптации

Конфликт интересов: не заявлен.

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

Финансирование: авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Подана: 02.07.2024

Принята: 19.08.2024

Контакты: theolgabelugina@gmail.com

Резюме

Введение. При псориазе и атопическом дерматите часто встречаются сопутствующие психические расстройства.

Цель. Изучить вклад алекситимии, копинг-стратегий, механизмов психологических защит и ряда клинических показателей в развитие расстройства адаптации при псориазе и атопическом дерматите. Выявить предикторы неблагоприятного течения псориаза и атопического дерматита.

Материалы и методы. Обследовано 67 пациентов с псориазом, 59 – с атопическим дерматитом. Интенсивность зуда изучалась визуально-аналоговой шкалой. Алекситимия оценивалась 20-пунктовой Торонтской шкалой алекситимии. Стрессоустойчивость определялась методом Холмса – Раге. Копинг-стратегии трактовались методом «Способы совладающего поведения» по Лазарусу. Психологические защиты изучались методом Плутчика – Келлермана – Конте. Соматизация оценивалась опросником SOMS-2.

Результаты. При псориазе расстройство адаптации ассоциировано с алекситимией ($OR=4,81$ [$CI=1,43-16,2$]; $p=0,008$), трудностью описания чувств ($OR=6,17$ [$CI=1,49-25,6$]; $p=0,01$), внешне-ориентированным мышлением ($OR=3$ [$CI=1,08-8,32$]; $p=0,032$), вытеснением ($OR=3,23$ [$CI=1,14-9,14$]; $p=0,025$), конфронтацией ($OR=3,25$ [$CI=1,02-10,3$]; $p=0,04$), дистанцированием ($OR=2,83$ [$CI=1,03-7,78$]; $p=0,041$) и самоконтролем ($OR=3,5$ [$CI=1,02-12$]; $p=0,04$); бегством-избеганием проблемы ($OR=3,23$ [$CI=1,14-9,14$]; $p=0,025$). При атопическом дерматите расстройство адаптации ассоциировано с трудностью идентификации чувств ($OR=3,14$ [$CI=1,03-9,55$]; $p=0,04$); проекцией ($OR=3,66$ [$CI=1,02-13,2$]; $p=0,041$) и соматизацией ($OR=4,26$ [$CI=1,21-15$]; $p=0,019$); большим количеством госпитализаций ($OR=3,65$ [$CI=1,15-11,4$]; $p=0,024$) и длительной последней ремиссией ($OR=3,23$ [$CI=1,08-9,71$]; $p=0,034$).

Предикторы неблагоприятного течения псориаза: стрессоустойчивость ($OR=1$ [$CI=1-1,01$]; $p=0,01$), гиперкомпенсация ($OR=1,09$ [$CI=1,03-1,16$]; $p=0,005$) и интенсивность зуда ($OR=1,78$ [$CI=1,3-2,45$]; $p<0,001$). Предикторы неблагоприятного течения

атопического дерматита: трудность описания чувств ($OR=1,22$ [$CI=1,03-1,46$]; $p=0,021$) и общая напряженность механизмов психологических защит ($OR=1,11$ [$CI=1,04-1,18$]; $p=0,002$).

Заключение. Коррекция эмоциональной осведомленности, обучение адаптивным копинг-стратегиям и зрелым механизмам психологических защит – мишени консультативно-психиатрической помощи пациентам с псориазом и atopическим дерматитом при наличии расстройства адаптации.

Ключевые слова: псориаз, atopический дерматит, расстройство адаптации, консультативно-психиатрическая помощь, алекситимия, механизмы психологической защиты, копинг-стратегии

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

Consultation-Liaison Psychiatry Targets for Patients with Psoriasis, Atopic Dermatitis and Comorbid Adjustment Disorder

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.; the concept and design of the study, editing, approval of the article for publication – Skugarevsky O.

Funding: the authors state that there is no external funding for the study.

Submitted: 02.07.2024

Accepted: 19.08.2024

Contacts: theolgabelugina@gmail.com

Abstract

Introduction. In psoriasis and atopic dermatitis psychiatric comorbidities are common.

Purpose. To assess link between alexithymia, psychological defense mechanisms, coping strategies, some clinical parameters and presence of the adjustment disorder in patients with psoriasis and atopic dermatitis. To identify unfavorable course predictors of psoriasis and atopic dermatitis.

Materials and methods. $n=67$ patients with psoriasis and $n=59$ patients with atopic dermatitis were examined. The intensity of itching was assessed by Visual Analogue Scale. Alexithymia was assessed by Toronto alexithymia scale. Stress level was assessed by The Holmes and Rahe stress-scale. Coping strategies were assessed by Ways of coping questionnaire. Psychological defense mechanisms were assessed by The Life Style Index. Somatization was assessed by SOMS-2.

Results. In psoriasis presence of adjustment disorder was associated with alexithymia ($OR=4,81$ [$CI=1,43-16,2$]; $p=0,008$), difficulty describing feelings ($OR=6,17$ [$CI=1,49-25,6$]; $p=0,01$), externally oriented thinking ($OR=3$ [$CI=1,08-8,32$]; $p=0,032$); repression ($OR=3,23$ [$CI=1,14-9,14$]; $p=0,025$); confrontational coping ($OR=3,25$ [$CI=1,02-10,3$]; $p=0,04$), distance coping ($OR=2,83$ [$CI=1,03-7,78$]; $p=0,041$), self-control coping ($OR=3,5$ [$CI=1,02-12$]; $p=0,04$) and escape-avoidance coping ($OR=3,23$ [$CI=1,14-9,14$]; $p=0,025$). In atopic dermatitis presence of adjustment disorder was associated with difficulty identifying

feelings (OR=3,14 [CI=1,03–9,55]; $p=0,04$); projection defense mechanism (OR=3,66 [CI=1,02–13,2]; $p=0,041$), somatization defense mechanism (OR=4,26 [CI=1,21–15]; $p=0,019$); large number of hospitalizations (OR=3,65 [CI=1,15–11,4]; $p=0,024$) и long last remission (OR=3,23 [CI=1,08–9,71]; $p=0,034$).

Predictors of psoriasis unfavorable course: level of stress resistance (OR=1 [CI=1–1,01]; $p=0,01$); hypercompensation (OR=1,09 [CI=1,03–1,16]; $p=0,005$); itching intensity (OR=1,78 [CI=1,3–2,45]; $p<0,001$). Predictors of atopic dermatitis unfavorable course: difficulty describing feelings (OR=1,22 [CI=1,03–1,46]; $p=0,021$); intensity of psychological defense mechanisms (OR=1,11 [CI=1,04–1,18]; $p=0,002$).

Conclusion. The main targets for consultation-liaison psychiatry in patients with psoriasis and atopic dermatitis with adjustment disorder: emotional awareness improvement, adaptive coping strategies and mature psychological defense mechanisms training.

Keywords: psoriasis, atopic dermatitis, adjustment disorder, consultation-liaison psychiatry, alexithymia, psychological defense mechanisms, coping strategies

■ ВВЕДЕНИЕ

Широкая распространенность коморбидных психических нарушений у пациентов в общей соматической практике (26–46%) диктует необходимость расширения подходов к лечению данных патологий. Основной задачей консультативно-психиатрической помощи (англ. consultation-liaison psychiatry) являются консультирование и лечение пациентов с соматической патологией, которая может быть вызвана психическим нарушением, а также пациентов с коморбидными психическими нарушениями. Однако не у всех пациентов с соматической патологией и коморбидными психическими расстройствами в процессе медицинского обследования есть возможность получить консультацию специалиста в сфере психического здоровья. В свою очередь, своевременное оказание консультативно-психиатрической помощи связано с более короткой длительностью госпитализации, лучшим исходом заболевания, снижением частоты повторных госпитализаций и лучшим качеством жизни пациента [1].

На данный момент в Республике Беларусь отсутствует полноценная консультативно-психиатрическая помощь пациентам с кожными заболеваниями и сопутствующей психической патологией из-за недостаточной подготовки врачей-дерматологов по вопросам психодерматологии [2]. При этом частота психических коморбидных расстройств в дерматологии достигает 35–40% [3].

Псориаз (0,6–4,8% – распространенность во всем мире) и атопический дерматит (распространенность среди детского населения – 20%, а среди взрослого населения – 10%) являются распространенными кожными заболеваниями, ассоциированными с коморбидными психическими расстройствами [3–6]. Среди наиболее встречающихся коморбидных психических нарушений при псориазе следует отметить депрессию, тревожность, зависимости от психоактивных веществ, сексуальную дисфункцию, суицидальные мысли, психотические состояния [6] и нарушение навыков социальной адаптации [7]. При атопическом дерматите встречаются чаще такие сопутствующие психические патологии, как тревожность, депрессия, суицидальные мысли и нарушение сна [8]. Помимо этого, в некоторых случаях псориаз и

атопический дерматит ассоциированы со стрессом, что говорит о психосоматической природе данных заболеваний [9].

По данным литературы, психосоматизация под влиянием стресса обусловлена индивидуальными особенностями восприятия и преодоления стресса (алекситимия, дезадаптивные копинг-стратегии, механизмы психологических защит и стрессоустойчивость). Имеются данные об ассоциированности депрессии и тревоги при псориазе с алекситимией и трудностью идентификации чувств, а также данные о том, что трудность описания чувств при псориазе ассоциирована лишь с тревогой [10].

Таким образом, исследование мишеней для консультативно-психиатрической помощи при псориазе и атопическом дерматите с коморбидным психическим расстройством является важным направлением для расширения знаний у врачей-дерматологов по вопросам психодерматологии.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить вклад алекситимии, копинг-стратегий, механизмов психологических защит и ряда клинических показателей в развитие расстройства адаптации у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом. Выявить предикторы неблагоприятного течения псориаза и атопического дерматита.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом одномоментного поперечного исследования с направленным отбором явились 67 пациентов с псориазом (37 мужчин и 30 женщин) и 59 пациентов с атопическим дерматитом (35 мужчин и 24 женщины) в период обострения, которые находились на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» города Минска (переименован в сентябре 2021 г.: УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии») и в Кожно-венерологическом городском диспансере (амбулаторное дерматовенерологическое отделение № 2). Диагнозы L40.0 Псориаз обыкновенный и L20.0 Атопический дерматит верифицированы врачом-дерматологом. Средний возраст пациентов с псориазом составил 28 лет ($\pm 5,01$). Средний возраст пациентов с атопическим дерматитом составил 26 лет ($\pm 6,07$). Критерии включения в исследование: распространенный характер высыпаний, наличие кожного зуда, поражение открытых участков кожи, психическая состоятельность пациента, отсутствие тяжелой соматической патологии, эпилепсии, зависимости от психоактивных веществ и психотической симптоматики.

Клинические (клинический осмотр и медицинское интервью) и психодиагностические методы (психологические тесты в форме анкетирования) были использованы в исследовании.

Интенсивность зуда изучалась при помощи визуально-аналоговой шкалы (Visual Analog Scale). Данная методика представлена непрерывной шкалой в виде горизонтальной линии, на которой испытуемый должен отметить степень субъективного восприятия интенсивности своего зуда от 0 до 10 [11].

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 людям (ТОЧ) и внешне-ориентированный тип мышления (ВОМ) – склонность описывать телесные жалобы, а не эмоциональные переживания [12].

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 [13].

Соматизация определялась при помощи опросника соматизированных расстройств (SOMS-2) [14].

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 [15].

Стрессоустойчивость оценивалась при помощи шкалы Холмса – Прае (SRRS). Данный опросник дает возможность определить степень сопротивляемости стрессу: большая, высокая, пороговая и низкая [16].

Обработка данных проводилась при помощи статистической платформы Jamovi версии 1.2.22 для macOS. Анализ данных: описательная статистика; таблицы сопряженности: χ^2 -критерий (The Chi-Square Test of Association) и отношение шансов (OR) при достоверности 95% (CI); точный тест Фишера (Fisher exact test) для анализа частот в таблице сопряженности, если ожидаемые частоты в ячейках таблицы были <5 ; бинарная логистическая регрессия (cut-off point=0,5) и ROC-анализ [17]. Достоверными считались различия на уровне значимости $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе медицинского интервью было выявлено, что основной причиной возникновения и обострения псориаза явились различные стрессовые ситуации у 62 (93%) пациентов, и только 5 (7%) человек отметили, что рецидив дерматоза связан с перенесенной накануне вирусной инфекцией, употреблением алкоголя и погрешностями в диете. Среди пациентов с атопическим дерматитом инициатором обострения кожной патологии явился стресс у 45 (76%) пациентов, а другие причины указали лишь 14 (24%) респондентов (нарушение диеты и алкоголь).

Для пациентов с псориазом медиана Ме (25–75%) по давности поражения кожного покрова составила Ме=10 (4,5–15%) лет, общее количество обострений – Ме=5 (3–10%) раз, общее количество госпитализаций – Ме=3 (1–4%) раза, количество госпитализаций за последний год – Ме=1 (1–1%) раз, сроки последней ремиссии – Ме=3 (0–6,5%) месяца, медиана интенсивности зуда по 10-балльной шкале – Ме=5 (3–7%), а медиана по скорости улучшения кожного процесса – Ме=4 (3–7%) дня. Процентное соотношение общих клинических характеристик для пациентов с псориазом: наследственность по кожной патологии (отягощена – 33%, не отягощена – 37%), сроки прогрессирования (быстро – 27%, медленно – 73%), сезонность (да – 79%, нет – 21%), аллергологический анамнез (отягощен – 13%, не отягощен – 87%), поражение ногтей (да – 25%, нет – 75%), поражение половых органов и складок (да – 21%, нет – 79%), поражение суставов (да – 22%, нет – 78%), высыпания на лице (да – 53%, нет – 47%), поражение волосистой части головы (да – 20%, нет – 80%), поражение открытых участков тела (да – 93%, нет – 7%), наличие дежурных бляшек (да – 63%, нет – 37%) и способ избавления от зуда (расчесывает до кровотечения – 49%, другое – 51%).

Для пациентов с атопическим дерматитом медиана Ме (25–75%) по давности поражения кожного покрова составила Ме=19 (16–24%) лет (такой большой отрезок времени связан с тем, что данное заболевание впервые возникает в первые месяцы после рождения, а рецидив – в пубертате), общее количество обострений – Ме=14 (4–21%) раз, общее количество госпитализаций – Ме=2 (1–4%) раза, количество госпитализаций за последний год – Ме=1 (1–1%) раз, сроки последней ремиссии – Ме=3 (1–13%) месяца, медиана интенсивности зуда по 10-балльной шкале – Ме=5 (4–7,5%), а медиана по скорости улучшения кожного процесса – Ме=4 (3–5%) дня. Процентное соотношение общих клинических характеристик для пациентов с атопическим дерматитом: наследственность по кожной патологии (отягощена – 27%, не отягощена – 73%), сроки прогрессирования (быстро – 51%, медленно – 49%), сезонность (да – 73%, нет – 27%), аллергологический анамнез (отягощен – 66%, не отягощен – 34%), поражение половых органов и складок (да – 8%, нет – 92%), высыпания на лице (да – 34%, нет – 66%), поражение волосистой части головы (да – 70%, нет – 30%), поражение открытых участков тела (да – 91%, нет – 9%) и способ избавления от зуда (расчесывает до кровотечения – 64%, другое – 36%).

Помимо этого, нами было обнаружено, что у 27 (40%) пациентов с псориазом и у 22 (37%) пациентов с атопическим дерматитом состояние удовлетворяло критериям диагноза расстройств адаптации F43.2 [18].

В результате исследования ассоциированности компонентов эмоциональной осведомленности и способов снижения эмоциональной напряженности с наличием диагноза расстройства адаптации при псориазе с учетом характера распределения данных были категоризированы на высокую и низкую степень выраженности следующие показатели: алекситимия¹, ТОЧ², ВОМ³, конфронтация⁴, дистанцирование⁵, самоконтроль⁶, бегство-избегание⁷ и вытеснение⁸.

Полученные результаты говорят о том, что сильная выраженность алекситимии, ТОЧ, ВОМ, конфронтации, дистанцирования, самоконтроля, бегства-избегания и вытеснения увеличивали шансы возникновения расстройства адаптации у пациентов с псориазом.

В ходе изучения ассоциированности компонентов эмоциональной осведомленности и способов снижения эмоциональной напряженности с наличием диагноза расстройства адаптации при атопическом дерматите с учетом характера распределения данных были категоризированы на высокую и низкую степень выраженности следующие показатели: ТИЧ⁹, проекция¹⁰ и соматизация¹¹.

¹ Алекситимия – для категоризации выбрано 22%.

² ТОЧ – для категоризации выбрано 50%.

³ ВОМ – для категоризации выбрано 50%.

⁴ Конфронтация – для категоризации выбрано 55%.

⁵ Дистанцирование – для категоризации выбрано 40%.

⁶ Самоконтроль – для категоризации выбрано 19%.

⁷ Бегство-избегание – для категоризации выбрано 34%.

⁸ Вытеснение – для категоризации выбрано 25%.

⁹ ТИЧ – для категоризации выбрано 48%.

¹⁰ Проекция – для категоризации выбрано 78%.

¹¹ Соматизация – для категоризации выбрано 35%.

Полученные данные указывают на то, что ТИЧ, проекция и соматизация были связаны с повышением шансов возникновения расстройства адаптации у пациентов с atopическим дерматитом.

Мы также изучили ассоциированность клинических симптомов с наличием расстройства адаптации у пациентов с псориазом и atopическим дерматитом. Для пациентов с псориазом не было обнаружено данной связи.

Во время исследования ассоциированности клинических симптомов с наличием диагноза расстройства адаптации при atopическом дерматите с учетом характера распределения данных были категоризированы на большое и малое количество следующие показатели: общее количество госпитализаций¹² и длительность последней ремиссии (месяцы)¹³.

Нами было обнаружено, что большее количество госпитализаций и более длительная последняя ремиссия были ассоциированы с наличием расстройства адаптации при atopическом дерматите.

Полученные результаты представлены в табл. 1 и 2.

В процессе исследования при помощи бинарной логистической регрессии нами была выполнена оценка суммарного вклада исследуемых факторов в вероятность неблагоприятного течения псориаза и atopического дерматита.

Таблица 1
Вклад степени выраженности алекситимии и ее компонентов, копинг-стратегий и механизмов психологических защит в вероятность возникновения расстройства адаптации при псориазе
Table 1
Link between the severity of alexithymia and its components, coping strategies, psychological defense mechanisms and adjustment disorder in psoriasis

Методика	Показатель и его значение	OR (±95% CI)	Статистическая значимость значений	Диагноз
TAS-20-R	Алекситимия>40	4,81 (1,43–16,2)	$\chi^2=7,07$; $p=0,008$	Расстройство адаптации + псориаз
	ТОЧ>10	6,17 (1,49–25,6)	$p=0,01$	
	ВОМ>19	3,00 (1,08–8,32)	$\chi^2=4,59$; $p=0,032$	
Опросник Лазаруса	Конфронтация>9	3,25 (1,02–10,3)	$\chi^2=4,2$; $p=0,04$	
	Дистанцирование>8	2,83 (1,03–7,78)	$\chi^2=4,19$; $p=0,041$	
	Самоконтроль>10	3,5 (1,02–12)	$\chi^2=4,23$; $p=0,04$	
	Бегство-избегание>8	3,23 (1,14–9,14)	$\chi^2=5,06$; $p=0,025$	
LSI	Вытеснение>20	3,23 (1,14–9,14)	$\chi^2=5,06$; $p=0,025$	

¹² Общее количество госпитализаций – для категоризации выбрано 65%.

¹³ Последняя ремиссия (месяцы) – для категоризации выбрано 50%.

Таблица 2
Вклад степени выраженности алекситимии, механизмов психологических защит и клинических показателей в вероятность возникновения расстройства адаптации при атопическом дерматите
Table 2
Link between the severity of alexithymia, psychological defense mechanisms, some clinical parameters and adjustment disorder in atopic dermatitis

Методика	Показатель и его значение	OR (±95% CI)	Статистическая значимость значений	Диагноз
TAS-20-R	ТИЧ>15	3,14 (1,03–9,55)	$\chi^2=4,22$; $p=0,04$	Расстройство адаптации + атопический дерматит
LSI	Проекция>60	3,66 (1,02–13,2)	$\chi^2=4,19$; $p=0,041$	
SOMS-2	Соматизация>6	4,26 (1,21–15,0)	$\chi^2=5,48$; $p=0,019$	
Клиническое интервью	Большое количество госпитализаций ≥3	3,65 (1,15–11,4)	$\chi^2=5,09$; $p=0,024$	
	Последняя ремиссия (месяцы) ≥3	3,23 (1,08–9,71)	$\chi^2=4,25$; $p=0,034$	

Качество модели оценивалось следующим образом: отличное – если показатель AUC представлен интервалом от 0,9 до 1,0; очень хорошее – от 0,8 до 0,9; хорошее – от 0,7 до 0,8; среднее – от 0,6 до 0,7 и неудовлетворительное – от 0,5 до 0,6.

Предикторы неблагоприятного течения псориаза и атопического дерматита представлены в табл. 3 и 4.

В результате ROC-анализа показатель AUC составил 0,9. Это свидетельствует об отличном качестве модели прогнозирования вероятности неблагоприятного течения псориаза. Чувствительность (sensitivity) прогностической модели составляет 82,9%, а специфичность (specificity) – 80,8% (рис. 1).

Таблица 3
Псориаз: наиболее значимые показатели уравнения бинарной логистической регрессии для всех обследуемых респондентов (n=67). Методики SRRS, VAS и WCQ
Table 3
Psoriasis: the most significant indicators of the binary logistic regression equation for all surveyed respondents (n=67). Methods SRRS, VAS and WCQ

Показатель	p	OR (±95% CI)
Стрессоустойчивость	0,01	1,0 (1,0–1,01)
Гиперкомпенсация	0,005	1,09 (1,03–1,16)
Интенсивность зуда	<0,001	1,78 (1,30–2,45)

Таблица 4
Атопический дерматит: наиболее значимые показатели уравнения бинарной логистической регрессии для всех обследуемых респондентов (n=59). Методики TAS-20-R и LSI
Table 4
Atopic dermatitis: the most significant indicators of the binary logistic regression equation for all surveyed respondents (n=59). Methods TAS-20-R and LSI

Показатель	p	OR (±95% CI)
ТОЧ	0,021	1,22 (1,03–1,46)
Общая напряженность механизмов психологических защит	0,002	1,11 (1,04–1,18)

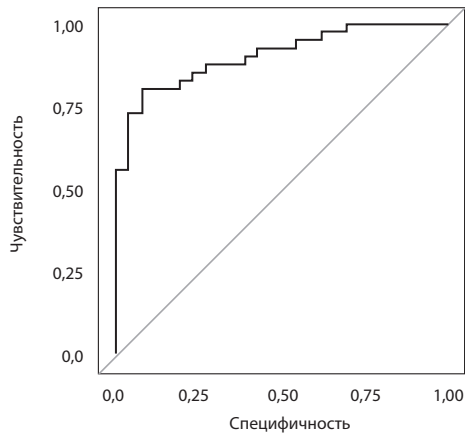


Рис. 1. ROC-кривая прогностической модели вероятности неблагоприятного течения псориаза (n=67)

Fig. 1. The ROC curve of the prognostic model of psoriasis unfavorable course probability (n=67)

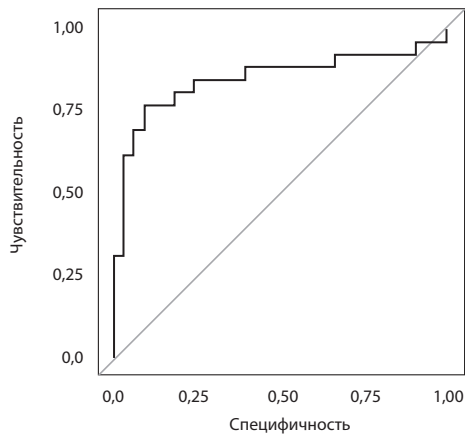


Рис. 2. ROC-кривая прогностической модели вероятности неблагоприятного течения atopического дерматита (n=59)

Fig. 2. The ROC curve of the prognostic model of atopic dermatitis unfavorable course probability (n=59)

В результате ROC-анализа показатель AUC составил 0,84. Это говорит об очень хорошем качестве модели прогнозирования вероятности неблагоприятного течения atopического дерматита. Чувствительность (sensitivity) прогностической модели составила 76,9%, а специфичность (specificity) – 81,8% (рис. 2).

■ ВЫВОДЫ

1. Наличие расстройства адаптации при псориазе определяется неспособностью понимать и описывать собственные чувства, а также склонностью пациента фокусироваться на внешних физических симптомах, чрезмерным стремлением противостоять сложившейся ситуации, эмоциональным отстранением, избеганием проблемы и стремлением подавить негативные эмоции.

2. Наличие расстройства адаптации при атопическом дерматите определяется трудностью идентифицировать чувства, склонностью приписывать собственные эмоции другим людям и тенденцией к проявлению эмоциональных симптомов в виде соматических нарушений (при условии отсутствия какой-либо соматической патологии), а также клиническими показателями: большим количеством госпитализаций и длительной последней ремиссией.
3. Прогнозирование неблагоприятного течения псориаза (с чувствительностью разработанной прогностической модели 82,9% и специфичностью 80,8%) и атопического дерматита (с чувствительностью разработанной прогностической модели 76,9% и специфичностью 81,8%) на основании психологических и клинических параметров позволило выявить предикторы неблагоприятного течения псориаза (стрессоустойчивость, гиперкомпенсация и интенсивность зуда) и атопического дерматита (трудность описания чувств и общая напряженность механизмов психологических защит).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Консультативно-психиатрическая помощь для пациентов с псориазом и атопическим дерматитом должна включать в себя оценку алекситимии и ее компонентов, копинг-стратегий, механизмов психологических защит, стрессоустойчивости и некоторых клинических показателей. Своевременное обучение пациентов с псориазом и атопическим дерматитом распознавать эмоции и использовать эффективные методы борьбы со стрессом, возможно, поможет предотвратить развитие расстройства адаптации (как сопутствующей психической патологии) и неблагоприятное течение данных кожных заболеваний.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Gautam S., Gautam M., Jain A., et al. Overview of practice of Consultation-Liaison Psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*. 2022;64:S201–S210. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_1019_21
2. Adaskevich U., Kirpichenka A., Marozava A. Psychodermatology as an important component of professional training of dermatologist. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2019;10:741–748. (in Russian)
3. Jafferany M., Havryliuk O., Adaskevich U., Marozava A. Psychodermatology in Ukraine and Belarus: an Eastern European perspective. *Int J Dermatol*. 2020;59:e151–e153. doi: 10.1111/ijd.14677
4. Halioua B. Sleep disorders and psoriasis: an update. *Acta Derm Venereol*. 2022;102. doi: 10.2340/actadv.v102.1991
5. Langan S.M., Irvine A.D., Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2020;396:345–360. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31286-1
6. Markevich E., Stanko E., Khvorik D. Psoriasis associated with mental disorders: a literature review. *Dermatovenereology. Cosmetology*. 2022;4:315–324. doi: 10.34883/PI.2021.7.4.021 (in Russian)
7. Galili E., Barzilai A., Shreberk-Hassidim R., et al. Neuropsychiatric comorbidity among adolescents with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2018;178:910–916. doi: 10.1111/bjd.16031
8. Drucker A.M. Atopic dermatitis: Burden of illness, quality of life, and associated complications. *Allergy Asthma Proc*. 2017;38:3–8. doi: 10.2500/aap.2017.38.4005
9. Willemsen R., Roseeuw D., Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: The state of the art. *Int. J. Dermatol*. 2008;47:903–910. doi: 10.1111/j.1365-4632.2008.03726.x
10. Korkoliakou P., Christodoulou C., Kouris A., et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry*. 2014;13(1):38. doi: 10.1186/s12991-014-0038-7
11. Phan N.Q., et al. Assessment of pruritus intensity: Prospective study on validity and reliability of the visual analogue scale, numerical rating scale and verbal rating scale in 471 patients with chronic pruritus. *Acta Derm. Venereol*. 2012;92(5):502–507. doi: 10.2340/00015555-1246
12. Schroeders U., et al. The Structure of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A Meta-Analytic Confirmatory Factor Analysis. *Assessment*. 2022;29(8):1806–1823. doi: 10.1177/10731911211033894
13. Bitiutskaya E.V. The ways of coping questionnaire: *Teaching manual*. 2015. 80 p. ISBN: 978-5-7017-2494-3. (in Russian)
14. Rief W., Hiller W., Heuser J. *SOMS – Screening for somatoform disorders: questionnaire manual*. Bern: Huber; 1997. 47 p. ISBN: 3456829248, 9783456829241. (in German)
15. Vasserman L.I., et al. Psychological diagnostics of the lifestyle index: manual for doctors and psychologists. 2005. (in Russian)
16. Holmes H.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Scale. *J. Psychosom. Res*. 1967;11(2):215–218.
17. Navarro J.D., Foxcroft D.R. Learning statistics with jamovi: A tutorial for psychology students and other beginners (Version 0.70). *J. Chem. Inf. Model*. 2019;519. doi: 10.24384/hgc3-7p15.
18. World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision, 2nd ed. 2004.